

**Agnès Bonnet
Vincent Bréjard**

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ



ARMAND COLIN

**Agnès Bonnet
Vincent Bréjard**

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

sous la direction de
Jean-Louis Pardinielli

ARMAND COLIN

Conception de maquette
intérieure : Atelier Didier
Thimonier

© Armand Colin, Paris,
2012

ISBN : 978-2-200-28574-6

Dans la même collection

BARTHELEMY S. et BILHERAN A., *Le Délire*

BÉNONY C. et GOLSE B., *Psychopathologie du bébé*, 2^e éd.

BÉNONY H., *Le Développement de l'enfant et ses psychopathologies*

BILHERAN A., *Le Harcèlement moral*, 2^e éd.

BLANCHET A. et TROGNON A., *La Psychologie des groupes*, 2^e éd.

BOULZE I., *L'Alcoolisme*

BOURGUIGNON O., *La Déontologie des psychologues*, 2^e éd.

BRÉJARD V. et BONNET A., *L'Hyperactivité chez l'enfant*

CHARRIER P. et HIRSCHELMANN-AMBROSI A., *Les États limites*, 2^e éd.

CORDIER F. et GAONAC'H D., *Apprentissage et Mémoire*, 2^e éd.

DELAROCHE P., *L'Adolescence. Enjeux cliniques et thérapeutiques*

GRAZIANI P., *Anxiété et troubles anxieux*

GUENICHE K., *Psychopathologie de l'enfant*, 3^e éd.

HACHET A., *La Clinique de l'enfant*

HAOUZIR S. et BERNOUSSI A., *Les Schizophrénies*, 2^e éd.

HARRATI S., VAVASSORI D. et VILLERBU L. M., *Délinquance et Violence*, 2^e éd.

PASQUIER A., *Psychopathologie des émotions*

PEDINIELLI J.-L., *Introduction à la psychologie clinique*, 3^e éd.

PEDINIELLI J.-L. et BERTAGNE P., *Les*

Névroses, 2^e éd.

PEDINIELLI J.-L. et BERTAGNE P., *Les Phobies*

PEDINIELLI J.-L. et BERNOUSI A., *Les États dépressifs*, 2^e éd.

PEDINIELLI J.-L. et GIMENEZ G., *Les Psychoses de l'adulte*, 2^e éd.

PEDINIELLI J.-L., FERRAN A., GRIMALDI M.-A. et CARMEN S., *Les Troubles des conduites alimentaires*

PIRLOT G. et PEDINIELLI J.-L., *Les Perversions sexuelles et narcissiques*, 2^e éd.

POUPARD G. et MARTIN V. S., *Les Thérapies brèves*

SÉDAT J., *Freud*, 2^e éd.

TARDIF C. et GEPNER B., *L'Autisme*, 3^e éd.

VANIER A., *Une introduction à la psychanalyse*, 2^e éd.

Table des matières

Couverture

Page de titre

Page de Copyright

Table des matières

Introduction

1. Histoire : des tempéraments
aux dimensions de personnalité

1. Définitions générales et
spécifiques

1.1 Ribot (1884) et le
complexe unifié

1.2 La personne-personnalité selon Janet (1929)

1.3 Les théories anglo- saxonnes et l'organicisme

2. Le tempérament et ses rapports à la personnalité

2.1 Historique de la notion de tempérament

2.2 Définition du tempérament

3 Distinction, description et processus sur la question des structures

3.1 Les théories dispositionnelles et la description d'un fonctionnement

3.2 Processus et organisation

psychique

2. Personnalité normale et pathologique ou troubles de la personnalité ?

1. Histoire et origines

1.1 Canguilhem ou ...

1.2 Lagache

2. Les notions de traits et de types

3. Les personnalités pathologiques

4. La notion de trouble et les classifications nosographiques

3. Descriptions et cliniques des troubles de la personnalité

Introduction

1. Les troubles de la personnalité névrotique (histrionique, dépendante, évitante, obsessionnelle-compulsive) : définition, étiopathogénie, symptomatologie

1.1 Description clinique et symptomatologie générale des troubles

1.2 La personnalité histrionique

1.3 La personnalité dépendant

1.4 La personnalité évitante

1.5 La personnalité obsessionnelle-compulsive

1.6 Comorbidités

2. Les troubles dits « limites » de

la personnalité :
définition, étiopathogénie,
symptomatologie

2.1 Description clinique et
symptomatologie générale des
troubles limites

2.2 La personnalité antisociale
ou psychopathique

2.3 Le trouble borderline ou
l'état limite

2.4 La personnalité narcissique

2.5 Les comorbidités

3. Les troubles de la personnalité
psychotique :
paranoïaques, schizoïdes et
schizotypiques

3.1 La personnalité

paranoïaque

3.2 La personnalité schizoïde

3.3 La personnalité
schizotypique

4. Évaluation des troubles de la personnalité⁷³

1. Les évaluations structurées

1.1. Entretiens structurés
SCID-II/SIDP-IV

1.2. Inventaires de personnalité
NEO PI-R, TCI-R, MMPI-2

2. Méthodes projectives

2.1 Rorschach

2.2 TAT

3. Diagnostic structural,

diagnostic descriptif

5. Les différents modèles des troubles de la personnalité : étiopathogénie

Introduction

1. Le trouble de la personnalité borderline

1.1 Les modèles psychanalytiques

1.2 Les modèles biologiques, cognitifs et psychosociaux

2. Le trouble de la personnalité narcissique

2.1 Théories psychanalytiques

3. L'agir et les personnalités antisociales et psychopathiques

3.1 Hypothèses biologiques, biosociales, cognitives et psychanalytiques

3.2 L'organisation psychopathique : J. Meloy

4. Les troubles de la personnalité marqués par la relation à l'autre : histrionique, passive-dépendante, sensitive

5. Les autres troubles de la personnalité : perspectives étiopathogéniques

6. Les prises en charge thérapeutiques

Introduction

1. Traitements chimiothérapeutiques

2. Les thérapies

comportementales et cognitives

2.1 Thérapies

comportementales et cognitives
classiques

2.2 Principes théoriques

2.3 Techniques et applications
thérapeutiques

2.4 Thérapie des schémas de
Young

2.5 La thérapie dialectique
comportementale

3. Thérapie centrée sur
l'émotion : EMDR

3.1 Principes théoriques

3.2 Principes de la thérapie

3.3 Procédure et appréhension

technique

4. Thérapie psychanalytique
des troubles de la personnalité

Conclusion

Bibliographie

Introduction

La personnalité interroge différents domaines scientifiques, plus particulièrement la psychopathologie, la psychologie développementale, la génétique, la biologie, etc. Il s'agit d'un concept variable qui dépend des modèles théoriques proposés pour en rendre compte. Aussi, la première question qui se pose concerne l'existence, en termes empiriques, de ce concept issu de productions théoriques. L'approche choisie pour en rendre compte va déterminer la lecture que l'on va faire du fonctionnement humain. Nous allons aborder ici les points de repère historiques qui vont nous permettre de comprendre la formation de ce concept, qui n'est pas

sans influence sur la construction de la notion psychopathologique de trouble, de la personnalité.

Ce concept de personnalité, concept central en psychologie, recouvre des définitions ambiguës. Actuellement, il fait référence à l'identité psychologique, c'est-à-dire la somme des caractéristiques généralisables de l'individu à l'ensemble des sujets de son espèce. On entend donc par personnalité l'ensemble des caractéristiques stables, durables d'un individu à travers le temps et les situations, un mode de fonctionnement typique pouvant par ailleurs expliquer certains comportements des individus. Il s'agit d'une organisation dynamique reposant sur des bases physiologiques et rendant compte des processus du fonctionnement individuel. Elle comprend également des patterns de réponses récurrents et consistants qui

vont représenter la manière dont un individu va se comporter. Enfin, elle se reflète dans plusieurs dimensions du fonctionnement humain dont le comportement, les émotions et les sentiments (représentations de l'émotion associée à un objet particulier).

La psychologie de la personnalité a deux grands objectifs, théorique et pratique : d'une part, comprendre et expliquer le fonctionnement concret des individus et, d'autre part, mesurer les différences interindividuelles et prédire le comportement des individus. Nous aborderons dans cette première partie les repères historiques constitutifs du concept de personnalité dont ses liens avec le tempérament, ainsi que la question de la structure et des processus mentaux opérant. Les différentes approches de la personnalité et de ses modalités

d'expression psychopathologiques s'inscrivent clairement dans deux directions : la première soutient la description de phénomènes cliniques et leur définition syndromique indépendamment d'hypothèses étiopathogéniques ; la seconde se centre sur le repérage clinique envisagé comme un représentant des modalités d'organisation structurale, ces dernières permettant de définir un fonctionnement mental et de comprendre les comportements et symptômes du sujet. Des théories psychologiques développementales, biologiques, biosociales et psychanalytiques soutiennent ces différents développements. Les approches thérapeutiques des troubles de la personnalité seront proposées pour répondre aux applications liées aux différentes positions théoriques soutenues.

Histoire : des tempéraments aux dimensions de personnalité

Plusieurs points de repère peuvent être considérés pour appréhender la personnalité ; d'abord, on peut reconnaître l'origine antique de la notion, dont la définition littéraire propose une première acception. Personnalité vient du latin *persona* et du grec *prosopôn*, les deux termes signifiant « masque de théâtre ». La première définition du terme renvoie ainsi à la dimension sociale de la personnalité, sous-entendue, la personnalité témoignerait d'un mode de rapport à l'autre. Les apports de la

théologie ont enrichi cette définition : *persona* devient synonyme de *hypostasis* et *idioma*, désignant le noyau de la personne, relevant à la fois de l'être et de l'action (Huber, 1992, cité par Michel *et al.*, 2006). La personnalité est ainsi un concept antique centré plus spécifiquement, dans sa première acception, sur la position de l'individu dans la société, dans son rapport aux autres ; l'image et la représentation sont ainsi princeps. On ne peut négliger d'évoquer que, corrélativement, le fonctionnement de l'individu est expliqué, en premier lieu, par les humeurs du corps et la théorie quaternaire d'Hippocrate. Après la définition des contours de la personnalité et le développement historique de cette notion, nous aborderons le tempérament selon les mêmes modalités et ses rapports avec la personnalité.

1. Définitions générales et spécifiques

La définition s'inscrit dans l'élaboration et l'évolution simultanée de la psychologie et de la psychopathologie ; elle est l'objet de remaniements en fonction des apports de la biologie, de la philosophie et de la psychiatrie.

Elle est ainsi considérée comme une entité unique témoignant du mode d'être et de présentation d'un sujet au monde, en fonction de son histoire et de son environnement. Elle rend compte également des attitudes et comportements du sujet. Nous allons évoquer, dans un premier temps, les définitions larges de la personnalité, d'un point de vue historico-développemental, puis nous traiterons, en seconde partie, des points de rencontres entre ces différentes

positions et ces points d'achoppement.

1.1 Ribot (1884) et le complexe unifié

Ribot (1884) étudie la personnalité et sa constitution à partir de la psychologie du pathologique, prenant les cas morbides comme cas d'étude de la désorganisation de la personnalité. Cette approche prend pour appui les principes organicistes en considérant que « l'individu psychique n'est que l'expression de l'organisme : infime, simple, incohérente, ou complexe et unifiée comme lui », en somme, « *un tout de coalition* ». Ribot souligne ici la complexité de l'abord du psychisme humain et parle de *complexus* pour évoquer la personnalité, renvoyant alors à l'existence d'un tout concret, c'est-à-dire *comprenant des*

conditions organiques, affectives et intellectuelles (p. 3). Il pose comme condition d'existence et d'animation de la personnalité, le concept de conscience, propriété de « l'âme » ou de « l'esprit », constituant son essence. On parle ici de la nature de la psyché humaine, dont la personnalité serait une expression. La personnalité qui renvoie au tout et à l'Un de la personne serait une fiction. Son ambition, à partir de cette notion d'unité, est de montrer qu'au contraire, le moi n'est pas autonome mais hétéronome. Lagache (1961), évoquant Ribot, parle d'autonomie relative du moi. Ribot va distinguer ainsi la personnalité physique, qui, sur le modèle du corps, résultat de la somme des éléments qui le composent, correspond pour lui à la somme organisée et coordonnée des mêmes éléments, comme valeurs psychiques. Il distingue l'individualité

intrinsèque liée au corps, à l'organique, au physiologique, de l'individualité pour elle-même, grâce à la conscience, c'est-à-dire la personnalité, et à la mémoire. La conscience permet, en effet, d'introduire en un pas de côté le regard porté sur la chose que suppose la personnalité pour un sujet. Étayée sur le corps, la conscience permet d'introduire au sentiment d'identité personnelle. Ribot dit de la « marque personnelle » qu'elle est « incluse » dans l'événement (expression de la personnalité), qu'elle résulte de ses conditions physiologiques (p. 169). Les états psychiques affectifs sont envisagés comme pouvant introduire du changement dans les expressions de la personnalité, dans la perspective d'une causalité circulaire : les causes envisagées pouvant devenir des effets. Ces modifications introduisent à la

question du normal et du pathologique. Elles doivent être entendues comme éléments de variation, de désorganisation du système, n'impliquant pas un changement de nature, mais d'expression : « l'individu peut devenir autre, il ne devient pas un autre » (p. 75). La pathologie est ici envisagée comme une dissolution de la personnalité.

1.2 La personne-personnalité selon Janet (1929)

Pour Janet (1929), la personnalité renvoie à la personne humaine, qui condense des notions d'unité, d'individualité et de distinction. Elle est un tout, ensemble unique constituant un individu et se différenciant d'un autre. Elle repose donc sur la notion d'unité distincte. Dans la lignée organiciste répondant au principe

d'homéostasie, la personnalité est formée à partir d'une réalité anatomique, l'action représentant l'objet de la description psychologique. Cette unité de l'organisme fait le lit d'une construction étayée sur l'éducation, la philosophie, la société ; c'est la personnalité (p. 27). Le trouble est envisagé comme la perte du sentiment de personnalité, que Janet nomme la « dépersonnalisation ». Aussi, le sentiment de personnalité est une condition nécessaire pour parler de personnalité, il correspond à la perception de son état interne, et au sentiment de bien-être, ou de malaise relatif à un état du corps vécu. Cette perception comprend les réactions secondaires produisant la vie intérieure émanant des réactions du corps, que la personnalité, en tant que système actif, doit synthétiser et

discriminer des autres vies intérieures. L'émotion est un des opérateurs de ce processus, Janet distinguant l'émotion-choc (primaire) de l'émotion-sentiment (secondaire). Pour lui, la personnalité est une construction interne, mais qui repose sur des éléments sociaux qu'il nomme les sentiments sociaux, auxquels il envisage un rôle précoce. Ces sentiments sociaux (amour, haine, sympathie, etc.) témoignent du rapport de l'individu aux autres. Ils s'articulent avec la définition du terme de personnalité et la conception antique du « personnage », celui qui soutient l'individu dans son rôle social.

1.3 Les théories anglo-saxonnes et l'organicisme

Allport (1953) définit la personnalité comme une organisation

dynamique qui se situe dans l'individu et rend compte des différents systèmes (psychologiques, physiologiques, biologiques, etc.) l'animant et déterminant son adaptation au monde. L'approche est ici organismique et développementale ; l'existence de dimensions soutient la description du fonctionnement de l'individu en repérant des patterns susceptibles de définir des attitudes ultérieures de l'individu, envers lui-même ou les autres. Elle correspond à un système répondant au principe d'homéostasie et produisant des actions. L'aspect dimensionnel de cette première approche est relayé dans les travaux de Cattell (1950), qui relèvent l'aspect nécessairement prédictif de la personnalité. Ce point de vue holiste et déterministe de la personnalité est repris et complexifié par Hofstätter en 1960, qui met l'accent sur le système

représenté par la personnalité, système définissant un cadre-repère des attitudes de l'individu et déterminant ses comportements. Il introduit toutefois l'existence de processus inhérents à la dynamique du système. Ainsi, c'est parce que des processus sont à l'œuvre que la personnalité est un système en mouvement et qui produit du mouvement, répondant au principe de l'homéostasie de tout système, permettant de prédire certaines conduites et d'expliquer les différences individuelles. Carver et Scheir (2000) iront plus loin en retenant les caractéristiques suivantes pour définir la personnalité dans son aspect dynamique et processuel (cités par Michel *et al.*, 2006) :

- 1) il s'agit d'une organisation dynamique et non de la somme d'éléments qui la composent ;
- 2) elle est active puisqu'il s'agit

d'une organisation dynamique intrinsèque à l'individu, elle n'est pas soumise à l'environnement ;

3) c'est un concept psychologique dont les bases seraient physiologiques ;

4) c'est une force interne et continue qui détermine la manière dont les individus se comportent ;

5) elle est constituée de patterns de réponses récurrents, constants, voire invariants ;

6) n'intervient pas de façon unilatérale, elle se reflète dans tous les domaines qui composent l'individu : les sentiments, les pensées, les comportements.

Cette définition ouvre la discussion sur les rapports qu'entretiennent personnalité et tempérament.

Ces définitions nous amènent à préciser les contours des rapports de

la personnalité au tempérament, avant d'aborder ses relations à la structure.

2. Le tempérament et ses rapports à la personnalité

Depuis l'Antiquité, avec les travaux d'Hippocrate, le tempérament fait l'objet de descriptions de « manières d'être », d'états, dont les humeurs du corps peuvent être à l'origine (Pichot, 1995). À l'origine des premières théories, la théorie quaternaire avance que quatre humeurs (liquides organiques) pourraient rendre compte du fonctionnement de l'individu : le principe de l'équilibre des humeurs témoignerait de la santé ou, au contraire, de la maladie. Ces humeurs constitutives de l'organisme induiraient donc un fonctionnement « inné » chez l'individu. Ce sont : le sang, la pituite, la bile jaune et la bile

noire. Empédocle (IV^e siècle av. J.-C.) a complexifié la théorie d'Hippocrate en adjoignant aux humeurs des types morphopsychologiques : aussi, le tempérament sanguin est associé au sang, le tempérament flegmatique à la lymphe, l'atrabilaire à la bile noire et le colérique à la bile jaune. Cet apport est ensuite complexifié par Galien, et perdure jusqu'à la Renaissance, en associant aux humeurs quatre éléments, quatre saisons et quatre âges. L'évolution de la médecine amène les modèles morphologiques à se développer, introduisant peu à peu, d'autres éléments, des planètes (ex. influence de Saturne sur le tempérament), des systèmes physiologiques avec Hallé, au début du XIX^e siècle (classification selon les systèmes vasculaires, nerveux et musculaires), puis Rostan (classification fondée sur les organes).

Le point commun de ces modèles est l'origine dite « innée » du tempérament, autrement dit, le fait qu'il prenne naissance dans le développement embryogénétique de l'individu (Dechambre, 1964). Ceci conduit à définir des types humains pouvant être affectés par l'environnement et devenir, dans un second temps, héréditaires (Michel *et al.*, 2006). Nous allons aborder la constitution au fil de l'histoire de la notion de tempérament, et la définirons.

2.1 Historique de la notion de tempérament

- *Les modèles morphologiques*

Kretschmer (1921) et Sheldon (1940) aux États-Unis en sont les

pionniers au début du xx^e siècle. Le tempérament, dont les rapports avec le biologique sont soulignés par la notion de traits constitutifs (liés au morphotype et au système hormonal), se distingue du caractère, relatif aux caractéristiques individuelles acquises au cours du développement, et issues des relations de l'individu avec son environnement. Les relations décrites par Kretschmer entre le tempérament et la psychopathologie s'inscrivent dans un continuum entre le normal et le pathologique. Le pathos proviendrait ainsi d'une déviation du normal. Plusieurs types morphologiques sont ainsi décrits et associés à des maladies ou troubles mentaux (c'est-à-dire type leptosome [vertical] associé à la séquence : schizothyme-schizoïde-schizophrène). Les pathologies psychiatriques seraient pour cet auteur la conséquence de traits

tempéramentaux extrêmes ou de caractères particuliers. Sheldon (1940) développe un modèle prenant appui sur les caractères somatiques des individus. Ces modèles sont à articuler avec certaines des conceptions classiques des troubles mentaux. Ainsi, pour Kraepelin (1913), l'état morbide s'inscrit dans la lignée du développement d'une personnalité prémorbide dispositionnelle. Il conçoit donc une continuité entre l'état normal et le pathologique. Ce n'est pas le cas de tous : Schneider (1923), au contraire, envisage le pathologique comme la conséquence d'une rupture d'un état antérieur sans hypothèse étiologique du tempérament.

• *Des hypothèses environnementales aux hypothèses biologiques*

Les théories environnementales

prennent leur essor au début du xx^e siècle. Le principe qui les soutend est celui de l'égalité entre les hommes, ces théories s'inscrivent alors dans le contexte politique et philosophique de l'époque, en considérant que l'environnement est seul responsable des différences interindividuelles (Michel *et al.*, 2006). Dans de nombreux domaines scientifiques, les influences de l'environnement sont déclinées à la lumière des objets qu'ils étudient. Ainsi en est-il, par exemple, de l'étude sociologique du crime développée par Durkeim et Ferri au début du xx^e siècle. En psychologie, les théories behavioristes et l'étude des effets de l'apprentissage envisagent le comportement comme le résultat d'un processus d'apprentissage, en considérant l'individu à la naissance comme vierge de toute influence

(Dollard et Miller, 1950). Mais cette position est aussi soutenue, au moins en partie, par des théories psychanalytiques, envisageant la formation de la personnalité en lien avec les interactions précoces de l'environnement. Les modèles tempéramentaux se développent plus rapidement aux États-Unis qu'en France, le déterminisme inhérent à cette approche induisant de la méfiance, quant à son utilisation à des fins détournées, suscitée par le climat politique de la première moitié du xx^e siècle.

La seconde moitié du xx^e siècle est donc l'occasion du développement des approches bio-tempéramentales. Elles prennent notamment appui sur des découvertes biologiques relatives au fonctionnement cérébral. On évoque le système d'activation (arousal ou éveil cortical) ; Eysenck passera près de

cinquante ans de sa vie à élaborer son modèle tempéramental reposant (mais pas uniquement) sur cette notion d'activation. En effet, il est d'abord un modèle factoriel. Les données biologiques sont intégrées secondairement aux résultats issus des questionnaires : elles sont morphologiques, psychopharmacologiques et neurophysiologiques. Il évoluera à mesure des découvertes scientifiques, ce qui en fait un modèle de référence à l'heure actuelle, en psychopathologie. Il comprend trois axes tempéramentaux : le névrosisme (ou instabilité émotionnelle, dit « trait névrotique »), l'extraversion-introversion et le psychoticisme (dit « trait psychotique »).

Aujourd'hui, les modèles tempéramentaux sont de plusieurs ordres. Certains définissent des types

reposant sur des critères plus factoriels que biologiques ou physiologiques, d'autres, comme le précédent, des traits de personnalité. Ainsi se présentent les modèles factoriels tel celui de Cattell (1950) en seize facteurs, ou le *Big Five* de Norman (1963). Les seconds s'inscrivent plus directement dans le prolongement des théories biologiques : c'est le cas du modèle de Cloninger (1987) qui associe des caractéristiques psychologiques (en termes de traits de personnalité) à un système de neurotransmission particulier. Par exemple, le trait « recherche de nouveauté » est sous la dépendance du tonus dopaminergique, « l'évitement du danger » est lié au système sérotoninergique, et la dépendance à la récompense aux voies noradrénergiques (cité par Michel *et al.*, 2006). Marvin Zuckerman, entre

1974 et 1991, a élaboré une théorie psychobiologique de la personnalité, reposant, entre autres, sur les systèmes d'activation neurophysiologique et de neurotransmission. Sa théorie du « chercheur de sensations » initie une voie intermédiaire de description de la personnalité, à l'interface du tempérament et de ses modèles différentiels.

On voit ainsi se dégager actuellement deux approches principales. L'une repose presque exclusivement sur des analyses factorielles permettant d'établir des types ou modalités régulières et récurrentes de fonctionnement, dépendantes de l'hérédité et de l'environnement, et se rapproche de la personnalité ; l'autre s'inscrit dans la tradition biotempéramentale et inclut

les apports récents de la recherche en neurobiologie et neurophysiologie.

2.2 Définition du tempérament

La notion de tempérament est à différencier de celle de personnalité et de caractère. L'appréhension du tempérament dépend du modèle théorique sous-jacent et du focus qu'il propose sur certains facteurs (génétiques ou psychosociaux par exemple). Il correspond à différentes formes de réactivité émotionnelle et de comportement, en lien avec l'hérédité et le développement, considérés comme des facteurs prépondérants (Allport, 1957). L'influence de l'hérédité apparaît liée au développement ; elle augmenterait avec l'âge (Plomin, 1986). Le tempérament correspond à un style général de réactivité émotionnelle aux

stimuli, induisant une réponse ou comportement, avec certaines caractéristiques comme la rapidité, l'intensité, la permanence ou la répétition. Il permet de définir des différences interindividuelles qui peuvent être mises en relation avec l'apparition de troubles mentaux (Thomas et Chess, 1977 ; Masse et Tremblay, 1997). Les traits relatifs au tempérament sont stables dans le temps et selon le contexte ; cette permanence relative n'exclut toutefois pas qu'une certaine variabilité puisse exister, notamment dans l'expression comportementale.

Michel *et al.* (2006) ont relevé certains points permettant de différencier tempérament et personnalité, sur la base des travaux de Strelau et Angleitner (1991). Il s'agit de :

- 1) l'étiologie (biologique pour le

tempérament et sociale pour la personnalité) ;

2) l'identification du tempérament depuis l'enfance, tandis que la personnalité se construit au fil du développement (influences environnementales) ;

3) certains facteurs tempéramentaux comme l'anxiété, l'introversion-extraversion sont présents chez les animaux, tandis que la personnalité (moi, Self) n'est présente que chez les humains (dépendante des rôles sociaux et des apprentissages) ;

4) la dépendance du tempérament de mécanismes physiologiques comme l'activation (arousal) ou la réactivité. Les traits de personnalité sont eux liés à une dynamique objectale, en se référant directement à une finalité ou à un contenu spécifique ;

5) le tempérament est stable, la

personnalité, bien que définie par la reconnaissance de traits, n'en reste pas moins modifiable en fonction du contexte, des mécanismes d'apprentissages, de renforcement, etc., et permet de réguler le tempérament.

Ces critères permettent de renforcer la dimension biopsychologique du tempérament, en contrepoint de la dimension psychosociale de la personnalité. Cette dernière s'inscrivant dans le développement de l'individu amène à évoquer la question de la structure de la personnalité et de ses rapports au psychisme.

3. Distinction, description et processus sur la question des structures

3.1 Les théories dispositionnelles et la description d'un fonctionnement

La personnalité pose la question des rapports qu'elle entretient avec le tempérament, dont l'existence est dépendante de facteurs génétiques et développementaux et moins relative aux influences de l'environnement. La stabilité du tempérament apparaît donc comme le substrat du fonctionnement individuel général, définissant des tendances, modes généraux de réactivité individuelle, sur lequel viendrait se greffer le style singulier de l'individu, autrement nommé « personnalité ». Cette dernière met l'accent sur les influences environnementales, c'est-à-dire sociales, dans la constitution des traits qui permettent de décrire l'individu. Par exemple, le trait « recherche de sensations » va prédisposer l'individu

qui en est le porteur à pratiquer des activités dites « à risques », telles certaines activités sportives (c'est-à-dire sport automobile, plongée sous-marine, alpinisme, etc.) ou encore des comportements de consommation de substances psychoactives.

Pour Eysenck (1997), les traits se situent à l'interface des causes (déterminants génétiques) et des effets (comportements sociaux). Il les articule ainsi au tempérament, représentant les influences biologiques et génétiques. Zuckerman (1991) considère les traits de personnalité comme des facteurs prédisposant la manière dont un individu va percevoir les situations qu'il va rencontrer et réagir à celles-ci de manière constante. Ces traits, par ailleurs n'excluant pas la dimension d'historicité, témoignent aussi de l'aménagement de l'individu, compte tenu de sa tendance, aux effets

de la fréquence et de l'intensité des réactions passées dans les situations en question. Ceci permet également de distinguer des traits fondamentaux ou primaires de la personnalité, considérés comme les plus stables du style général de fonctionnement de la personne, et des traits secondaires dépendant davantage des influences environnementales (Cattell, 1950). Cette distinction apparaît dans les modèles factoriels comme ceux d'Eysenck ou de Zuckerman, par exemple. Permettant la description du fonctionnement individuel, la personnalité doit toutefois être différenciée du caractère, notion moins usitée, et dont l'image apparaît quelque peu désuète en France. En effet, lesdits « caractères » de la Bruyère permettaient de relever l'existence de types généraux de fonctionnement d'un individu

relativement à un autre. Certains travaux anglo-saxons l'utilisent néanmoins pour spécifier ce qui, de la personnalité, peut être rattaché à des acquisitions conscientes, liées à l'apprentissage, à la culture, à l'individu en société (Akiskal, 1994 ; Cloninger, 1993).

Les théories dispositionnelles évoquées ci-dessus permettent de décrire la manière générale dont un individu réagit aux situations. La psychopathologie interroge les liens entre clinique, tempérament et personnalité. La personnalité prémorbide correspondrait à l'évolution pathologique d'un système conduisant à l'apparition d'un trouble mental.

3.2 Processus et organisation

psychique

L'abord des influences environnementales permet de considérer aussi bien le rôle des apprentissages sociaux, éducationnels, selon une perspective behavioriste que les relations précoces de l'individu avec ses premiers objets de relation (Spitz, Winnicott, etc.), perspective développée par les théories développementales et psychanalytiques.

Les processus engagés ne sont certes, ni du même ordre, ni du même niveau et soulèvent la question de leur intégration dans le fonctionnement psychique ou psychoaffectif de l'individu. Les notions de Self, ou de moi, renvoient bien à l'existence d'un fonctionnement psychique, qui permettrait de comprendre plus que de décrire l'inscription d'un individu, sa

manière d'être au monde et de fonctionner avec les autres. La question de la dimension inconsciente vient s'y articuler, et représenter, là encore, une autre forme de déterminisme individuel, le déterminisme inconscient.

- *Le Self ou le Soi...*

Évoquer l'organisation psychique d'un individu convoque différents concepts dont les rapports à la structure ne sont pas identiques. Les travaux anglo-saxons, plus particulièrement postmodernes, traitent de la personnalité comme d'un système et envisagent le Self ou le Soi comme « un processus organisé d'évaluation » (Gergen, 2005). Il est multiple (Tice, 2000) et prend appui sur des indices liés à l'expérience émotionnelle pour se modifier (« affective motives »,

Hermans, 1995). La personne est influencée par des pensées phénoménologiques (appréhension par la forme de l'expérience) et philosophiques (de l'ordre de la culture et de la société). On évoque le Soi comme l'essence de l'individu (conception de soi en lien avec l'identité, les émotions, etc.), qui prend naissance dans une matrice relationnelle. Le soi est d'abord un soi relationnel, il prend naissance dans la relation, il est construit socialement. L'appréhension que l'on fait de soi opère par un « jeu de langage » qui permet de « narrer le soi ». L'envisager comme multiple souligne son aspect muable, ses possibilités diverses de voies et de lieux d'expression, selon la culture et la société. Il s'efforce toujours de maintenir son identité (ce qu'il croit être soi), et sa singularité ; il n'en est

pas moins dépendant de ses relations. Avoir un soi, c'est être relié à autrui. Le constructionnisme social va distinguer le soi individuel du soi social. Dans le cadre de la description de la personnalité et des conceptions précédentes, on pourrait dire que l'un dépend de l'autre, mais que tous les deux vont constituer la personnalité. Ce courant théorique souligne ainsi que la personnalité témoigne d'un processus organisé, d'une unité opérante.

Cette unité n'est pas sans relation avec le moi des théories humanistes, pour lesquels il témoigne, dans le cadre de la mise en scène énonciative, de l'acteur de la figure narrative par opposition au Je, auteur de la narration. L'introduction du moi comme concept nous amène à interroger les théories psychanalytiques et leurs conceptions

de la personnalité.

- *Le moi...*

Ainsi, le Moi pour Freud (1923) désigne l'instance psychique garante de l'expression subjective et constitutive du sujet. Il est l'instance des représentations imaginaires, c'est-à-dire des identifications et du narcissisme (Chemama, 1995). Chez Lacan, le moi n'est pas une instance, mais situe le sujet sur la dimension imaginaire. Il témoigne du sujet de l'énoncé et non de l'énonciation. Il est une figure. On retrouve ici l'origine du terme de personnalité en référence au masque de théâtre. Le moi est ainsi un masque, une image.

Ici, la question de la structure vient naturellement à se poser. En effet, l'expression subjective est dépendante

d'une organisation psychique dont on lui suppose pour une part un déterminisme inconscient. La psychanalyse permet de répondre à cette question.

- ... *et la structure*

La structure relève d'éléments structurés prenant place dans le « champ psychologique », c'est-à-dire l'ensemble des relations de l'organisme et de l'entourage (Lagache, 1961). Il s'agit d'un ensemble dynamique, organisé et mouvant de formations psychophysiologiques, ensemble différencié dans l'individu. Cette spécification d'un système permet de rendre compte de manière cohérente d'une régularité de fonctionnement pour un individu, soit dans les relations qu'il entretient avec les

autres. Lagache évoque le terme de « structure personnelle » pour aborder les deux positions qui existent sur cette question ; la première soutient une position déterministe, mettant en avant la description de traits observables, et d'une classification logique ; la seconde l'envisage tel un système de relations, non directement observables, mais permettant néanmoins l'observation de régularités qui, relayées par un système théorique, permettent de soutenir l'hypothèse du système dynamique. Cette conception d'un système dans un système (l'appareil psychique) soutient l'abord personnaliste du moi, présent chez Freud, qui permet de traiter le moi comme un objet. La position structurale ne se limite ainsi pas à aborder le moi, instance personnifiée parmi d'autres instances valant comme entités de la structure, mais souligne

que plusieurs modes de fonctionnement (et de principes) régissent l'individu dans son ensemble, puisqu'il représente plusieurs systèmes, dont la personnalité.

Personnalité normale et pathologique ou troubles de la personnalité ?

1. Histoire et origines

La notion actuelle de la personnalité fait référence à l'identité psychologique de l'individu, en faisant de celui-ci un individu spécifique, mais recouvre aussi l'idée d'une généralisation des caractéristiques de l'individu à l'ensemble des sujets de son espèce. On entend donc par personnalité l'ensemble des caractéristiques stables, durables d'un individu à travers le temps et les situations, un mode de fonctionnement

typique pouvant par ailleurs représenter des causes explicatives des comportements des individus. La personnalité peut donc se définir comme les caractéristiques relativement stables et générales de la manière d'être d'une personne dans sa façon de réagir aux situations dans lesquelles elle se trouve (Reuchlin, 1991). Elle constitue une organisation dynamique reposant sur des bases physiologiques et rend compte des processus du fonctionnement individuel (Hansenne, 2003). Elle est également constituée de patterns de réponses récurrents et consistants qui vont représenter la manière dont un individu va se comporter. Enfin, elle se reflète dans plusieurs dimensions du fonctionnement humain, dont le comportement, les émotions et les sentiments (représentations de l'émotion associée à un objet

particulier).

La psychologie de la personnalité a deux grands objectifs théorique et pratique : d'une part, comprendre et expliquer le fonctionnement concret des individus, et d'autre part, mesurer les différences interindividuelles et prédire le comportement.

Cependant, une distinction est à faire entre deux termes récurrents dans la littérature lorsque l'on confronte les travaux français et anglo-saxons : caractère et personnalité. Le caractère (plutôt français) est stable et suppose une classification en traits et types (caractérologie). Il implique aussi une évaluation morale de l'individu, et il est sans lien avec l'hérédité. La notion de personnalité (anglo-saxonne) est davantage compatible avec les phénomènes d'évolution, de changement de l'individu. Le terme de personnalité est selon nous l'acception

la plus répandue dans les travaux actuels et la plus souple d'usage, car elle inclut les notions reliées au caractère, à travers les travaux sur le tempérament notamment (qui lui, comporte des caractéristiques héréditaires), alors que le caractère permet peu d'intégrer plusieurs aspects importants de la notion de personnalité.

1.1 Canguilhem ou...

Pour Canguilhem, il est essentiel de préciser ces notions et leur évolution, dont l'issue est la production d'une théorie des rapports entre le normal et le pathologique. Les phénomènes pathologiques ne seraient que des variations quantitatives de phénomènes physiologiques normaux. Il cite dans son ouvrage « le normal et le pathologique », Auguste Comte pour

qui le pathologique est « le prolongement plus ou moins étendu des limites de variation, soit supérieures, soit inférieures, propres à chaque phénomène de l'organisme normal ». L'abord des phénomènes pathologiques s'appuie sur l'étude du normal (pathologie du psychologique) ; mais on peut aussi reconnaître l'inverse, l'étude du normal à partir des phénomènes pathologiques (psychologie du pathologique). On pourrait donc croire à une identité de processus entre le normal et le pathologique. La psychiatrie délimite un champ pour lequel la clarification de ces notions est importante. Blondel avait décrit des cas d'aliénation mentale où les malades apparaissaient à la fois comme incompréhensibles aux autres, et incompréhensibles à eux-mêmes ; le médecin ayant l'impression d'avoir affaire, du fait de cette

« étrangeté », à une autre structure de mentalité ou de personnalité. Il en cherchait l'explication dans l'impossibilité dans laquelle sont les malades de transposer dans les concepts du langage usuel les données de leur cœnesthésie. Il est ainsi impossible de comprendre l'expérience vécue par le malade à partir des récits des malades. Car ce qu'ils expriment, ce n'est pas directement leur expérience, mais leur interprétation d'une expérience pour laquelle ils sont dépourvus de concepts adéquats. Aussi, on peut penser que la maladie n'existe pas en tant qu'entité observable, mais témoigne davantage, dans le domaine de la psychiatrie plus particulièrement, d'une réalité subjective. Le symptôme n'aurait ainsi de sens que dans le contexte global dans lequel il s'exprime. Il convient d'accorder

l'attention à la notion de totalité psychologique, sur le modèle du somatique. Pour Lagache, ce point ne permettrait pas de comparer la maladie avec les éléments de la conscience normale.

1.2 Lagache

La distinction entre normal et pathologique implique une réflexion conceptuelle et méthodologique. L'abord des phénomènes cliniques échappe, en effet, pour lui, à l'expérimentation, contrairement à ce que pourraient laisser penser une certaine identité de nature et l'abord de la clinique sur le mode des dysfonctionnements. Il pense que l'on doit distinguer dans la conscience anormale des variations de nature et des variations de degré. Dans certaines psychoses, la personnalité du malade

est hétérogène à la personnalité antérieure, dans d'autres il y a prolongements. C'est-à-dire que sous-jacente à une pathologie, il peut y avoir ou non de personnalité prémorbide. Avec Jaspers, il différencie les psychoses compréhensibles de celles qui ne le sont pas (cité par Canguilhem). Dans le premier cas, la psychose apparaît en rapport intelligible avec la personnalité antérieure, et par conséquent, la vie psychique antérieure. La psychopathologie permet d'éclairer la psychologie du normal. On peut dire que la maladie désorganise mais ne transforme pas, elle révèle sans altérer.

Cependant, on ne peut comparer les symptômes pathologiques avec des éléments ou manifestations de la « conscience normale », dans la mesure où un symptôme n'a de sens

pathologique que dans le contexte clinique dans lequel il apparaît, et dans la mesure où il exprime un trouble global. Par exemple, une hallucination est impliquée dans un délire, et le délire est impliqué à son tour dans une altération de la personnalité. Il évoque ainsi les problèmes soulevés par l'abord de la psychopathologie par Henri Ey en rapport à la distinction des troubles mentaux à rapprocher des troubles de la personnalité, des troubles mentaux « par excellence », c'est-à-dire représentant une destructuration plus ou moins complète de la conscience (1960). Il convient donc d'adapter les observations du « normal » tout autant que du « pathologique » à leur réciproque.

2. Les notions de traits et de

types

L'approche de la personnalité en termes de traits ou de types présente plusieurs caractéristiques. Tout d'abord, il s'agit d'un système taxonomique (classification) qui permet de décrire les différences significatives entre les individus en termes de traits et de types, tout en prenant en considération les différences biologiques dont on suppose ou l'on infère l'existence.

Les différences principales entre types et traits sont les suivantes : les types sont peu nombreux, fondamentaux (décrivent l'essence de la personnalité d'un individu), exclusifs (théoriquement une personne ne peut avoir qu'un type), discontinus (présence du type ou non). Les traits sont nombreux, fondamentaux ou superficiels (peuvent contenir

différents sub-traits), non exclusifs (on peut avoir plusieurs traits de personnalité), et continus (on présente un trait à des degrés variables). Enfin, les types recouvrent les traits. Les traits constituent ainsi des types, dont différents modèles peuvent rendre compte.

Deux grandes orientations existent à propos de la personnalité et de sa définition ; l'une est orientée sur le versant statistique de la personnalité, l'autre, en abordant l'importance de la structure, sur le versant psychanalytique. Les troubles de la personnalité sont ainsi relatifs à un désordre fonctionnel, le phénomène clinique manifestant une altération du fonctionnement habituel de la personne ; ils peuvent aussi représenter une forme de singularité d'expression d'un fonctionnement psychique inconscient, et témoigner

d'une désorganisation psychique interne.

3. Les personnalités pathologiques

La personnalité peut être définie comme le résultat, chez un sujet, de l'intégration des diverses composantes pulsionnelles, émotionnelles et cognitives. L'agencement des différents facteurs qui entrent en jeu obéit à des lois générales que l'on peut approcher par l'étude du caractère. Selon Lagache, le caractère est l'ensemble des dispositions et des aptitudes qui « commandent la manière d'être et de régir de l'individu dans ses rapports avec le monde extérieur et avec lui-même ». Il est défini par un ensemble de traits de personnalité et indique la manière habituelle pour un sujet de se comporter avec les autres. Cette

représentation de la personnalité en termes de traits de caractère implique une analyse des aspects comportementaux manifestes de l'individu (Guelfi, 1987).

Dans cette perspective, les personnalités pathologiques sont des déviations de la personnalité qui se caractérisent, non pas par la présence de symptômes psychiques, mais par un certain style de vie, par une manière d'être, c'est-à-dire des comportements que l'on considère comme pathologiques. Schneider (cité par Guelfi) définit les personnalités pathologiques comme « des déviations purement quantitatives » de la personnalité normale. Elle correspondrait à un profil de caractère statistiquement rare et dont les attitudes et comportements sont une cause de souffrance pour le sujet lui-même ou pour son entourage.

L'étude des personnalités pathologiques soulève notamment comme problèmes principaux les frontières entre normal et pathologique et les limites entre personnalité pathologique et maladie mentale. La délimitation du concept exige donc, après le choix de certains critères de normalité et de pathologie, que l'on puisse distinguer nettement les traits de caractère et les attitudes (personnalité) des symptômes caractéristiques des différentes entités morbides de la psychiatrie (maladies symptomatiques). Dans ce but, on peut retenir les éléments suivants (Foulds) :

- 1) les traits de caractère et les types de comportement sont universels, tandis que les signes et les symptômes peuvent être contingents, variables selon les cultures ;
- 2) les traits de

caractère sont syntones au Moi (*ego-syntonic*) tandis que les symptômes sont incongrus pour le Moi (*ego-dystonic*) ; 3) les traits de caractère et les attitudes sont durables et stables alors que les symptômes sont variables et se modifient dans le temps. La personnalité doit être appréhendée selon une structure profonde originale, hors d'un épisode morbide, qui, lui, correspondrait à la « variation mentale pathologique » décrite par Henri Ey (1955). On doit distinguer selon Bergeret (1996), et en accord avec R. Diatkine (1967), la notion de normalité ou situation de normalité de celle de structure. Un diagnostic de structure psychique (stable) peut être posé en dehors de toute référence à la pathologie, tandis que la normalité implique la référence à l'adaptation du sujet à sa structure. La notion de structure renvoie à une organisation

stable pouvant conduire à l'apparition privilégiée de certaines pathologies. L'organisation en personnalité pathologique est pour Bergeret une voie de résolution ou d'aménagement d'un processus développemental pathologique.

Outre les positions psychanalytiques sur cette question, la classification anglo-saxonne des maladies (DSM-IV-TR) pose l'existence de personnalités pathologiques décrites sous la forme des troubles de la personnalité. La notion de trouble renvoie bien sûr à une lecture autre que le permettent les théories étiopathogéniques ; elle permet de décrire un ensemble de modalités de comportement durables, et qui se caractérisent par une forme de rigidité dans leurs conditions d'apparition tout autant que dans leur expression.

4. La notion de trouble et les classifications nosographiques

Selon la définition de l'OMS, les troubles de la personnalité correspondent à des déviations des perceptions, pensées, sensations et des relations avec autrui, par rapport à celles d'un individu moyen de la même culture. Les troubles sont en lien avec des manifestations tempéramentales et les traits de personnalité de l'individu (Michel *et al.*). Ils correspondent à l'expression perturbée d'un mode de vie plus qu'à des symptômes à proprement parler. C'est le retentissement sur l'adaptation de l'individu à son environnement qui permet de souligner le caractère morbide de la personnalité.

La classification française, culturellement imprégnée de psychanalyse, décrit des personnalités

ou caractères névrotiques, des névroses de caractère, des caractères psychotiques. Elle correspond à une description de la personnalité selon l'organisation structurale supposée, même si l'abord de l'étiologie n'est pas évoqué.

Le DSM adopte une perspective multiaxiale de classification : il distingue les troubles de l'axe I (ou troubles avérés), des troubles de l'axe II (correspondant aux déviations de la norme). Les troubles de la personnalité ainsi décrits appartiennent à l'axe II. Ils renvoient à la description de comportements, pensées, émotions et attitudes mais ne correspondent pas à une explication de ceux-ci. Que ce soit la classification internationale (CIM) ou la classification anglo-saxonne (DSM), la description ne repose pas sur une théorie étiopathogénique. Aussi, il est aisé de décrire et

classifier des troubles isolés, ou associés, sans préjuger d'une explication particulière. La CIM décrit sept troubles de la personnalité et le DSM en décrit neuf qu'il répartit en clusters :

1) cluster A « bizarre/excentrique » : personnalités paranoïaque, schizoïde, schizotypique ;

2) cluster B « théâtral/émotif/erratique » : personnalités antisociale, borderline, histrionique, narcissique ;

3) cluster C « anxieux/craintif » : personnalités évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive.

Ces approches catégorielles reposent sur la description de traits et peuvent être articulées aux théories dimensionnelles, voire tempéramentales, de la personnalité.

On peut reprendre synthétiquement

les critères permettant de diagnostiquer un trouble de la personnalité (Michel, 2006) selon la CIM ou le DSM. La CIM 10 retient six critères :

1) la déviation des modes habituels de perception interne et de conduites de l'individu des attendus culturels moyens dans plus d'un des domaines suivants : la cognition, l'affectivité, le contrôle des impulsions, l'interaction avec les autres ;

2) la déviation doit être durable et se manifester par une conduite rigide, inadaptée ou dysfonctionnelle lors de situations personnelles et sociales très variées ;

3) il existe une souffrance personnelle et/ou un retentissement sur l'environnement de l'individu ;

4) la déviation stable et durable doit pouvoir être repérée dès la fin

d'adolescence ou l'enfance ;

5) elle ne peut se réduire à une manifestation ou conséquence d'un autre trouble mental, mais elle peut coexister ;

6) exclusion d'une atteinte neurologique.

On peut remarquer que les critères sont généraux et relatifs à une norme. Un épisode isolé ne peut être l'objet d'une telle description, on doit pouvoir repérer une stabilité dans la déviation observée.

Les critères du DSM-IV-TR sont les suivants :

1) une déviation durable de l'expérience vécue et des conduites relative à une culture donnée, qui se manifeste dans au moins deux des domaines suivants : cognition, affectivité, fonctionnement interpersonnel et contrôle des

impulsions ;

2) ces modalités sont durables, rigides et envahissantes pour la vie personnelle et sociale de l'individu ;

3) une souffrance significative est observée ou une altération du fonctionnement social et professionnel ; les premières manifestations de ce mode de fonctionnement sont observées au plus tard à l'adolescence ou début de l'âge adulte ;

4) aucun trouble mental ne permet d'expliquer le tableau clinique ;

5) il n'est pas dû aux effets d'une substance ou affection médicale générale.

Les critères retenus par le DSM sont sensiblement identiques à ceux de la CIM ; à noter que l'âge d'apparition des premiers troubles est repoussé pour le DSM.

Des études rendent compte de l'association de traits de personnalité ou de dimensions tempéramentales à certains troubles de la personnalité ; c'est le cas par exemple de l'association entre « recherche de nouveauté » et personnalité « antisociale ». Pour autant, aucun modèle ne rend compte de ces associations de manière holistique ; les implications théoriques et cliniques de ces études restent donc partielles et limitées. Toutefois, on peut relever que les troubles de la personnalité, malgré leur caractère stable, sont moins permanents que les traits de personnalité (Clark, 2005), ce qui laisse augurer un meilleur pronostic pour l'efficacité des dispositifs thérapeutiques. Enfin, des études montrent une continuité entre les troubles émotionnels et comportementaux de l'enfance et les

troubles de la personnalité (Helgeland, 2005, cité par Michel).

D'un point de vue épidémiologique, la prévalence des troubles de la personnalité est variable ; on peut l'estimer entre 1 et 3 % selon les troubles et les études pour la population générale. Elle augmente sensiblement en population psychiatrique. Nous envisagerons dans les chapitres correspondant les prévalences respectives des troubles.

Descriptions et cliniques des troubles de la personnalité

Introduction

Les troubles de la personnalité correspondent à des variations quantitatives du modèle du « normal ». Que l'on évoque les personnalités dites « pathologiques » ou les troubles de la personnalité, le tableau clinique décrit correspond à la variation du mode de fonctionnement général de l'individu. L'expression de la subjectivité doit varier suffisamment pour que les traits de personnalité soient repérés comme cliniquement

significatifs d'une souffrance. Si pour Schneider (1923), c'est la déviation quantitative qui est en question, pour le DSM, les personnalités pathologiques correspondent à l'existence de comportements inflexibles et inadaptés et signalent une souffrance. Lorsque le tableau décrit n'est pas un tableau présent au long cours, on parle alors de troubles de la personnalité et non plus de personnalité pathologique. Le trouble de la personnalité correspond à la manifestation pathologique d'un trait de personnalité devenu « rigide, inadapté et responsable d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et/ou d'une souffrance subjective » (Guelfi, 1987). Il rend compte des conduites manifestes d'un sujet, indépendamment d'une structure psychopathologique. La classification actuelle du DSM-IV-TR décrit neuf

troubles de la personnalité, répartis en 3 catégories générales sous forme de clusters : le premier renvoie au type « bizarre/excentriques » et comprend les personnalités à traits psychotiques, soit paranoïaque, schizoïde et schizotypique ; le second renvoie au type « théâtral/émotif/erratique » et comprend les personnalités antisociale, borderline, histrionique et narcissique ; le troisième renvoie au type « anxieux/craintif » et regroupe les personnalités évitante, dépendante et obsessionnelle-compulsive.

Les critères diagnostiques du trouble de la personnalité (TP) selon le DSM-IV-TR sont les suivants :

A) il s'agit d'une modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement des attendus de la culture de l'individu. Cette déviation concerne les domaines de : 1) la cognition, 2) l'affectivité, 3) le

fonctionnement interpersonnel, 4) le contrôle des impulsions ;

B) il s'agit d'un fonctionnement rigide et envahissant la vie personnelle de manière diverse ;

C) il a pour conséquence une souffrance clinique significative ;

D) il est décelable au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte ;

E) ce fonctionnement n'est pas expliqué par un trouble mental ou la prise de substances ou affection médicale.

Nous envisagerons successivement, dans ce chapitre, les troubles de la personnalité névrotique, les troubles de la personnalité antisociale, limite et narcissique, sous l'intitulé des troubles dits « limites » de la personnalité, après un abord général des points de jonction de ces trois entités. Le

regroupement se justifie du partage syndromique des trois tableaux cliniques. Enfin, nous développerons une partie sur les troubles de la personnalité psychotique.

1. les troubles de la personnalité névrotique (histrionique, dépendante, évitante, obsessionnelle-compulsive) : définition, étiopathogénie, symptomatologie

Le regroupement dans ce chapitre des personnalités en « névrotiques » se justifie par une référence à une conception psychopathologique. Le trouble de la personnalité névrotique est ainsi considéré comme un ensemble de tableaux cliniques où sont repérables des spécificités dans le discours, la pensée, l'éprouvé et le comportement sans que par ailleurs ne

soient présents les symptômes signant une authentique névrose. (cf. Pedinielli et Bertagne, 2002)

1.1 Description clinique et symptomatologie générale des troubles

D'un point de vue clinique, les troubles de la personnalité névrotique supposent d'un certain nombre de caractéristiques communes. Ainsi seront retrouvés des symptômes qui, s'ils sont observés dans d'autres troubles, notamment de la personnalité borderline, seront toutefois notablement différents dans leur expression et seront associés à d'autres signes. Les signes cliniques des troubles de la personnalité névrotique concerneront essentiellement la pensée, les émotions et les comportements, sans toutefois

aller jusqu'à la constitution de symptômes tels que ceux retrouvés dans une authentique névrose ainsi que par une souffrance moindre, voire absente. Pour Pedinielli et Bertagne (2002), par certains aspects, les troubles de la personnalité névrotique constitueraient des formes atténuées, voire asymptomatiques, de névroses, dont elles partageraient toutefois certaines des caractéristiques, telles que l'anxiété, le style relationnel ou encore les manières de concevoir et de traiter les événements et les problèmes.

Les principaux traits caractéristiques des troubles de la personnalité névrotique sont les suivants :

– l'anxiété qui peut être flottante ou liée à une thématique particulière, telle que la crainte de ne pas être aimé, ou encore qu'il n'arrive quelque chose à

l'un ou l'autre des personnes de l'entourage, mais le plus souvent exprimée sous la forme d'un comportement de protection, donc ne provoquant pas « officiellement » de souffrance (comme l'évoque une patiente à propos de sa fille : « il faut qu'elle soit rentrée avant 23 h, car il est absolument indispensable qu'elle ait quoi qu'il arrive une bonne nuit de sommeil ») ;

– l'ambivalence dans le rapport au jugement d'autrui, à la fois désiré, attendu mais craint et redouté (un patient demande en permanence à ses collaborateurs s'ils sont contents de travailler avec lui, tout en exprimant une anxiété manifeste dès que l'un de ceux-ci lui répond : il se dépêche alors de lui couper la parole pour lui parler d'autre chose) ;

– la recherche de réassurance dans les relations interpersonnelles, le

sentiment de ne pas être assez compétent, le manque de confiance en soi (un patient ne cesse de se décrire comme ne prenant pas les bonnes décisions, incapable de parler aux autres, il passe beaucoup de temps à se dire qu'il ne fait pas ce qu'il faut, qu'il devrait être plus rapide, plus performant, qu'il n'y arrive pas quoi qu'il entreprenne parce qu'il se considère comme « moins bien » que les autres hommes) ;

– la difficulté à entrer en relation spontanément avec d'autres personnes, le sujet témoignant des difficultés à trouver des moyens pour communiquer naturellement. L'interaction est vécue comme difficile, voire douloureuse (« je n'arrive pas à discuter avec des hommes, je suis bloquée, j'ai l'impression que je ne dis que des banalités et au bout de deux minutes, je me tais ») ;

– des troubles de l'estime de soi, avec un jugement négatif sur soi-même, sur ses actions, le plus souvent articulé au sentiment que les autres le perçoivent de manière transparente (un patient évoque le fait qu'il est tellement peu sûr de lui qu'il a l'impression que les autres le voient et que c'est pour cette raison qu'ils ne s'intéressent pas à lui) ;

– un sentiment de malaise vis-à-vis de pensées, de discours ou de comportements qui échappent au sujet et qu'il ne comprend pas, tout en reconnaissant qu'ils lui appartiennent (« je ne sais pas pourquoi mais je ne peux m'empêcher de craindre qu'il ne se produise un accident quand je conduis, accident que je ne pourrais éviter ») ;

– l'anticipation anxieuse de l'avenir et des situations qui sont susceptibles d'être rencontrées (« de toute façon ça

ne sert à rien que je repasse cet examen, je vais encore le rater, comme j'ai déjà raté mon adolescence... ») ;

– des troubles sexuels (impuissance, éjaculation précoce, anorgasmie, frigidité) pouvant être associés ou non à des comportements de séduction excessifs (donjuanisme).

D'une manière générale, les troubles de la personnalité névrotique témoignent ainsi d'une symptomatologie dont l'axe principal repose sur le rapport à l'autre, à l'exception de certaines pensées ou idées, dont le thème peut dans un premier temps apparaître comme autocentré (cf. l'exemple de l'accident de voiture). Il est également remarquable que le sujet se considère fréquemment comme le point de fixation, le centre de gravité des difficultés dont il témoigne, soit sous la forme d'une culpabilité plus ou

moins affichée, soit au contraire dans un évitement théâtral de celle-ci.

1.2 La personnalité histrionique

- *Origine*

La personnalité histrionique a été longtemps appelée « personnalité hystérique », renvoyant ainsi à une forme atténuée d'hystérie. Ce type de personnalité a fait l'objet de peu d'études, du fait sans doute de sa référence historique à la psychanalyse. En France, le terme de personnalité hystérique reste d'un usage courant pour désigner ce trouble. Étymologiquement, l'hystérie renvoie à une conception de la maladie comme étiologiquement déterminée par un dysfonctionnement de l'utérus. En réalité, c'est d'abord l'hystérie de

conversion avec son cortège de symptômes qui a été l'objet de l'intérêt des médecins, et ce dès l'Antiquité avec Hippocrate. Par la suite, et après une période de démedicalisation du trouble au profit d'une conception mystique (certaines furent considérées comme possédées ou sorcières), voire religieuse (révélations, ferveurs mystiques) au Moyen Âge, c'est au XIX^e siècle que la médicalisation de l'hystérie apparaît avec la reconnaissance de l'importance de facteurs psychologiques. Alors que Charcot donne à l'hystérie son statut définitif de maladie, c'est aux travaux de Freud (qui fut son élève) que l'on doit la conception d'une personnalité hystérique, sans que le concept de personnalité soit vraiment utilisé. Toutefois, Freud définit bien l'hystérie comme la combinaison d'une organisation intrapsychique spécifique

— articulée autour du complexe d'Œdipe, de la sexualité infantile et du refoulement — et d'une symptomatologie liée au retour du refoulé. C'est cette organisation, que l'on peut qualifier de « personnalité hystérique », qui a donné lieu ultérieurement à la « structure hystérique » chez Lacan où la problématique de l'hystérique est de répondre à une question (cf. le texte de 1951 « Intervention sur le transfert », ainsi que *Le Séminaire*, Livres III « Les psychoses » et IV « La relation d'objet »), qui peut ou non présenter des symptômes névrotiques avérés.

• *Description clinique*

Le symptôme le plus classiquement décrit est l'*histrionisme* : les sujets présentant ce trouble de la personnalité sont dans une recherche constante de

l'attention d'autrui, ils tentent de séduire l'autre de manière excessive et envahissante. Le discours est volontiers outrancier, exagéré (« avec vous c'est vraiment formidable, votre prédécesseur était totalement à côté des choses ! ») et peut changer en fonction des interlocuteurs sans que le sujet paraisse percevoir les contradictions possibles.

On observe ainsi un théâtralisme où le sujet est un mauvais acteur – jouant faux – d'une pièce qu'il ou elle est seul(e) à jouer.

D'autres symptômes sont associés à celui-ci :

- l'égocentrisme ;
- des comportements manipulateurs (tels que le chantage « si tu ne fais pas cela, alors cela veut dire que tu ne m'aimes pas assez ») ;
- des troubles émotionnels : labilité

émotionnelle (changement fréquent d'humeur et hyperémotivité (superficialité au niveau des émotions) : les émotions paraissent exagérées, parfois sans rapport avec le contexte ;

– une érotisation des relations : toute relation sociale est considérée comme un moyen de séduire l'autre, d'attirer son attention, d'être désiré ;

– des troubles sexuels avec un évitement de la sexualité, ou encore une hypersexualité de façade associée à une frigidité ;

– suggestibilité : le sujet apparaît extrêmement sensible au discours et aux actes d'autrui. S'il lui est demandé quelque chose, cela doit être réalisé, si quelqu'un donne une opinion, celle-ci a valeur de vérité immédiate, même si elle est en réalité contradictoire avec celle du sujet ;

– immaturité : certaines paroles, idées renvoient à des représentations habituellement retrouvées chez l'enfant ou l'adolescent concernant les relations interpersonnelles notamment. Ce symptôme s'associe à un mode de pensée imaginaire, privilégiant les fantaisies du sujet tout en tenant compte des réalités, qui sont vues à travers un prisme imaginaire ;

– dépendance aux autres ;

– mythomanie : le sujet crée ou modifie des faits, des événements qu'il raconte afin de susciter et de maintenir l'attention d'autrui. Il n'y a toutefois pas d'altération du rapport à la réalité (au contraire du délire qui vient en lieu et place de celle-ci).

Comme dans les autres personnalités névrotiques, on retrouve une image de soi défailante, associée à une recherche active du soutien et de

la valorisation par autrui. Ceci peut prendre des aspects spectaculaires tels que crises de pleurs, recherche de réassurance narcissique.

Dans ce contexte, les interlocuteurs-spectateurs sont considérés comme des admirateurs potentiels, qu'il s'agira absolument de séduire. Découvrir dans le regard d'autrui une lueur d'intérêt revient à devenir intéressant à ses propres yeux (théorie de l'autoperception, Bern, 1972).

Enfin, les émotions constituent l'information privilégiée pour régler les rapports du sujet à l'environnement, donnant un caractère irrationnel à ses réactions ou comportements.

Pour le sujet présentant une personnalité histrionique, il s'agit d'être aimé par tous, partout, tout le temps.

• *Classifications*

Le diagnostic de trouble de la personnalité histrionique n'existe que dans les classifications descriptives. Pour le DSM-IV-TR, il se définit comme un « mode général de réponses émotionnelles excessives et de quête d'attention qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers », comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- le sujet est mal à l'aise dans les situations où il n'est pas au centre de l'attention d'autrui ;

- l'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante ;

- expression émotionnelle superficielle et rapidement

changeante ;

- utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention sur soi ;

- manière de parler trop subjective mais pauvre en détails ;

- dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle ;

- suggestibilité, est facilement influencé par autrui ou par les circonstances ;

- considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité.

Le trouble de la personnalité histrionique pourra évoluer vers une névrose hystérique avec symptômes de conversions, mais aussi vers un trouble de l'humeur (dépression « névrotique » ou trouble dysthymique, voire épisode dépressif majeur). Par

ailleurs, on retrouve des comorbidités fréquentes avec les addictions, notamment à l'alcool, ainsi qu'un risque de passage à l'acte suicidaire important, qui s'inscrit alors dans un contexte d'appel au désir de l'autre (« ils vont voir quand je ne serai plus là, au moins ils seront tristes et ils vont souffrir de voir que je suis plus là »).

Actuellement, les études épidémiologiques montrent que ce trouble toucherait 1,3 à 3 % de la population générale avec une prédominance féminine.

1.3 La personnalité dépendante

• *Origine*

La personnalité dépendante peut être considérée comme une déclinaison de la personnalité histrionique, avec

laquelle elle partage les signes cliniques propres aux personnalités névrotiques. La personnalité dépendante est un trouble de la personnalité dont la prévalence varie entre 0,3 et 9 % en population générale et dont la reconnaissance par les classifications internationales remonte respectivement à 1980 pour le DSM-III et 1992 pour la CIM 10. Contrairement aux autres troubles de la personnalité comme la personnalité limite, il existe assez peu de travaux sur la personnalité dépendante et, à titre d'exemple, l'évolution et le pronostic restent peu connus comme le mentionne la dernière version du DSM, le DSM-IV-TR. La personnalité dépendante est un trouble de la personnalité reconnu dans les nomenclatures officielles à partir des années 1980.

Les personnalités histrioniques et

dépendantes remplacent la personnalité hystérique.

- *Description clinique*

La personnalité dépendante partage avec l'hystérie, dont elle a été individualisée, la nécessité inconditionnelle du regard de l'autre. Mais là où la clinique de la personnalité hystérique s'inscrit dans l'activisme pour conquérir l'autre, c'est la dépendance affective qui est au premier plan de celle de la personnalité dépendante. Le sujet présente un ensemble de comportements dont la caractéristique est de s'inscrire dans la soumission, liée à un besoin excessif d'être pris en charge et apprécié par les autres. Le point commun avec la personnalité hystérique est le besoin de plaire aux autres, mais là où l'hystérique séduit,

le sujet dépendant séduit par l'adhésion au désir de l'autre auquel, il se soumet.

On retrouvera les symptômes suivants :

- difficultés relationnelles : le sujet présente des difficultés à rompre une relation, même si celle-ci est source de souffrance pour lui. Il est prêt à tout endurer pourvu que la relation ne soit pas remise en cause ;

- absence d'autonomie dans les prises de décisions, qui sont vécues comme autant de risques de perdre l'amour d'autrui. L'importance de l'objet de la décision est indifférente (du mariage au choix bénin d'une couleur de pantalon) ;

- incapacité ou difficulté à émettre un avis différent d'autrui, à prendre position : toute expression d'un avis personnel différent d'autrui est vécue

comme un risque potentiel de conflit dramatique, impliquant un risque de rejet ou d'abandon. Cela peut conduire à des situations où le sujet prend des décisions contraires à son intérêt ;

– le sujet va systématiquement faire passer le souhait ou désir d'autrui avant le sien ;

– anxiété à chaque situation de prise de décision, contraignant le sujet à une quête répétitive de l'avis et/ou de la présence d'autrui, auquel il se conforme sans réserve.

Les relations quel que soit le domaine (familial, professionnel, loisirs) sont marquées par la soumission, le renoncement à exprimer ses propres désirs et l'effacement devant les autres. Cela conduit les personnalités dépendantes à se sentir victime d'un système considéré comme tyrannique, mais auquel elles

participent par les comportements précédents.

Ainsi, l'expression affective est dominée par l'anxiété tandis que les pensées sont organisées principalement autour des thématiques de l'abandon, de l'impuissance et de la honte.

• *Classifications*

Le DSM-IV-TR définit la personnalité dépendante comme suit : « Besoin général et excessif d'être pris en charge, qui conduit le sujet à un comportement de soumission avec peur de séparation. »

Ce diagnostic nécessite la présence d'au moins cinq des huit manifestations suivantes :

– le sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans

être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui ;

— le sujet a besoin que d'autres assument des responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie ;

— le sujet a du mal à exprimer son désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation ;

— le sujet a du mal à initier des projets ou à faire des choses seul ;

— le sujet cherche à outrance à obtenir le soutien ou l'appui d'autrui au point de faire volontairement des choses désagréables ;

— il se sent mal à l'aise ou impuissant lorsqu'il est seul, par crainte d'être incapable de se débrouiller ;

— lorsqu'une relation proche se termine, il cherche de manière urgente

une autre relation ;

– il est préoccupé de manière irréaliste par la crainte de devoir se débrouiller seul.

L'évolution la plus fréquente est l'épisode dépressif majeur, mais une autre décompensation peut s'exprimer sous la forme de troubles anxieux. Les comorbidités sont les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, mais aussi certaines addictions.

1.4 La personnalité évitante

• *Origine*

Initialement, c'est aux travaux psychanalytiques, en particulier ceux de K. Horney (1945), que l'on doit la description initiale de ce type de personnalité « évitant les contacts

interpersonnels ».

Ce diagnostic est ensuite apparu dans la troisième version du DSM (1980) sous l'influence de Millon, qui a joué un rôle majeur dans les travaux sur les troubles de la personnalité dans le DSM. Il opposera les personnalités où le faible investissement des relations interpersonnelles est passif (cf. la personnalité schizoïde) à celles où il est actif (personnalité évitante). Il sera repris dans les versions ultérieures de la classification.

• *Description clinique*

Les personnes atteintes de ce trouble de la personnalité présentent des difficultés importantes dans les interactions sociales, du fait d'un vécu particulier fait d'angoisse face au jugement possible d'autrui et du

sentiment d'être totalement sans valeur et inférieures aux autres. Dans ce contexte, les situations sociales présentant une certaine proximité avec autrui seront évitées, au profit d'une attitude de retrait social et de timidité, voire de gêne devant l'éventuel intérêt d'autrui.

La solitude est donc activement recherchée, et les situations sociales évitées car comportant le risque toujours réel que leur infériorité et leur ridicule ne soient constatés publiquement.

Les principaux symptômes observés sont les suivants :

- faible confiance en soi et faible estime de soi : sentiment d'infériorité par rapport aux autres, de ne pas être à sa place ;

- dévalorisation systématique de soi (« je n'ai rien d'intéressant à dire ») ;

- hypersensibilité aux critiques ou aux rejets ;
- isolement social que le sujet s'impose afin d'éviter de se retrouver en situation d'interaction sociale ;
- extrême timidité ou anxiété face à des situations sociales ;
- évitement des situations de proximité ou de contact physiques ;
- sentiment de solitude ;
- méfiance envers les autres, qui par une remarque anodine peuvent les humilier et les couvrir de honte ;
- distance émotionnelle afin d'éviter le risque de se dévoiler dans ses faiblesses supposées ;
- manifestations neurovégétatives, telles que rougissement incontrôlable, sudation excessive ;
- autocritiques concernant des problèmes dont la cause n'appartient

pas au sujet ;

– utilisation de certains fantasmes (romantiques, voire mièvres, ou totalement irréalistes) en guise d'alternative aux pensées douloureuses (imagine une relation en conte de fées avec un collègue de travail, par ailleurs déjà engagé, ou une personne croisée dans les transports en commun).

Ce type de personnalité pourrait par certains aspects constituer l'exact contraire de la personnalité histrionique.

• *Classifications*

Il s'agit d'un mode général d'inhibition sociale, de sentiment de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité au jugement négatif d'autrui, qui apparaît au début de l'âge

adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

- le sujet évite les activités sociales professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d’être critiqué, désapprouvé ou rejeté ;

- réticence à s’impliquer avec autrui à moins d’être certain d’être aimé ;

- est réservé dans les relations intimes par crainte d’être exposé à la honte et au ridicule ;

- craint d’être critiqué ou rejeté dans les situations sociales ;

- est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d’un sentiment de ne pas être à la hauteur ;

- se perçoit comme socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres ;

— est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras.

Ce trouble concernerait entre 1 à 3 % de la population générale en fonction des études épidémiologiques. Il serait associé majoritairement à la phobie sociale, ainsi qu'à des troubles dépressifs et anxieux. Toutefois, le niveau de sévérité de la personnalité évitante est plus important que dans la phobie sociale et est également associé à des troubles des conduites alimentaires.

1.5 La personnalité obsessionnelle-compulsive

• *Origine*

Comme dans le cas de la

personnalité histrionique, c'est par l'étude du fonctionnement intrapsychique que Freud (1908) mit en évidence les spécificités propres à la personnalité obsessionnelle. À partir du cas de l'homme aux rats, il décrivit les principales caractéristiques cliniques de la personnalité obsessionnelle et les spécificités propres à l'agressivité anale et aux fixations à ce stade du développement libidinal. Reprenant les travaux de Freud (1905) sur le développement psychosexuel, Abraham (1921) mit l'accent sur le stade anal comme déterminant du caractère anal : « amour de l'ordre allant jusqu'à la pédanterie, parcimonie tournant aisément à l'avarice, obstination pouvant aller jusqu'à l'opposition violente ».

Parallèlement à Freud, Pierre Janet définira la psychasthénie comme une

forme clinique particulière de fonctionnement mental, dont les caractéristiques majeures sont le perfectionnisme, un sentiment d'incomplétude dans l'action et l'émotion, expériences d'étrangeté et de dépersonnalisation, obsessions, phobies, en font une maladie à part entière dont l'organisation psychopathologique relève à la fois d'un abaissement de la tension psychologique et d'une perte de la fonction du réel. Ainsi furent définis les éléments qui allaient constituer le modèle original de la personnalité obsessionnelle compulsive dans les différentes versions du DSM (Lanteri-Laura, 1994).

- *Description clinique*

Le tableau clinique de la personnalité obsessionnelle-

compulsive renvoie des symptômes, dont la description est ancienne. D'un point de vue sémiologique, on observe :

- le souci excessif de l'ordre : il s'agit d'une attention exagérée portée à l'organisation, à la place de certains objets ;

- le perfectionnisme : le sujet attache une grande importance à ce que tout soit « parfait » ;

- l'attachement aux détails : il existe une focalisation excessive sur des aspects sans importances de problèmes rencontrés, au détriment de questions de fond ;

- l'économie : le sujet a un rapport à l'argent fait de réticence, y compris pour des sommes dérisoires ;

- l'entêtement.

En outre, d'autres traits de caractères sont repérables, en

particulier la lutte contre des fantasmes sexuels ou des désirs considérés comme interdits, associés à un sentiment de culpabilité morale. Il existe également une indécision et un doute quasi permanent, où le sujet se demande s'il fait bien ou mal, et où toute situation de choix est vécue douloureusement, avec des allers-retours incessants en pensée entre les différentes solutions possibles conduisant le sujet à ne pas choisir jusqu'au dernier moment possible. La décision est alors prise dans un vécu de tension intense sans commune mesure avec la réalité souvent dérisoire des enjeux. Il existe également une distance relationnelle avec autrui, associée à une focalisation sur les devoirs et les contraintes que le sujet présente comme inévitable et auxquelles il doit se soumettre « par devoir et conscience professionnelle ».

• *Classifications*

Pour le DSM-IV, la personnalité obsessionnelle compulsive constitue un mode général de préoccupation par l'ordre, le perfectionnisme, le contrôle mental et interpersonnel aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

- préoccupations par les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdu de vue ;

- perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches (par exemple, incapacité d'achever un projet parce que des exigences personnelles trop strictes ne sont pas remplies) ;

– dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'exclusion des loisirs et des amitiés (sans que cela soit expliqué par des impératifs économiques évidents) ;

– est trop consciencieux, scrupuleux et rigide sur des questions de morale, d'éthique ou de valeurs (sans que cela soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle) ;

– incapacité de jeter des objets usés ou sans utilité même si ceux-ci n'ont pas de valeur sentimentale ;

– réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses ;

– se montre avare avec l'argent pour soi-même et les autres ; l'argent est perçu comme quelque chose qui doit être thésaurisé en vue de catastrophes futures ;

– se montre rigide et têtu.

Dans la CIM 10, une description similaire est retrouvée mais le diagnostic est celui de « personnalité anankastique ».

1.6 Comorbidités

Les principales comorbidités des troubles de la personnalité névrotique sont : les troubles de l'humeur, en particulier la dépression, présente chez de nombreux sujets ; les troubles anxieux et les problématiques addictives.

2. Les troubles dits « limites » de la personnalité : définition, étiopathogénie, symptomatologie

Le terme de *Border Line* est exposé

dans une étude de C. Hugues, en 1884. Il qualifie un individu oscillant tout au long de sa vie entre les limites de la « Démence » et de la « Normalité ». En 1885, Kalhbaum assoit le concept *via* une forme pathologique, l'« héboïdophrénie » (propension à la délinquance caractérisée par des troubles caractériels sans déchéance terminale). Ce rapprochement d'avec la psychose se justifie, d'une part, de l'existence de symptômes communs aux deux syndromes morbides, et, d'autre part, de l'importance du syndrome comportemental dans l'héboïdophrénie. Les travaux de Freud en 1914 font du narcissisme un étayage du concept d'état limite. En 1934, H. Deutsch décrit les « personnalités *as if* » qui se caractérisent par la fausseté de leur attitude, opérant par mimétisme. Le terme de *Border Line* sera repris par

A. Stern en 1938, qui insistera sur la nature *hypersensible de ces sujets*, leur rigidité défensive et *leur faible estime de soi*. L'angoisse est sous-jacente et majeure, la relation à l'autre et à son regard également. Ces deux critères rendent compte de l'essentiel des cooccurrences dans les troubles dits « limites », entre le TP antisocial, limite ou borderline, et narcissique.

La notion d'état limite prendra forme avec les travaux d'Eisenstein (1950). Dès lors sera préféré le terme de personnalité à celui de structure. A. Wolberg (1952) donne une description de l'état limite démarquant nettement ce dernier du psychotique. Pour Wolberg, le sujet « limite » est dans une relation d'ambivalence du côté de la séduction-agressivité ; à tour de rôle, il se veut maître de la situation et maîtrisé par celle-ci. Ce repérage souligne le mode de relation à l'objet

privilegié de ces sujets. À partir des années 1960, les travaux évoquent les caractéristiques suivantes des sujets états limites : sentiment de « double réalité », ou « asynclitisme » (Gressot, 1960), difficultés identificatoires (Modell), agressivité, défaut de relation affective, troubles de l'identité, dépression et sentiment de solitude (Grinker, 1968). Dans les années 1970, Bergeret, Kernberg, Anzieu et Green contribuent largement à définir les états limites. L'ensemble de ces auteurs (1970/1998) s'accorde à dire que les états limites ne se situent ni dans la névrose, ni dans la psychose, ni dans la normalité. Ils se situent par exclusion. Les patients dits « limites » font preuve d'une réactivité traumatique à « teinte » anaclitique (en appui sur). Cette réactivité sort de sa latence par la somatisation et les passages à l'acte.

Dans les classifications syndromiques, le trouble limite correspond à une entité à part entière (relativement au TP antisocial et narcissique) et appartient au second cluster selon la classification du DSM-IV-TR. Nous allons décrire les principaux traits et signes caractéristiques de l'ensemble des troubles dits « limites » avant de préciser les spécificités propres à chaque TP.

2.1 Description clinique et symptomatologie générale des troubles limites

- *Les troubles émotionnels*

L'angoisse

C'est la manifestation la plus

constante : il n'y aurait pas d'état limite sans angoisse. Elle est flottante, diffuse, plus ou moins permanente et d'intensité variable. La moindre surcharge d'angoisse et l'incapacité du sujet à la gérer déterminent parfois (souvent dans les TPBL) des épisodes de dépersonnalisation, voire de déréalisation. Elle est décrite en lien avec les modèles psychopathologiques qui ne l'envisagent pas en terme de signe mais relevant d'une problématique subjective. Ainsi, l'angoisse de l'état limite correspond à la crainte d'une séparation d'avec l'objet aimé (J. Bergeret), de la perte de cet objet, d'un abandon de la part de celui-ci, de vide intérieur ou d'annihilation (D. Widlöcher). Elle se distingue ainsi, sur ce plan, de l'angoisse de castration présente dans les névroses ou de perte des limites entre le monde interne et externe,

comme dans les psychoses. Elle est accompagnée d'une grande variabilité des symptômes dont des symptômes d'ordre affectif tels que les manifestations dépressives ou les troubles anxieux, ou d'ordre comportemental tels que les passages à l'acte répétés auto et hétéro-agressifs, ou encore les addictions. D'un point de vue sémiologique, on évoquera alors l'anxiété comme la représentant et les manifestations dépressives comme épisode d'effondrement subjectif. Ces différentes manifestations d'angoisse prendront une forme différente selon le trouble de la personnalité spécifique dans lequel elles s'inscrivent.

Les phénomènes anxieux

Les manifestations d'anxiété sont permanentes, diffuses ou contextuelles (cf. TPN). Elles peuvent ainsi prendre

l'allure de symptômes phobiques, obsessionnels ou encore hystériques (de conversion), plus ou moins apparents et prononcés selon la personnalité sous-jacente (par exemple borderliner *versus* antisociale). Le discours porté par le sujet sur ses symptômes témoigne de son angoisse ; il peut ainsi évoquer, sur le versant dépressif, la perte du sens de la vie (ce qui n'est pas sans rappeler (ou appeler) la dépression de l'humeur souvent associée), une angoisse « existentielle ». Le sujet sent ses capacités de contrôle diminuer et d'une diminution du sentiment de cohérence interne pouvant aller jusqu'à un sentiment de déréalisation. Ce dernier sentiment évoque la présence conjointe d'états dissociatifs lors desquels le sujet témoigne d'une part de lui-même qui lui échappe et qu'il désapprouve, la plupart du temps.

Enfin, l'angoisse d'abandon est sous-jacente et presque omniprésente dans les plaintes du sujet, abandon de l'objet aimé, dès qu'une distance entre lui et l'autre s'instaure, en dépit de sa volonté. Les sujets dits « antisociaux », dont le tableau clinique est marqué davantage par des symptômes comportementaux, en sont moins les objets.

Une sémiologie d'allure névrotique

Elle correspond principalement au registre de l'hystérie : il s'agit de symptômes de conversions multiples, labiles et changeants ou d'états graves avec troubles de la conscience. Ces derniers témoignent d'épisodes dissociatifs.

On note aussi la présence de signes évoquant les troubles obsessionnels compulsifs ou névrose obsessionnelle :

obsessions, compulsions, mais sans que l'individu ne s'engage dans une lutte contre leur apparition. Elles comportent une connotation persécutive et des justifications rationnelles. Des manifestations hypocondriaques liées à l'angoisse peuvent également être présentes et se rapprocher de la nosophobie. Enfin, les symptômes phobiques ne sont pas rares et touchent le corps (dysmorphobies), les relations interpersonnelles (phobies sociales : peur de rougir, d'être regardé) ou le comportement (phobies d'impulsion : crainte de commettre un acte contre sa volonté).

Ces phénomènes peuvent apparaître isolément ou, plus souvent, être présents de manière concomitante : phobie, conversion et obsessions. Cet aspect polymorphe est assez évocateur. Leur caractère principal est l'absence

de lutte du sujet (rationalisation) et la tonalité persécutive.

Les manifestations dépressives

Certains auteurs associent le syndrome dépressif au trouble limite de la personnalité. Les manifestations dépressives sont très fréquentes chez ces sujets, mais elles présentent quelques particularités. On n'observe que rarement de ralentissement psychomoteur en dépit de la douleur morale. Ce syndrome est, en effet, un élément clinique différentiel de types de dépression et prépondérant dans les formes majeures (épisode dépressif majeur ou dépression majeure, mélancolie). Les sentiments de désespoir et d'impuissance sont présents ainsi que la honte. Dans l'épisode mélancolique, par exemple, la honte est absente, seule la

culpabilité est repérée. Cela situe d'emblée le problème pour l'individu plutôt entre lui et l'autre et/ou son idéal qu'entre lui et son moi (comme dans la mélancolie). Les vécus de solitude, de vide, d'ennui sont quasi permanents et conduisent à un ressenti de détresse émotionnelle intense. L'humeur est variable et labile, dépendante des circonstances extérieures et des relations que le sujet entretient avec son entourage (cf. TN). Enfin, du fait de l'impulsivité, le risque de tentative de suicide est important.

- *Les troubles du comportement et des relations*

L'instabilité et l'impulsivité

Tendances générales de l'individu, l'instabilité et l'impulsivité qualifient

l'ensemble du tableau clinique. Elles rendent compte de nombreuses difficultés et sources de souffrances chez le sujet limite, telles que l'instabilité professionnelle, affective et relationnelle. En effet, d'un point de vue professionnel, le sujet limite se trouve en difficulté pour se situer vis-à-vis des autres et de lui-même, ainsi que pour répondre à certaines règles établies ou cadre imposé par un tiers. Les difficultés d'ordre hiérarchique sont souvent évoquées, ce qui amène le sujet à changer fréquemment d'emploi. Sur le plan affectif, on pourrait situer, dans une forme de continuité historique (si l'on évoque les ruptures de liens de l'enfance qui jalonnent les biographies de ces sujets), de nombreuses ruptures affectives, associées ou non à des conduites sexuelles déviantes. Le rapport à la perversion du fait de la présence de perversions

comportementales et sexuelles s'appuie sur la description des conduites tout autant que sur le mode de relation instauré entre les partenaires. D'autres troubles du comportement sont aussi fréquemment présents (fugues, addictions, par exemple). Ces troubles du caractère correspondent au tableau clinique de la personnalité antisociale ou psychopathique. Mais on peut aussi retrouver un « hyperconformisme » (faux *self*) remis en cause par quelques actes ou quelques explosions (il ne tient pas).

Les passages à l'acte et troubles du comportement

Les passages à l'acte témoignent du débordement de l'angoisse. Ils concernent le sujet lui-même et autrui. Les actes auto-agressifs apparaissent le plus souvent de manière impulsive ;

ils consistent en des automutilations, des phlébotomies, la mise en danger de soi-même à travers des comportements à risques (souvent physiques, conduite automobile, moto, rapports sexuels non protégés, etc.), envisagés comme des équivalents suicidaires. Ils incluent les tentatives de suicide. Les actes hétéro-agressifs concernent autrui : ce dernier est un support d'expression de détresse, de violence, de colère ou de rage. La violence est souvent présente, plus sous forme de décharge que d'agressivité. Ils sont parfois insérés dans des conduites délinquantes, ou déviantes, par exemple sur le registre de la sexualité. Ces dernières sont généralement impulsives, contradictoires, teintées d'agressivité ; la variabilité du partenaire est fréquente.

• *Les troubles cognitifs et les processus psychiques*

Les relations que le sujet entretient avec lui-même et les autres questionnent l'appréhension de soi-même, sa perception et celle des autres. Plus le sujet se situe dans une relation de dépendance, plus il sera à même de développer des conduites destinées à contrôler l'autre dont il dépend. La dépendance affective amène un filtre particulier dans la perception cognitive des situations interpersonnelles et dans les représentations du sujet à l'égard de son environnement. Du point de vue de la relation, il lui faut toujours un objet sur lequel s'étayer, prendre appui, ce qui lui permet de fonctionner de manière plus ou moins adaptée et opérante. La dépendance dans laquelle il est le conduit souvent à interpréter

en sa défaveur les conduites de l'objet ayant pour centre un autre que lui. Par exemple, le retard à un rendez-vous va être interprété comme un acte évoquant le peu d'importance accordé par l'autre, un acte d'abandon donnant lieu à une forte détresse émotionnelle. Cette dernière conduit souvent le sujet limite à commettre des actes visant à faire disparaître l'angoisse éprouvée.

Ces sujets présentent une faible estime de soi et témoignent d'une représentation d'eux-mêmes marquée par l'alternance entre dévalorisation et surestimation. La représentation de soi est ainsi altérée, en témoigne une défaillance du narcissisme exprimée comme telle, ou au contraire, manifestée par la « grandiosité ». Cette relation de dépendance à l'autre explique le recours à des objets d'addiction (drogues, alcool, médicaments, conduites à risques).

2.2 La personnalité antisociale ou psychopathique

- *Origines*

Pinel (1809) employa le terme de « manie sans délire » pour qualifier un tableau clinique marqué essentiellement par l'agitation comportementale. La personnalité antisociale a fait l'objet de différentes dénominations, dont la psychopathie et la sociopathie. Plusieurs types de « psychopathes » ont pu être décrits dès 1948 (Karpman) : les psychopathes dits « primaires », présentant une apparente normalité (de surface), mais ne réagissant pas de manière adaptée aux stimuli émotionnels, étant peu sensibles au renforcement social, malgré la conscience des valeurs sociales (Cleckley, 1976) ; les psychopathes dits

« secondaires », étant ceux présentant des troubles associés, en particulier, des troubles anxieux. Ces derniers, les « vrais » psychopathes (Blackburn, 1988), ont pu être aussi dénommés, « névrosés » ou « symptomatiques » (Hare, 1970). Une troisième catégorie décrit les psychopathes dits « de culture », c'est-à-dire ceux que la culture amène à réaliser des actes déviants. Il a été soutenu, dans la littérature, que les traits de manque d'empathie et de remords, l'instabilité, la difficulté à établir des relations interpersonnelles, l'impossibilité d'apprendre de ses expériences antérieures et l'impulsivité caractérisaient ce trouble de la personnalité. Le manque de sentiment envers autrui, l'impulsivité et la tendance à l'agir sont relevés dès les débuts de la définition du tableau clinique (Craft, 1965b). Situant l'acte

au centre du tableau clinique, il a par ailleurs été montré que les individus présentant ces traits de personnalité présentaient déjà dans leur enfance des troubles du comportement (Guze, 1976 ; Robins, 1978), ce qui ne signifie pas, bien entendu, que les enfants présentant des troubles du comportement évoluent systématiquement vers le développement d'un TP antisocial.

- *Description clinique*

Deux larges catégories semblent se dégager des définitions : une symptomatologie marquée de manière prépondérante par le *manque de sentiment pour autrui* et l'*impulsivité*, et une autre, marquée plus spécifiquement par le *comportement antisocial*. L'ensemble des critères relatifs au comportement antisocial

renvoie à un groupe hétérogène d'individus, présentant une psychopathologie variée. Ceci remet en question la pertinence du concept de trouble de la personnalité antisociale ou psychopathique, basé en premier lieu sur la présence d'un comportement déviant (Blackburn, 1988). Malgré tout, il apparaît que les caractéristiques de personnalité liées à l'impulsivité, l'agressivité et l'instabilité émotionnelle restent présentes et pathognomoniques du tableau clinique des sujets qui présentent des actes antisociaux.

Ces éléments cliniques correspondent aux traits de psychopathie définis par Hare *et al.* (1991). On distingue ainsi trois dimensions : *interpersonnelle*, *affective* et *comportementale*.

Les individus antisociaux (TP) semblent souvent grandioses, centrés

sur eux-mêmes, manipulateurs, dominants, insensibles et présentent des difficultés relationnelles au long cours. Les émotions sont labiles, sans consistance ni profondeur avec un manque d'empathie, d'anxiété, de culpabilité et de remords. Leur comportement est marqué par l'impulsivité et la recherche de sensations, qui est souvent antisociale et peut évoluer en criminalité, abus de substances et irresponsabilité sociale.

Les traits évoqués ci-dessus sont retrouvés également dans le TP antisocial à l'adolescence, dont West (1983). Chez une minorité d'individus présentant ces traits précoces de psychopathie, on peut repérer un fonctionnement mental et comportemental dangereux ou bizarre, conduisant, par exemple, à des agressions ou des fantasmes de meurtres. Dans cette sous-catégorie

clinique, les hommes sont plus représentés que les femmes.

Enfin, pour les individus présentant le TP antisocial hospitalisés en institution psychiatrique, on peut relever des antécédents d'inceste, de placements en institution pour enfants, de troubles des conduites, de misère sociale, de criminalité ou d'autres TP associés. Une des caractéristiques principales du trouble de la personnalité antisociale est l'incapacité à nouer des relations interpersonnelles proximales, en raison notamment de la centration sur soi excessive et du manque d'empathie. Le manque d'engagement vis-à-vis des partenaires sexuels est aussi associé à un tableau de violence et de séparation.

• *Classifications*

La première édition du DSM évoquait le terme de « personnalité sociopathique » ; les individus sociopathes étaient décrits comme des sujets présentant essentiellement des actes dits « déviants », parmi lesquels les addictions. À la seconde édition, le terme de « personnalité antisociale » apparaît au sujet d'individus que le comportement amène régulièrement à être en conflit avec la société. Ils sont décrits comme égoïstes, irresponsables, impulsifs et incapables de sentiment de culpabilité, avec une faible tolérance à la frustration. Hare (1980) propose avec l'« inventaire de psychopathie » (*Psychopathy checklist*, PCL, PCL-R) une alternative à la critériologie du DSM plus proche des critères de Cleckley. L'intérêt de cette critériologie est de spécifier la sous-population de sujets « psychopathes » au sens de

« présentant prioritairement un tableau clinique marqué par les passages à l'acte déviants » et, donc, de délimiter cette sous-catégorie incluse précédemment dans la personnalité antisociale.

La classification internationale des maladies (CIM 10) relève la « personnalité dyssociale », plus proche des critères de Cleckley et de Hare pour la personnalité psychopathique, que de ceux du DSM.

Le DSM-IV-TR retient les critères suivants :

A) Mode général de mépris et de transgression pour les droits d'autrui survenant dès l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des sept manifestations suivantes :

- incapacité de se conformer aux

normes sociales déterminant les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation ;

– tendance à tromper par profit ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, des filouteries (ex. utilisation de pseudonymes), ou des escroqueries ;

– impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance ;

– irritabilité ou agressivité, indiquées par la répétition de bagarres ou d'agressions ;

– mépris inconsideré pour sa sécurité ou celle d'autrui ;

– irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières ;

– absence de remords, indiquée par

le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui.

B) L'âge est au moins égal à 18 ans.

C) On peut repérer des manifestations des troubles des conduites avant 15 ans.

D) Les comportements antisociaux ne sont pas liés à un épisode ou trouble psychotique.

Les critères du DSM permettent d'élargir la définition du syndrome aux individus dont la symptomatologie n'est pas exclusivement de type psychopathique ; pour cette dernière, les critères cliniques correspondent aux items de l'échelle d'évaluation de Hare.

Ce tableau clinique, marqué néanmoins par la prégnance du

syndrome comportemental, apparaît généralement au milieu, voire à la fin, de l'enfance et persiste à l'âge adulte, bien que l'adaptation sociale s'améliore après 40 ans.

Vignette clinique : Jean, mis en examen pour
« violences volontaires et dégradation de biens »

Jean est un jeune homme de 17 ans qui manifeste d'emblée une attitude d'opposition, venant accompagné par son père jusqu'à la porte d'entrée du cabinet. Ce troisième rendez-vous fait suite à deux rendez-vous manqués ; Jean est en effet arrivé au premier avec 1 h 15 de retard sans prévenir (nous ne l'avons pas reçu) et a annulé le second au dernier moment. À nos questions concernant ses absences aux deux premiers rendez-vous, il nous répondra : « j'avais autre chose à faire ». Il est distant de contact, parle peu, évite de s'investir dans la relation et fait preuve d'une certaine méfiance lorsque nous lui posons des questions. Outre des difficultés de compréhension et de

manièrement du langage, nous relevons une verbalisation pauvre, soutenue par une attitude manifeste de refus de la relation.

Jean est mis en examen suite à une altercation avec violence. Il rapporte s'être trouvé, alors qu'il était assis au bas de son immeuble, témoin d'un accrochage entre deux voitures ; l'une des voitures contenait un de ses amis. Les deux conducteurs s'interpellant violemment, il est allé seconder son ami et a commis des violences contre la voiture de l'autre conducteur. Il refuse de s'étendre sur le sujet et nous dit : « j'aime pas en parler », « de toute façon je suis pas un parleur ». Il dira néanmoins de cet épisode : « c'est une bagarre, ça s'est passé vite [...] on voyait la bagarre de loin, on s'est précipité [...] y a eu des coups de tous les côtés, l'autre blessé il est tombé ». Son discours est retenu et désincarné. Il arrête rapidement de verbaliser sur ce sujet et, à nos relances, refuse de donner de quelconques précisions. Sur son ressenti, il dira : « sur le moment, j'avais peur, c'est violent ». Il évoque alors les conséquences de la situation actuelle le concernant en disant : « quand j'étais petit (15 ans), j'imaginais pas les

conséquences, j'imaginai pas la prison ». Nous relevons ici une difficulté à élaborer au sujet de ses actes et de la situation, si ce n'est de constater les faits. Quel que soit le domaine, Jean présente des difficultés à se projeter dans l'avenir et n'investit aucune des sphères de sa vie, ni sociale, ni professionnelle, ni affective particulièrement.

L'anamnèse ne relève pas d'antécédents psychiatriques. Jean ne semble pas être un consommateur de toxiques (alcool, drogues). Cependant, on peut noter des antécédents de troubles du comportement de type délictueux dont il ne fait qu'évoquer la présence, mais dont il refuse de parler.

Jean est le second d'une fratrie de six enfants. Il qualifie ses relations avec son père de « bien », en dépit du fait que celui-ci « le frappe quand il fait des conneries », ce qu'il trouve justifié. Les relations avec sa mère sont qualifiées de « bien », et il déclare que son rôle est de lui faire la « grande morale » lors de ses dérives comportementales. À propos de ces « conneries », il nous répond « des conneries comme pour aujourd'hui ». Il déclare à propos des remontrances de

son père qu'il « écoute tout ce qui est bon à prendre, je prends dans ma tête ». Il semble tout au long du discours sur ce sujet que Jean tente de se conformer à un discours social « désirable » sans pour autant se l'approprier. Outre des difficultés d'expression verbale et d'élaboration, Jean présente des difficultés à exprimer ses émotions, et à en témoigner dans une relation interpersonnelle. D'un point de vue scolaire, on relève un arrêt de la scolarité en classe de 3^e professionnelle, section dans laquelle il ne trouvait aucune option proposée satisfaisante. L'absence de projection est notable et se retrouve également sur le plan social et affectif. Il semble s'inscrire dans une certaine passivité dans tous les domaines de sa vie, contrastant notablement avec l'impulsivité dont il a pu témoigner lors des passages à l'acte.

2.3 Le trouble borderline ou l'état limite

• *Origines*

En 1938, ainsi que nous l'avons indiqué (cf. *supra*), A. Stern a repris le terme de *borderline*. En relevant la nature hypersensible de certains sujets et leurs carences en estime de soi, il évoque la présence d'un sentiment d'insécurité interne et d'un tableau d'anxiété intense. Ces patients sont dits « difficiles à traiter » en psychothérapie, notamment en raison de leur rapport instable à la réalité ; ainsi, la question de la limite avec les troubles psychotiques se pose, d'autant qu'on repère, par exemple, chez eux la présence d'hallucinations. L'originalité du syndrome décrit tient à ses limites nosographiques avec d'autres syndromes ou troubles mentaux. La perspective de Kernberg (1967) se centre davantage sur le fonctionnement mental plutôt que sur le tableau

comportemental. Il relève ainsi une faible capacité à tolérer l'anxiété, à contrôler les impulsions, à développer des moyens de se comporter adaptés socialement, avec une tendance à développer des croyances irrationnelles et à utiliser des mécanismes de défenses particuliers. Ces derniers, majoritairement de type « psychotiques » (c'est-à-dire clivage, projection, déni) favorisent une scission du fonctionnement, qui, lorsqu'elle est reconnue par l'individu peut contribuer à un sentiment d'insécurité dans lequel il se sent continuellement négligé.

Pour Gunderson (1975), le TBL inclut une faible productivité, de l'impulsivité, des tentatives de suicide manipulatrices, des changements d'humeur intenses, des pertes de réalité transitoires, une haute socialisation, des relations proximales

perturbées. Ces critères font l'objet d'une évaluation par entretien semi-directif (*ibid.*, 1981).

• *Description clinique*

Le tableau clinique est fréquemment marqué dans la pratique par des difficultés considérables dans la régulation de soi à cause d'humeurs volatiles, d'impulsivité, d'abus de substances et d'auto-agressions. On relève trois clusters principaux : a) les actes auto-agressifs avec impulsivité ; b) la colère, l'humeur labile et les relations sociales tempétueuses ; c) les perturbations de l'identité, le sentiment de vide et l'incapacité à être seul. Ce dernier syndrome est le moins spécifique. Les autres sont souvent cooccurrents avec, par exemple, les troubles affectifs, l'abus de substances, les troubles du comportement

alimentaire, les états psychotiques.

L'investissement de l'image de soi renvoie à l'incertitude du *self* dans des circonstances variées, dont témoignent le manque de clarté dans les buts, les croyances, les intérêts et les valeurs. Ces traits sont souvent trouvés dans des contextes angoissants (c'est-à-dire la peur d'être seul) ; les sujets se plaignent d'un sentiment de vide, d'ennui, d'une perte d'intérêt, de solitude, de perte d'espoir et de désespoir.

Du point de vue des *relations interpersonnelles*, elles alternent dans des positions extrêmes : idéalisation/déception. La déception implique une tendance à dévaloriser le partenaire et surévaluer les autres. Il souhaite une relation unique qui peut l'amener à des états de colère importants lorsque cela n'est pas possible, ou lorsqu'une séparation non

souhaitée s'impose. La peur d'être abandonné le conduit à un sentiment de panique important lorsqu'il est seul. La difficulté à construire des relations est une conséquence de la tendance à dévaloriser les relations sociales. Le sujet ne parvient aussi que difficilement à construire une base de souvenirs et de fantasmes positifs à propos des personnes importantes dans sa vie. À la place, les sentiments et représentations vis-à-vis des autres tendent à être associés à de la colère et de la négativité. Le sentiment de solitude ressenti est différent de celui qu'éprouve un sujet sans TPBL.

Le *syndrome affectif* est marqué par une humeur sujette à des changements très fréquents induisant une dépression de l'humeur, voire un état dépressif, avec idées morbides (auto-agression, suicide), irritabilité, anxiété, colère intense et chronique. La colère

chronique est souvent associée à l'amertume, le sarcasme, et des demandes irraisonnées. L'humeur dépressive chez les sujets borderliners a une qualité particulière, notamment en ce qui concerne les pensées de vide et de destructivité. Ces pensées sont associées à une dépendance conflictuelle induisant des sentiments mélangés d'hostilité et de dépendance par rapport à une personne ou une situation importante. Quand ces sentiments sont absents et que la dépendance n'est pas conflictuelle, les signes de dépression qui en résultent sont de qualité différente et d'un pronostic meilleur.

Plusieurs études ont étudié la prévalence et la nature de phénomènes d'allures psychotiques chez des individus BL ou d'autres désordres psychologiques, ainsi qu'en population non clinique. Les délires et

hallucinations peuvent en effet exister dans d'autres troubles, par exemple le trouble obsessionnel-compulsif. Plutôt que « phénomènes psychotiques », un meilleur terme est proposé, celui de « départs de la réalité consensuelle ». On peut en distinguer trois catégories :

- a) les distorsions cognitivo-perceptuelles (c'est-à-dire raisonnement illogique et faux, perceptions inhabituelles, paranoïa non délirante (méfiance irraisonnée), elles sont très fréquentes chez les sujets BL ;
- b) les expériences psychotiques transitoires (inférieures à deux jours), soit hallucinations et délire ;
- c) les délires et hallucinations prolongés (rares), ils sont en général associés à un autre trouble mental comorbide du TPBL.

• *Classifications*

Les définitions principales relèvent un *pattern d'instabilité* impliquant les relations sociales, l'humeur et l'image de soi. La classification DSM-IV-TR définit le trouble borderline de la manière suivante : il s'agit d'un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi-même et des affects avec une impulsivité marquée, apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des neuf manifestations suivantes :

(1) Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (ne pas inclure les comportements suicidaires ou d'automutilation énumérés en [5]).

(2) Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.

(3) Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.

(4) Impulsivité dans au moins deux domaines qui sont potentiellement dommageables pour le sujet, par exemple dépenses, sexualité, toxicomanie, vol à l'étalage, conduite automobile dangereuse, accès boulimiques (ne pas inclure les comportements suicidaires ou automutilatoires énumérés en [5]).

(5) Répétition de menaces, comportements ou gestes suicidaires ou d'automutilations.

(6) Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours).

(7) Sentiments chroniques de vide.

(8) Colères intenses et inappropriées ou manque de contrôle de la colère (par exemple fréquents accès de mauvaise humeur, colère permanente, bagarres répétées).

(9) Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Actuellement, ce syndrome présente une certaine stabilité temporelle et prend de l'ampleur généralement après 40 ans. Sont à l'étude les cooccurrences fréquentes et relativement spécifiques que sont les délires et hallucinations transitoires, possiblement liés au stress, tout autant que les cooccurrences moins spécifiques telles que les distorsions cognitives chez les TPBL.

Cas clinique, TPBL, M. R., 40 ans.

M. R. est un homme de 40 ans, divorcé, père de trois enfants. Il vit actuellement en concubinage avec une femme, depuis deux ans, avec laquelle il a tenu à s'installer très rapidement après leur rencontre. Pour autant, la relation est difficile, mouvementée, chaotique. Il témoigne, en effet, de nombreuses disputes, violentes et éprouvantes, liées à l'absence épisodique et momentanée de sa compagne. Cette dernière doit l'informer au quotidien de ses déplacements, rencontres, activités, afin d'anticiper et/ou d'éviter par des tentatives de contrôle incessantes d'éventuels retards. M. R. ne supporte pas d'avoir à attendre, se sentant aussitôt abandonné. Il a ainsi tendance à contrôler l'emploi du temps de sa compagne et se livre à des crises de colère, voire de rage, lorsque celle-ci n'est pas sous son emprise. L'absence de l'autre le conduit à une angoisse telle qu'il ne peut la supporter, sans tentative de reprendre le contrôle par la contrainte ou la menace ; il lui arrive ainsi de séquestrer sa compagne pour ne pas qu'elle s'en aille travailler lorsqu'il est « mal », ou encore, de menacer de se

suicider si elle ne rentre pas dès qu'il le lui demande ou s'il n'arrive pas à la joindre par téléphone (il lui laisse alors des messages sur son répondeur). La dépendance à l'autre est massive mais fait l'objet, par moments, de déni. Il insiste en effet sur la dépendance des autres à son égard, lui, qui est autonome, brillant, indépendant et assuré. Les carences du narcissisme se dévoilent en leur expression inverse, le manque d'assurance, l'insatisfaction, la dévalorisation de soi-même ne s'exprimant directement que très rarement.

L'histoire de M. R. est marquée par de nombreuses ruptures et séparations douloureuses et une profonde instabilité. Abandonné par sa mère à sa tante à l'âge de 2 ans, il est élevé par celle-ci jusqu'à l'âge de 13 ans. Il est ensuite repris par sa mère, qui, alors en couple, tente de l'élever, mais cela ne durera que peu de temps, M. R. étant « instable, insupportable, méchant et colérique ». Il retournera alors chez sa tante, mais celle-ci, débordée par l'instabilité et l'impulsivité du jeune garçon, ne parviendra pas à maintenir un équilibre psychique et affectif satisfaisant. Il commet des actes de violence à l'égard

de tiers, des petits vols, consomme des toxiques, et se met régulièrement en danger. Suite à un épisode d'alcoolisation important, il aura à 17 ans un accident de voiture dans lequel un de ses amis sera grièvement blessé. Ce sera le début d'une période de prise de toxiques et de rupture sociale ainsi qu'affective. Il ne travaille pas, « zone dans la ville » à la recherche d'une issue jamais possible. À 20 ans, il fait une première tentative de suicide. Son séjour à l'hôpital psychiatrique et la rencontre avec un psychiatre « hyperdoué », « son sauveur », lui permettront de retrouver le chemin d'une socialisation hors les murs, dans l'après-coup. Il trouve du travail et rencontre sa femme, avec laquelle il aura 3 enfants. Cette période est une période stable pour M. R. ; il dit de son épouse qu'elle est une « femme-mère qui le tient ». Leur séparation introduira un épisode de désordre psychique intense ; il présente un épisode dépressif majeur, s'automutile et tente de se suicider ; c'est l'« amour de ses enfants » qui le fera tenir. Suite à cet épisode et à la perte de son emploi, il rencontre sa compagne actuelle, grâce à laquelle il retrouve un emploi et peut à nouveau se réinscrire dans une forme

d'adaptation, marquée toutefois par une instabilité émotionnelle et affective extrêmement importante.

2.4 La personnalité narcissique

Le trouble narcissique témoigne principalement d'un schéma perturbé de grandiosité de soi (sentiment démesuré de sa propre importance), dans le fantasme ou le comportement, d'un manque d'empathie et d'une hypersensibilité à l'évaluation ou au jugement des autres.

- *Origines*

Malgré les travaux de Freud dès 1914 (*Pour introduire le narcissisme*), mettant en relief l'importance du narcissisme dans le fonctionnement psychique, le terme de TPN est apparu

à partir des travaux de Kohut (1968) pour décrire un tableau clinique marqué par des perturbations dans plusieurs secteurs du fonctionnement mental incluant la grandiosité et des réactions de colère prononcées. La première inclusion de ce trouble dans le DSM date de 1980 (DSM-III) ; il décrit des individus dont le comportement narcissique est prédominant et isolé d'un autre trouble mental. La description clinique est issue des travaux psychanalytiques.

Actuellement, et quelles que soient les classifications, la *grandiosité* est le critère diagnostique le plus reconnu et l'aspect le plus discriminant du narcissisme, pouvant être identifié par un sentiment d'ayant droit ; il est aussi le plus retrouvé dans la pratique et contribue fortement au développement de l'humeur dépressive.

• *Description clinique*

Les caractéristiques les plus significatives reprises par le DSM correspondent à : a) un sentiment général de supériorité avec un comportement arrogant et hautain et le sentiment d'être unique ; b) l'exagération des talents, un comportement prétentieux et vantard ainsi que des fantaisies grandioses avec des attentes de réalisation excessives ; c) un comportement autocentré et autoréférencé ; d) un besoin d'attention et d'admiration.

Le sentiment de supériorité inclut un comportement arrogant et hautain, témoignant d'une vision irréaliste de soi-même. Le sujet se pense meilleur que les autres personnes, oublie ses mauvais aspects, a une tendance à se

pardonner trop facilement, ce qui n'empêche pas l'existence des qualités qu'il se reconnaît. Néanmoins, ce sentiment est le faire-valoir de l'attente par l'individu de la reconnaissance de ses droits particuliers ou privilèges. Ceci a des implications d'un point de vue thérapeutique, notamment du point de vue des attentes idéales envers le thérapeute. Paradoxalement, une telle supériorité est accompagnée généralement d'une estime de soi fragile et d'une hypersensibilité à la critique. Un sentiment de colère (Horowitz, 1989) peut alors apparaître si le sujet est contrarié dans ce qu'il estime comme son dû. La colère la plus sévère est une colère explosive associée à une rage aveugle, pouvant être déclenchée, par exemple, par ce que le sujet vit comme une insulte. Elle peut conduire à des abus verbaux ou de

la violence physique. Existe aussi un mélange entre colère et honte vis-à-vis de soi-même, expliqué par le fait que la culpabilité et la honte sont souvent présentes en même temps. Conjointement, l'anxiété liée à la peur de perdre le contrôle de ses émotions peut être présente. Enfin, un sentiment d'injustice peut aussi apparaître, le sujet se plaint alors de ne pouvoir être compris.

L'exagération des talents et des réalisations est souvent accompagnée de vantardise et d'un comportement prétentieux. C'est le signe le plus évident du tableau narcissique dans les interactions sociales. Leurs activités doivent être constamment évoquées de manière à soutenir leur importance ; les fantasmes grandioses doivent les conduire à des succès illimités, pouvoir, beauté, et amour idéal. Les périodes de succès viennent renforcer

ce sentiment.

Les comportements autocentrés amènent la personne à apparaître préoccupée par elle-même avec une tendance à attribuer un sens personnel à des événements non reliés entre eux. Bien qu'ils témoignent de peu d'intérêt pour l'opinion des autres, cette attitude est associée néanmoins à une hypersensibilité à la critique. Les relations sociales se caractérisent par l'égoïsme et le manque de sensibilité empathique, ainsi que de regard positif envers les autres. Pour le sujet narcissique, l'autre est un moyen d'atteindre son but. Lorsqu'il n'a pas de talent particulier, une relation en miroir avec un individu de talent peut être établie. La perte de cette personne peut donner lieu à du ressentiment intense.

Le besoin d'attention et d'admiration peut être reflété par une

préoccupation excessive pour l'apparence et des comportements d'exhibition. L'atteinte physique peut conduire le sujet à des épisodes de dépression.

Si la grandiosité est le critère le plus spécifique, d'autres moins spécifiques apparaissent en lien avec d'autres troubles mentaux et troubles de la personnalité.

• *Classifications*

À partir de 1980, les critères du DSM ont été plusieurs fois modifiés car des patients inclus à partir des premières descriptions étaient dissemblables de ceux dont les caractéristiques étaient plus proches de la première description. Ceci a permis l'augmentation du nombre de

patients concernés. Le tableau essentiel est donné par le DSM-III-R ; une comparaison des systèmes diagnostiques conclut que le diagnostic différentiel le plus remarquable et spécifique repose sur le critère de grandiosité permettant le mieux de discriminer le TN des autres troubles de la personnalité. Pour autant, le TN n'est pas représenté dans la CIM 10.

La définition retenue aujourd'hui par le DSM-IV-TR est la suivante : il s'agit d'*un mode général de type de fantaisies ou de comportements grandioses*, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des neuf manifestations suivantes :

- a un sens grandiose de sa propre importance, par exemple surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à

être reconnu comme « exceptionnel » sans avoir accompli quelque chose en rapport ;

– est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, d'éclat, de beauté ou d'amour idéal ;

– pense être « spécial » et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau ;

– besoin excessif d'être admiré ;

– a le sentiment que les choses lui sont dues : s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits ;

– exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins ;

– manque d'empathie : incapacité à reconnaître et à ressentir les sentiments

qu'éprouvent les autres,

– envie souvent les autres et croit que les autres l'envient ;

– attitudes et comportements arrogants et hautains.

Les motifs de consultations cliniques sont souvent à propos de symptômes dépressifs et d'anxiété en contexte social ; le sentiment de supériorité et les attentes irréalistes par rapport au traitement témoignent d'atteintes narcissiques. Le tableau clinique dans le temps est marqué par la fiabilité et stabilité du critère de grandiosité ; ce dernier marquant une fragilité du narcissisme contribue généralement au développement d'une humeur dépressive.

Cas clinique, M. K., TPN

M. K. est un ancien propriétaire de bar. Il se présente comme malade (polyarthrite rhumatoïde, PR), anxieux,

et veillera tout au long de l'examen à maintenir cette présentation de lui-même. Actuellement, il ne travaille pas, et se préoccupe de sa santé. Son discours tout au long de l'entretien est caractérisé par de nombreuses digressions, et une volonté de se présenter comme inoffensif ; il nous précise d'ailleurs spontanément être « gentil et non violent ». Cette présentation s'inscrit dans un contexte d'accusation d'agression sexuelle portée contre lui. Outre la PR diagnostiquée il y a 15 ans, M. K. a des problèmes de santé depuis 2007, se manifestant par des pertes de connaissance. Il souffrirait également depuis quelques années de crises d'angoisse (il aurait fait une vingtaine de crises d'angoisse). Il invoque, d'ailleurs, qu'une perte de connaissance aurait d'ailleurs pu provoquer le trou de mémoire dont il est l'objet concernant ce dont on l'accuse. Il ne fume pas (arrêt du tabac depuis 25 ans) et a diminué, presque arrêté toute consommation d'alcool depuis 2 ans (arrêt du pastis depuis 15 ans) à cause de sa maladie, sauf occasionnellement. Il suit un traitement psychotrope (anxiolytique, antidépresseurs). Lors de notre entretien, il mentionne être

préoccupé par la mort, plus particulièrement la sienne. Ces préoccupations sont associées à une forte angoisse en lien avec ses craintes hypocondriaques (vulnérabilité à l'infarctus).

L'histoire de M. K est marquée par l'immigration de ses parents en France, ainsi que les conditions de vie de la famille, qu'il évoque à travers un discours revendicatif ; il décrit un contexte familial qu'il qualifie de « ni heureux, ni malheureux ». Les propos à l'égard de ses parents sont ambivalents ; se dit « content de ses parents », mais rapporte également un vécu affectif difficile (pas d'anniversaire, pas de cadeaux). Les relations familiales sont tendues du fait de choix religieux différents entre lui-même et sa famille d'origine.

Il est marié mais vit séparé de sa femme depuis 3 mois. Les raisons de la séparation après 15 ans de mariage ne seraient selon lui pas liées à la situation « trouble » qu'il traverse. Elle lui reprochait de ne pas prendre de vacances, de « trop travailler ». Il se décrit comme une « bête de travail ». Le départ de sa femme serait motivé par le

fait qu'elle le trouve trop matérialiste, et qu'il ne prenne pas de vacances avec elle et les enfants. Concernant les propos de sa femme, il en reconnaît en partie la validité, mais à propos de son côté « matérialiste », précise qu'il voulait réaliser son rêve : « acheter une maison pour sa famille ». De la relation actuelle, il se dit notamment « content » que sa femme ait récemment « accepté d'aller en famille au restaurant pour la Saint-Valentin, que les fleurs lui aient fait plaisir.... ». Il a cependant déposé une main courante, pour bien spécifier qu'elle avait quitté le domicile familial. Il se décrit comme malheureux « parce que sa femme est partie », il ne sort plus, et « pleure seul dans son lit ». L'évocation de sa détresse ne donne lieu au cours de l'entretien à aucune expression émotionnelle, si ce n'est l'expression faciale d'une plainte, du même ordre que lorsque M. K. aborde ses préoccupations somatiques. Il dit s'être senti abandonné (heureusement qu'il avait sa grande fille), car, en cette période de maladie, il a besoin de quelqu'un sur qui s'appuyer. Il dira ensuite : « je me laisse un espoir » ; son but étant de récupérer sa femme, si possible, et de s'occuper de ses filles, de

sa petite famille.

Le discours dans son ensemble témoigne d'une victimisation de M. K. dans ses relations aux autres, qu'elles soient sociales ou affectives, et d'un dégagement d'une implication subjective. Sa position et la responsabilité qui est la sienne dans ses actes ou ses choix ne sont pas interrogées. Il veille à présenter une image valorisée de lui-même, « père de famille responsable », dont l'ambition reste autour de ses responsabilités, et dont la valeur n'est pas reconnue. La question des allégations d'agression sexuelle est peu abordée, son implication non évoquée, de même que les conséquences de celles-ci.

2.5 Les comorbidités

Les troubles rassemblés ici sous la dénomination de « limites » partagent la triade syndromique des difficultés interpersonnelles, affectives et comportementales, en prégnance et intensité différentes. Ainsi, le TP

antisocial et le TP narcissique se distinguent par l'importance des difficultés interpersonnelles, le TPBL et le TPN par les difficultés affectives, et le TPBL et le TP antisocial par les difficultés comportementales. Le fond commun d'angoisse sur lequel se développent les symptomatologies rend compte d'une souffrance du narcissisme et d'une identité perturbée.

La question de la structure de personnalité sous-jacente se pose ; l'anxiété dont on connaît les rapports avec de nombreux troubles de personnalité est également présente et influence la variabilité des tableaux cliniques. Dans le TP antisocial, elle est associée à un comportement subdélinquant. Elle est aussi cooccurrence avec les troubles borderline et narcissique. Les traits de type borderline, narcissique et paranoïaque sont les plus fréquemment

associés.

Selon Kernberg, le TPBL témoigne d'une perturbation de l'identité avec un manque de consistance à propos des intérêts, valeurs et relations sociales désirées. Il est fréquemment associé à des désordres psychiques variés : anxiété, trouble obsessionnel-compulsif, hypocondrie, troubles sexuels, comportement d'abus de substances, ainsi que comportement impulsif, antisocial et autoagressif. Les traits associés sont ceux des TP schizotypique, histrionique, antisocial et narcissique. Du point de vue des troubles psychiques, on retrouve l'association avec les troubles liés à la consommation de substances, la dépression et les troubles antisociaux. Ces cooccurrences semblent dues à un recouvrement des critères de définition.

Enfin, le trouble narcissique partage

l'hypersensibilité à la critique et les réactions conséquentes avec sentiment de rage, de honte et d'humiliation avec les états paranoïdes et le trouble borderline. Le manque d'empathie est présent également dans les TP antisocial et passif-agressif ; l'envie est, quant à elle, comorbide des TP histrionique et évitant. On constate, en outre, que, pour les sujets narcissiques, il est rare de ne pas présenter également des traits d'autres TP, notamment histrionique, BL et antisocial ; secondairement, on note une association avec les traits des TP passif-agressif, paranoïaque et schizoïde.

3. Les troubles de la personnalité psychotique : paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques

Les troubles de la personnalité du registre psychotique constituent une catégorie particulière, en raison de leur relation étroite avec les troubles mentaux appartenant à la catégorie des psychoses au sens large (spectre des schizophrénies et délires chroniques, notamment paranoïaques). C'est dans les conceptions développées par Kraepelin que l'on retrouve les origines et les références cliniques aux personnalités psychotiques. Dans sa conception évolutionniste des troubles psychiatriques, ceux-ci constituent l'issue logique de caractéristiques spécifiques de la personnalité. Ainsi décrit-il dès 1921 la personnalité paranoïaque comme pouvant conduire à une authentique paranoïa. De même, la personnalité schizotypique peut évoluer vers une schizophrénie.

Ils constituent en effet les personnalités prémorbides les plus

prédictives d'une décompensation sur un registre correspondant aux traits de personnalité précédant la maladie.

Suivant une logique similaire à celle proposée pour les troubles du registre névrotique, les troubles psychotiques renvoient à une conception plus psychopathologique que psychiatrique des troubles de la personnalité. Celle-ci les oppose aux personnalités névrotiques et limites. Pour la psychanalyse, la caractéristique commune à ces trois entités cliniques est le fonctionnement mental et le mode d'organisation en référence aux aspects topiques, économiques et dynamiques. Les caractéristiques générales sont les suivantes : non-accès à l'œdipe, relation d'objet de type fusionnel, angoisse de morcellement et mécanismes de défenses massifs et archaïques tels que la forclusion (d'un signifiant

particulier : le Nom-du-Père), le clivage du moi et le déni. Toutefois, les modalités adaptatives du sujet restent suffisamment stables et efficaces pour qu'une symptomatologie plus grave ne survienne.

3.1 La personnalité paranoïaque

- *Origine*

C'est à partir de la paranoïa (décrite antérieurement par Kraepelin [1895] pour désigner les délires systématisés et en secteur) qu'a été individualisé le trouble de la personnalité « correspondant ». Des auteurs contemporains s'étaient intéressés à la question du type de personnalité paranoïaque, et notamment Kretschmer (1908) avec la paranoïa sensitive.

La première description de la personnalité paranoïaque en tant que telle a été proposée par Kraepelin en 1921 comme une personnalité prémorbide directement liée à la paranoïa, dont elle constituerait le facteur de vulnérabilité majeur. Il repère ainsi des symptômes toujours d'actualités dans les classifications contemporaines : méfiance, susceptibilité au regard et aux discours d'autrui, moi hypertrophié et irritabilité. Pour la psychanalyse avec Freud, l'accent est mis sur la dimension homosexuelle et la dangerosité de l'objet, dont la proximité et la dimension narcissique menacent le sujet.

• *Description clinique*

Sur le plan clinique, le sujet présentant une personnalité

paranoïaque se caractérise par des manifestations sans équivoque, dont la principale est la méfiance et le soupçon, associées à une hypertrophie du moi.

– la méfiance : il pense que les autres veulent l'utiliser, l'instrumentaliser et lui imposer leurs désirs, ce qui suscite de la suspicion et de la défiance. Ses relations de travail ou avec ses proches sont rapidement infiltrées de tension, car il craint une attaque ou une trahison de leur part ;

– l'hypertrophie du moi : l'orgueil et le mépris témoignent du sentiment de supériorité qu'éprouve le sujet ;

– l'agressivité : il existe une agressivité latente qui peut s'exprimer directement par des propos injurieux, ou de manière plus indirecte, par allusion ;

– l'interprétation et la recherche de

sens : le sujet vit dans un monde où tout prend un sens particulier, se référant à lui. Des signes ou des événements anodins, des comportements lui apparaissent suspects, voire dirigés de manière hostile à son encontre ;

— la projection sur autrui de ses propres idées et affects lorsque ceux-ci sont intolérables pour le moi et considérés comme mauvais ;

— l'absence de doute quant à ses convictions associée au doute profond à l'encontre des autres ;

— le trouble des relations interpersonnelles : elles sont rapidement conflictuelles, car toute question ou toute remarque apparaît comme une remise en cause personnelle et un manque de respect. Tout jugement négatif est aussitôt interprété comme de l'hostilité et

suscite des émotions telles que la colère et la rancune.

On observe une absence d'autocritique et d'introspection, avec une incapacité à envisager une opinion ou une hypothèse alternative lorsqu'un problème est rencontré.

Enfin, il existe un attrait pour les systèmes hiérarchiques dans lesquels le sujet peut réussir de manière importante, attiré par le rapport dominant/dominé dans lequel il espère secrètement devenir le premier.

Pour arriver à ses fins, le sujet pourra adopter des comportements extrêmement négatifs pour autrui, sans qu'aucune culpabilité n'intervienne. Le contrôle, la manipulation et l'instrumentalisation pourront être utilisés, de même que la calomnie et la vengeance.

• *Classifications*

Dans le DSM-IV, la personnalité paranoïaque implique la présence d'au moins quatre des sept symptômes suivants :

- le sujet s'attend, sans raison suffisante, à ce que les autres se servent de lui, lui nuisent ou le trompent ;

- il est préoccupé par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de ses amis et collègues, d'une façon plus générale, de son entourage ;

- il est réticent à se confier à autrui car il craint que sa confiance ne soit utilisée contre lui ;

- il discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes, dans des événements anodins ;

- il est rancunier, ne pardonne pas d'être blessé, insulté ou dédaigné ;

– il s’imagine des attaques contre sa personne ou sa réputation, auxquelles il va réagir par la colère ou la rétorsion ;

– il met en doute de manière répétée et sans justification la fidélité de son conjoint ou de son partenaire sexuel.

3.2 La personnalité schizoïde

• *Origine*

À l’origine, c’est encore une fois la description kraepelinienne qui mettra en évidence les spécificités d’une personnalité caractérisée par le retrait social, l’incapacité à nouer des relations sociales, la timidité. Mais c’est à Bleuler que l’on doit le terme de schizoïde, par lequel il a décrit une personnalité présentant le cas suivant : une indifférence marquée aux relations

interpersonnelles, dont il n'apparaît tirer aucun plaisir, une inexpressivité émotionnelle associée à une hypersensibilité au jugement d'autrui. La difficulté majeure à laquelle ont été confrontés les cliniciens est la distinction entre personnalité schizoïde et schizotypique, ainsi que la suppression de l'ambiguïté quant au lien avec la schizophrénie. Toutefois, l'accent porté sur l'absence de désir d'aller vers autrui ainsi que l'absence des particularités de pensée renvoie pour une part à l'autisme de la pensée rencontré à des degrés divers dans le spectre schizophrénique, voire les syndromes d'Asperger (Guelfi et Hanin, 2005).

- *Description clinique*

La caractéristique majeure des sujets schizoïdes réside dans leur

absence d'intérêt et d'investissement de tout ce qui a trait aux rapports sociaux. Ainsi, ils préfèrent passer leur temps seuls, isolés. Leurs activités ou loisirs sont autant que possible solitaires et sans relation avec autrui. Ils dégagent une impression de froideur affective, ainsi que d'excentricité et d'étrangeté.

On repère :

- une faible réactivité aux stimulations de l'environnement qui n'ont pas beaucoup de sens ni d'intérêt pour le sujet ;

- une faible expressivité verbale ;

- une tendance à l'intellectualisation focalisée sur des questionnements philosophiques, mystiques, mais où ils sont les seuls à penser, pour eux-mêmes ;

- une vie émotionnelle atone, sans relief, s'exprimant par une

insensibilité. Les émotions ne semblent les concerner ;

- l'isolement relationnel, qui découle d'une prise de distance avec autrui ;

- des anomalies dans les interactions sociales telles que la non-réponse à des salutations, des échanges ;

- l'hermétisme de la pensée : l'absorption dans des idéations floues, parfois étranges et incompréhensibles dont le sujet n'éprouve pas le besoin de faire part.

• *Classifications*

Pour le DSM-IV-TR, il s'agit d'un mode général de détachement par rapport aux relations sociales et de restriction des expressions émotionnelles. Cette personnalité se

caractérise par la présence d'au moins quatre des traits suivants :

- le sujet ne recherche ni n'apprécie les relations sociales, y compris intrafamiliales proches ;

- il choisit presque toujours des activités solitaires ;

- il présente peu ou pas d'intérêt pour le sexe ;

- il n'éprouve du plaisir que dans de rares activités ;

- il n'a pas de confidents en dehors des parents du premier degré ;

- il semble indifférent aux critiques autant qu'aux éloges d'autrui ;

- il présente une froideur, un émoussement de l'affectivité.

3.3 La personnalité schizotypique

- *Origine*

Ce type de personnalité a été décrit par Rado en 1953 pour rendre compte des troubles censés prédisposer génétiquement à la schizophrénie et favoriser la décompensation sur ce mode. Sa description a été confirmée par des travaux ultérieurs (Kety *et al.*, 1968).

Le diagnostic a été intégré au DSM à partir de la 3^e version (1980). Cette entité clinique a été isolée ainsi de la schizophrénie et de la personnalité schizoïde.

- *Description clinique*

C'est dans les relations interpersonnelles proches que les caractéristiques évocatrices du diagnostic de pathologie

« schizotypique » sont le plus facilement mises en lumière. Ces sujets ont un déficit de socialisation, éprouvent une gêne face à autrui, présentent des distorsions cognitives et perceptuelles, ont certaines originalités, voire de franches bizarreries de conduite. Sur le plan comportemental, ils étonnent autrui par l'originalité et parfois l'excentricité de leurs attitudes. Leur discours est souvent singulier, parfois inadéquat mais sans incohérence. Sur le plan interpersonnel, les sujets schizotypiques sont souvent solitaires, marginaux, craintifs ; la tonalité générale de leur discours est vaguement persécutive ; ils changent souvent de travail à la suite de licenciements à répétition.

La présentation clinique de ces sujets est très caractéristique et évocatrice, rendant peu équivoque le

repérage :

- bizarreries dans le langage et la pensée : c'est le point central, bizarreries qui dépassent l'originalité, pour apparaître franchement excentriques ;

- préoccupations pour des phénomènes paranormaux, étrangeté des croyances et perceptions inhabituelles (le sujet pense qu'il existe des vampires, que certaines personnes peuvent les distinguer dans la foule...) ;

- déficit de relations interpersonnelles : marginalité et solitude sont les conséquences tout à la fois de leur comportement excentrique et de leur gêne dans les interactions sociales ;

- pensées vaguement persécutoires, associées à des idées de référence (un sens particulier est attribué à des

événements anodins ou des coïncidences).

• *Classifications*

Le DSM-IV-TR décrit le trouble de la personnalité schizotypique comme étant un mode général de déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aiguë et des compétences réduites dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles, et par des conduites excentriques. Le trouble apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des symptômes suivants :

- idées de référence (à l'exception des idées délirantes de référence) ;
- croyances bizarres ou pensée magique qui influencent le comportement et qui ne sont pas en

rapport avec les normes d'un sous-groupe culturel ;

- perceptions inhabituelles, notamment illusions corporelles ;

- pensée et langage bizarres ;

- idéation méfiante ou persécutoire ;

- inadéquation ou pauvreté des affects ;

- comportement ou aspect bizarre, excentrique ou singulier ;

- absence d'amis proches ou de confidents en dehors des parents du premier degré ;

- anxiété excessive en situation sociale qui ne diminue pas quand le sujet se familiarise avec la situation, et qui est due à des craintes persécutoires plutôt qu'à un jugement négatif de soi-même.

Dans la Classification internationale des maladies 10^e édition (CIM 10), le

trouble de la personnalité schizotypique n'est pas considéré comme un trouble de la personnalité, mais plutôt comme un trouble s'apparentant à la schizophrénie en raison de sa fréquence accrue chez les ascendants (spectre de la schizophrénie).

Évaluation des troubles de la personnalité

L'évaluation des troubles de la personnalité est un enjeu important pour la prise en charge, et s'inscrit majoritairement dans la référence à une conceptualisation théorique de ces troubles. Il existe trois grandes catégories d'évaluation en psychopathologie clinique : les évaluations de types standardisés telles que les entretiens structurés et les échelles, les méthodes projectives, et enfin l'entretien clinique.

1. Les évaluations structurées

1.1. Entretiens structurés SCID-II/SIDP-IV

L'entretien clinique structuré pour l'évaluation des troubles de la personnalité de l'axe II (*Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II personality Disorders SCID-II*) a été construit afin de permettre le diagnostic de troubles de la personnalité en référence au DSM-IV-TR. L'entretien proprement dit comprend les dix troubles de la personnalité proposés dans le DSM-IV-TR, ainsi que le diagnostic de forme non spécifiée pour les formes non présentes dans la classification (comme, par exemple, le trouble de la personnalité passif-agressif). Il a fait l'objet d'une validation française préliminaire (Bouvard *et al.*, 1999).

L'entretien peut être précédé de la passation du questionnaire de

personnalité du SCID-II, qui permet au clinicien de n'investiguer que les items (questions) auxquels le sujet a répondu positivement. La durée de passation de l'entretien est généralement comprise entre une heure trente et deux heures. Il consiste en des questions précises, dont les réponses sont cotées de la manière suivante :

- 1) le symptôme décrit est absent ;
- 2) le critère est présent mais ne cause pas une gêne suffisante ;
- 3) le critère est présent au seuil pathologique.

On retient un trouble de la personnalité en fonction du nombre de réponses cotées 3, et qui est variable en fonction du type de trouble et donné dans le manuel de l'entretien.

Le SIDP-IV (Pfohl *et al.*, 1995) est une alternative au SCID-II. Il est constitué de 110 questions et la

passation se déroule en une heure à une heure trente. La différence majeure avec le SCID-II réside dans la structure de l'entretien qui est construit autour de différents thèmes tels que les émotions et leur ressenti et expression, les relations avec autrui, les différents centres d'intérêt du patient. La cotation repose sur le même principe que pour le SCID-II, avec un critère absent ou peu exprimé versus présent et ayant un retentissement significatif pour le patient.

L'intérêt de ces modes d'évaluation réside dans l'éventuelle possibilité pour le patient de reconnaître certains éléments de son mode de fonctionnement habituel. À l'inverse, la structure des questions posées visant le recueil d'informations précises peut contribuer à entraver le discours du patient, et d'éléments qu'il aurait pu juger utile d'exprimer.

1.2. Inventaires de personnalité NEO PI-R, TCI-R, MMPI-2

Il existe différents échelles, inventaires et questionnaires d'évaluation de la personnalité, dont la majorité est sous-tendue dans sa conception par un modèle théorique de référence. Ils consistent en une série de questions auxquelles le sujet doit répondre soit par vrai/faux, soit sur une échelle de type Lickert en 5 ou 7 points.

Dans ce chapitre, nous présenterons trois exemples d'inventaires de personnalité : l'inventaire de personnalité de Cloninger (TCI-R), le NEO PI-R et le MMPI-2.

- *Le Nouvel inventaire de personnalité révisé (NEO PI-R, Costa et Mc Rae, 1990 ; trad. fr., J-P*

Le NEO PI-R fait référence au modèle descriptif de la personnalité en 5 facteurs (*Big Five*) appelé aussi « OCEAN » en référence aux 5 dimensions de personnalité proposées : Ouverture, Conscience (méticulosité), Extraversion, Agréabilité et Névrosisme. Ce modèle fait l'objet actuellement d'un large consensus dans les recherches en psychologie de la personnalité.

L'inventaire est constitué de 240 questions de type Lickert allant de « fortement d'accord » à « fortement en désaccord ». Il permet de distinguer 30 facettes de la personnalité afin de proposer un profil précis, et regroupées comme suit dans les 5 grandes dimensions :

– Névrosisme : anxiété, colère-hostilité, dépression, timidité sociale,

impulsivité, vulnérabilité.

– Extraversion : chaleur, grégarité, assertivité, activité, recherche de sensations, émotions positives.

– Ouverture : aux rêveries, à l'esthétique, aux sentiments, aux actions, aux idées, aux valeurs.

– Agréabilité : confiance, droiture, altruisme, compliance, modestie, sensibilité.

– Conscience : compétence, ordre, sens du devoir, recherche de réussite, autodiscipline, délibération.

Le temps de passation est d'environ vingt-cinq à trente-cinq minutes, et il existe une forme informatisée de cotation qui fournit un psychogramme à interpréter.

• *L'inventaire multiphasique de la personnalité du Minnesota, deuxième*

version (MMPI-2, Hathaway et McKinley, 1996)

Cet inventaire de personnalité est un instrument descriptif qui repose sur une conception dimensionnelle de la personnalité allant du normal au pathologique. Il s'agira ainsi de se référer à des seuils pour chacune des facettes mesurées par le test. Le nombre d'items est de 567, avec choix forcé de type vrai/faux, et la durée de passation dure de une heure trente à deux heures.

L'objectif de ce test étant de mettre en évidence des troubles de la personnalité, il comporte 10 échelles cliniques référant aux 10 troubles suivants : hypocondrie, dépression, hystérie, déviation psychopathique, masculinité-féminité, paranoïa, psychasthénie, schizophrénie, hypomanie et introversion sociale. À

ces 10 échelles ont été ajoutées au fil des révisions de l'inventaire des échelles supplémentaires et de contenus, calculées par regroupement de certains items de l'inventaire : anxiété, peur, dépression, obsessionnalité, stress post-traumatique, tendance à l'addiction.

Le MMPI-2 a été utilisé dans de nombreuses recherches depuis sa première édition dans les années 1940 (Lupin *et al.*, 1984). Il continue actuellement d'être employé tant à des fins cliniques que de recherches, et ce, dans différents domaines (Archer, 2006).

- *L'Inventaire révisé du tempérament et du caractère (TCI-R, Cloninger, 1994 ; Pelissolo et al., 2005 pour la version française)*

L'inventaire du tempérament et du caractère est un autoquestionnaire destiné à évaluer les 7 grandes dimensions de personnalité en référence au modèle de Cloninger (1993) présenté ci-dessus. Il propose une évaluation quantitative et qualitative de la personnalité qui peut être utilisée pour diagnostiquer un éventuel trouble de la personnalité. Une faible conscience de soi (*self-transcendence*) associée à une faible coopération (*cooperation*) a été retrouvée chez des sujets présentant un trouble de la personnalité, quel que soit le cluster ou le type de personnalité. Ainsi, ces deux dimensions ont pu être considérées comme le noyau commun à tous les troubles de la personnalité. Mais plus avant, les différentes dimensions du tempérament permettraient de distinguer les trois clusters du DSM-

IV-TR (Svrakic *et al.*, 1993).

Le TCI-R est constitué de 240 items de type Lickert allant de 1 (totalement faux) à 5 (tout à fait vrai). Il comporte 7 échelles, réparties en 4 du tempérament (recherche de nouveauté, évitement du danger, dépendance à la récompense et persistance) et 3 du caractère (conscience de soi, coopération et consistance interne). Chaque échelle principale est subdivisée en plusieurs échelles secondaires, ce qui permet d'affiner l'évaluation.

Le TCI-R permet ainsi d'obtenir un diagnostic de trouble de la personnalité en référence au DSM, en déterminant le type de personnalité par des combinaisons spécifiques des dimensions du tempérament, et en concluant à la présence d'un trouble de la personnalité s'il existe une faible conscience de soi associée à une faible

coopération.

Actuellement, il est l'un des instruments d'évaluation de la personnalité parmi les plus utilisés.

2. Méthodes projectives

2.1 Rorschach

Le Rorschach est l'une des épreuves d'évaluation de la personnalité parmi les plus connues en psychopathologie. Contrairement à d'autres outils, il a fait l'objet d'une conceptualisation en référence à la psychanalyse. Il permet de formuler un diagnostic de la personnalité en termes métapsychologiques, en référence aux grandes organisations névrotiques, perverses, états limites et psychotiques. Il repose sur les réponses que donne le sujet concernant

la perception visuelle d'une forme ambiguë dont la caractéristique principale est d'être organisée autour d'une symétrie verticale. Les résultats obtenus reposent sur la cotation des réponses du patient par un système de cotation complexe, permettent une investigation de l'organisation du moi, des mécanismes de défense, ainsi que des relations d'objet et du type d'angoisse. Il fournit ainsi des informations qui, une fois regroupées, permettent de formuler une hypothèse diagnostique sur la structure et le fonctionnement intrapsychique du patient.

L'essentiel des travaux utilisant le Rorschach et s'intéressant à une approche spécifique des troubles de la personnalité a porté sur la personnalité borderline. Cette épreuve constitue un des éléments déterminants du diagnostic, en raison de la présence

d'un certain nombre d'invariants caractéristiques du protocole. Le matériel de l'épreuve, par ses spécificités propres, sollicite la régression et la fantasmatisation, montre chez les sujets états limites des oscillations permanentes entre processus primaires et secondaires, en raison de la plus importante tolérance des sujets limites aux contenus archaïques. Pour Allilaire, il existe une double caractéristique des protocoles de sujets limites, avec des perceptions fragmentaires et parfois absurdes (cotées F-), associées à des perceptions au contraire, extrêmement larges sans discrimination ni hiérarchie dans la construction.

Pour Timsit, les protocoles de sujets limites se caractérisent par le maintien d'un bon pourcentage de bonnes formes (F+ %), associé à la présence des banalités les plus communes, ainsi

que par un nombre élevé de réponses et une diversité des déterminants.

On retrouve la coexistence des registres psychotiques et névrotiques avec des éléments psychopathiques, dont la présence simultanée dans le déterminisme des réponses est remarquable. La présence d'éléments évoquant un niveau d'anxiété significatif est quasi systématique, de même que des thèmes évoquant des altérations marquées de l'identité (thèmes de naissance, réponses fœtus, embryons, hermaphrodites, siamois, etc.).

On observe également l'expression d'une toute-puissance de la pensée, exprimée par des thèmes magiques (thèmes de divinités, fées, magiciens, etc.). Le clivage de l'objet s'observe avec des réponses données selon une séquence particulière comportant des termes contrastés qui

renvoient à une vision manichéenne.

Cette appréhension confuse et contradictoire du matériel peu structuré du test reflète les distorsions perceptives latentes de ces patients, contrastant avec leur bon contrôle apparent de la réalité. La symptomatologie quasi psychotique transitoire, rapidement et spontanément régressive, survenant par exemple en situation de stress aigu, en est une illustration clinique. L'étude récente du test de Rorschach, de Burla *et al.*, chez 20 patients borderline selon le DSM-III-R et le DIB de Gunderson comparés à 20 autres patients psychotiques et à d'autres névrosés a montré dans le groupe borderline plus de signes de dépendance affective que dans les deux autres groupes, plus de signes d'hostilité que chez les patients psychotiques avec une utilisation plus fréquente de la dévalorisation, de

l'identification projective et des confabulations que chez les patients névrosés.

2.2 TAT

Le TAT (Test d'aperception thématique) est constitué de planches figurant des scènes ambiguës impliquant un ou plusieurs personnages. Il est demandé au patient de « raconter une histoire » à partir de la scène présentée. Les planches sont administrées en une seule fois. Les réponses produites par le sujet sont analysées par le clinicien en référence à la distinction entre processus primaires et secondaires, reflets de la distinction entre contenus manifestes et latents de chaque planche. Ainsi le discours produit est-il conçu comme découlant du compromis toujours nécessaire entre l'expression

pulsionnelle et la défense. Le TAT permet le repérage de mécanismes de défenses (exprimés par le sujet lorsqu'il produit le scénario de l'histoire) traduits en Procédés d'élaboration du discours (PED) lors de la cotation. Il existe ainsi des PED pouvant évoquer une organisation névrotique, psychotique ou état limite, en fonction des défenses sous-jacentes. Les procédés névrotiques des séries A (contrôle) et B (labilité) se distinguent des procédés de la série C (évitement du conflit), subdivisée en C/P (aménagements phobiques), C/N (aménagements narcissiques), ou encore C/M (mécanismes de type maniaque), C/C (conduites agies, recours au comportement), C/F (accent porté sur le factuel, l'externe). Enfin, les procédés de la série E renvoient à l'émergence du processus primaire, et peuvent traduire des défaillances dans

l'organisation perceptive et l'ancrage dans la réalité externe ou encore des débordements par les processus primaires, voire une désorganisation de la pensée et du discours hypothéquant la communication. Ainsi, les sujets présentant une organisation névrotique de la personnalité présenteront majoritairement des procédés de la série A ou B selon leur inscription dans le registre obsessionnel ou hystérique. Ceux présentant une organisation psychotique auront quant à eux un protocole où les procédés de la série E seront fortement représentés, associés à des ceux de la série C et certains de la série A.

Les réponses du sujet borderline au TAT contrastent avec celles apportées au test de Rorschach. Ficheux insiste chez ces patients sur le respect, face à un matériel formel, de l'épreuve de

réalité, sur la capacité à instaurer des liens, à construire une histoire avec des règles, sur la cohérence interne des récits et sur la maîtrise de la distance réflexive.

3. Diagnostic structural, diagnostic descriptif

La question du diagnostic de trouble de la personnalité pose la question du niveau auquel il est fait appel pour la compréhension du trouble. Ainsi, à l'exception du trouble de la personnalité borderline, il n'existe pas de concordance entre des approches diagnostiques se référant au niveau des symptômes d'une part, et celles faisant appel à la notion de structure ou d'organisation intrapsychique. Ceci n'est pas sans conséquence sur le choix du mode d'évaluation de la personnalité et de son fonctionnement

considéré ou non comme pathologique.

Si l'approche psychanalytique se référera à l'une des quatre grandes organisations – névrose, psychose, états limites, perversion – et pourra dans certains cas évoquer la question des caractères comme mode d'expression de la structure, l'approche descriptive quant à elle proposera un diagnostic en fonction de critères « observables » et quantifiables. À la question de la présence ou de l'absence d'un trouble vient s'ajouter celle du type de personnalité d'une part, ou de structure d'autre part.

Le choix de la méthode d'investigation de la personnalité et d'un trouble éventuel reposera avant tout sur le modèle de référence du clinicien, ainsi que sur ses objectifs quant à la prise en charge du patient. En effet, le repérage d'une structure

névrotique ou psychotique n'impliquera évidemment pas les mêmes stratégies psychothérapeutiques qu'une lecture en termes de troubles de la personnalité, comme en témoignent les échanges entre praticiens ne se référant pas aux mêmes lectures psychopathologiques des cas rencontrés dans la clinique.

Ainsi, les cliniciens dont la référence est la psychanalyse utiliseront de manière privilégiée l'entretien clinique ainsi que les méthodes projectives. Les praticiens se référant aux théories cognitives et comportementales utiliseront préférentiellement les entretiens structurés ou les échelles d'évaluation. Permettant un diagnostic en référence au DSM-IV-TR.

Les différents modèles des troubles de la personnalité : étiopathogénie

Introduction

On voit se développer un certain nombre d'approches rendant compte de TP isolés les uns des autres, mais aussi, parfois, du trouble mental afférent. Si la psychanalyse conduit à envisager l'existence d'un fonctionnement mental global rendant compte d'une causalité psychique, elle comporte aussi des modèles spécifiques de certains troubles de la personnalité, comme, par exemple, le modèle des états limites de Bergeret.

Les théories cognitivo-comportementales comportent aussi des modèles généraux et spécifiques, comme la théorie de Linehan du TPBL ou TPE (Trouble de la personnalité-état limite). Cependant, les modèles cognitifs ne se situent pas dans l'idée d'un continuum du fonctionnement mental mais s'intéressent davantage au processus engagé dans les différentes expressions phénoménologiques des syndromes cliniques. Elles mettent l'accent sur l'existence de traits de personnalité représentant l'expression de schémas sous-jacents sollicitant la réactivité affective et le traitement de l'information (Beck). Ces schémas sont stockés en mémoire à long terme et peuvent être réactivés par des stimulations émotionnelles. Les troubles de la personnalité correspondent à un défaut d'adéquation entre une stratégie dysfonctionnelle et

le milieu environnant. Les schémas dysfonctionnels diffèrent selon les TP et sont maintenus par trois processus principaux : les distorsions du traitement de l'information, l'évitement et la compensation.

Nous allons présenter ci-dessous les principaux modèles étiopathogéniques psychanalytiques, cognitifs et biopsychosociaux permettant de rendre compte des différents troubles de la personnalité.

1. Le trouble de la personnalité borderline

1.1 Les modèles psychanalytiques

- *Freud : investissements libidinaux et narcissisme*

Freud, en étudiant les aléas du narcissisme, a amené les bases de la discussion autour des aménagements limites de la personnalité. La description des psychonévroses narcissiques dans le cadre de la première topique a permis de montrer que la libido pouvait, dans certains cas, rester fixée à un stade autoérotique, perdant sa mobilité et ne trouvant plus le chemin des objets. Dans un article de 1912, il décrit le cas de patients qui sont malades dès qu'ils sont privés de leur objet extérieur de satisfaction. Dans *Pour introduire le narcissisme* (1914), il établit un pont à ce niveau par l'intermédiaire de l'hypocondrie, qu'il se dit « tenté de considérer comme une troisième névrose actuelle ». Il montre comment la libido narcissique est liée aux « névroses actuelles » de la même façon que celle objectale l'est aux

névroses hystériques et obsessionnelles. Freud présente donc à ce moment l'hypothèse d'une lignée morbide, ni névrotique ni psychotique car, bien que la libido ne soit pas parvenue à un mode objectal, elle n'en est pas pour cela demeurée à un mode strictement narcissique.

Freud distingue deux types de choix d'objet¹ : le type *par étayage* et le type *narcissique*. Ces deux types résument pour lui, à cette époque, l'ensemble des choix d'objet. On sait que cette conception sera modifiée par la référence à l'œdipe et que les auteurs qui suivront Freud feront de ces deux choix d'objet la caractéristique des patients limites.

Le type *narcissique* correspond à :

- « a) ce que l'on est soi-même ;
- b) ce que l'on a été soi-même ;
- c) ce que l'on voudrait être soi-

même ;

d) la personne qui a été une partie du propre soi » (*ibid.*, p. 95).

L'objet est donc investi sur la base de sa *non-différence* avec soi ; ce qui est recherché c'est l'*identique*. On notera la dimension de l'*idéal* qui est présente dans le point c).

Le type *par étayage* correspond à :

« a) la femme qui nourrit ;

b) l'homme qui protège et les lignées de personnes substitutives qui en partent » (*ibid.*, p. 95-96).

L'opposition, dans le cadre de la seconde topique, entre névroses actuelles et narcissiques décrira plusieurs destins du narcissisme. Le moi occupant une position intermédiaire entre le ça et la réalité joue un rôle central dans l'économie pulsionnelle en animant le système défensif du sujet. La notion de *névrose*

narcissique (où se trouve la dépression) est le pendant, dans l'œuvre de Freud aux *névroses actuelles* (névrose d'angoisse). C'est à ce moment (1924) que Freud envisage, relativement à ce qui oppose du point de vue du moi, la névrose et la psychose, une troisième possibilité pour le moi : *se déformer*, pour ne pas avoir à se déchirer (Pedinelli et Bernoussi, 2004).

À partir des travaux de Freud, plusieurs conceptions psychanalytiques des états limites ont été développées ; les plus importantes sont celles de Kernberg et de Bergeret.

- *O. Kernberg : organisation limite de la personnalité*

Pour O. Kernberg (1975), les états limites représentent une organisation

stable et spécifique, et non une situation transitoire entre névrose et psychose. Les points communs des états limites seraient : une symptomatologie variée typique, des opérations défensives du moi spécifiques, une pathologie particulière des relations d'objets internalisés et des vicissitudes pulsionnelles particulières. *L'organisation limite de la personnalité* est mise en évidence par la carence d'une identité intégrée (cf. frontières du moi), la prédominance de mécanismes de défenses primitifs et la conservation d'une épreuve de réalité adéquate. Il existe une discrimination perceptive entre le soi et les autres, et une distinction conceptuelle entre leurs représentations internalisées (non stabilisées et contradictoires). Elles seraient le résultat d'une activation

précoce et grave de l'agressivité. La prédominance des mécanismes de défenses primitifs fait référence à l'utilisation du clivage, et autres stratégies connexes (idéalisation primitive, identification projective, projection, déni, omnipotence, dévaluation). Les représentations contradictoires et les affects concernant le soi et les autres sont activement dissociés, ou tenus séparés consciemment, et sont éprouvés en alternance. La conservation de l'épreuve de la réalité renvoie à la « capacité de la personne d'évaluer de façon appropriée la réalité des phénomènes qui se déroulent autour d'elle et en elle ». Elle représente le critère *sine qua non* de distinction entre les organisations limites et psychotiques de la personnalité (Meloy, 2000).

• *Bergeret : a-structuration limite de la personnalité*

La position de Bergeret traite d'une a-structuration limite de la personnalité, témoignant d'un fonctionnement anaclitique dont la menace de perte de l'objet est l'angoisse principale. Elle répond à une angoisse abandonnique, reflet des carences narcissiques primaires du sujet. L'angoisse dépressive est liée à la perte de l'objet réel, représentant actuel de l'objet primaire. Les mécanismes de défense sont proches de ceux décrits par Kernberg, à savoir le déni, l'identification projective, le dédoublement des imagos et l'évitement. Ils correspondent à des mécanismes de défense dits psychotiques, du fait de leur apparition lors des stades prégénitaux du développement. L'arrêt du

développement survenant au stade anal serait suivi d'une pseudo-latence permettant au sujet de constituer un aménagement structural, celui de l'état limite. Cet aménagement peut être asymptomatique et stable, mais des épisodes de perte ou de rupture peuvent conduire à son effondrement, à une décompensation sur le versant dépressif, mais aussi sur le mode psychosomatique ou pervers.

Bergeret prend appui sur les positions freudiennes successives pour proposer l'hypothèse d'une lignée psychogénétique, distincte dès l'origine des deux lignées structurelles classiques. Celle-ci pourrait soit évoluer entièrement pour son propre compte, soit rejoindre à un moment donné la lignée névrotique ou psychotique. Il définit ainsi trois

psychogénèses. D'un point de vue économique, l'état limite correspond à une pathologie du narcissisme. Le moi a en effet dépassé le danger de morcellement, pour autant, il n'a pu accéder à une relation d'objet génitale, c'est-à-dire au niveau des conflits névrotiques entre le ça et le surmoi. La relation d'objet est demeurée centrée sur une dépendance anaclitique à l'autre. L'angoisse de l'état limite, c'est une angoisse de perte d'objet et de dépression qui concerne à la fois un vécu passé malheureux sur le plan plus narcissique qu'érotique, et, en même temps, reste centrée sur un avenir meilleur, est teintée d'espérance, de sauvetage, investie dans la relation de dépendance vis-à-vis de l'autre (Pardinielli *et al.*, 2004). Il s'agit pour le sujet état limite d'être aimé de l'autre, le fort, le grand, en étant à la fois séparé de lui en objet distinct et,

en « s'appuyant contre lui ». On a pu décrire, dans la littérature, une division du champ relationnel en deux secteurs distincts : l'un conservant une évaluation correcte de la réalité, l'autre fonctionnant sur un mode moins réaliste, plus idéaliste et plus « utilitaire » à la fois. La division du champ des imagos correspond à une défense contre la menace d'éclatement : pour ne pas avoir à se morceler, le moi se *déforme* sans éclater, et va fonctionner avec le monde extérieur en distinguant deux secteurs : un secteur adaptatif et celui anaclitique. *Le Moi* de l'organisation dépressive-limite se caractérise par son aspect *lacunaire*, vacuolaire. Une incomplétude narcissique primaire plus ou moins importante a laissé dans le moi une sorte de poche vide, qu'il cherche à combler sans jamais y parvenir (autrement que par l'illusion

d'un avenir meilleur).

Le terme de limite se réfère aussi à la notion des limites du moi (Federn). Il s'agit de la séparation entre « intérieur » et « extérieur ». Les difficultés dans l'établissement des limites corporelles (dans un sens différent du psychotique) seraient marquées par une défaillance de l'investissement narcissique. Le clivage des objets, les phénomènes d'introjection et de projection sont en relation directe avec les difficultés dans l'établissement de limites suffisantes, faute d'un investissement narcissique satisfaisant. Un arrêt développemental précoce et un traumatisme affectif sérieux conservent l'idéal du moi bloqué à une forme puérile ; il s'établit ainsi un mouvement régressif de défense vers le domaine du narcissisme. L'idéal du moi remplit une fonction d'attrait pour

le fonctionnement du moi et de guide aussi dans la formation du surmoi. Il en découle qu'un mode d'induction, créé précocement à partir d'un idéal du moi qui ne tiendrait pas assez compte des limites de la réalité (comme dans la lignée dépressive-limite), ne permettrait pas la constitution d'un moi très fiable ni d'un surmoi bien adapté aux nécessités internes. N'ayant pas de surmoi opérant, l'état limite utilise celui de l'autre pour le sien. Il a donc besoin d'un surmoi auxiliaire par carence de son surmoi personnel. Dans une latence normale, il y a régression banale du surmoi sur des positions assez souples de l'ancien idéal du moi. Ceci correspondra à l'apparition du véritable narcissisme phallique. Le surmoi est intériorisé. Or, chez l'état limite, l'œdipe, par la faiblesse de ses investissements, ne peut remplir sa fonction de modification dans un sens

maturatif de l'idéal du moi. Régression et fixations amèneront la persistance de celui-ci sur le mode mégalomane et irréal sur lequel font retour les éléments incomplets du surmoi post-œdipien qui n'aura pu réaliser sa formation autonome ni son intériorisation.

• *École anglaise : M. Klein, A. Green*

L'école de Melanie Klein a étudié également la lignée limite, notamment le mode de relation maniaque. Ce dernier est conçu comme polarisé par trois aspects relationnels : la maîtrise, le triomphe et le mépris. Comme l'a montré Kohut (1968), il s'agit de magnifier l'objet pour neutraliser les tendances dépressives corrélatives de l'angoisse de séparation, de le maîtriser pour nier la dépendance et d'utiliser le mépris pour annuler le

sentiment de culpabilité.

Pour A. Green (1976), les états limites présenteraient deux caractères essentiels : d'une part, une lutte oscillante pour demeurer dans le champ du principe de réalité ; et, d'autre part, une deuxième autour de la perte et de la récupération objectale. Il existerait un secteur entre la névrose et la psychose, où l'équilibre entre libido objectale et narcissique est toujours remis en jeu ; il n'y a pas refoulement franc de la réalité, mais l'objet va être l'enjeu de sentiments de perte et de récupération. La menace de rapproche déclenche l'évanouissement temporaire de l'objet, la menace de perte de l'objet permet sa récupération. L'aspect dépressif (pour des patients non psychotiques) posséderait une valeur narcissique et défensive (Braunschweig, 1964) protégeant le sujet à la fois d'une perte

de l'estime de soi et de l'objet. L'agressivité de nature sadique est intense avec un grand besoin d'amour possessif, exclusif et oral. L'investissement et le désinvestissement sans cesse de l'objet internalisé ne permettent pas aux décharges agressives et libidinales de rester liées.

- *La conception de Widlöcher*

Widlöcher (1981) relève dans une perspective, initialement descriptive, quatre traits sémiologiques fondamentaux de l'état limite : 1) une activité fantasmatique sans défenses névrotiques classiques ; 2) une angoisse d'annihilation ; 3) une organisation chaotique du développement libidinal ; 4) des tendances agressives intenses avec crudité de l'expression fantasmatique.

L'agressivité est considérée comme le facteur étiopathogénique principal des états limites ; elle est liée à des décharges relatives à des niveaux pulsionnels hétérogènes, témoignant d'une structuration marquée par une carence de la fantasmatisation. Dans l'activité psychique de l'état limite, les représentations du soi et de l'objet fonctionnent comme des parties de soi, des introjects. Elles témoignent d'une modalité prégénitale de fonctionnement.

1.2 Les modèles biologiques, cognitifs et psychosociaux

- *Les modèles biologiques*

Les théoriciens orientés vers la biologie ont conceptualisé le TPE selon plusieurs continua, plutôt que

selon un continuum unique défendu par la psychanalyse (Michel *et al.*, 2006). Le trouble est envisagé comme étant composé d'un ensemble de syndromes cliniques, chacun possédant sa propre étiologie, son développement propre et ses conséquences. Le TPE est en lien avec différents troubles majeurs de l'axe I, si l'on prend en compte les caractéristiques cliniques, l'histoire familiale, la réponse au traitement et les marqueurs biologiques (Stone, 1981). On peut ainsi, sur la base de ces considérations, définir trois sous-catégories d'état limite : la première est reliée à la schizophrénie, la seconde au trouble affectif, et la troisième à des troubles organiques cérébraux. Chaque catégorie apparaît sur un spectre allant des cas univoques ou centraux vers des formes mixtes plus difficilement identifiables. Ces dernières formes sont dénommées

« état limite ». Actuellement, la tendance est de concevoir l'état limite en tant que syndrome comme une étape sur un continuum des troubles affectifs (Gunderson et Elliott, 1985).

L'approche éclectique-descriptive de Chatham (1985), basée sur les travaux de Gunderson (1984), permet d'utiliser les symptômes comme des définitions. Elle est articulée à l'approche descriptive du DSM-IV et ne propose pas une compréhension étiologique du trouble. Par contre, elle souligne les difficultés thérapeutiques observées dans les prises en charge des patients limites.

• *Les théories biosociales et cognitives : Millon, Linehan*

Les théories de l'apprentissage biosocial ouvrent une autre

perspective, plus directement centrée sur les variations de l'humeur et du comportement (Millon, 1987). Il est proposé de remplacer la dénomination du TP « état limite » par « personnalité cycloïde », pour mettre en évidence la prévalence dans le tableau clinique de l'instabilité thymique et comportementale. Le modèle de personnalité état limite résulterait de la détérioration de modèles de personnalité antérieurs moins perturbés. Millon met en relief la diversité des histoires des individus, et envisage le TPE comme le résultat de toute une série de chemins. De la même manière que Millon, Linehan propose une théorisation de l'état limite sur le modèle de l'interaction réciproque du biologique et de l'apprentissage social dans l'étiologie du trouble. Elle a développé des modèles comportementaux

caractéristiques des individus états limites qui présentent des histoires répétitives de comportements auto-dommageables, de mutilations ou d'atteintes à leur vie. Ils impliquent la prise en compte des facteurs suivants : vulnérabilité émotionnelle (difficultés à réguler les émotions négatives), autodévalorisation (invalidation de ses propres croyances), crises aiguës (modèles de gestion stressante et négative des événements), inhibition du chagrin (inhibition ou surcontrôle des réponses émotionnelles négatives), la passivité active (style de résolution de problèmes interpersonnels passif, impuissance et désespoir appris), la compétence apparente (tendance de l'individu à apparaître plus adapté qu'il ne l'est en réalité). Les théories cognitives s'inscrivent dans une forme d'évitement de théories inférentielles de la personnalité et de son

organisation, même si elles permettent de repérer des modes de fonctionnement inopérants, qui pourraient recouvrir une dimension explicative. Elles se centrent sur la compréhension du comportement et son traitement thérapeutique. La cognition et l'affect sont envisagés comme des phénomènes propres à toutes sortes de troubles plutôt que correspondant au trouble lui-même. Toutefois, les cognitivistes ont développé des formulations étiologiques des états limites. Ils considèrent le TPE comme le résultat des schémas cognitifs dysfonctionnels développés précocement. La thérapie comportementale dialectique de Linehan est, en grande partie, l'application d'un ensemble de stratégies thérapeutiques cognitives et comportementales. Elle repose sur une alliance thérapeutique marquée par une

collaboration active des deux personnes engagées dans le travail thérapeutique (patient-thérapeute). Elle base ses principes sur les axes majeurs développés par les thérapies cognitives, telles que la résolution de problèmes, les techniques d'exposition, l'entraînement aux compétences, la gestion des contingences de renforcements et la modification cognitive. Sa caractéristique principale est de souligner les processus dialectiques, c'est-à-dire la réconciliation des opposés en un processus continu de synthèse.

La théorie biosociale considère que le TPE est essentiellement un trouble du système de régulation émotionnelle. Ce dernier est dû à une forte vulnérabilité émotionnelle à laquelle s'ajoute une incompetence à réguler les émotions. Ces compétences

défaillantes prennent naissance dans des prédispositions biologiques (difficultés de réactivité du système limbique et du contrôle de l'attention) exacerbées par des expériences environnementales spécifiques. Les différentes causes biologiques pourraient tout aussi bien englober les influences génétiques que des événements intra-utérins désagréables, en passant par l'impact de l'environnement durant la petite enfance sur le développement du cerveau et du système nerveux. Cowdry *et al.* (1985) considèrent que les états limites pourraient avoir un faible taux d'activation des structures limbiques, système cérébral associé à la régulation des émotions.

Les dissonances observées dans l'environnement jouent un rôle important dans le développement des TPE. C'est ce que Linehan nomme

« l'environnement invalidant ». La dysrégulation émotionnelle et les environnements invalidants s'inscrivent dans une transaction dysfonctionnelle et amènent au développement des TPE.

2. Le trouble de la personnalité narcissique

2.1 Théories psychanalytiques

- *Freud et le narcissisme (1914)*

Les idéaux du moi apparaissent comme des héritiers du narcissisme infantile. Le sujet établit en lui un idéal auquel il mesure son moi actuel. Freud fait d'ailleurs de l'existence de cet idéal (en tant qu'instance) la condition du refoulement. Ce serait donc lui qui

imposerait le refoulement (on voit ici que sont peu distinguées les notions de surmoi et d'idéal du moi). Malgré ces difficultés on perçoit qu'il existe dans le moi une ou plusieurs instances « idéales » narcissiquement investies. On peut donc admettre qu'il y aura aussi un conflit possible entre le moi et ces instances, ainsi qu'entre ces instances et les investissements objectaux. Nous touchons ici la question d'une pathologie du narcissisme. Le décalage entre l'idéal et le moi constitue potentiellement une source de difficultés et de souffrance. Certains aspects des idéaux du moi (fonction interdictrice) dépendent des parents. L'estime de soi (amour-propre) dépend des idéaux du moi : « Une part du sentiment d'estime de soi est primaire, c'est le reste du narcissisme infantile, une autre partie a son origine dans ce que l'expérience

confirme de notre toute-puissance [accomplissement de l'idéal du moi], une troisième partie provient de la satisfaction de la libido d'objet. »

• *Kernberg (1984) : l'organisation narcissique*

Le trouble de la personnalité narcissique présente une fonction et une structure de niveau de développement élevé au sein de l'organisation limite de la personnalité (plus élevé que le TPE). On peut se référer ici aux trois niveaux de l'organisation de la personnalité décrits par Kernberg (1984) : névrotique, limite et psychotique, et à ses critères structuraux de différenciation en termes d'intégration de l'identité, d'opérations défensives et d'épreuve de réalité. Les troubles de la personnalité narcissique se

distinguent de l'organisation limite de la personnalité par un fonctionnement social relativement sans heurts, par un meilleur contrôle des pulsions et parce que Kernberg appelle un potentiel de « pseudo-sublimation », c'est-à-dire une capacité de travail actif et cohérent dans certains domaines, ce qui permet d'obtenir la gratification de l'ambition personnelle et l'admiration des autres. Au niveau intrapsychique, la distinction repose sur la présence d'un soi grandiose intégré mais hautement pathologique, la capacité d'évoquer mentalement des représentations d'objet et l'échec d'intégration entre moi idéal et surmoi. Ce « soi dément omnipotent » est une condensation pathologique des aspects du soi réel, du soi idéal, et de l'objet idéalisé. Dans le cas du caractère psychopathique, le résultat serait une identification primaire avec

l'agresseur et le renoncement aux représentations d'objet plus faibles, plus inoffensives et peut-être plus nourricières.

Cette conception est psychogénétique et repose sur une théorie du développement des relations objectales, de la constitution et de la force du moi et de l'intensité de l'agressivité. Le bébé doit, au cours de son développement, distinguer le soi du non-soi et surmonter le conflit ambivalentiel. Le moi provient des représentations de soi et de l'objet, le *self* est une structure intrapsychique liée à la conscience et à l'identité : l'expérience primordiale est la subjectivité affective qui contribue à l'intégration des expériences sous la forme d'une mémoire affective. C'est l'affect qui est constitutif de la pulsion qu'il exprime et les représentations s'organisent en fonction des affects.

Kernberg soutient une position développementale des troubles du narcissisme sans différencier les états limites et la structure narcissique ou pathologie narcissique. Pour lui, les interactions précoces avec la mère déterminent la relation d'objet intériorisée qui jouera un rôle organisateur dans la constitution des instances intrapsychiques.

Le concept de narcissisme pour cet auteur est donc central. Le soi (*self*) est placé au centre de sa conception comme de celles de Kohut et Winnicott. Il est défini comme une première appréhension de soi par le sujet, un investissement de soi avant que les instances soient différenciées : c'est une notion plus globale que celle du moi. Le soi repose donc sur les relations que le sujet a pu entretenir avec l'objet primaire. Lorsqu'on parle de relations d'objet, on fait référence

naturellement à un mode d'organisation fantasmatique, un type de rapport imaginaire avec un objet, qui trouve, ou non, confirmation dans le lien réel qui existe avec l'objet. Cette organisation implique un rapport imaginaire entre deux types de représentations : la représentation de soi et celle de l'objet.

La *personnalité narcissique* chez Kernberg (1980) : le narcissisme n'est pas défini comme un retour de la pulsion libidinale sur le moi (il correspondrait ici au narcissisme secondaire), mais comme l'intériorisation d'un ensemble de représentations de soi et de l'autre qui constituent des systèmes de rapports interpersonnels (sur le plan imaginaire). Le soi n'est pas une instance, il est le produit d'un système de représentations articulant les attitudes du moi, du surmoi.

Kernberg prend appui sur les travaux de Hartmann (1950), en considérant que le moi est garant d'une organisation interne au sujet, qui lui permet, étayé par les relations avec l'environnement, de construire le soi, permettant le fonctionnement souple et intégré du sujet. Kernberg définit l'existence de structures qui s'articulent entre elles ; il s'agit donc d'une conception dynamique. Une structure narcissique peut s'associer à une organisation limite. On parle ici d'emboîtements de structures.

À ceci s'ajoute la notion (psychogénétique) de continuum entre structures. On parle alors d'aménagements narcissiques (du narcissisme normal au narcissisme pathologique).

Les pathologies du narcissisme résultent pour Kernberg d'une mauvaise différenciation des instances

psychiques faisant du soi grandiose un agglomérat de relations d'objet idéalisées et intériorisées, et de représentations de l'idéal du moi (et non le résultat d'une fixation à un stade archaïque du développement comme pour Kohut).

Sur ces positions reposent aussi un certain nombre de travaux autour de la psychopathie. Les personnalités narcissiques représentent une sous-catégorie des états limites. Dans leur fantasme, les sujets narcissiques s'identifient aux images de leur soi idéal afin de dénier la dépendance normale envers les objets externes et les représentations internalisées des objets externes. Les personnes idéalisées dont ils semblent dépendre sont souvent des projections de leur propre concept de soi hypertrophié. L'hypothèse étiologique repose sur l'existence d'une pulsion agressive

constitutionnelle (défaut de bonne relation internalisée), d'un manque de tolérance à l'angoisse face à ces pulsions agressives ou des frustrations graves. La capacité à éprouver la dépression est chez ces patients l'indice d'un meilleur pronostic, surtout lorsqu'elle s'accompagne d'un sentiment de culpabilité. Dans le transfert se joue une opposition entre la rage éprouvée et exprimée à l'égard des objets et la culpabilité ; le niveau de cette dernière témoignant de la qualité de l'intégration du surmoi.

- *Kohut : les pathologies narcissiques*

Contrairement à Kernberg, Kohut (1980) pratique une distinction entre les états limites et la pathologie narcissique. Il rapproche les états limites des psychoses et les oppose aux pathologies narcissiques. Les

premiers surviendraient à la suite d'une désintégration du soi grandiose et de l'image parentale idéalisée, tandis que les seconds prennent appui sur des personnalités borderline et narcissique. Kohut a une conception spécifique du narcissisme puisqu'il ne suit pas les hypothèses freudiennes d'une même libido répartie différemment selon qu'elle est narcissique ou objectale, mais considère que d'emblée, il y a une différence de nature entre la relation objectale et le narcissisme. Pour lui, les personnalités narcissiques témoignent d'une fixation à un stade précoce de l'évolution normale du narcissisme ; elles ont un concept de soi intégré et unifié, mais la régression aboutit à ce que l'image du soi présent fusionne avec l'idéal du soi et l'objet idéal ; cette régression est à l'origine du soi grandiose qui a pour but de

protéger le patient de la tension et de la souffrance produite par le décalage entre le soi actuel et l'idéal du soi. Les aspects inacceptables du soi sont projetés sur les objets extérieurs dévalorisés.

On peut situer la différence entre les cas limites et les structures narcissiques de la manière suivante : dans les cas limites, ou borderliners classiques, les pulsions en jeu sont davantage orientées vers l'objet ; dans les organisations narcissiques, ce sont les investissements orientés vers le moi qui posent problème.

Synthèse

Les troubles du narcissisme s'originent selon Freud dans un décalage entre le moi et l'idéal du moi, responsable de la souffrance du sujet et de ses difficultés d'adaptation. Kernberg développe une conception psychogénétique des troubles du narcissisme qui repose sur le

développement des relations objectales et le maniement des pulsions agressives. La relation intériorisée avec l'objet primaire détermine la qualité de la constitution des instances intrapsychiques. Les relations précoces sont ainsi déterminantes pour forger le soi, l'expérience de la relation étant première et permettant la répartition d'une énergie initiale indifférenciée en libido et en agressivité.

Contrairement à Kernberg, Kohut (1980) distingue les états limites et la pathologie narcissique. Les personnalités narcissiques témoigneraient d'une fixation à un stade précoce de l'évolution normale du narcissisme ; elles auraient donc un concept de soi intégré et unifié. La régression amènerait l'image du soi présent à fusionner avec l'idéal du soi et l'objet idéal. Ceci aurait pour conséquence la constitution du soi grandiose. La différence entre TPE et TPN est relative à l'orientation problématique des investissements libidinaux sur l'objet ou sur le moi.

3. L'agir et les personnalités

antisociales et psychopathiques

3.1 Hypothèses biologiques, biosociales, cognitives et psychanalytiques

L'étiopathogénie de la psychopathie est peu connue, bien que de nombreux travaux notamment biophysologiques aient été développés sur ce sujet. Malgré la mise en évidence d'anomalies électro-encéphalographiques, ou encore d'une faible réactivité émotionnelle et d'un hypo-éveil cortical, les résultats sont en faveur d'une hétérogénéité des personnalités psychopathiques, dont les ressorts explicatifs ne seraient pas forcément communs. Les études expérimentales ont permis de montrer l'existence d'une incapacité d'apprentissage par renforcement négatif (punition) chez les sujets

psychopathes.

L'idée d'un « spectre de déséquilibre psychopathique » repose sur la mise en évidence d'une prévalence élevée d'autres TP (hystérique par exemple), ou de troubles d'abus de substances. Ces études prennent appui en partie sur des modèles biogénétiques, néanmoins peu concluants (Debray, 1981). Elles sont étayées par des travaux portant sur les facteurs environnementaux pouvant influencer le développement de ce TP ; on peut notamment relever l'existence de foyers dissociés et d'une absence d'autorité parentale.

Les premiers travaux psychanalytiques ont eu pour intérêt principal de proposer une étiologie du passage à l'acte et de sa psychogenèse. Sur la base des travaux de Freud et du

rôle majeur de la formation des instances dans l'élaboration des conflits psychiques, l'opérationnalité du surmoi et son niveau de développement ou d'élaboration ont été évoqués. Un surmoi défaillant pourrait expliquer le développement de conduites psychopathiques du fait d'un accès à la loi difficile.

La psychogenèse du passage à l'acte est expliquée par la problématique des liens précoces et de leur développement dans l'élaboration du narcissisme. La difficulté à intérioriser les conflits, du fait de l'inaptitude de la mère à contenir l'angoisse tout autant que l'agressivité, et à élaborer les affects qui envahissent la vie psychique de l'enfant, pourrait rendre compte d'une tendance à les externaliser sur la scène comportementale, avec un faible recours à la mentalisation. Le défaut de

mentalisation ou de fantasmatisation a été décrit chez les psychopathes ; il amène une difficulté de résolution pulsionnelle, dite en « court-circuit », c'est-à-dire sans passage par le fantasme, la pensée et le langage (Flavigny). Ce fonctionnement s'oppose donc au fonctionnement névrotique opérant sous le primat du langage et du fantasme. L'agir vient donc ici, en lieu et place, d'un accès au symbolique introduit par le recours au fantasme et à l'imaginaire.

3.2 L'organisation psychopathique :

J. Meloy

Certains auteurs parlent d'organisation psychopathique, pour témoigner du fonctionnement psychique qui anime les sujets dits psychopathes. C'est le cas par exemple de J. Meloy (2000), pour qui la psychopathie

constitue une sous-catégorie de l'organisation narcissique, elle-même dépendant de l'organisation limite. Il s'agirait d'un continuum, allant de l'état limite, organisation proche en termes de structure et surtout de fonctionnement de la psychose, à l'organisation psychopathique, dont l'agir serait une des modalités de fonctionnement qui rendrait compte de l'externalisation des conflits et de modalités particulières de résolution de ceux-ci. La psychopathie est un trouble (au sens psychiatrique du terme) qui trouve son origine dans une déviation du développement et qui se caractérise par un excès d'agressivité pulsionnelle ainsi que par une incapacité à nouer des relations d'objet (aux autres). On note aussi comme critère l'exploitation interpersonnelle des autres, ce qui contribue à diminuer son propre

sentiment de stérilité (Horney, 1945). À chaque victoire sur les autres, le psychopathe perpétue ses états émotionnels et renforce son sentiment d'omnipotence.

Selon J. Meloy, la psychopathie représente un *processus intrapsychique* qui possède à la fois *une structure et une fonction*. Celui-ci est caractérisé par des structures ou des traits constants qui s'expriment dans les relations au cours du temps. La structure ou la fonction sont insuffisantes à rendre compte du trouble de la personnalité, mais se prêtent à des descriptions en termes métapsychologiques (structuraux) aussi bien que cliniques (fonctionnels). L'hypothèse actuelle est que l'organisation psychopathique de la personnalité est un sous-type du

trouble de la personnalité narcissique, dont elle représente une variante extrême et dangereuse.

Les origines développementales de la personnalité psychopathique sont caractérisées par une séparation précoce d'avec le parent primaire pendant la phase symbiotique de maturation ; des défauts d'internalisation qui débutent par une méfiance organismique envers l'environnement sensorio-perceptif ; la prédominance d'une identification à l'objet-soi étranger, qui est centrale dans la fusion conceptuelle du soi et de l'objet à l'intérieur de la structure grandiose du soi pendant la période de séparation-individuation ; un échec de la constance de l'objet et un attachement narcissique primaire au soi grandiose ; et les états « d'être avec » (séparés des traits d'attachement narcissique primaire)

qui sont recherchés sur un mode agressif et sadomasochiste auprès d'objets réels. Cette coexistence de détachement insouciant et de recherche de liens sur un mode agressif et sadomasochiste est pathognomonique du processus psychopathique.

- *Identité et personnalité psychopathique*

L'intégration de l'identité : les représentations de soi et d'objet sont mal délimitées et vidées de toute valeur polarisée. Les fusions des représentations de soi et d'objet surviendront aussi bien au niveau du concept que du percept ; en raison de l'absence de frontières entre les représentations internes du soi et des autres, l'expérience réelle des autres et du soi peut être délirante. Dans le caractère psychopathique, cela est

marqué par l'identification délirante à l'agresseur. On peut aussi observer de graves troubles de l'identité dans la confusion entre souvenirs fantasmés et réels. Dans le caractère psychopathique et psychotique, les fantasmes grandioses et agressifs, s'ils ont été ressentis, restent dans la mémoire comme des événements réels et sont fermement défendus comme réalité.

L'organisation défensive témoigne de ce fonctionnement. On trouve des défenses limites prédominantes dans le caractère psychopathique organisé à un niveau psychotique de la personnalité, mais elles remplissent des fonctions différentes. Dans l'organisation limite, ces défenses protègent contre le conflit intrapsychique, mais au prix d'un affaiblissement du fonctionnement du moi. Dans la personnalité psychotique, elles protègent contre une

désintégration plus grave des frontières entre le soi et l'objet, qui concernent aussi bien les représentations intrapsychiques perceptives que l'expérience réelle de discrimination entre sensations intéroceptives et extéroceptives.

- *Expérience émotionnelle et personnalité psychopathique*

L'expérience émotionnelle de la personnalité psychopathique est un phénomène déconcertant et parfois choquant. Elle oblige à comprendre l'absence d'affect lorsque sa présence serait éventuellement prévisible chez un individu plus sociable, empathique, et la présence d'un affect intense, débridé, qui se trouve dramatisé par son imprévisibilité et sa capacité à susciter une peur atavique chez les autres. Meloy compare le système

affectivo-émotionnel des psychopathes à *des états reptiliens*, c'est-à-dire, d'un point de vue biologique, à une absence de système limbique. Ce dernier est connu chez l'homme pour être responsable de l'expérience émotionnelle (expression et modulation de l'affect) des individus, tandis que les reptiles n'en ont pas. Ce parallèle trouve son expression lors de la confrontation à des individus de type « pulsion ambulante » qualifiés de psychopathes, qui, de plus, présentent régulièrement, associé à cette dynamique pulsionnelle, un QI faible ; ceci laisse pencher pour une forme primaire de déficience biologique du système neuroanatomique. Un autre élément conforte le parallèle ou l'analogie : l'absence d'émotions dans le regard (expérience contre-transférentielle). Ce regard condense les instincts sexuels et agressifs et

provoque de la peur, mais aussi de la honte pour la victime fixée par ce regard. Elle se sent physiquement piégée, malgré la honte qu'elle éprouve et son désir de ne pas être vue. Fénichel parle du sadisme oral du regard fixe ; il n'est pas seulement activement sadique, mais aussi passivement réceptif à la fascination de la victime qui risque, par métaphore, d'être pétrifiée ou changée en « statue de sel ». *L'expérience consciente de l'émotion* chez le psychopathe : le processus psychopathique permet d'éprouver consciemment de l'émotion, mais elle est structurée par la pathologie narcissique sévère, et plus spécifiquement, par la structure grandiose du soi. Les émotions ressenties en présence des autres sont contaminées par des objets-soi qui procurent le moyen projectif-introjectif

par lequel les autres sont perçus, puis conçus défensivement comme des prolongements du soi grandiose. L'objet-soi particulier qui sera activé dépend de certaines caractéristiques de la personne réelle perçue ; par exemple, une femme peut se comporter d'une manière qui rappelle à l'individu sa mère, qui, à la fois, le taquinait érotiquement et l'abandonnait, à laquelle il s'identifiait enfant pour se défendre, et qu'il a internalisée comme un concept d'objet-soi désiré et idéalisé.

Les émotions que les psychopathes sont conscients de ressentir lorsqu'ils sont seuls sont intensément narcissiques, et dirigées par des fantasmes plus grandioses et moins défensifs ; ils ne sont alors plus contraints par la réalité qu'ils perçoivent très bien, de la personne présente. Les émotions ressenties ne

dépasseront toutefois jamais le stade narcissique auquel le sujet est fixé.

À partir notamment des hypothèses neurobiologiques de l'expérience émotionnelle de l'individu psychopathe, le modèle de Meloy s'inscrit dans une perspective positiviste qui repose sur la nature de la psychopathie. L'organisation structurale en serait une conséquence particulière rendant compte de la variance des comportements et des modalités d'expression de la structure.

Synthèse

Les travaux actuels font l'hypothèse de l'existence d'un « spectre de déséquilibre psychopathique » qui reposerait sur les importantes comorbidités du TP antisocial. L'agir est la caractéristique principale ; il témoignerait d'un défaut de mentalisation et/ou de fantasmatisation. La gestion des pulsions est ainsi difficile car la mise en œuvre du fantasme, de la

pensée et du langage est peu opérante. D'un point de vue structural, l'organisation psychopathique de la personnalité correspond à un sous-type du trouble de la personnalité narcissique, dont elle représente une variante extrême et dangereuse. L'intégration de l'identité témoigne de représentations de soi mal délimitées ; elles impliquent une confusion entre soi et objet. Par ailleurs, l'expérience émotionnelle est particulière ; Meloy évoque les états reptiliens pour décrire le caractère peu adapté et peu empathique de celle-ci. Les émotions éprouvées sont ainsi essentiellement narcissiques et soutenues par des fantasmes de grandiosité.

4. Les troubles de la personnalité marqués par la relation à l'autre : histrionique, passive-dépendante, sensitive

Ce regroupement non justifié d'une classification des TP se base sur la

phénoménologie clinique de certains troubles dont l'expression symptomatique principale se situe dans les relations interpersonnelles. Aussi, nous avons fait le choix de regrouper ici les modèles explicatifs des TP histrionique (autrement classés type B, soit avec les TP antisocial et borderline). Le TP histrioniques ne fait l'objet que de peu de travaux étiopathogéniques, dans la mesure où il est régulièrement associé à l'hystérie, envisagée, dans la tradition européenne, comme une forme de névrose.

- *Étiologie de l'hystérie et du TP histrionique*

L'étiologie de l'hystérie et du TP histrionique est d'abord une étiologie psychique en référence aux modèles psychodynamiques. Freud (1895) a

construit le modèle de l'hystérie à travers sa théorie du trauma (de réel à fantasmé) et du fantasme, soit un scénario imaginaire qui a pour fonction de réaliser le désir du sujet de manière indirecte, à travers les symptômes. Il part du point de vue selon lequel ce dont souffre l'hystérique, ce sont des *réminiscences* (1895). Cette notion de réminiscences est un préambule au retour du refoulé qui caractérisera non seulement, ultérieurement, le mécanisme principal de l'hystérie, mais aussi des autres névroses de transfert. Ce traumatisme pour Freud est d'ordre sexuel, en lien avec la sexualité infantile. Il est d'abord envisagé comme réel (séduction par le père, à un stade de développement non encore assez mature pour le comprendre => effroi => refoulement). L'idée d'un traumatisme psychique calqué sur un traumatisme physique

disparaît au profit de la vie fantasmatique et des fixations aux différents stades libidinaux. Il surviendrait dans un second temps, lors de la constitution de la névrose infantile, mais après fixations libidinales. C'est dans la théorie de l'angoisse (plus tardive) – *Inhibitions, symptômes et angoisse* (1926) –, et dans le cadre de la seconde topique, que la notion de traumatisme prend une valeur plus importante (indépendamment de la référence à la névrose traumatique). Le moi déclenche un signal d'angoisse, signal de débordement, pour éviter justement d'être débordé par le surgissement de l'angoisse automatique qui définit la situation traumatique dans laquelle le moi est sans recours. C'est-à-dire que le moi peut être débordé par des excitations pulsionnelles internes comme il peut l'être par un danger

externe.

Freud modifie la théorie de la séduction en envisageant que ce traumatisme puisse être imaginaire ; il abandonne alors l'idée du traumatisme réel (abandon de la théorie de la séduction) et accepte qu'il puisse avoir été inventé (inconsciemment par le sujet) : il s'agit alors du fantasme. Ce dernier est un scénario imaginaire où le sujet est présent et qui figure, de façon plus ou moins déformée par les processus défensifs, l'accomplissement d'un désir, et en dernier ressort, d'un désir inconscient. Ce glissement est très important pour la compréhension de l'hystérie ; il focalise sur la dimension subjective du traumatisme ; c'est ce que fait le sujet d'un événement réel ou non qui est important, le sens que le sujet donne aux choses dans son fantasme ? Qui dit fantasme dit causalité psychique et

réalité psychique, dont les effets peuvent être identiques à un fait de la réalité ; les représentations inconscientes de l'hystérique agissent comme des éléments de la réalité.

Le désir et le fantasme ont la place principale. Le point central de la névrose hystérique concerne les désirs du sujet (et parfois leur réalisation) ; les scènes de séduction par le père ont été désirées par le sujet (et fantasmées), elles sont en opposition avec les exigences du moi et les interdits, elles sont donc refoulées. Le conflit se situe bien entre les fantasmes sexuels infantiles refoulés (préœdipiens, constituant la névrose infantile) et le moi, lors de la réapparition dans la vie du sujet d'un même type de problème.

La résolution du complexe d'Œdipe est à l'origine de la problématique du sujet et de son rapport à la castration.

Les symptômes permettent la traduction symbolique du conflit et représentent des symptômes de compromis.

- *La personnalité évitante*

Peu d'études portent sur l'étiopathogénie de la personnalité évitante ; elle représente en population générale entre 1,1 % et 1,3 % (Maier, 1992). La comorbidité avec les troubles anxieux est importante (50 %). Les hypothèses étiopathogéniques mettent en cause les relations précoces marquées par des attitudes de rejet et de critique. Dans une perspective développementale, les travaux de Kagan (1982) sur l'inhibition comportementale indiquent qu'il pourrait y avoir une base tempéramentale commune à la personnalité évitante et à certains

troubles anxieux, notamment autour de la réaction de retrait face à la nouveauté.

- *La personnalité dépendante*

La personnalité dépendante varie entre 1,5 % et 1,7 % en population générale et concerne plus spécifiquement les femmes. Les modèles psychanalytiques soulignent le rapport entre dépendance et fixations libidinales (orales) à un stade contemporain des relations précoces, soit frustrations et gratifications liées aux premières interactions entre l'enfant et son environnement. Mahler (1975) pose l'impact de la relation mère-bébé et des processus de séparation-individuation sur les relations d'objet ultérieures. La théorie de l'attachement fait une place à la recherche de proximité en proposant

de distinguer l'attachement distal (l'enfant ne cherche pas le contact) de l'attachement proximal (l'enfant recherche le contact physique avec le parent).

Les modèles cognitivo-comportementalistes envisagent la dépendance comme directement liée aux expériences précoces de gratification maintenues par l'apprentissage social et le développement d'un lieu de contrôle externe (le sujet pense qu'il n'a pas le contrôle de son destin) (Michel *et al.*, 2006).

5. Les autres troubles de la personnalité : perspectives étiopathogéniques

On peut noter que peu de modèles explicatifs rendent compte

spécifiquement des TP de type A, soit paranoïaque, schizoïde et schizotypique. On relève un terrain sémiologique commun de comorbidités ou d'évolution qui amènent à envisager l'hypothèse d'un spectre schizophrénique comme pouvant en rendre compte de manière indirecte.

La personnalité obsessionnelle-compulsive, dont les symptômes comportementaux principaux se rapprochent de la névrose obsessionnelle, est classiquement rattachée à cette dernière. Elle varie entre 2 % à 4 % en population générale. Les TOC, en tant que symptômes principaux, sont rattachés à la présence d'idées obsédantes, ou d'obsessions qui conduisent à adopter des rituels comportementaux pour lutter contre l'angoisse mobilisée par

les idées. La théorie freudienne de la névrose obsessionnelle rend compte d'un conflit entre instances psychiques moi-surmoi, responsable des conduites psychiques rigides du sujet. La toute-puissance de la pensée serait, quant à elle, articulée à la réalisation des désirs incestueux, issus de la non-résolution du complexe d'Œdipe.

Dans le courant psychanalytique, des auteurs tels que Karl Abraham avec le caractère anal, ou Serge Leclair avec la structure obsessionnelle, ont proposé des conceptions approfondissant les propositions freudiennes initialement issues de la théorisation de la névrose obsessionnelle.

Les théories cognitives et comportementales envisagent les TOC comme relevant de conditionnements

opérants et de schémas de pensée relatifs à une rigidité de fonctionnement et la présence d'une exigence importante vis-à-vis de soi-même. La première théorisation strictement comportementale a été formulée par Mowrer (1950). Elle considère que comme pour les phobies, il existerait un premier conditionnement traumatique initial, établi sur le mode du conditionnement classique. Par la suite, un second conditionnement interviendrait comme facteur de maintien en s'appuyant sur le fonctionnement du conditionnement opérant. Ainsi, le rituel soulagerait l'anxiété en étant une réponse d'évitement, mais conduirait à son entretien. Pour certains auteurs (Beech et Perrigault, 1974), il existerait des propriétés spécifiques aux cognitions des obsessionnels, caractérisées par les difficultés à prendre une décision

et à réaliser un choix. Les modèles cognitifs considèrent qu'il existe à l'origine une pensée irrationnelle (« je me suis trompé dans le réglage de la machine ») qui est influencée par un système de croyance (« je dois toujours être sûr à 100 % que je n'ai rien raté, si je me trompe je serai obligatoirement responsable de ce qui arrivera, si je suis responsable d'une erreur, alors je serai inexcusable, et si je fais une erreur, je ne mérite aucune considération »). Le sujet présente alors une pensée automatique du type « il va se produire un accident et je serai totalement responsable » génératrice d'anxiété. Il va alors mettre en œuvre des stratégies de lutte contre cette anxiété, soit en devenant excessivement rigide et minutieux dans les tâches à réaliser, soit en adoptant des conduites d'évitement.

1- . Choix d'objet ou choix objectal : « Acte

d'élire une personne ou un type de personne comme objet d'amour. On distingue un choix d'objet infantile et pubertaire, le premier traçant la voie au second » (*Vocabulaire de la psychanalyse*).

Les prises en charge thérapeutiques

Introduction

Il existe à l'heure actuelle une grande variété de thérapeutiques, chimiques et psychothérapeutiques ; elles concernent aussi bien les troubles mentaux à proprement parler que les dysfonctionnements ou déviations comportementales observées dans les TP induisant une souffrance pour l'individu. Nous présentons ici les principales approches sous-tendues par des études de validation empirique et/ou théorique. La tendance actuelle à l'évaluation nous amène à une grande prudence quant à l'ambition des outils

thérapeutiques. Aussi, certains d'entre eux proposés ici sont adaptés à un certain nombre de troubles mentaux ou de personnalité, d'autres sont destinés à la prise en charge de troubles spécifiques. Les troubles de la personnalité se manifestant principalement par des dysfonctionnements et des symptômes comportementaux, nous présentons dans un premier temps les techniques cognitives et comportementales, plus spécifiquement adaptées à leur prise en charge, pour, dans un second temps, nous centrer sur les prises en charge plus globales et plus larges quant à leurs cibles thérapeutiques, et dont l'ambition est davantage le développement de la personne et/ou l'émergence du sujet (et l'expression de la subjectivité) que la suppression d'un comportement pathologique ou problématique.

1. Traitements chimiothérapiques

Chez un patient qui présente un trouble de la personnalité, le traitement médicamenteux peut agir de différentes manières : par un effet non spécifique sur un ensemble de TP, par un effet relativement spécifique, ou en ayant un effet ciblé sur un trouble comorbide. Il peut faire également fonction de placebo. Les prescriptions médicamenteuses sont importantes chez les sujets présentant un TP ; les plus communes sont les neuroleptiques, les antidépresseurs, mais aussi le carbonate de lithium, les anxiolytiques et les psychostimulants. Nous présentons ici les principaux traitements envisagés et les effets attendus.

- *Les neuroleptiques*

Appelés également antipsychotiques, ils sont reconnus comme ayant une action bénéfique chez les patients BL en particulier ; ils réduisent l'impulsivité et la colère, les autoagressions, et améliorent les symptômes dépressifs. Le dosage est inférieur dans les TPBL par rapport au TP de type A (schizotypique, schizoïde et paranoïaque), mais permet d'avoir de bons résultats sur certains symptômes.

- *Les antidépresseurs*

La plupart des études sur les effets des antidépresseurs chez les TPBL font état d'une comorbidité avec un syndrome dépressif. Malgré l'hétérogénéité de la dépression avec troubles de la personnalité BL, les symptômes dépressifs font partie intégrante du TPBL ; l'association

entre trouble dépressif et TP conduit à l'élévation de la tristesse chronique en relation avec des expériences d'ennui et de vide, une humeur dépressive labile liée à des crises expérientielles, ou un syndrome conjoint de dépression majeure.

- *Autres*

Les autres traitements proposés interviennent sur l'humeur en premier lieu, que ce soit le carbonate de lithium, ou les anxiolytiques recommandés dans le TPBL, mais pas dans les autres. Les anticonvulsivants et les psychostimulants interviennent sur le contrôle comportemental.

2. Les thérapies comportementales et cognitives

Bien qu'ayant à l'heure actuelle de multiples formes et évoluant vers des dispositifs croisant techniques cognitives et corporelles, par exemple, les thérapies comportementales et cognitives (TCC) se différencient radicalement d'un point de vue épistémologique et méthodologique, en s'appuyant sur la psychologie expérimentale, des thérapies appuyées sur la psychologie psychodynamique. Elles trouvent leurs origines dans le comportementalisme (Watson, 1913) qui, comme son nom l'indique, se centre sur l'étude du comportement observable et non l'introspection. L'hypothèse principale soutenue par l'approche béhavioriste est que les comportements humains sont des comportements appris, c'est-à-dire produits de conditionnements. Les facteurs biologiques, tempéramentaux, sont au second plan.

2.1 Thérapies comportementales et cognitives classiques

Les thérapies issues du comportementalisme envisagent le comportement comme étant la conséquence d'un apprentissage. L'environnement joue un rôle essentiel par l'action des stimuli qui en émanent et déclenchent des réponses de l'organisme internes et externes, via la mise en place des comportements. Ces derniers exercent un effet sur l'environnement, qui, en retour, va les renforcer ou non. Ce qui est pathologique n'est pas le comportement, mais le fait qu'il soit inadapté et induise une souffrance pour l'individu. L'objectif des TCC est de repérer dans l'environnement du sujet et son contexte de vie actuel, mais aussi son passé, les facteurs et/ou les conditions impliqués dans le

déclenchement du comportement. La lecture subjective et historique de la place du comportement pour le sujet n'a pas d'intérêt. L'objectif est donc de définir des cibles comportementales à traiter, c'est-à-dire à supprimer ou à modifier, de manière à faire disparaître les effets indésirables des comportements problématiques.

L'évolution des pratiques et des recherches sur le sujet a conduit à modifier la démarche et les cibles des TCC. En effet, si l'apprentissage pouvait être appréhendé de manière isolée de la subjectivité, les dispositions et les facteurs de personnalité étant mis de côté, actuellement, les influences de la personnalité et de la cognition sont prises en compte. D'abord limitée aux conduites observables (action et parole), la définition des TCC inclut la pensée (subvocalisation), les images

mentales, les souvenirs, les émotions et les affects, les croyances, soit un ensemble de réponses dites « couvertes » (internes au sujet) qui constituent sa vie mentale.

2.2 Principes théoriques

Les théories de l'apprentissage reposent sur la définition de deux sortes d'apprentissage, l'un par conditionnement répondant (Pavlov), et l'autre par conditionnement opérant (Skinner).

• *Le conditionnement répondant (Pavlov)*

À partir de l'expérience de Pavlov (1927) portant sur la réaction salivaire du chien (suite au dépôt de poudre de viande), associée à un stimulus

inconditionnel (sonnerie), la réaction salivaire, ou comportement, devient conditionnée au stimulus secondaire ; ce dernier est devenu conditionnel, car capable à lui seul de déclencher le comportement du chien. Ces travaux expérimentaux ont permis de préciser les fondements de cette technique d'apprentissage qui a pour but de créer une liaison entre un stimulus neutre et une réaction inconditionnelle. Des conditions de réussite appuyées sur la temporalité de présentation des stimuli ont été relevées. Par ailleurs, certaines modalités de la réponse ont également été précisées, concernant : les principes d'extinction de la réponse conditionnelle (si pas de renforcement), la généralisation (par stimuli proches), l'inhibition (diminue l'efficacité du stimulus conditionnel, variété négative d'apprentissage), la nature du stimulus (les stimuli sont des

signaux perceptifs, et peuvent être neutres ; le langage permet l'introduction de nouveaux stimuli).

- *Le conditionnement opérant (instrumental)*

Le principe sur lequel il repose est que la réponse de l'animal (ou de l'individu) est déterminée par ses conséquences ; la répétition du comportement et le produit de celle-ci (arrivée de nourriture) constituent le renforcement. La réponse n'est pas déclenchée ici par un stimulus externe, mais émise par le sujet et renforcée par le milieu. L'ensemble des stimuli environnementaux, de la réponse et des renforcements constitue une contingence de renforcement. Une particularité du renforcement opérant est de faciliter l'apparition de la réponse adéquate en renforçant les

approximations de la réponse désirée. Les principes de fonctionnement sont les mêmes que ceux du conditionnement répondant (cf. ci-dessus) ; le choix des renforçateurs a toute son importance du fait de la valence induite au renforcement. On distingue ainsi : le renforcement positif (chez l'homme, par exemple l'attention, approbation), le renforcement négatif (par exemple toutes les causes de souffrance), l'aversion (par exemple la punition).

- *L'apprentissage vicariant ou social*

Issu des travaux de Bandura dans les années 1970, l'apprentissage vicariant induit une prise en compte plus importante des cognitions et des images mentales associées aux comportements. Il s'agit du processus par lequel le comportement d'un sujet

se modifie à la suite de la simple observation du comportement d'un autre sujet. L'apprentissage par *modeling* ou imitation est un conditionnement par modèle interposé, soumis aux mêmes principes que les autres apprentissages, soit la généralisation et l'extinction. Ici, l'anticipation du résultat est plus importante que le renforcement par la conséquence, le renforcement du modèle et son intégration symbolique étant suffisants et agissant soit comme une motivation, soit par le biais d'une généralisation. Ce type d'apprentissage repose donc sur l'information du sujet quant au programme qu'il suit, ce qui lui permet d'entrer alors dans un processus d'autocontrôle l'amenant à modifier son comportement.

2.3 Techniques et applications thérapeutiques

Le comportementalisme ne propose pas une théorie étiopathogénique des maladies mentales, mais des hypothèses sur l'acquisition, la persistance et la modification des conduites pathologiques. De nombreux travaux ont porté sur les réactions anxieuses et phobiques, envisagées comme acquises suite à un conditionnement pavlovien. Une situation de peur est liée à un stimulus conditionnel qui deviendra par la suite capable de déclencher la réponse anxieuse à lui seul. Ce principe vaut aussi pour l'appréhension du traumatisme simple dans la thérapie *Eye Movement Desensitization Reprocessing* (EMDR), par exemple. Toute émotion peut amener au même résultat de conditionnement. L'objectif

est de faire disparaître les peurs acquises et les conditionnements pathologiques, dont la plupart résultent de l'enfance, du fait de l'intensité des expériences émotionnelles et de la richesse des apprentissages à cette période.

Nous allons envisager les principes de mise en place d'une thérapie comportementale et les techniques principales utilisées dans le cadre du traitement. On peut relever trois notions essentielles : le contrat (de collaboration active entre le thérapeute et le patient), l'analyse comportementale (permet de définir les objectifs du travail, histoire du trouble et modalités d'apparition actuelles, repérage des renforçateurs, etc.), l'évaluation objective des comportements cibles (utilisation d'échelles d'évaluation). Une fois ce cadre mis en place, les

techniques les plus utilisées sont la désensibilisation systématique, l'immersion, l'affirmation de soi, les techniques cognitives. Il existe également des techniques complémentaires, tel le biofeedback, utilisées dans certains contextes cliniques.

- *La désensibilisation systématique*

Elle repose sur le principe de l'inhibition réciproque, et consiste à installer une réponse antagoniste capable de supprimer les liens entre stimuli et émotions (par exemple l'anxiété). Elle fait partie des techniques de contre-conditionnement, dans lesquelles on cherche à remplacer un comportement inadapté ou non désiré par un autre comportement incompatible avec le premier. Elle combine imagerie et relaxation

(Jacobson ou Schultz), puis comportement réel. L'extinction de la conduite est progressive.

- *L'immersion (flooding)*

Elle a pour but l'extinction de la peur apprise, et utilise l'exposition directe et prolongée au stimulus anxiogène. Utilisée dans les phobies et obsessions, elle repose sur la suppression du comportement d'évitement et suit le principe d'extinction du comportement (exposition d'une à trois heures). L'élément important de cette technique est la confrontation avec le stimulus anxiogène, sans possibilité d'évitement, permettant l'extinction naturelle de la liaison conditionnelle. On distingue le flooding *in vivo*, flooding en imagination, le modeling (sur le thérapeute par exemple),

l'immersion en groupe.

- *L'affirmation de soi*

Il s'agit de favoriser chez le sujet un comportement assertif, technique dont l'objectif est de développer les possibilités de communication et d'efficience sociale chez des sujets inhibés. On part de l'idée selon laquelle des processus internes dits « couverts » sont à l'origine des réponses ouvertes, dysfonctionnelles chez un sujet inhibé en situation sociale. On fait ici référence aux pensées, images mentales et émotions que déclenchent les situations de confrontation avec autrui. Ces réponses cognitives et émotionnelles sont susceptibles d'être apprises, modulées ou modifiées par l'apprentissage, comme les comportements ouverts. Concrètement,

après une analyse des comportements relationnels et la définition des situations cibles, des jeux de rôles permettront de travailler progressivement les situations inhibantes et de les dépasser. Un feedback par vidéo pourra servir à prendre conscience des attitudes et comportements non verbaux et à ajuster ses réponses. Le groupe permet d'introduire un apprentissage vicariant dans le processus de réadaptation comportementale.

- *Les techniques cognitives*

La sensibilisation interne aux pensées, images mentales, émotions associées aux comportements ouverts, permet d'introduire des éléments cognitifs de changement. La modification des images mentales permet au sujet d'envisager de

nouveaux scénarios, en utilisant un apprentissage par imitation de lui-même représenté, ou d'un autre personnage modèle, avant la mise en scène réelle. Le principe est la modification cognitive puis comportementale. Les procédures d'auto-contrôle par sensibilisation interne utilisent le même principe pour préparer le changement observable. Pour Beck, la thérapie cognitive consiste à apprendre au patient à prendre conscience de ses pensées, à reconnaître celles qui sont inexactes et à leur substituer des jugements adéquats. Elle lui procure en retour les informations sur la valeur de ces changements.

L'interaction thérapeutique permet au patient de découvrir par lui-même la nature et la qualité de ses pensées, et après avoir identifié ses cognitions inadaptées, à expérimenter ses stratégies

personnelles de changement idéique, émotionnel et comportemental.

Sur le même principe, la *thérapie rationnelle-émotionnelle* de A. Ellis a pour but de modifier le système des croyances irrationnelles du patient et les émotions négatives qui sont liées. Les émotions seraient la conséquence des idées irrationnelles directement déclenchées par des stimuli situationnels. Après avoir précisé ces stimuli, la technique consiste à analyser les idées qui y sont associées (idées irrationnelles), puis à critiquer ces idées avec le patient pour introduire, en lieu et place de celles-ci, des idées rationnelles positives n'entraînant pas d'émotion douloureuse.

Vignette clinique

M. G., patient présentant une personnalité sensitive, souffre de réactions de colères aiguës lorsqu'il rencontre des situations dans lesquelles il a le sentiment de ne pas être reconnu à sa juste valeur. Les colères qu'il évoque sont des colères « rentrées », tournées contre lui-même, qui l'amènent parfois à se frapper, se taper la tête contre le mur, le sol, ou autre surface posant une limite à son explosion émotionnelle. L'analyse comportementale a eu pour objectif de décomposer la construction du comportement auto-agressif. Le clinicien a ainsi pour objectif de préciser son contexte d'apparition, les conditions émotionnelles, cognitives qui y sont associées, le contexte social et relationnel du patient à ce moment-là, ainsi que les liens avec son histoire (replacer le comportement et/ou l'émotion associée et/ou la pensée dans l'histoire et les événements vécus). Il l'amènera ensuite à préciser si des éléments particuliers (pensées, associations d'idées, interprétations évoquant l'existence de pensées dysfonctionnelles...) favorisent son apparition ou la limitent. Le patient explique ainsi que cela lui arrive en situation sociale, lorsqu'il se sent dans

l'incapacité de « se faire valoir », sous-entendu, de faire entendre sa juste valeur. Il dit ainsi que son entourage devrait reconnaître qu'il est doué dans ce qu'il entreprend (métier, il est ébéniste ; domaine artistique), alors que cela leur paraît « normal ». Il sent alors un sentiment d'injustice monter en lui, qui l'amène à ne plus pouvoir se contenir. La pression sociale, la banalisation de son travail ou de ses actes, l'absence d'intérêt marqué sont des facteurs renforçateurs de son comportement. Le rapport à l'autre est douloureux, car marqué par une profonde vulnérabilité à ce que pense l'autre de lui-même. Aussi, on relève une faible estime de soi, l'importance du jugement de l'autre, et l'apparition d'un sentiment de gratification lorsqu'il se sent valorisé. La thérapie le conduira à mettre en évidence ses pensées dysfonctionnelles : « on ne me regarde pas = je ne suis pas reconnu = je suis nul », et les remplacer par des pensées adaptées. La modification de la pensée amène le patient à éprouver des émotions plus modérées lorsqu'il se trouve confronté à la frustration, c'est-à-dire à la non satisfaction de ses besoins narcissiques. Des techniques

d'affirmation de soi pourront être également utilisées pour lui permettre une meilleure adaptation sociale.

2.4 Thérapie des schémas de Young

La thérapie des schémas a été élaborée par Jeffrey E. Young. La thérapie centrée sur les schémas est un modèle intégratif qui est issu des concepts et traitements cognitivo-comportementaux habituels. Le modèle thérapeutique repose sur l'hypothèse de l'existence de schémas précoces inadaptés (SPI), associés à des modes et des stratégies d'adaptation, à partir d'apports des courants cognitifs.

La théorie sous-tendant la thérapie repose sur l'hypothèse de la construction de schémas à partir de problèmes dont l'origine remonte à l'histoire infantile et adolescente du

patient, histoire au cours de laquelle les besoins de base de l'enfant n'ont pas été comblés. Ainsi une personne dont les besoins n'auront pas été pris en compte de manière satisfaisante par l'environnement parental ou familial aura tendance à développer des schémas précoces inadaptés (SPI) pour tenter de faire face à des situations vécues comme menaçantes et anxiogènes.

Selon Young, les SPI ont les caractéristiques suivantes :

- être un modèle ou un thème important et envahissant constitué de souvenirs, d'émotions, de cognitions et de sensations corporelles,

- concernant soi-même et ses relations avec les autres et constitué au cours de l'enfance ou de l'adolescence,

- enrichi tout au long de la vie de

l'individu, et dysfonctionnel de façon significative (2005, p. 34).

Lorsqu'ils sont réactivés par un événement ou un contexte particulier, les schémas amènent à revivre l'expérience émotionnelle inaugurale de la constitution du schéma.

Par ailleurs, les SPI présentent d'autres caractéristiques :

1) Les SPI ne sont pas tous d'origine traumatique (ex. surprotéger l'enfant) mais ils sont tous destructifs et sont principalement causés par des expériences nocives qui se sont répétées régulièrement, au cours de l'enfance et de l'adolescence.

2) Les schémas sont élaborés pour se nourrir et perdurer tout au long de la vie de l'individu. On dit que *les schémas se battent pour survivre*.

3) Les schémas apparaissent au cours de l'enfance ou de l'adolescence

en tant que représentations de l'environnement de l'enfant et sont basés sur la réalité.

4) La nature dysfonctionnelle des schémas se manifeste plus tard au cours de la vie, au moment où les personnes commencent à perpétuer leurs schémas dans leurs interactions avec les autres, avec des perceptions qui ne sont plus exactes, ni adaptées.

5) Les schémas sont dimensionnels, ce qui signifie qu'ils peuvent avoir différents niveaux d'envahissement et de gravité (Young, 2005, p. 35).

Dans le modèle de Young, il existe 18 schémas regroupés en 5 catégories :

- Séparation et rejet : impression que ses besoins de sécurité, de stabilité, d'empathie, d'expression des émotions, d'affection et de partage des

sentiments et de respect ne seront pas comblés : 1) abandon/instabilité, 2) méfiance et abus, 3) carence affective, 4) imperfection et honte, 5) isolement social.

- Altération de l'autonomie et de la performance : les attentes de la personne vis-à-vis d'autrui rendent très difficile la séparation, de même que l'existence autonome et la réussite. Les schémas correspondants sont : 6) dépendance/incompétence, 7) peur du danger ou de la maladie, 8) fusion/personnalité atrophiée, peu développée, 9) échec.

- Le domaine des limites déficientes : difficulté à respecter les droits des autres, à coopérer, à réaliser des engagements ou des objectifs personnels, 10) droits personnels exagérés/grandeur, 11) insuffisance du contrôle de soi et de l'autocontrôle.

- Domaine de la centration sur autrui : excès d'attention accordé aux désirs, sentiments, satisfaction des besoins des autres, plutôt que vers ses propres besoins et préférences, voire au détriment de ceux-ci.

12) assujettissement des besoins (suppression des préférences et des désirs personnels) et des émotions (suppression de ses propres réponses émotives, principalement de la rage), 13) schéma de sacrifice de soi, 14) schéma de recherche d'approbation.

- Domaine de la vigilance à outrance et de l'inhibition Suppression ou répression de ses sentiments spontanés, avec nécessité de contrôler ses réactions pour éviter des erreurs ou réponse à des règles personnelles rigides, conduisant à un sentiment de mal-être : 15) négativisme/pessimisme, 16) inhibition émotionnelle, 17) exigences élevées,

18) punishment.

Afin de tenter de diminuer la souffrance liée aux schémas, les personnes vont développer des stratégies d'adaptation dysfonctionnelles aux schémas : la contre-attaque ou l'évitement du schéma et la soumission au schéma où celui-ci s'exprime totalement.

Comme nous venons de le voir plus haut, les stratégies inconscientes sont la *compensation* (la bataille, la contre-attaque), *l'évitement* (la fuite) et la *soumission* (la capitulation).

Les schémas vont déterminer des états émotionnels et des réponses d'adaptation instantanés, appelés « modes ».

Young a identifié dix modes qui sont regroupés en quatre grandes catégories : les modes de l'enfant (quatre modes), les modes du parent

dysfonctionnel (deux modes), le mode de l'adulte sain et les modes des styles d'adaptation dysfonctionnels.

- *Les modes de l'enfant*

L'enfant vulnérable : ce mode est expérimenté dans la plupart des schémas centraux, soit ceux de l'enfant abandonné, de l'enfant abusé, de l'enfant privé d'affection et de l'enfant rejeté.

L'enfant en colère : ce mode est déclenché lorsque les besoins émotionnels et/ou physiques de base ne sont pas satisfaits ; la colère devient alors une réponse aux besoins non comblés.

L'enfant impulsif/indiscipliné : ce mode est caractérisé par l'expression sans retenue de la tendance naturelle des pulsions et des désirs du moment,

sans souci des conséquences pour la personne ou pour les autres.

L'enfant heureux (spontané) : ce mode est l'expression des besoins affectifs fondamentaux, comblés.

- *Les modes du parent dysfonctionnel*

Le parent punitif : lorsqu'elle est dans ce mode la personne cherche à punir ou à se punir lorsque les choses ne se passent pas comme elles le devraient. Ce mode a été introjecté à partir d'un parent qui a été punitif.

Le parent exigeant : ce mode pousse (« *pushes and pressures* ») continuellement la personne pour qu'elle atteigne des normes qui sont excessivement élevées. Il a également été introjecté à partir d'un parent réel qui a été exigeant.

- *Le mode de l'adulte sain*

L'objectif de la thérapie est de favoriser la croissance de ce mode, tout en apprenant au patient à modérer, à reconnaître ou à guérir les autres modes.

À partir de cette conception, Young a défini une stratégie thérapeutique spécifique avisant à modifier certains schémas précoces inadaptés et à gérer certains autres. Le travail thérapeutique comporte deux étapes : la première concerne le diagnostic et l'information du patient, la deuxième vise le changement dans les schémas. Les domaines d'interventions seront à la fois cognitifs, expérientiels, comportementaux et relationnels. Les techniques cognitives visent le niveau symbolique (verbal), et la compréhension afin de développer des capacités à gérer l'objectif est de créer

une distance entre le patient et le schéma, en faisant appel à l'Adulte sain. Les techniques actives (visualisation, chaise vide, jeu de rôle) impliquent un travail sur les émotions favorisant la modification du schéma. Les techniques comportementales amènent la personne à être confrontée à la réalité des changements possibles, par exemple par le modeling (imitation du thérapeute), ou la répétition des comportements appris à domicile. Ils permettent à l'Adulte sain d'enseigner à l'Enfant vulnérable les apprentissages alternatifs permettant de construire de nouvelles modalités adaptatives, plus satisfaisantes. Les techniques relationnelles utilisent le reparentage partiel et la confrontation empathique, où l'objectif est de redonner au patient une partie des investissements parentaux défailants, tout en maintenant un niveau suffisant

d'empathie. Le thérapeute joue le rôle d'un parent sain, aux caractéristiques stables et aux limites bien définies.

La durée de la thérapie est en général d'un à deux ans sans limite de durée. Dans le cas des personnalités borderline, la thérapie peut durer de trois à quatre ans, du fait de la résistance au changement lié aux schémas plus solidement ancrés.

2.5 La thérapie dialectique comportementale

La thérapie dialectique comportementale (DBT) relève des thérapies cognitives et comportementales. Elle a été mise au point par Linehan dans le traitement des troubles limites de la personnalité. Linehan a proposé une réorganisation des critères sémiologiques du trouble-

liner mettant l'accent sur les comportements associés aux difficultés de régulation émotionnelle de l'individu. Plus particulièrement, la TPBL est associée à la production d'un comportement suicidaire ou parasuicidaire (équivalents suicidaires).

La dysrégulation émotionnelle est caractérisée par la présence de réponses émotionnelles fortement réactives associées à des mouvements dysthymiques ou anxieux marqués. La dysrégulation émotionnelle a des conséquences sur les relations interpersonnelles, domaine chaotique chez l'état-limite. Linehan relève 5 types de dysrégulation sur lesquels elle base les principes d'action de sa thérapie : dysrégulation émotionnelle, interpersonnelle (instabilité des relations, conflits...), comportementale (comportements suicidaires ou

menaces, abus de toxiques...), dysrégulation cognitive (perturbations cognitives, rigidité...), dysfonctionnement du Soi (instabilité du soi, sentiment de vide, faible estime de soi).

La thérapie se centre principalement sur la pensée non dialectique, à la manière des thérapies cognitives centrées sur la pensée dysfonctionnelle. Le thérapeute a pour objectif d'aider le patient à identifier ses modèles de pensée, extrêmes et absolus, et l'inviter ensuite à tester la validité de ses conclusions et de ses croyances. On relève les mêmes modèles de pensée problématiques que dans la thérapie cognitive, à savoir : les inférences arbitraires, les surgénéralisations, les maximisations et exagérations de la signification des événements ou de leur sens, l'auto-attribution inappropriée de la

responsabilité des événements négatifs ainsi qu'aux autres, l'attribution d'étiquettes négatives au comportement, les scénarios catastrophes, les attentes désespérées ou les prédictions pessimistes, basées sur l'attention sélective des événements négatifs du passé ou du présent.

Le principe est de croiser un raisonnement empirique à une dialectique, i.e. la mise en discussion des points de vue, de manière à proposer une situation intégrée d'équilibre cognitif et affectif au patient (principe de la balance). Cette « voie du milieu » est le résultat de l'influence de la philosophie bouddhiste. Les modèles du comportement dialectique sont les suivants : 1) augmentation des compétences versus auto-acceptation ; 2) résolution de problèmes versus

acceptation ; 3) régulation de l'affect versus tolérance ; 4) auto-efficacité versus recherche d'aide ; 5) indépendance versus dépendance ; 6) transparence versus intimité ; 7) confiance versus suspicion ; 8) contrôle émotionnel versus tolérance émotionnelle ; 9) contrôler/changer versus observer ; 10) attendre/regarder versus participer ; 11) avoir besoin des autres versus donner aux autres ; 12) se centrer sur soi versus sur les autres ; 13) contemplation/méditation versus action.

Sur la base de ces principes, on définit des *cibles comportementales* premières : diminuer les comportements suicidaires (abord des comportements suicidaires et parasuicidaires, des attentes et croyances en rapport avec le suicide, des affects), diminuer les comportements interférant avec la

thérapie (du côté du patient et du thérapeute), diminuer les comportements qui interfèrent avec la qualité de vie, augmenter les compétences comportementales (par entraînement aux compétences) en rapport aux domaines de dysrégulation cognitive, émotionnelle, comportementale, et les compétences d'auto-gestion. Il s'agit aussi de diminuer les comportements en lien avec le stress post-traumatique et d'augmenter le respect de soi.

Les cibles secondaires concernent la modulation des émotions (diminuer la réactivité émotionnelle), l'augmentation de l'auto-validation (diminuer l'auto-invalidation), l'augmentation de la capacité à prendre des décisions et porter des jugements réalistes, l'augmentation de l'expérimentation émotionnelle (diminution de l'inhibition du chagrin

dans les TPE), l'augmentation de la résolution active de problèmes et de la communication directe des émotions et des compétences.

Cette thérapie essentiellement destinée aux troubles limites repose néanmoins sur des principes essentiels aux techniques cognitives et comportementales, soit l'appréhension d'un comportement envisagé comme résultat d'une interaction entre un individu, une situation, et produit d'un apprentissage ou de l'action de croyances irrationnelles.

L'alliance thérapeutique ou interaction thérapeutique est essentielle pour introduire une dialectique qui permette d'ouvrir vers la possibilité d'un fonctionnement souple et adapté.

3. Thérapie centrée sur

l'émotion : EMDR

La thérapie EMDR (*Eye Movement Desensitization Reprocessing*) ou thérapie par mouvements oculaires repose sur l'idée de l'existence d'un trauma (réel ou affectif) ayant conditionné l'apparition d'un comportement inadapté et d'une souffrance. La définition du trauma correspond aux causes de l'état de stress pathologique (ESPT), aigu ou post-traumatique. Cette thérapie a été mise en place par H. Shapiro pour le traitement des vétérans du Vietnam dans les années 1960 aux États-Unis. Après la description du *soldier's heart* (augmentation du rythme cardiaque), du *shell chock* (dû aux obus), de la névrose de guerre et du PTSD, la fréquence de rencontre avec des sujets ayant été abusés dans l'enfance et ayant subi des violences physiques

(syndrome du faux souvenir) a conduit à modifier la définition du terme de traumatique. Il s'agit de quelque chose qui se situe hors des expériences courantes, et est associé à un sentiment d'impuissance, un sentiment de perte de contrôle de ses propres réactions, et un sentiment de modification des perceptions de soi et du monde. Cette définition du traumatisme amène à distinguer différents types de traumas : non intentionnels (ou de type 1 : accidents par ex., limités dans le temps), intentionnels (de type 2 : de durée prolongée et répétitifs, ex. prison, abus). La formation du trauma est liée à l'activation excessive du système limbique lors de l'événement amenant à une expérience de peur pure. Lors d'une modulation normale de l'activation du système neurovégétatif, un événement amène à une augmentation de l'activation

physiologique (rythme cardiaque, réaction ++) puis à une normalisation. Lors d'un événement traumatique, on observe une incapacité à moduler l'activation, avec une augmentation excessive ou alternance d'hypoactivation. Les expériences subjectives amènent une possibilité de fragmentation de la conscience ; le trauma touche le schéma du Self, la cognition, la sensation, les émotions et les images. La conséquence est un sentiment de déréalisation, voire de dépersonnalisation. D'un point de vue neurocognitif, le traitement permet la réorganisation de l'émotion vers la cognition. Inhibition réciproque des structures cognitives et limbiques. Pour l'EPST : six à huit semaines de traitement pour 30-50 % d'amélioration des symptômes. Ce traitement est aussi utilisé dans les TP pour cibler certains comportements

pathologiques associés à des épisodes traumatiques, le plus souvent affectifs.

3.1 Principes théoriques

C'est une psychothérapie guidée par un modèle de traitement de l'information. Il est considéré comme le moteur des associations adaptées dans le réseau d'informations stockées dans le cerveau.

Elle offre un processus associatif qui permet de restaurer les connexions adaptées. Les réseaux neuronaux de la mémoire sont considérés comme le fondement des pathologies et des maladies affectant la santé mentale. La stimulation bilatérale (mouvements oculaires, tapotements, stimulations acoustiques) n'est qu'un des nombreux éléments de la thérapie d'EMDR. Il s'agit d'un traitement intégrant des

phases distinctes, qui combine certains aspects d'autres orientations thérapeutiques majeures : thérapie cognitive (analyse des pensées associées au souvenir, dites irrationnelles), thérapie analytique (association mentale lors du processus de traitement de l'information, mise en sens secondaire).

- *Modèle du traitement adaptatif de l'information*

Les réseaux de mémoire sont la base de toute perception, attitude et comportement. Le système de traitement de l'information physique se comporte comme tout autre système du corps humain, capable de s'autoréguler et de guérir, à moins d'être bloqué – et physiologiquement programmé pour recouvrer la santé. Le bouleversement dans le système de traitement de

l'information (vue, entendue, ressentie) peut empêcher le traitement correct de l'information qui est ainsi stockée de manière inappropriée, telle qu'elle fut perçue. Les perceptions du présent sont alors liées aux différents éléments des réseaux de mémoire des expériences incorrectement traitées (émotions, sensations physiques, pensées/croyances) et elles conduisent à des comportements inadaptés.

Des éléments perturbateurs (traumas) sont une des sources essentielles des pathologies. Pendant le traitement, les éléments non traités à travers les manifestations mnésiques (images, pensées, sons, émotions) se modifient et évoluent vers une solution. Le traitement permet de recréer un lien entre la conscience et la zone de stockage des informations. Le retraitement de l'info inclut la désensibilisation (réduction des

troubles), l'insight, des modifications dans les réponses physiques et émotionnelles.

3.2 Principes de la thérapie

Le moteur de la thérapie est constitué par le retraitement de l'information. L'idée centrale est que le cerveau perçoit tout nouvel événement à partir de ses expériences du passé. Le modèle de l'EMDR se réfère aux mécanismes d'auto-guérison portant sur la blessure émotionnelle. S'il existe un trauma émotionnel, il crée alors une trace mnésique dysfonctionnelle. Les mouvements oculaires en stimulant alternativement les hémisphères cérébraux, permettent de stimuler le retraitement de l'information, à partir de la stimulation d'un réseau de neurones automatiques.

On procède en plusieurs étapes : évaluation des cibles potentielles par rapport à l'histoire de l'individu, et de la cible à retraiter (souvenir perceptif, pensée associée, émotion et sensation), accès à la cible par stimulation de la mémoire archaïque : visuel, aspect sensoriel du souvenir. Travail de distanciation de la détresse émotionnelle liée à l'association entre le souvenir, la croyance irrationnelle et l'émotion, et modification de celle-ci (*i.e.* restructuration cognitive spontanée par le processus des mouvements oculaires), c'est la phase d'installation. L'introduction de la cognition positive vient remplacer la croyance irrationnelle et amène à un soulagement émotionnel et subjectif.

L'objectif est de traiter les souvenirs jusqu'à une solution appropriée.

3.3 Procédure et appréhension technique

- *Accès à l'information cible*

Le premier temps du travail thérapeutique consiste à accéder à l'information cible ; il s'agit du souvenir relevé comme déterminant, ou d'une situation problématique définie à partir de l'association entre une image, une pensée, une émotion.

- *Stimuler le système de traitement de l'info*

Il s'agit de déplacer l'information vers la solution appropriée (adaptée, positive), pour favoriser le retraiter de l'information, par le système neuronal adapté, ou par apprentissage. L'idée est que l'information stockée en

mémoire sous la forme d'informations sensorielles (images, sons, odeurs...), associées à des pensées (au moment de l'événement), des émotions et des sensations. Des croyances construites à propos de la situation induisent une interprétation des perceptions des événements

- *Nœud – cible : le passé est le présent*

Un nœud est l'expérience biologique stockée dans le réseau de mémoire, qui devient la cible thérapeutique du traitement. C'est un élément majeur dans le dysfonctionnement des réponses. Les perceptions présentes sont liées à des réseaux de mémoire déjà existants qui leur donnent un sens, elles peuvent donc être orientées de manière inappropriée et nourries par des

informations en mémoire stockées de manière dysfonctionnelle.

- *Événements pierre d'angle (dossiers de l'enfance)*

Les mémoires sont composées d'informations stockées ; certaines peuvent être gelées, stockées telles quelles de manière dysfonctionnelle dans le système mnésique. Cette information est l'expérience encodée de traumatismes antérieurs liés au problème actuel.

Les mémoires pierre d'angle (nœud) forment des groupements (d'événements associés) qui sont stockés dans leurs états originels (qu'ils soient liés à un trauma « T » unique ou à plusieurs petits traumatismes « t ») et affectent le présent. Presque tous les dysfonctionnements présents

ont pour source un événement vécu.

Vignette clinique

Mlle D. souffre d'un trouble de la personnalité évitante. Elle rend compte de conduites d'évitement social, de troubles anxieux, de pensées dysfonctionnelles, inadaptées à la situation l'amenant à anticiper le pire qui pourrait lui arriver ou à « voir le verre à moitié vide ». Ainsi, au travail, elle ne peut participer à une réunion sans rougir de la conduire, dans les cas les plus extrêmes à quitter la réunion. Ces comportements qu'elle qualifie de « fuite » l'amènent à éprouver un sentiment d'échec devant la répétition, et l'impossibilité d'en sortir. La thérapie EMDR identifie la cible comportementale à traiter en identifiant son apparition dans trois contextes temporels : le passé, le présent et le futur. Ces dimensions temporelles vont guider le cadrage de l'intervention, en situant le comportement problématique dans l'histoire de la patiente. Aussi, le problème identifié est relatif à son anxiété majeure avec conduites d'évitement en situation sociale. Le thérapeute demande à Mlle D. si elle se

rappelle la première fois où cela lui est arrivé. Elle ne parviendra pas à identifier un souvenir cible, mais se rappellera que les symptômes somatiques qu'elle ressent sont apparus à l'âge de 7-8 ans, lorsque, honteuse, elle ramenait à ses parents des mauvaises notes. Elle avait le sentiment de les décevoir et ne se sentait jamais à la hauteur. L'association de l'image (du souvenir), de la pensée et de l'émotion permet de faire le lien avec ce qui lui arrive à l'âge adulte en réunion.

4. Thérapie psychanalytique des troubles de la personnalité

La prise en charge psychanalytique des troubles de la personnalité renvoie une fois encore à la conception nosographique propre à cette théorie. Ainsi, le type de prise en charge proposé sera aménagé au regard de la structure et du fonctionnement intrapsychique du sujet. Mais que l'on

soit dans le contexte de la cure-type, de ses aménagements (nombre de séances hebdomadaires, divan ou face à face), la psychothérapie psychanalytique, la spécificité la prise en charge psychanalytique reste la reconnaissance et l'utilisation du transfert/contre-transfert ainsi que la prise en compte des dimensions topiques, économiques, dynamiques dans thérapie.

Classiquement on considère que la prise en charge des patients de structure névrotique constitue l'indication de choix de la cure analytique type (divan-fauteuil et plusieurs séances hebdomadaires). L'objectif du travail analytique est de permettre à l'analysant de se remémorer puis d'élaborer (« perlaborer ») dans et par le transfert

sur l'analyste les problématiques et fantasmes œdipiens à l'origine de la névrose.

De même la prise en charge des troubles psychotiques de la personnalité renvoie au modèle de la cure psychanalytique avec les patients psychotiques : spécificités du transfert psychotique, importance du contre-transfert comme instrument majeur dans la cure.

Pour le courant lacanien en revanche, il s'agira de trouver une « compensation » à la forclusion du Nom-du-Père, ou encore un « rebranchement » (Castanet et De Georges, 1999). Cela renvoie à la théorisation lacanienne de la psychose ordinaire et de la suppléance. La psychose avec production d'un délire n'est ainsi qu'un cas relativement peu fréquent face aux structures psychotiques « non décompensées »,

soit sans manifestation clinique spectaculaire permettant de poser le diagnostic – psychiatrique – de paranoïa ou de schizophrénie. Ainsi, comme il existe un nombre infini de Noms-du-Père, il existerait plusieurs manières de suppléer à la défaillance du nouage des éléments de la structure par le Nom-du-Père. Mais contrairement aux autres structures, il s'agirait ici d'un nouage non borroméen.

La suppléance permettrait ainsi une limitation de la Jouissance non équivalente à la castration, mais ayant fonction de nouer les registres réels, symboliques et imaginaires. L'objectif de la cure avec ces sujets psychotiques renvoie soit à leur permettre de trouver un aménagement moins coûteux pour eux, en inventant avec eux de nouvelles suppléances, soit de soutenir des modes stabilisations de la structure

déjà opérant (Maleval, 2003).

Concernant les troubles de la personnalité dits limites ou narcissiques, les psychanalystes nord-américains ont été parmi les premiers à s'intéresser à des formes cliniques jusqu'ici considérées comme peu accessibles au travail analytiques. Pour Kernberg (1972) qui s'inscrit dans le courant de la psychologie du Self, la prise en charge psychothérapique des patients présentant une personnalité narcissique ou borderline, voire schizoïde, est une psychothérapie psychanalytique qu'il qualifie « d'exploratoire » (Kernberg, 1984). Les spécificités de la prise en charge des patients portent sur l'analyse et le maniement du transfert. Ainsi, l'interprétation du transfert sera très limitée, et devra associer la réalité

immédiate et l'objectif final du traitement, en utilisant le mode du « comme si » renvoyant à l'intemporalité des manifestations cliniques. Pour lui, l'interprétation de transfert, systématique dans les cures classiques, doit laisser place ici à une interprétation des défenses, qui doit être constante. Elle visera à améliorer les défenses du Moi et transformer et résoudre les éléments plus archaïques actualisés dans le transfert.

Kernberg donne quelques indications générales concernant le maniement du transfert :

— le transfert négatif prédominant chez ces sujets doit être traité dans l'ici et maintenant, sans viser à des reconstructions complètes impliquant des temps plus anciens du développement psychoaffectif. Faute de quoi, et du fait de la confusion entre les relations d'objets passées et

présentes, le risque est grand d'une condensation du passé et du présent amenant à des réactions thérapeutiques négatives, voire des passages à l'acte ;

- les défenses doivent faire l'objet d'un travail interprétatif dès leur manifestation dans le transfert, afin que le sujet puisse s'en dégager car elles sont censées affaiblir le Moi du patient ;

- concevoir un cadre thérapeutique solide, stable et contenant à travers une organisation matérielle structurant le plus possible la vie du patient en dehors des séances. Si des limites extérieures doivent être apportées, elles doivent l'être par des soignants ou des travailleurs sociaux par exemple, afin de conserver au thérapeute une position de neutralité technique ;

- ne pas interpréter le transfert

positif, afin que l'alliance thérapeutique soit favorisée. Le travail interprétatif doit au contraire concerner les idéalisation primitives, et le clivage de l'objet ;

– la forme des interprétations doit permettre à l'analyste de clarifier systématiquement les distorsions et erreurs du patient face aux interventions.

Le clinicien utilisera de manière privilégiée son contre-transfert de manière à favoriser la construction d'une *relation aussi proche que possible du fantasme central organisateur réactivé dans la situation thérapeutique*. Dans une seconde phase du traitement, appelée clarification, le clinicien analysera la relation d'objet telle qu'elle est actualisée, afin de préciser avec le patient « qui fait quoi à qui » et qui « reçoit quoi de qui ». Ce processus

permettra ensuite dans une troisième phase de favoriser l'intégration des relations d'objet partiel à d'autres, afin de rendre inutile les défenses par clivage de l'objet. Ceci conduira à une réintégration des représentations du Self et de l'objet internalisé, but de la cure des patients borderline.

Conclusion

Les troubles de la personnalité représentent, comme nous l'avons vu, un concept discuté, notamment en référence à ses relations aux modèles nosographiques descriptifs. Si le repérage clinique présente l'avantage d'amener le clinicien à situer les interactions psychoaffectives et comportementales, il introduit une ambiguïté entre une approche psychopathologique classique, c'est-à-dire privilégiant un diagnostic structural du fonctionnement psychique, et l'approche de type « médical » soutenant le repérage de syndromes constituant des cibles de traitement psychologique.

Il est bien entendu que la question

est bien plus large et renvoie, de manière aiguë, à la manière dont la société et les cliniciens vont considérer la personne en souffrance. Nous avons souhaité dans cet ouvrage soutenir des perspectives multiples sur un objet commun, le fonctionnement de la personnalité, tout en ayant conscience que l'objet en question, n'est que la construction d'un phénomène clinique et, par là même, subjectif. Les modèles psychopathologiques, qu'ils s'inscrivent dans une orientation de la psychologie différentielle (ou de personnalité), psychodynamique ou cognitivo-émotionnelle peinent à rendre compte d'une approche holiste de ces troubles, ce qui soutient l'idée de recouvrements entre les différents niveaux de lecture de la clinique. Enfin, nous avons abordé différents types de prises en charge

thérapeutiques permettant de rendre compte des enjeux subjectifs liés à la souffrance des sujets présentant des troubles de la personnalité, et de la demande inhérente à ces enjeux.

Bibliographie

ABRAHAM K. (1925). « Complément à la théorie du caractère anal », *Œuvres complètes*, t. II : 1915-1925.

AKISKAL (1994). « Temperament, personality and depression », in S. Hippius, C. Stefanis (eds), *Research in Mood Disorders : an update*, Gottingen Hogrefe and Huber Publishers.

ALLPORT G. W. (1955). *Becoming : basic considerations for a psychology of personality*. New Haven, Co., Yales University Press.

BECK A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York, International University Press.

BERGERET J. (1996). *La personnalité normale et pathologique*. Paris, Dunod.

BLONDEL C. A. A. (1914). *La conscience morbide*. Paris, Alcan, 1928.

BRAUNSCHWEIG D. (1964). « Le narcissisme : aspects cliniques », *Revue française de psychanalyse*, 1965, 29, p. 589-600.

CANGUILHEM G. (1943). « Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique », *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF.

CARVER C. S. & SCHEIR M. F. (2000). *Perspectives on personality*. Londres, Allyn and Bacon.

CATTELL R. B. (1950). *Personality*, New York, McGraw.

DOWSON J.H., GROUNDS A.T. (1995). *Personality disorders. Recognition and clinical management*. Cambridge

University Press.

CASTANET H., DE GEORGES P. (1999). « Branchements, débranchements, rebranchements », *La psychose ordinaire*. La Convention d'Antibes. Agalma-Le Seuil.

EYSENCK H. J. (1997). « Addiction, personality and motivation human ». *Psychopharmacology*, 12, S79-S80.

FLAVIGNY H. (1977). « De la notion de psychopathie ». *Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 25 (1) : 19-75.

FOUCAULT M. (1954). *Maladie mentale et psychologie*. Paris, PUF.

FREUD S. (1895). *Les études sur l'hystérie*. Paris, PUF.

FREUD S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris, Folio.

FREUD S. (1908b). « Caractère et érotisme anal, Psychanalyse de l'argent », *OCF.P*, VIII, 2007 ; GW,

VII.

FREUD S. (1914). *Pour introduire le narcissisme*. Paris, PUF.

FREUD S. (1926). *Inhibition, Symptômes et angoisse*. Paris, PUF.

FREUD S. (1923). *Le moi et le ça*. Paris, PUF.

GERGEN K. J. (2005). *Construire la réalité*. Paris, Seuil.

GRUNBERGER B. (1971). *Le narcissisme*. Paris, Payot.

GUELFY J.D., BOYER P., CONSOLI S., OLIVIER-MARTIN R. (1987). *Psychiatrie*. Paris, PUF.

GUELFY J., HANIN B. (2005). « Troubles de la personnalité Les personnalités du “cluster A” de la classification du DSM-IV », *Annales médico-psychologiques*, 163 (1), 78-94.

HANSENNE M. (2003). *Psychologie*

de la personnalité. Paris, De Boeck, coll. « Ouvertures psychologiques ».

HOFSTÄTTER P.R. (1960). *Tiefenpsychologische persönlichkeitsforschung u, persönlichkeithstheorie.* Gottingen, Hogrefe, 542-586.

JANET P. (1929). *L'évolution psychologique de la personnalité.* Paris, L'Harmattan, 2010.

KETY SS, ROSENTHAL D, WENDER Ph, SCHLUSINGER F. (1968). « The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics », *J Psychiatr Res*, 6, 345-62.

KERNBERG O. F. (1975). *Les troubles limites de la personnalité.* Toulouse, Privat, 1989.

KRAEPELIN E. (1913). *Psychiatrie*, Leipzig, Barth.

KRETSCHMER (1921). *Körperbau und*

charakter. Berlin, Springer.

LAGACHE D. (1961). « La psychanalyse et la structure de la personnalité », *Œuvres complètes (1956-1962)*, t. IV, *Agressivité, structure de la personnalité et autres travaux*. Paris, PUF.

LANTERI-LAURA G. (1994). « La psychasthénie : histoire et évolution d'un concept de Pierre Janet », 20, NS3 (27), 551-557.

LINEHAN M.M. (1993). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de l'état-limite*. New York, Guilford Press.

MALEVAL J.-C. (2003). « Éléments pour une appréhension clinique de la psychose ordinaire », Séminaire de la découverte freudienne : « Psychose et lien social ». Toulouse, 18-19 janvier, inédit.

MICHEL G. & PURPER-OUAKIL D.

(2006). *Personnalité et développement. Du normal au pathologique*. Paris, Dunod.

PEDINIELLI J.-L., BERTAGNE P. (2002). *Les névroses*. Paris, Armand Colin.

PEDINIELLI J.-L., BERNOUSSI A. (2004). *Les états dépressifs*. Paris, Armand Colin.

PICHOT P. (1995). « Histoire du concept de tempérament », *Revue Internationale de psychopathologie*, Paris, PUF, 17, 5-25.

RADO S. (1953). « Dynamics and classification of disordered behavior », *Am. J. Psychiatry*, 110 : 40 616.

RE I D MELOY J. (2002). *Les psychopathes*, Frison-Roche.

RIBOT Th. (1884). *Les maladies de la personnalité*. Paris, L'Harmattan, 2001.

ROYCE Josiah (1872), cité par Janet.
Les facultés de l'âme.

SHAPIRO F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols and procedures.* New York, Guilford Press.

WIDLÖCHER D. (1995). « La personnalité aux confins des approches structurales et dynamiques », *Revue Internationale de psychopathologie*, 17, 25-43.

YOUNG J., WEISHAAR M., KLOSKO J. (2005). *La thérapie des schémas.* Trad. B. Pascal. Bruxelles, De Boeck.

ZUCKERMAN M. (1991). *La troisième révolution du cerveau. Psychobiologie de la personnalité.* Paris, Payot, 2001.