

**UNIVERSITE DE LIMOGES**  
**Faculté de médecine**

Année 2000

Thèse n° 165.

**ROLE DE LA PERSONNALITE**  
**DANS LA DEPRESSION DU SUJET AGE**  
**(Différence entre dépression**  
**avec ou sans antécédents)**  
**(ETUDE DE 48 SUJETS)**



**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée et soutenue publiquement le 27 Octobre 2000

par

**Joël HARTMANN**

né le 1<sup>er</sup> Septembre 1970 à Ris Orangis (Essonne)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur J.-M. Léger  
Monsieur le Professeur J.-P. Clément  
Monsieur le Professeur M. Escande  
Monsieur le Professeur R. Garoux  
Monsieur le Docteur D. Fontanier

Président  
Juge  
Juge  
Juge  
Membre Invité

**UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE**

**DOYEN DE LA FACULTE :**

Monsieur le Professeur PIVA

**ASSESSEURS :**

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

Monsieur le Professeur DENIS François

Monsieur le Professeur GASTINNE Hervé

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS :**

**ACHARD** Jean-Michel

PHYSIOLOGIE

**ADENIS** Jean-Paul\* (C.S)

OPHTALMOLOGIE

**ALAIN** Luc (C.S)

CHIRURGIE INFANTILE

**ALDIGIER** Jean-Claude

NEPHROLOGIE

**ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX** Françoise (C.S)

MEDECINE INTERNE

**ARNAUD** Jean-Paul (C.S)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

**BARTHE** Dominique

HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE

(C.S) CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE

**BEDANE** Christophe

DERMATOLOGIE

**BENSAID** Julien

CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE



**BERTIN** Philippe  
THERAPEUTIQUE

**BESSEDE** Jean-Pierre  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

**BONNAUD** François (C.S)  
PNEUMOLOGIE

**BONNETBLANC** Jean-Marie (C.S)  
DERMATOLOGIE

**BORDESSOULE** Dominique (C.S)  
HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION

**BOULESTEIX** Jean (C.S)  
PEDIATRIE

**BOUTROS-TONI** Fernand  
BIostatistique ET Informatique MEDICALE

**CATANZANO** Gilbert  
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE

**CHARISSOUX** Jean-Louis  
ORTHOPEDIE

**CLAVERE** Pierre  
RADIOTHERAPIE

**CLEMENT** Jean-Pierre (C.S)  
PSYCHIATRIE D'ADULTES

**COGNE** Michel  
IMMUNOLOGIE

**COLOMBEAU** Pierre (C.S)  
UROLOGIE

**CORNU** Elisabeth  
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

**CUBERTAFOND** Pierre (C.S)  
CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE

**DARDE** Marie-Laure (C.S)  
PARASITOLOGIE

**DE LUMLEY WOODYEAR** Lionel (C.S)  
PEDIATRIE

**DENIS** François (C.S)  
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

**DESCOTTES** Bernard (C.S)  
ANATOMIE

**DUDOGNON** Pierre (C.S)  
REEDUCATION FONCTIONNELLE

**DUMAS** Jean-Philippe  
UROLOGIE

**DUMAS** Michel (C.S)  
NEUROLOGIE

**DUMONT** Daniel  
MEDECINE DU TRAVAIL

**DUPUY** Jean-Paul (C.S)  
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

**FEISS** Pierre (C.S)  
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

**GAINANT** Alain  
CHIRURGIE DIGESTIVE

**GAROUX** Roger (C.S)  
PEDOPSYCHIATRIE

**GASTINNE** Hervé (C.S)  
REANIMATION MEDICALE

**LABROUSSE** Claude  
REEDUCATION FONCTIONNELLE

**LABROUSSE** François (C.S)  
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

**LASKAR** Marc (C.S)  
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

**LEGER** Jean-Marie  
PSYCHIATRIE D'ADULTES

**LEROUX-ROBERT** Claude (C. S)  
NEPHROLOGIE

**MABIT** Christian  
ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

**MAUBON** Antoine  
RADIOLOGIE

**MELLONI** Boris  
PNEUMOLOGIE

**MENIER** Robert (C.S)  
PHYSIOLOGIE

**MERLE** Louis  
PHARMACOLOGIE

**MOREAU** Jean-Jacques (C.S)  
NEUROCHIRURGIE

**MOULIES** Dominique  
CHIRURGIE INFANTILE

**NATHAN-DENIZOT** Nathalie  
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

**PERDRISOT** Rémy  
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE

**PILLEGAND** Bernard (C.S)  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

**PIVA** Claude (C.S)  
MEDECINE LEGALE

**PRALORAN** Vincent (C.S)  
HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION

**RIGAUD Michel (C.S)**  
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

**ROUSSEAU Jacques**  
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

**SALLE Jean-Yves**  
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION

**SAUTEREAU Denis**  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

**SAUVAGE Jean-Pierre (C. S)**  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

**TREVES Richard (C.S)**  
RHUMATOLOGIE

**TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)**  
CANCEROLOGIE

**VALLAT Jean-Michel**  
NEUROLOGIE

**VALLEIX Denis**  
ANATOMIE

**VANDROUX Jean-Claude (C. S)**  
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE

**VERGNENEGRE Alain**  
EPIDEMIOLOGIE- ECONOMIE DE LA SANTE PREVENTION

**VIDAL Elisabeth (C.S)**  
MEDECINE INTERNE

**VIGNON Philippe**  
REANIMATION MEDICALE

**VIROT Patrice (C.S)**  
CARDIOLOGIE

**WEINBRECK Pierre (C.S)**  
MALADIES INFECTIEUSES

**MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE A MI-TEMPS**

**BUCHON Daniel**  
MEDECINE GENERALE

**SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES  
ADMINISTRATIFS**

**POMMARET Maryse**

\*C.S = Chef de service

## REMERCIEMENTS

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Marie LEGER,

Professeur des Universités de Psychiatrie d'Adultes,

Psychiatre des Hôpitaux, Chef de Service,

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse.

Interne dans votre service, nous avons pu apprécier la clairvoyance de vos perceptions cliniques, la richesse de votre savoir ainsi que la qualité de votre enseignement.

Votre volonté d'aborder le patient dans sa globalité psychique et somatique nous a aiguillé vers une pratique plus objective.

Votre enthousiasme et vos encouragements nous ont conforté dans notre choix de cette discipline.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profond respect.

A notre Directeur de Thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT,

Professeur des Universités de Psychiatrie d'Adultes,

Psychiatre des Hôpitaux, Chef de Service,

Vous êtes à l'origine de cette thèse.

Malgré toutes les sollicitations dont vous faites l'objet, vous nous avez guidé avec disponibilité, pertinence et attention dans la conception et l'élaboration de ce travail.

Votre goût pour la recherche, votre rigueur, font de vous un homme de science de grande qualité dont nous avons apprécié le dynamisme, l'ouverture d'esprit et l'humour.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Roger GAROUX,

Professeur des Universités de Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent,

Psychiatre des Hôpitaux, Chef de Service,

Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Interne dans votre service, nous avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances et la qualité de votre enseignement au cours de vos séminaires.

Nous avons pu apprécier, à maintes reprises, la qualité de vos réflexions théoriques, et pu bénéficier des explications précieuses et judicieuses que vous nous avez dispensé de bonne grâce en réponses à nos sollicitations répétées.

Nous vous exprimons toute notre gratitude.



A Monsieur le Professeur Michel ESCANDE,

Professeur des Universités de Psychiatrie d'Adultes,

Psychiatre des Hôpitaux, Chef de Service,

Nous vous remercions pour l'accueil chaleureux que vous nous avez réservé dans votre service.

Interne dans votre service, nous avons pu apprécier la richesse de votre savoir, la qualité de votre sens clinique ainsi que votre humanité à l'égard des patients.

L'apport de vos réflexions théoriques appliquées à la pratique clinique quotidienne a été précieux.

Très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail, recevez ici le témoignage de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur David FONTANIER,

Psychiatre d'adultes,

Chef de clinique assistant,

Jeune interne, nous avons pu apprécier l'accueil chaleureux que vous nous avez réservé, et nous avons été sensibles à l'attention permanente que vous avez bien voulu nous manifester.

La qualité de votre sens clinique ainsi que votre grande disponibilité à l'égard des patients furent pour nous autant d'exemples.

Nous tenons à vous remercier pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse.

## DEDICACES

A ma grand-mère.

A mes parents.

A Marie-Christine et Patrice.

A mes amis de promotion, Sandrine, Nicolas et Thierry ; pour tous ces moments forts qui auront marqué ces quatre années à Limoges. A Fabrice.

A Yves Ranty avec qui j'ai la chance de poursuivre cette formation psychothérapique à laquelle je porte un grand intérêt.

A Jean-François Roche avec qui j'ai eu le plaisir de travailler pendant un an.

A Dominique Malauzat pour ses conseils avertis.

A tous les médecins du C.H. Esquirol et du C.H.U. Purpan Casselardit avec qui j'ai pris plaisir à travailler.

# PLAN

## I. INTRODUCTION.

## II. CONCEPT DE PERSONNALITE.

### 1) PERSONNE.

1.1) Etymologie.

### 2) PERSONNALITE.

2.2) Définitions.

2.1.1) Sens commun.

2.1.2) Sens scientifique.

2.3) Approche anthropologique.

### 3) LES THEORIES DE LA PERSONNALITE.

3.1) Origines.

3.2) Théories typologiques.

3.2.1) Typologies psychologiques.

-Typologie de Heymans et Wiersma.

-Typologie de Jung.

3.2.2) Typologies morphologiques.

-Typologie de Kretschmer.

-Typologie de Sheldon.

3.3) Théories factorielles.

3.3.1) La conception des traits d'Allport.

3.3.2) Le modèle de Cattell.

3.3.3) Le modèle de Eysenck.

3.3.4) Le MMPI.

3.4) Typologie psychanalytique.

3.5) Théorie comportementale.

### **III. PERSONNALITE PATHOLOGIQUE.**

**1) ECOLE FRANÇAISE.**

**2) ECOLE AMERICAINE.**

**3) LA CLASSIFICATION DSM-III-R (AXE II) DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE.**

3.1) Personnalité paranoïaque.

3.2) Personnalité schizoïde.

3.3) Personnalité schizotypique.

3.4) Personnalité antisociale.

3.5) Personnalité borderline.

3.6) Personnalité histrionique.

3.7) Personnalité narcissique.

3.8) Personnalité évitante.

3.9) Personnalité dépendante.

3.10) Personnalité obsessionnelle-compulsive.

3.11) Personnalité passive-agressive.

3.12) Troubles non spécifiés de la personnalité.

#### **IV. ECHELLES D'EVALUATION DE LA PERSONNALITE.**

##### **1) INTRODUCTION.**

##### **2) INTERETS ET LIMITES DES INSTRUMENTS CATEGORIELS.**

##### **3) PRINCIPAUX OUTILS CATEGORIELS UTILISES A L'ECHELLE INTERNATIONALE.**

3.1) Questionnaires semi-structurés.

3.2) Autoquestionnaires.

##### **4) LE VKP.**

4.1) Choix du VKP.

4.2) Présentation du VKP.

##### **5) CHOIX DE LA REFERENCE DIAGNOSTIQUE (DSM-III-R).**

#### **V. LA DEPRESSION DU SUJET AGE.**

##### **1) RAPPEL HISTORIQUE.**

##### **2) EPIDEMIOLOGIE DE LA DEPRESSION DU SUJET AGE.**

## **VI. ETUDE CLINIQUE.**

**1) CHEMINEMENT DE LA DEMARCHE ET DU CHOIX DU SUJET.**

**2) OBJECTIFS DE L'ETUDE ET HYPOTHESES PREALABLES.**

**3) METHODOLOGIE.**

3.1) Présentation de l'étude.

3.2) Critères d'inclusion.

3.3) Critères de non-inclusion et d'exclusion.

3.4) Présentation des outils utilisés.

3.4.1) Mini GDS.

3.4.2) CES-D.

3.4.3) MMS.

3.4.4) VKP.

3.5) Facteurs étudiés.

## **VII. RESULTATS.**

**1) AGE.**

**2) REPARTION DES SEXES.**

**3) SITUATION DE FAMILLE.**

**4) ANTECEDENTS DE DIVORCE.**

**5) MODE DE VIE SEUL(E).**

**6) NIVEAU SCOLAIRE.**

**7) AGE DU PREMIER EPISODE.**

**8) SCORE MMS.**

8.1) Score MMS lors du premier entretien.

8.2) Score MMS lors du second entretien.

**9) SCORE MINI GDS.**

9.1) Score Mini GDS lors du premier entretien.

9.2) Score Mini GDS lors du second entretien.

**10) SCORE CES-D.**

10.1) Score CES-D lors du premier entretien.

10.2) Score CES-D lors du second entretien.

**11) TABLEAU DES CARACTERISTIQUES CLINIQUES DE L'ECHANTILLON.**

**12) TROUBLES DE LA PERSONNALITE.**

12.1) Résultats basés sur les diagnostics positifs.

12.1.1) Diagnostics positifs de l'échantillon total par cluster.

12.1.2) Diagnostics positifs des deux groupes par cluster.

12.1.3) Diagnostics positifs du cluster A pour chaque groupe.

12.1.4) Diagnostics positifs du cluster B pour chaque groupe.

12.1.5) Diagnostics positifs du cluster C pour chaque groupe.

12.1.6) Diagnostics des troubles non spécifiés pour chaque groupe.



- 12.1.7) Tableau du taux de diagnostics positifs pour chaque groupe.
- 12.2) Résultats basés sur les scores dimensionnels.
  - 12.2.1) Scores dimensionnels du cluster A pour chaque groupe.
  - 12.2.2) Scores dimensionnels du cluster B pour chaque groupe.
  - 12.2.3) Scores dimensionnels du cluster C pour chaque groupe.
  - 12.2.4) Scores dimensionnels des troubles non spécifiés pour chaque groupe.
  - 12.2.5) Tableau des scores dimensionnels pour chaque groupe.
- 12.3) Tableau récapitulatif des scores positifs et dimensionnels.

## **VIII. DISCUSSION.**

- 1) LIMITES DE LA METHODE.**
- 2) AGE.**
- 3) REPARTITION DES SEXES.**
- 4) SITUATION DE FAMILLE.**
- 5) ANTECEDENTS DE DIVORCE.**
- 6) MODE DE VIE SEUL(E).**
- 7) AGE DU PREMIER EPISODE.**
- 8) SCORE AU MMS.**
- 9) SCORE AUX ECHELLES DE DEPRESSION.**

## **10) TROUBLES DE LA PERSONNALITE.**

10.1) Population générale.

10.2) Patients dépressifs.

10.2.1) Pathologies de la personnalité parmi les patients présentant une dépression majeure actuelle tous âges confondus.

10.2.2) Pathologies de la personnalité parmi les patients présentant une dépression majeure actuelle selon le mode début.

## **11) REPARTITION DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE.**

11.1) Personnalité évitante.

11.2) Personnalité dépendante.

11.3) Personnalité obsessionnelle-compulsive.

11.4) Personnalité schizotypique.

11.5) Personnalité schizoïde.

11.6) Personnalité borderline.

11.7) Personnalité histrionique.

11.8) Personnalité narcissique.

11.9) Autres personnalités.

## **12) SYNTHESE.**

## **IX. CONCLUSION.**

**ANNEXES.**

MMS

Mini GDS

CES-D

VKP

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.**

**TABLE DES MATIERES**

## I. INTRODUCTION

L'étude de la pathologie du sujet âgé en général, et des troubles de la personnalité en particulier, est l'élément directeur de ce travail. La personnalité se situe bien au-delà du symptôme ; c'est toute cette organisation du squelette psychique, avec ses failles et mécanismes adaptatifs, qui a souvent attisé notre désir de mieux comprendre la maladie.

Les troubles psychiatriques, et en particulier les troubles de l'humeur du sujet âgé, constituent une grande entité en termes de prévalence et de santé publique.

Ce large domaine de la psychogériatrie a retenu l'attention de toute l'équipe universitaire du professeur Léger et du professeur Clément depuis plusieurs années, et ce sont les corrélations entre certains troubles de l'humeur (dépression majeure) et les troubles de la personnalité du sujet âgé qui nous ont conduit à penser ce travail.

Nous avons voulu orienter la première partie autour de l'évolution du concept de personnalité. La multiplicité des théories élaborées autour de la personnalité témoigne de sa complexité, et de la difficulté à la modéliser.

L'ultime conceptualisation que nous devons à l'axe II du DSM, en offrant l'avantage d'une meilleure standardisation a suscité un regain d'intérêt de l'étude des troubles de la personnalité sur le plan international.

L'objectif principal de ce travail est de rechercher les liens existants entre les troubles de la personnalité et la dépression du sujet âgé selon son mode de début précoce (avant 65 ans) ou tardif (après 65 ans).

Quelle est la place des troubles de la personnalité dans la dépression du sujet âgé ?

Existe-t-il des profils de personnalités pathologiques sous-tendant le mode de début de la maladie dépressive du sujet âgé ?

Quelle est la prévalence des troubles de la personnalité chez le sujet âgé dépressif ?

Autant de questions auxquelles nous tenterons de répondre.

## II. CONCEPT DE PERSONNALITE

### 1) PERSONNE

#### 1.1) ETYMOLOGIE

Selon l'étymologie traditionnelle, « personne » vient du latin *persona*, terme lui-même dérivé du verbe *personare*, qui veut dire « résonner », « retentir », et désigne le masque de théâtre. Cette étymologie est généralement attribuée à Boèce (Poète et philosophe latin du VIème siècle).

*Persona* désigne, en latin, le masque porté par les acteurs de théâtre, le *prosôpon* des Grecs. Les masques, en nombre limité (les spécialistes en dénombrent soixante-seize, dont vingt-huit pour la seule tragédie), correspondaient à des caractères fixes à partir desquels les spectateurs pouvaient s'attendre à des comportements ou à des attitudes déterminés. Ce qu'on devait appeler le *personnage* apparaît comme une création littéraire, mais n'en demeure pas moins le témoin profond d'un besoin de prévisibilité du comportement d'autrui, d'une attente réciproque sans laquelle la vie sociale n'est pas possible. La psychosociologie, avec son concept de *rôle* permettant les « attentes réciproques », élève la fiction littéraire au rang de concept fondamental des sciences humaines (Corraze, 1980).

Curieusement, la notion métaphysique de la personne ou la notion de la personne ontologique, pas seulement juridique ou morale, est venue d'un autre point de l'horizon. Ce sont les penseurs de l'école néoplatonicienne, les philosophes de la basse Antiquité (Porphyre, seconde moitié du II<sup>e</sup> s), qui ont conçu l'idée de la « singularité substantielle », dénommée en raccourci hypostase. Les chrétiens (soit les Pères grecs, soit les Pères latins) ont repris cette idée et, en outre, admis, vers le milieu du IVème siècle, l'équivalent des termes « hypostase »

et « personne ». C'est pourquoi la *persona*, qui n'avait rien de métaphysique au départ, est entrée dans le vocabulaire de l'ontologie et s'est mise à désigner, dans le cadre de ce vocabulaire, le principe ultime d'individuation : A savoir ce qui singularise chacun d'entre nous, ce qui le singularise non pas accidentellement (par son physique, par sa position dans le monde), mais substantiellement (comme tel acte d'être, telle position dans l'être). (Corraze, 1980).

## 2) PERSONNALITE

### 2.1) DEFINITIONS

#### 2.1.1) SENS COMMUN

Classiquement, dans la vie sociale, une *personnalité* est, soit une personne exerçant des fonctions sociales importantes, soit, dans un sens plus « psychologique », une personne qui se caractérise par une conception des choses et par une volonté bien arrêtées, possédant en même temps les qualités nécessaires pour imposer en quelque sorte aux autres ses propres manières de voir et d'agir.

On parle dans ce sens d'une forte personnalité.

#### 2.1.2) SENS SCIENTIFIQUE

Pichot (1956) signale que le terme de personnalité a été introduit et imposé dans la psychopathologie française par Théodule Ribot, à la fin du XIXème siècle. Selon Lalande, l'ouvrage de Ribot « Les maladies de la personnalité » (1885) aurait été intitulé ainsi pour « combattre l'ontologie et pour protester contre la croyance à la réalité métaphysique et à l'unité substantielle de l'âme » (Caubarrus, 1988).

Ribot, en dépouillant la personnalité de son caractère substantiel peut alors employer ce terme dans un contexte pathologique (maladies de la personnalité, dédoublement de la personnalité).

Lalande (1900) reprend l'idée de permanence de la « persona » et définit la personnalité comme étant « la fonction psychologique par laquelle un individu se considère comme un moi un et permanent » (Caubarrus, 1988).

Delay et Pichot en 1967, définissent la personnalité comme étant « l'organisation dynamique des aspects cognitifs, affectifs et conatifs physiologiques et morphologiques de l'individu ».

Notons que cette approche a l'intérêt de souligner la complexité de la personnalité résultant de cette organisation dynamique entre l'intellect, l'affectif et le pulsionnel de l'homme.

Les définitions d'Allport, Nuttin, Mac Clelland et Cattell introduisent la notion du comportement et de l'adaptation à l'environnement, reflet de l'organisation sous-jacente.

Selon Nuttin (1965), La Personnalité est une construction scientifique, élaborée par le psychologue en vue de se faire une idée (au niveau de la théorie scientifique) de la manière d'être et de fonctionner qui caractérise l'organisme psychophysiologique que l'on appelle *personne humaine*. Cette reconstruction théorique se fait à partir des comportements observés, des dispositions ou traits inférés et des relations constatées, de manière à aboutir un ensemble fonctionnel qui rende compte des différents phénomènes caractérisant la personne humaine.

Allport en 1957, définit la personnalité comme « l'organisation dynamique dans l'individu des systèmes psychophysiques qui déterminent ses adaptations uniques à son environnement », et il précise que « la personnalité est quelque chose et fait quelque chose. Elle n'est pas synonyme de comportement ou d'activité... Elle est ce qu'il y a derrière les actes spécifiques et dans l'individu » (Duguay et al, 1981).

Pour McClelland (1951), « la personnalité est la conceptualisation la plus adéquate qu'un scientifique peut donner à un certain moment du comportement humain dans tous ses détails » (Duguay et al, 1981).

Pour Cattell (1956), la personnalité est « ce qui permet une prédiction de ce que va faire une personne dans une situation donnée », et la personnalité « est concernée par tout le comportement de l'individu, par ce qui est manifeste et par ce qui est sous la peau ».

L'approche de Lieury (1990) a l'intérêt d'introduire en plus une dimension culturelle et ethnologique.

Lieury définit la personnalité comme notion désignant l'ensemble de toutes les caractéristiques de l'individu : sensori-motrices, par exemple les aptitudes sportives ou artistiques ; cognitives, les aptitudes ou intérêts intellectuels ; émotives, les tempéraments anxieux (peureux) ou colériques, enfin les attitudes sociales et les valeurs, qui dépendent de la société (asiatiques et occidentaux ont de grandes différences de valeurs et de comportements).

Enfin, nous avons retenu les définitions de Schneider et de Bergeret en ce qui concerne l'abord psychopathologique de la personnalité.

Selon Bergeret (1974), la personnalité est : « le mode d'organisation permanent le plus profond de l'individu, celui à partir duquel se jouent les aménagements fonctionnels dits *normaux* comme les avatars de la morbidité ».

« Donc, la pathologique viendra se greffer sur un terrain, un mode d'être, elle se concevra comme un dysfonctionnement épisodique ou temporaire d'une structure de personnalité donnée ou bien encore comme un défaut de structuration de cette même personnalité ».

Vu sous cet angle, le mot « normal », ne fait plus référence à la norme sociale ou à un système de valeurs donné, mais traduit « la capacité heureuse d'un sujet de mobiliser, à partir des objets ou de lui-même, quand les circonstances l'exigent, une quantité suffisante d'énergies qu'il mettra ensuite au service de ses intérêts. Plus les énergies sont liées, fixées, contraintes d'emprunter des voies prédéterminées, plus le fléau de la balance se déplace vers le pôle de l'anomalie ».

Selon Schneider (1923), « les personnalités pathologiques sont des déviations purement quantitatives de la personnalité, statistiquement rares et dont les attitudes et les comportements sont une cause de souffrance pour le sujet lui-même ou pour son entourage ».

## **2.2) APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE**

Une voie qui conduit à l'étude de la personnalité, et dont il faut dire quelques mots, est celle de l'anthropologie culturelle ou sociale, apparentée à celle, plus ancienne, de l'ethnologie.



L'anthropologie culturelle remonte aux études anglaises et françaises du début de ce siècle qui s'intéressaient aux formes spéciales de penser, de sentir et de réagir en général de la personnalité dans le cadre de différentes cultures.

Nuttin (1965) pose le problème du rôle de la culture dans le développement de la personnalité.

Il pose les questions suivantes :

Les motivations que nous croyons fondamentalement humaines telle par exemple la compétition et l'agressivité existent-elles bien chez les hommes de toutes les cultures ?

La période de crise psychologique, qui caractérise l'adolescence dans notre civilisation occidentale, est-elle bien si universelle et liée au processus biologique de la puberté ?

« Si l'on trouve qu'elle n'existe pas dans certaines cultures, on pourrait conclure qu'elle est liée plutôt à des facteurs d'ordre culturel » (Nuttin, 1965).

Ce sont les travaux de Linton et Kardiner vers 1937 qui mirent l'accent sur la continuité de la personnalité à travers son développement et, sur la relation entre les expériences de la prime enfance et les traits de caractère de la personne adulte.

Ils s'inspiraient, sur ce point, des conceptions psychanalytiques de la personnalité. S'il en est ainsi, se disaient ces auteurs, on peut admettre que l'ensemble des conduites des adultes à l'égard du nouveau-né, conduites qui se ressemblent à l'intérieur d'une même culture et diffèrent souvent beaucoup d'une culture à l'autre, feront naître chez les enfants d'une même culture, des expériences, des satisfactions et des frustrations similaires, qui seront à la base de traits de personnalité également plus ou moins semblables. Cette configuration de la personnalité qui sera plus ou moins commune aux membres d'une même société, en vertu des expériences infantiles similaires, est appelée par ces auteurs la « personnalité de base ». Elle est cette composante fondamentale, ce canevas plus ou moins identique, qui sous-tend les formes concrètes plus individualisées de la personnalité. Ces dernières se développent en fonction d'expériences et de facteurs individuellement différents alors que la personnalité de base dépend des coutumes « primaires » d'une culture (surtout les pratiques de socialisation des jeunes ou méthodes d'éducation et de nursing). Aussi, la personnalité de base ne se rapporte-t-elle pas à tous les aspects de la personnalité concrète ; elle sous-tend surtout l'ensemble des attitudes affectives et les systèmes de valeurs qui sont communs aux membres d'une même culture et qui sont essentiels dans la configuration d'une personnalité. (Nuttin, 1965).

### 3) LES THEORIES DE LA PERSONNALITE

#### 3.1) ORIGINES

La caractérologie n'a pas été ignorée de la pensée hellénique. Démocrite (philosophe grec - 460 à -370 av. J. -C.) en a énoncé le principe en écrivant : « Le caractère d'un homme fait son destin ». -Hippocrate, puis Galien, par la théorie des quatre constitutions humorales, ont posé les principes d'une caractérologie ayant franchi les siècles, et exercé une grande influence sur les théories ultérieures. D'après l'essentiel de cette conception, quatre humeurs, le sang, la bile, la bile noire ou atrabile et le flegme, déterminent, suivant leur prédominance dans le corps, les quatre caractères humains qui sont le sanguin, le cholérique ou bilieux, le mélancolique ou atrabilaire et le flegmatique. Cette doctrine a persisté avec des modifications jusque dans la médecine du XIXème siècle qui a souvent admis quatre tempéraments, le nerveux, le sanguin, le bilieux et le lymphatique, auxquels s'ajoutent parfois le flegmatique et le musculaire.

Nombreux sont les auteurs ayant écrit et théorisé sur cet édifice, donnant naissance aux nombreuses et différentes théories de la personnalité.

Cette notion ancienne trouvant son origine chez les médecins grecs Hippocrate et Galien, prit plus d'envergure avec l'avènement de la psychanalyse au début du XXème siècle.

Dans le champ psychanalytique, c'est à partir des travaux de Freud, Abraham et Reich, prenant en considération les forces pulsionnelles, que s'est élaboré un modèle psychodynamique de la personnalité à l'origine de la typologie psychanalytique de la personnalité.

Puis, de 1905 à 1940, tout un courant descriptif emmené par Heymans et Wiersma, Jung, Kretschmer, Sheldon, donna naissance aux grandes typologies descriptives de la personnalité. Dans les années 1950, sous l'impulsion d'Allport, puis de Cattell, Leary et Eysenck sont nés plusieurs modèles factoriels de la personnalité. L'ingéniosité de ces chercheurs fut d'avoir regroupé certains traits de caractère en facteurs déterminant chacun un grand axe de la personnalité.

Toujours dans le même période s'est développée la théorie behavioriste (née avec Watson 1878-1958), théorie pour laquelle la personnalité serait sans disposition ni qualité particulière et sans structure spécifique préexistante mais formée par les voies de l'apprentissage.

Dans la seconde moitié de ce siècle, la personnalité a été envisagée sous l'angle nouveau des modèles dimensionnels tel que le MMPI, les tests projectifs (RORSCHACH et TAT), et, enfin, avec l'avènement du DSM-III et de son second axe, nous sommes rentrés dans l'aire catégorielle des troubles de la personnalité.

### 3.2) THÉORIES TYPOLOGIQUES

L'ère scientifique de la typologie psychologique est inaugurée par un article du psychologue français Théodule Ribot (1839-1916) datant de 1892, qui discerna deux types forts, les sensitifs et les actifs, et deux types faibles, les amorphes et les instables (Caubarrus, 1988).

René Le Senne (1882-1954), philosophe idéo-existential, disciple de Bergson et de Hamelin, donna un nouvel essor à la caractérologie en vulgarisant, perfectionnant et développant dans son *Traité de caractérologie* (1945), les découvertes remontant à 1908 de deux Hollandais précurseurs de l'analyse factorielle, le psychologue G. Heymans et le psychiatre E. D. Wiersma.

#### 3.2.1) TYPOLOGIE PSYCHOLOGIQUE

##### **La typologie de Heymans et Wiersma.**

Bien que la typologie proposée initialement par Heymans et Wiersma se présente essentiellement comme une typologie psychologique, elle repose dans l'idée de ses auteurs sur une hypothèse neurophysiologique, due au psychiatre Otto Gross. Pour Gross, tout phénomène psychique (par exemple une émotion) déclenche une activité des cellules nerveuses qui persiste après la terminaison du phénomène psychique qui l'a déclenché, et influence inconsciemment les activités ultérieures de l'esprit. Ainsi se trouvent opposées la fonction primaire et la fonction secondaire cérébrales. Gross oppose les sujets à

fonctionnement mental large-superficiel chez lesquels la fonction primaire est rapide, correspondant à une activité psychique réactive aux événements, mais en même temps superficielle, et les sujets à fonctionnement mental profond étroit chez lesquels la fonction secondaire est très prolongée, d'où une difficulté d'intégration des phénomènes psychiques (Delay et Pichot, 1967).

Heymans et Wiersma, utilisant ces concepts, proposèrent de décrire la personnalité en utilisant trois dimensions qu'ils notèrent chez un groupe de sujets à l'aide d'échelles d'appréciations. Ces traits fondamentaux sont l'émotivité ou instabilité émotionnelle, l'activité ou force générale pulsionnelle, et la primarité-secondarité, déterminée par la prédominance d'une des deux fonctions d'après Gross. Découpant chaque distribution de traits en deux parties, ils définirent ainsi huit types psychologiques, correspondant aux combinaisons possibles des trois traits (cf. tableau 1).

TABLEAU 1 : Les huit types caractérologiques de Heymans et Wiersma.

Le signe (+) indique que les sujets se situent au-dessus de la moyenne pour la dimension considérée, le signe (-) qu'ils se situent au-dessous de la moyenne. Les lettres (p) et (s) indiquent respectivement la prépondérance de la fonction primaire et de la fonction secondaire. D'après Delay et Pichot (1967).

<u>Emotivité</u>	<u>Activité</u>	<u>Primarité- secondarité</u>	<u>Type</u>
-	-	p	Amorphe
-	-	s	Apathique
+	-	p	Nerveux
+	-	s	Sentimental
-	+	p	Sanguin
-	+	s	Flegmatique
+	+	p	Cholérique
+	+	s	Passionné

On vérifie la valeur de la classification de Galien en montrant que les quatre tempéraments de sa classification correspondent à quatre groupes de la classification de Heymans et Wiersma.

Les sanguins deviennent les non-émotifs primaires, les flegmatiques les non-émotifs secondaires, les cholériques les émotifs primaires, les passionnés les émotifs secondaires.

Il a manqué à Galien le principe qui aurait permis leur dédoublement, la distinction entre actifs et inactifs.

### **La typologie de Jung**

L'aspect principal de la typologie de Jung concerne la tendance que possède la libido, c'est-à-dire les énergies instinctuelles de l'individu (qui pour Jung ne sont pas exclusivement de nature sexuelle) à être dirigées soit principalement vers le monde extérieur, vers les objets (extraversion), soit vers le monde intérieur, vers le sujet (introversion).

L'extraverti accorde de la valeur au monde extérieur (à la richesse, au prestige), il recherche l'approbation sociale, il tend à être conformiste, il est sociable, il aime l'activité extérieure, le changement, la variété. Ses émotions sont faciles à éveiller, mais peu profondes. Il a peu d'inhibitions. Les traits opposés caractérisent l'introverti, dont l'intérêt essentiel est situé dans la sphère des idées.

Jung décrit l'introversion-extraversion comme une caractéristique stable tout au long de la vie ; au contraire, les autres caractéristiques importantes de sa théorie décrivent des capacités qui peuvent théoriquement évoluer au cours du développement de la personnalité.

Ces deux autres caractéristiques sont ce que Jung nomme les fonctions psychologiques. La dimension Pensée-Sentiment décrit des modes alternatifs de formation des jugements. Les choix en la matière peuvent être fondés sur la logique (Pensée) ou sur l'émotion (Sentiment). La dimension Sensation-Intuition décrit des modes alternatifs de perception. L'information perceptive peut être concrète et détaillée comme lorsqu'elle parvient à travers les cinq sens (Sensation) ou globale et de type intuitive.

Le test le plus connu pour évaluer le modèle de Jung est l'indicateur de type de Myers-Briggs (Myers-Briggs Type Indicator, MBTI). En plus des trois types : introversion-extraversion, intuition-sensation et pensée-sentiment, le MBTI permet une quatrième évaluation afin de savoir si un individu juge (met l'accent sur la pensée ou sur le sentiment) ou perçoit (met

l'accent sur la sensation ou sur le sentiment) de façon prédominante. (Cloninger, 1999).

### 3.2.2) TYPOLOGIES MORPHOLOGIQUES

Les types « morphologiques » ou « constitutionnels » ont une assez longue histoire.

Louis Léon Rostan (1790-1866) doit être mentionné car il a introduit une idée que l'on retrouve encore chez la plupart des auteurs modernes. C'est celle des prépondérances anatomiques relatives qui marquent les individus. Elle s'oppose à la notion d'un équilibre des différents systèmes organiques.

Rostan reconnaissait ainsi une multitude de types, notamment le circulatoire-respiratoire, le digestif, le neuro-cérébral, le locomoteur-musculaire et même une variété à prépondérance des organes sexuels.

Par contre, les quatre premières « constitutions » préludent à la doctrine de l'école morphologique française et à quelques autres. C. Sigaud qui, au début, essaya de classer les individus par la morphologie abdominale, distingua plus tard les « forts » et les « faibles », pour aboutir enfin à quatre types généraux, le respiratoire, le musculaire, le digestif, et le cérébral (C. Sigaud, 1894, 1912 ; C. Sigaud et L. Vincent, 1912). (Schreider, 1997).

Des quatre types décrits par l'école morphologique française, trois réapparaissent, sous des noms différents, dans la principale classification allemande, qui connut un succès plus considérable.

Kretschmer, qui, contrairement à Sigaud, aborda le problème en psychiatre, décrivit un type « étroit », semblable au respiratoire, qu'il dénomma leptosome, et dont une variante extrême fut baptisée asthénique. A l'opposé se place la constitution pycnique, autrement dit « épaisse », manifestement apparentée à la variante digestive de Sigaud. Sur un tout autre plan se situe le type athlétique ou musculaire.

Sur le terrain de la morphologie, tout cela n'apportait rien de substantiellement nouveau, et cette doctrine, qui supprimait le type cérébral, dut son succès aux corrélations somato-psychiques décrites par son auteur. Le leptosome serait un « introverti » tourné vers son monde intérieur, un schizothyme aux relations humaines difficiles, (c'est un individu *normal*, mais qui en cas de grave dérèglement se présente comme un schizophrène). De même, le pycnique cyclothyme est un extraverti tourné vers les biens de ce monde, avide d'affection, voire d'encouragement, tantôt proche du pôle mélancolique, tantôt enclin à l'humour ou oscillant entre les deux ; l'équivalent pathologique de ce type est représenté par la psychose



maniaco-dépressive. (Schreider, 1997).

### **La typologie de Kretschmer**

Elle est morpho-physio-psychologique et est dérivée de l'observation de cas pathologiques. Initialement limitée à deux types principaux, elle utilise dans sa forme définitive *trois types principaux*, et un *type accessoire* moins bien individualisé.

-**Le type pycnique-cyclothyme** qui est caractérisé par l'association d'une morphologie avec prédominance des mensurations transversales et circonférentielles, et d'un caractère cyclothymique (Etymologiquement, pycnique signifie épais). Ces sujets sont prédisposés sur le plan pathologique à la psychose maniaco-dépressive.

-**Le type leptosome-schizothyme** associe une morphologie avec prédominance des mensurations verticales (leptosome signifie corps mince, étroit), et un caractère schizothyme, ces sujets sont prédisposés sur le plan pathologique à la schizophrénie.

-**Le type athlétique-visqueux** présente une morphologie avec robustesse des tissus musculaires et osseux et un caractère défini par « l'association à la viscosité tranquille à une certaine explosivité » (Delay et Pichot, 1967). Ces sujets sont prédisposés sur le plan pathologique à l'épilepsie dite essentielle.

-**Le type dysplasique** rassemble de nombreuses variétés dysmorphiques. Il est moins bien individualisé sous l'angle du caractère. Sur le plan pathologique, il est prédisposé à l'épilepsie.

La typologie de Kretschmer continue à être largement employée en médecine, particulièrement dans les pays de langue allemande. Elle reprend d'ailleurs sur le plan morphologique des idées très anciennes (les types pycnique et leptosome correspondent à *l'habitus apoplecticus* et à *l'habitus phtisicus* d'Hippocrate, et on retrouve des classifications dichotomiques ou trichotomiques analogues dans de nombreux travaux français (Rostan et Sigaud), allemands (Carus), italiens (De Giovanni Viola), du XIXème siècle ou du début du XXème siècle). Le mérite de Kretschmer est d'avoir étudié concrètement les caractéristiques psychologiques correspondant aux morphotypes, et d'avoir appuyé son analyse sur la prédisposition aux psychoses.

Le tableau 2 rassemble les différences considérées par Kretschmer comme les plus importantes en ce domaine et les tests psychologiques qui permettent de les mesurer.

TABLEAU 2 :Principales caractéristiques psychologiques des cyclothymes et des schizothymes décelables par des tests d'après Kretschmer. (Delay et Pichot, 1967).

<u>Fonction</u>	<u>TYPE</u>		<u>TEST</u>
	<u>Cyclothyme</u>	<u>schizothyme</u>	
<u>Tempo personnel.</u>	Lent.	Rapide.	Vitesse de frappe.
<u>Mode de travail.</u>	Irrégulier.	Régulier.	Ergographe.
<u>Fatigue.</u>	Progressive.	Brutale.	Ergographe.
<u>Distractibilité.</u>	Forte.	Faible.	Temps de réaction.
<u>Tendance à la dissociation.</u>	Faible.	Forte.	Tâches multiples simultanées.
<u>Déroulement des images mentales.</u>	Associatif.	Persévératif.	Test d'association de mots.
<u>Etendue de l'attention.</u>	Large.	Etroite.	Test de barrage.
<u>Direction de la perception.</u>	Prédominance des couleurs.	Prédominance de la forme.	Test de préférence forme-couleur.
<u>Excitabilité.</u>	Faible, s'épuisant rapidement.	Forte, de longue durée.	Réflexe psychogalvanique.

Un pas important vers les doctrines plus modernes a été accompli par le constitutionniste italien G. Viola (1933). Il n'établit pas le diagnostic individuel sur la « somatoscopie » (c'est-à-dire sur le simple coup d'œil), mais sur un assez long assortiment de mesures. En comparant ces résultats individuels à des *moyennes régionales*, il estime les « disproportions relatives », à savoir des prépondérances ou des déficiences, parmi lesquelles la première place revient à la prépondérance ou déficience relative du tronc (vie végétative) sur les membres (vie de relation).



Viola et ses élèves ont cherché à mettre en relation leurs variantes morphologiques (type bréviligne mégalosplanchnique, à tronc volumineux et membres courts ; type longiligne microsplanchnique à prépondérances inverses) avec certaines particularités physiologiques ou pathologiques. (Schreider, 1997).

### **La typologie de Sheldon.**

La typologie de Sheldon repose sur l'examen de sujets normaux et a comme point de départ une hypothèse embryologique. Elle s'exprime en effet dans un *système morphologique à trois dimensions* qui correspondent au degré de développement des tissus dérivés des trois feuilletts embryonnaires : ectoderme, mésoderme et endoderme.

**La variable endomorphe** correspond à la dominance du tronc sur les extrémités et des hanches sur la ceinture scapulaire, à des contours arrondis et mous, de faibles reliefs musculaires, des os graciles et des mains et des pieds relativement petits.

**La variable mésomorphe** est caractérisée par la robustesse des os et des muscles. Le corps est fortement équilibré, le relief musculaire puissant, les extrémités longues et puissantes et la ceinture scapulaire est plus forte que les hanches.

**La variable ectomorphe** conditionne une augmentation de la longueur des membres par rapport au tronc. La cage thoracique et le bassin sont plats. Au niveau de la face, le visage est en retrait par rapport au front.

Si les trois composantes correspondent de très près aux trois types de Kretschmer (endomorphe-pycnique, mésomorphe-athlétique, ectomorphe-leptosome), Sheldon les considère comme des traits. Chacun d'entre eux est noté suivant les caractéristiques du sujet en 7 degrés (de 1 à 7). Le morphotype de chaque individu est indiqué par un groupe de trois chiffres, le premier correspondant à l'intensité de la composante endomorphe, le second à celle de la composante mésomorphe, le troisième à celle de la composante ectomorphe. Par exemple un individu 426 sera ainsi moyennement endomorphe, faiblement mésomorphe et fortement ectomorphe. La notation est obtenue à partir d'une série de signes objectifs, et en particulier de mensurations.

Aux trois variables morphologiques correspondent *trois variables psychologiques* (endomorphie-viscérotonie, mésomorphie-somatotonie, ectomorphie-cérébrotonie) qui sont sensiblement parallèles aux types de Kretschmer. Chaque dimension psychologique est caractérisée par 20 traits particuliers. Le tableau 3 résume les plus importants.

TABLEAU 3 : Les dix traits de caractère fondamentaux des trois types de Sheldon. D'après (Delay et Pichot, 1967).

<u>VISCEROTONIE</u>	<u>SOMATOTONIE</u>	<u>CEREBROTONIE</u>
Relaxation dans l'attitude et le mouvement.	Assurance dans l'attitude et le mouvement.	Réserve dans l'attitude et le mouvement.
Amour du confort physique.	Aventureux dans le domaine physique.	Réaction rapide.
Réaction lente.	« Caractère » énergique.	Aime l'intimité.
Aime la politesse cérémonieuse.	A besoin de l'exercice et l'aime.	Hyperintensité mentale. Appréhension.
Sociophilie.	Amour du risque et du hasard.	Discrétion des sentiments.
Egalité du flux émotionnel.	Manières d'une brutalité directe.	Mobilité mimique consciente.
Tolérance.	Courage physique pour le combat.	Sociophobie.
Contentement de soi.	Agressivité compétitive.	Inhibition de l'adresse sociale.
Absence de « force de caractère ».	Voix bruyante.	Voix discrète et discrétion pour le bruit.
Communication facile des sentiments : extraversion viscérotonique.	Hypermaturité de l'aspect.	Intensité juvénile des manières et de l'aspect.

### 3.3) THEORIES FACTORIELLES

La méthode factorielle consiste en un abord différent de la classification typologique dont nous avons cité quelques exemples précédemment.

L'analyse factorielle vise à dépister les facteurs communs à toutes les variables étudiées ou à certaines d'entre elles (facteurs de groupe).

Si l'on examine toutes les intercorrélations entre les mesures prises sur un échantillon, on constate qu'il existe effectivement des dimensions corporelles qui tendent à « varier ensemble » (Schreider, 1997).

L'analyse factorielle est née en 1904 avec C. Spearman (1863-1945). Les recherches de Spearman, auxquelles il faut associer celles de G. H. Thomson (1881-1955), caractérisent ce que l'on a appelé la période de l'*analyse unifactorielle*, du fait que les théories dominantes s'attachaient alors à expliquer l'intelligence par l'existence d'un seul facteur général.

Vers 1930 commence une seconde période, celle de l'*analyse multifactorielle*, représentée notamment par les travaux de C. Burt (1883-1971) et de L. Thurstone (1887-1955). À partir de ce moment, l'intérêt se déplace peu à peu du facteur général vers les facteurs multiples, d'abord pour ce qui concerne l'intelligence, ensuite à propos de tous les aspects du comportement (Yela, 1997).

On peut caractériser l'analyse factorielle par l'emploi de modèles mathématiques, par le développement d'épreuves statistiques destinées à établir la significativité des résultats et par la programmation des calculs en vue du traitement informatique.

#### 3.3.1) LA CONCEPTION DES TRAITS SELON ALLPORT.

Gordon Allport (1931) fut l'un des premiers théoriciens marquants à affirmer l'importance des traits de personnalité, en tant que concept théorique. Il en donna la définition suivante :

« Système neuropsychique général et focalisé (propre à l'individu), capable de rendre de nombreux stimuli équivalents au plan fonctionnel, d'initier et de commander des formes logiques (équivalentes) du comportement adaptatif et expressif » (Cloninger, 1999).

Allport étendit sa définition à l'aide de plusieurs énoncés théoriques. Il affirma que les traits sont les sources du comportement, en principe uniques pour une personne donnée. Le développement des traits s'effectue à mesure que la personne apprend à s'adapter à son monde propre. Bien que cette faculté d'adaptation soit spécifique pour chaque individu, il existe suffisamment de similarités entre les individus pour permettre la recherche sur les groupes d'individus.

Les traits varient selon leur champ d'impact. Certains d'entre eux, appelés traits centraux, influent sur un large éventail de comportements. Chez la plupart des individus, six à huit traits centraux résument les aspects majeurs de la personnalité.

Parfois, un trait est si dominant dans une personnalité qu'il influe sur presque tous les actes d'un individu. La plupart des individus ne possèdent pas ce trait *cardinal* envahissant, mais lorsque c'est le cas, on se souvient d'eux par cette seule caractéristique. Bien qu'Allport ait répertorié trois catégories de traits (cardinale, centrale et secondaire) il a conçu ces derniers au sein d'un continuum et non pas comme trois niveaux dominants et distincts.

Allport et Odbert en 1936 ont publié une liste de quelques 4500 termes de traits, dans leur étude du dictionnaire en langue anglaise.

### 3.3.2) LE MODELE DE CATTELL

Cattell prend comme point de départ le vocabulaire, et il a développé l'idée que le langage humain, si riche en qualificatifs pour décrire les traits du caractère et du tempérament, doit être la meilleure source pour dresser un catalogue exhaustif des aspects de la personnalité.

A partir des travaux d'Allport et en combinant les termes plus ou moins synonymes et en ajoutant quelques-uns d'autres sources, il arrive à constituer une liste de 171 traits, exprimés le plus souvent sous forme d'oppositions polaires. Sur la base de recherches antérieures, Cattell procède à un regroupement de ces traits et aboutit finalement à 35 groupes. Plus de 200 personnes de 40 ans environ sont alors évaluées, par plusieurs psychologues, sur leur conduite en rapport avec ces traits, à l'aide d'échelles d'évaluation ; puis les corrélations sont calculées. C'est à l'aide de ce matériel de base que Cattell est arrivé à sa première liste de 12 traits fondamentaux de la personnalité.

Dans une recherche plus récente encore, Cattell a fait usage de questionnaires auxquels les sujets répondent personnellement (remplaçant ainsi les observations et jugements par de

tierces personnes, comme il était fait dans la recherche précédente). Il en est arrivé ainsi finalement à une liste de seize traits de base (*source traits*) (Cloninger, 1999).

Il mit au point un questionnaire pour les évaluer, le **16 PF**. Le score de ces traits une fois défini, les 16 facteurs peuvent être enregistrés comme un profil de personnalité (cf. Tableau 4).

« Beaucoup d'études ont confirmé les facteurs décrits par Cattell (on en dénombre plusieurs douzaines). Quelques études manifestent un désaccord » (Cloninger, 1999).

TABLEAU 4 : Facteurs de personnalité du 16PF (Cloninger, 1999), d'après (Cattell et al. (1970) :

Handbook for the sixteen Personality Factor Questionnaire (16 PF). Champaign, ILL : Institute For Personality and Ability Testing) .

<u>FACTEUR A</u>	<u>FROID</u> Réservé, impersonnel, détaché, formaliste, distant.	<u>CHALEUREUX</u> Extraverti, bienveillant, accommodant, bon participant, aimant les autres.
<u>FACTEUR B</u>	<u>PENSEE CONCRETE</u> Moins intelligent.	<u>PENSEE ABSTRAITE</u> Plus intelligent, brillant.
<u>FACTEUR C</u>	<u>SOU MIS AUX AFFECTS</u> Affectivement moins stable, s'irritant facilement.	<u>AFFECTIVITE STABLE</u> Mûr, qui affronte la réalité, calme.
<u>FACTEUR E</u>	<u>SOU MIS</u> Humble, doux, se laissant mener, accommodant.	<u>DOMINATEUR</u> Affirmé, agressif, têtu, aimant la compétition, autoritaire.
<u>FACTEUR F</u>	<u>MODERE</u> Retenu, prudent, taciturne, grave.	<u>ENTHOUSIASTE</u> Spontané, insouciant, expressif, gai.
<u>FACTEUR G</u>	<u>NEGLIGENT</u> Peu soucieux des règles, indulgent pour soi-même.	<u>CONSCIENCIEUX</u> Conformiste, qui fait preuve de bon sens moral, posé, attaché aux règles.
<u>FACTEUR H</u>	<u>TIMIDE</u> Sensible aux menaces, timide, hésitant, intimidé.	<u>HARDI</u> Aventureux, non inhibé, pouvant supporter le stress.
<u>FACTEUR I</u>	<u>CARACTERE DUR</u> Qui compte sur soi-même, qui ne démissionne pas, rude, réaliste.	<u>CARACTERE TENDRE</u> Sensible, surprotégé, intuitif, raffiné.
<u>FACTEUR L</u>	<u>CONFIANT</u> Qui accepte les conditions, s'entend facilement avec autrui.	<u>SOUPÇONNEUX</u> Difficile à tromper, méfiant, sceptique.
<u>FACTEUR M</u>	<u>ESPRIT PRATIQUE</u> Préoccupé des questions terre-à-terre, ferme.	<u>IMAGINATIF</u> Absent, absorbé dans ses pensées, qui n'a pas d'esprit pratique.
<u>FACTEUR N</u>	<u>CARACTERE DIRECT</u> Non prétentieux, ouvert, sincère, sans artifice.	<u>PERSPICACE</u> Poli, conscient du jeu social, diplomate, calculateur.
<u>FACTEUR O</u>	<u>AFFIRME</u> Sûr, sans culpabilité, serein, satisfait de soi-même.	<u>PEUREUX</u> Sujet aux auto-reproches, aux sentiments de culpabilité, incertain, soucieux.
<u>FACTEUR Q1</u>	<u>CONSERVATEUR</u> Respectueux des idées traditionnelles.	<u>AUDACIEUX</u> Libéral, critique, ouvert au changement.
<u>FACTEUR Q2</u>	<u>ORIENTE VERS LA VIE DE GROUPE</u> Qui "se joint" aux autres, pleinement engagé, écoute les autres.	<u>AUTO-SUFFISANT</u> Plein de ressources, qui préfère décider par soi-même.
<u>FACTEUR Q3</u>	<u>CONFLIT PERSONNEL NON CONTROLÉ</u> Négligeant, peu soucieux des règles sociales.	<u>IMAGE DE SOI CONSTANTE</u> Qui agit avec doigté en société, qui appelle l'obéissance.
<u>FACTEUR Q4</u>	<u>DETENDU</u> Tranquille, calme, qui manifeste peu d'énergie, qui éprouve peu de frustration.	<u>TENDU</u> Frustré, surmené, qui manifeste beaucoup d'énergie.

### 3.3.3) LE MODELE A TROIS FACTEURS (EYSENCK)

Alors que Cattell utilise une technique d'analyse aboutissant à un nombre assez élevé de facteurs, Eysenck fidèle sur ce point à l'école anglaise essaie d'aboutir à un très petit nombre de facteurs très généraux.

Il montre que les facteurs de Cattell présentent encore des corrélations entre eux. Ce serait donc des facteurs « obliques » ou de *premier ordre*, et il conviendrait de détecter les *super-facteurs* ou facteurs de *second ordre* qui les sous-tendent (Cloninger, 1999).

Eysenck en arrive ainsi à une structure hiérarchique de la personnalité.

Par exemple, on constate que des corrélations positives existent entre les cinq traits suivants : persistance, rigidité, déséquilibre autonome, exactitude et irritabilité. Il ne s'agit pas de facteurs indépendants et il y a lieu de chercher le facteur commun qui intervient dans ces cinq traits. Ainsi, on découvre le super facteur que Eysenck appelle introversion (d'après la topologie Jungienne).

Parmi les théories factorielles de la personnalité, Eysenck a inventé une théorie qui avance trois facteurs majeurs : l'Extraversion, la Névrose et la Psychose. Chacun de ces grands facteurs peut être décrit comme un ensemble de traits plus spécifiques (tableau 5). Extraversion et Névrose constituent deux dimensions majeures capables de décrire les variations de la personnalité normale. L'Extraversion représente une sociabilité ouverte. Extravertis et introvertis se comportent différemment en société selon les situations. Ainsi, les extravertis aiment davantage le contact physique que les introvertis lors d'interactions sociales. A la Névrose correspond une instabilité affective ; les individus présentant une stabilité affective élevée ont des résultats faibles au caractère névrotique et leur égalité d'humeur les aide à affronter les épreuves de la vie sans se démonter.

Le troisième grand facteur d'Eysenck est la Psychose. Il soutient que plusieurs formes de déviance sociale ont en commun, à l'origine, une disposition héréditaire. Ces formes comprennent les psychoses majeures, la criminalité, l'alcoolisme et les addictions (Cloninger, 1999).



TABLEAU 5 Les trois facteurs de personnalité d'Eysenck et les traits qui les constituent.  
Adapté de Eysenck & Eysenck, 1985, (Cloninger, 1999).

FACTEURS	EXTRAVERSION	NEVROSE	PSYCHOSE
Traits contenus dans chaque facteur	Sociable	Angoissé	Agressif
	Vivant	Déprimé	Froid
	Actif	Sentiments de culpabilité	Egocentrique
	Qui s'affirme	Faible estime de soi	Impersonnel
	A la recherche de sensations	Tendu	Impulsif
	Sans soin	Irrationnel	Asocial
	Dominateur	Timide	Privé d'empathie
	Violent	Ombrageux	Créatif
	Aventureux	Emotif	Rigide

### 3.3.4) LE MMPI

Le MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) est un questionnaire de psychopathologie générale élaboré en 1943 par Hathaway et McKinley.

Il s'agit sans doute du questionnaire de personnalité le plus utilisé tant en pratique clinique que lors de travaux de recherche au niveau mondial (nombreuses traductions et validations selon le langage et la culture ; version française disponible depuis 1959, Pichot et Perse).

Les 10 échelles cliniques (décrites ci-dessous) ont été étalonnées par contraste entre une population non-clinique et plusieurs groupes de patients américains.

Hypochondrie ; dépression ; hystérie de conversion ; déviation psychopathique ; masculinité-féminité ; paranoïa ; psychasthénie ; schizophrénie ; hypomanie ; introversion sociale.

L'instrument comprend également plusieurs échelles de validité (ou attitudes de réponse).

Par la suite, de nombreuses sous-échelles et indices ont été individualisés à partir du MMPI.

Cet instrument a été révisé en 1989 par Butcher : le MMPI-II, et il contient maintenant 567 items (réponses en vrai/faux/je ne sais pas) (Pham, 1998).



### 3.4) TYPOLOGIE PSYCHANALYTIQUE

#### Développement de la personnalité

Les structures de la personnalité, les processus pulsionnels proviennent de l'aboutissement d'un développement. Freud a eu l'idée de mettre ce développement en rapport avec des phases ou des époques et d'en décrire la succession, aboutissant ainsi à sa théorie des stades libidinaux.

Selon cette théorie, tout individu doit parcourir une série de stades qui sont des modes d'organisation psychique caractérisés par leur liaison à une zone du corps et un certain type de relation à la réalité. Dans son parcours des stades, l'individu peut se fixer avant terme et aussi régresser à un stade antérieur. C'est une conception qui se caractérise donc par l'importance qu'on accorde aux premières années de l'enfance en tant que déterminants de la vie ultérieure.

Classiquement, le développement se divise en trois périodes principales, la première allant de la naissance à l'âge de cinq ans et comprenant les stades oral, anal et phallique, la seconde dite de latence, pendant laquelle les pulsions sont dans un état de répression et finalement la troisième, la puberté ou le stade génital, pendant laquelle la personne arrive au stade de la maturité.

C'est cette théorie des stades qui est à la base de la typologie psychanalytique.

Dans la perspective de la description des types « libidinaux » par Freud, il serait possible de distinguer les individus suivant le stade du développement libidinal qui a fait l'objet de « fixations » au cours du développement.

**Le type oral :** Il est caractérisé par la « nécessité de dépendre excessivement des autres pour maintenir le respect de soi ». Cette attitude fondamentalement passive-dépendante s'accompagne de traits qui peuvent d'ailleurs être opposés, mais qui se rapportent à l'aspect donner-recevoir (générosité-avarice, volubilité - silence obstiné).

**Le type anal :** Les traits principaux sont l'irritabilité, l'économie, l'entêtement et l'ordre.

**Le type urétral :** Ses traits essentiels sont l'ambition et le désir de la compétition, qui seraient en rapport avec la honte.

**Le type phallique :** Le sujet de type phallique se comporte d'une manière téméraire, résolue et assurée, ce qui représenterait en grande partie une réalisation de désir, en relation avec l'angoisse de castration.

**Le type génital :** Il correspond à la « normalité idéale » de la personnalité.

### 3.5) LA THEORIE COMPORTEMENTALE (STIMULUS-REPONSE)

Alors que la théorie psychanalytique a trouvé son origine dans l'étude clinique des cas pathologiques, les théories stimulus-réponse dérivent principalement de la psychologie expérimentale et de la psychophysiologie. Ces théories proviennent de trois tendances : la réflexologie de Pavlov, le béhaviorisme de Watson et la théorie de l'apprentissage de Thorndike.

Leur méthode d'approche de l'individu se construit par ailleurs sur la base de certains axiomes principaux.

En premier lieu, les phénomènes psychiques complexes sont considérés comme des associations d'éléments simples et ils doivent donc être étudiés comme tel. Pour Watson, le comportement doit être analysé et expliqué en termes de stimulus et de réponse et, pour Skinner, en termes de relations existant entre des réponses de l'organisme et les contingences de renforcement du milieu.

En second lieu, la formation des liaisons stimulus-réponse et de séquences de comportements est expliquée par des lois de type mécanique, notamment des lois de contiguïté spatiale et temporelle.

En troisième lieu, l'histoire d'apprentissage de l'individu est vue comme étant façonnée surtout par les différentes conditions et situations dans lesquelles il se trouvera placé. Les déterminants du comportement sont à rechercher dans les situations plutôt que dans des dispositions plus ou moins stables de l'individu.

Et enfin, les réactions de l'individu sont considérées comme étant guidées par la tendance à rechercher le plaisir et à éviter le déplaisir, ce qui est une expression en termes simples de la fameuse Loi de l'effet, formulée par Thorndike (Duguay et al, 1981).

## **La typologie Psychobiologique de Pavlov.**

Pavlov et ses successeurs déterminent 4 types communs à l'animal et à l'homme :

**-Équilibré** : réagissant d'une manière adéquate aux situations, capable d'acquérir avec une facilité presque égale, l'habitude à réagir à certaines situations et à inhiber certaines réactions.

**-Excitable** : qui acquiert facilement les habitudes actives et difficilement celles qui relèvent de l'inhibition.

**-Inhibé** : qui représente les caractéristiques opposées au précédent.

**-Inerte** : caractérisé par l'inertie des processus d'inhibition et d'excitation, avec, quelquefois, une irradiation excessive de l'une et de l'autre.

### III. PERSONNALITE PATHOLOGIQUE

La notion de personnalité pathologique, s'est imposée progressivement pour qualifier des sujets qui, par leur manière d'être, leurs conduites et leur style relationnel étaient significativement différents des personnalités « normales » ou habituelles, sans présenter pour autant les symptômes d'un trouble mental caractérisé.

Pour illustrer notre propos il est intéressant de rappeler la définition de Schneider (1923).

« Les personnalités pathologiques sont des déviations purement quantitatives de la personnalité, statistiquement rares et dont les attitudes et les comportements sont une cause de souffrance pour le sujet lui-même ou pour son entourage ».

Le concept de personnalité pathologique implique qu'il soit possible de délimiter ce qui est de l'ordre des traits de caractère et attitudes (personnalité), de ce qui est de l'ordre des symptômes (maladie).

Foulds cité par Deniker et al. (1989) a proposé les repères suivant :

- Les traits de caractère sont relativement universels, alors que les symptômes sont contingents, variables selon les cultures.
- les traits de caractère sont considérés par le sujet comme cohérents et syntones avec lui-même, alors que les symptômes sont fondamentalement incongrus pour lui.
- Les traits de caractère sont stables, alors que les symptômes sont variables avec le temps.

On distingue dans la classification des personnalités pathologiques la classification française de la classification américaine.

## 1) ECOLE FRANÇAISE

Les écoles françaises de psychiatrie ont généralement pour tradition de décrire et désigner la personnalité pathologique en fonction de la « maladie » à laquelle elle s'apparente, qu'elles imitent sur un mode mineur ou dont elles constituent implicitement le terrain favorisant (Deniker, 1989).

On décrira ainsi des personnalités « névrotiques » (hystérique, obsessionnelle, phobique...) et des personnalités « psychotiques » (schizoïde, paranoïaque...) avec d'éventuelles sous-variétés.

Deux entités restent indépendantes de ces appellations névrotiques au psychotiques : la personnalité psychopathique et les personnalités borderline ou états-limites.

Les personnalités psychotiques ont été isolées à partir de similitudes avec les psychoses correspondantes. Cette conception reste influencée par l'hypothèse de Kretschmer d'un continuum personnalité normale-personnalité pathologique-psychose, où les différences sont seulement quantitatives.

Pour Deniker et al. (1990), cette hypothèse reste discutable, la continuité entre personnalité pathologique et psychose n'étant pas constante et les limites entre personnalité pathologique et psychose « a minima » étant imprécises.

Les personnalités névrotiques ont été décrites tantôt sur le même modèle que les précédentes (personnalités sous-jacentes aux névroses), ce qui pose les mêmes problèmes, tantôt dans une optique psychodynamique qui privilégie les aspects du développement de la personnalité.

Dans cette dernière optique, la question est moins celle du rapport personnalité-maladie que celle des limites entre le caractère (normal) et la pathologie du caractère.

On rejoint donc de ce point de vue les approches psychologiques telles que définies dans les chapitres précédents de ce travail : (modèle de Cattell, modèle de Eysenck), qui à travers des échelles d'évaluation déterminent la prédominance chez un individu de tel ou tel trait de caractère pouvant nous orienter vers une pathologie de la personnalité.

- les descriptions psychanalytiques du caractère font référence tantôt aux défenses de caractère (décrits initialement par Anna Freud) qui forment l'infrastructure névrotique, tantôt

au stades du développement libidinal qui ont fait l'objet de fixations excessives comme nous l'avons vu dans la « typologie psychanalytique de la personnalité ».

La correspondance entre ces deux modèles descriptifs n'est pas absolue et par ailleurs, plusieurs termes gardent une certaine ambiguïté :

Voici quelques exemples mettant en évidence l'ambiguïté de l'utilisation du terme « névrose », ambiguïté liée à la dénomination identique de concepts souvent différents.

- le caractère névrotique désigne tantôt l'ensemble des défenses de caractère qui sont mises en place pour lutter contre les conflits intrapsychiques, tantôt désigne la personnalité des névrosés et se confond avec le concept psychiatrique de personnalité pathologique.

- la névrose de caractère, décrite par Alexander, définit des organisations où la pulsion trouve issue dans le comportement actuel plutôt que dans les substituts symboliques que sont les symptômes. Elle s'exprime sous la forme de comportements instables, hyperactifs et impulsifs, ce terme étant souvent employé comme un strict équivalent de celui des personnalités pathologiques.

Dongier (1966), explique que les névroses s'expriment essentiellement par des symptômes ressentis par l'individu sur le plan psychique ou physique. Elles peuvent aussi bien s'exprimer dans les relations sociales : il s'agit alors de la névrose de caractère. Le terme de « caractère » désigne la manière d'être, relativement constante, d'un individu, telle qu'elle s'exprime dans ses relations à autrui. Il n'est pas synonyme du terme de « personnalité », celui-ci étant en effet plus vaste dans sa signification, car impliquant aussi le monde intérieur du sujet, par exemple des sentiments et des émotions qui peuvent ne pas s'exprimer dans les contacts sociaux.

Dongier souligne l'ambiguïté de l'utilisation du terme « névrose » en précisant que l'on ne considérera pas a priori nécessairement plus névrosé celui qui a « mauvais caractère » par rapport à celui qui a « bon caractère ».

En effet un caractère d'une *soumission* excessive, exagérément dépendant de l'opinion d'autrui et cherchant perpétuellement à gagner son approbation, pourra correspondre un état plus pathologique que certaines réactions agressives.

Pour Widlocher (1968), c'est le mode de relation du sujet avec ses objets qui constitue l'essentiel du trouble appelé « névrose de caractère ».

Il précise que le terme de névrose qui prétend les définir peut paraître discutable car il risque de faire croire qu'il existe, ici, une organisation névrotique de la personnalité.

« Ceci dépend évidemment du sens que l'on donne au terme de névrose. Mais on n'est pas actuellement autorisé à identifier le type de personnalité observable dans les névroses (organisation du moi, mécanismes de défense) et celui observable dans le cadre pathologique ici décrit. Seul point commun : la forme et la nature des conflits sous-jacents. Le terme de névrose de caractère ne peut donc être retenu qu'en fonction d'un usage ancien et faute de mieux. Celui de *caractèropathie primitive* nous paraît plus exact » (Widlocher, 1968).

-les névroses de destin dans lesquelles Widlocher (1968) y classe :

-le « caractère masochiste », en précisant que « des traits de masochisme peuvent être isolés chez un grand nombre de personnes et tout particulièrement dans les structures névrotiques. Mais le masochisme peut-être également l'axe de structuration d'une personnalité propre ».

-la « névrose d'échec » où l'échec est la conséquence du déséquilibre névrotique.

-la « névrose de destinée » définie par Laplanche et Pontalis (1967) comme désignant « une forme d'existence caractérisée par le retour périodique d'enchaînements identiques des événements, généralement malheureux, enchaînements auxquels le sujet paraît être soumis comme une fatalité extérieure alors qu'il convient, selon la psychanalyse, d'en chercher les ressorts dans l'inconscient et spécifiquement dans la compulsion de répétition ».

-la « névrose de comportement » dont la première description issue des psychosomaticiens P. Marty, M. de M'Uzan et C. David remonte à 1963 dans *L'investigation psychosomatique*. Les auteurs notent que le fonctionnement mental est étroitement lié au comportement, et que si la pensée ne s'y enlise pas elle ne s'en dégage pas vraiment non plus. La relation extérieure n'est jamais abandonnée au profit d'une élaboration interne et les représentations peu élaborées sont dispersées et sans cohésion, évoquant en quelque sorte une « personnalité inachevée » (Marty et al, 1963).



Il existe encore bien d'autres concepts issus de la psychanalyse utilisant le terme « névrose » et définis dans le dictionnaire du vocabulaire de la psychanalyse de Laplanche et Pontalis, qu'il ne nous semble pas utile de détailler dans ce travail, telles que névrose d'abandon, névrose actuelle, névrose de transfert, névroses familiales, névroses mixtes, névroses narcissiques...

## 2) ECOLE AMERICAINE

La classification DSM-III-R, issue de l'école américaine, à laquelle il sera souvent fait référence, s'est voulue dégagée de toute référence théorique et l'effort des auteurs s'est porté sur la définition précise des types cliniques et des critères du diagnostic.

Le grand intérêt du DSM-III-R est de séparer systématiquement l'identification de la personnalité de toute référence à une maladie ou à un trouble, les deux dimensions étant cotées séparément sur deux « axes » différents. De fait, si classement il y a, il est très schématique et seulement fonction du comportement le plus apparent. On peut considérer trois groupes. Le premier (Cluster A) réunit les personnalités qui paraissent bizarres et originales (personnalités paranoïaques, schizotypiques et schizoïdes). Le second (Cluster B) est caractérisé par la dramatisation, l'émotivité et l'excentricité (histrioniques, narcissiques, antisociales et borderline). Le dernier groupe (Cluster C) est marqué par une apparence anxieuse et craintive (personnalités évitantes, dépendantes, passives-agressives et obsessionnelles-compulsives).

Il ressort de cette classification plusieurs types de personnalité qui sont inconnus des psychiatres français et certains types français n'apparaissent pas.

De telles différences permettent de souligner le caractère relatif et mouvant des descriptions possibles, à la différence des syndromes dont la symptomatologie est par nature plus cohérente.

La mouvance et le chevauchement des types sont attestés par deux ordres de faits : d'une part, il est légitime de rattacher le même sujet à deux ou plusieurs types de personnalité différents (le DSM-III-R le prévoit explicitement) ; d'autre part, les études de validation des types du DSM-III-R ont clairement montré que lorsqu'un même patient est évalué par deux



observateurs, la concordance de leur diagnostic est médiocre en ce qui concerne les personnalités pathologiques, alors qu'elle est généralement satisfaisante lorsqu'il s'agit d'entités morbides (Deniker, 1989).

### **3) CLASSIFICATION DSM-III-R DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE**

#### **3.1) PERSONNALITE PARANOIAQUE**

La notion d'une personnalité pathologique distincte du délire paranoïaque, mais contractant d'étroits rapports avec lui, s'est progressivement imposée à la fin du siècle dernier. Ainsi, Falret décrit les persécutés-persécuteurs, dont les traits de personnalité (sensibilité, entêtement, orgueil) préexistent au délire ; puis Sérieux et Capgras décrivent le délire d'interprétation comme le développement de l'hypertrophie de tendances préexistantes.

A partir de Dupré (la constitution paranoïaque, 1912) et de Genil-Perrin en 1926, le centre de gravité de la paranoïa se déplace du délire vers la personnalité : ce n'est plus le délire systématisé qui la caractérise mais bien « une constitution psychologique spéciale qui imprime au caractère une note d'anormalité et de bizarreries en attendant que le délire se manifeste, après une certaine latence » (Deniker, 1989).

Kretschmer en 1927, individualisera plusieurs types de personnalité paranoïaque : celle de combat, de souhait, et tout particulièrement la personnalité sensitive. Cette dernière, assez proche de la psychasthénie décrite par Janet et du caractère obsessionnel, est susceptible de développer des réactions délirantes.

#### **Aspects cliniques**

La description clinique telle qu'elle est généralement acceptée par l'école française, est issue de la description de Dupré (la constitution paranoïaque, 1912), complétée par Genil Perrin en 1926.

Elle se caractérise par quatre éléments : L'hypertrophie du moi, qui est considéré comme l'élément central, la méfiance, la fausseté du jugement, parfaitement compatible avec une intelligence réelle, la pensée logique étant soumise aux positions affectives, aux croyances et à la subjectivité du sujet, et l'inadaptation sociale, qui est la conséquence des difficultés relationnelles d'une telle personnalité, se traduisant généralement par un réel isolement social et affectif.

Le DSM-III-R. ne reconnaît lui, qu'une seule personnalité paranoïaque qui réunit les différents types cliniques des écoles allemandes et françaises, en négligeant quelque peu l'orgueil et l'hypertrophie du moi (qui font plutôt partie des critères de la personnalité narcissique) et en soulignant au contraire les aspects liés à la sensibilité (Debray, 1995).

Le DSM-III-R retient trois critères pour le diagnostic de personnalité paranoïaque :

-La méfiance (attente d'être trompé, hypervigilance à la menace, refus de la critique, doute sur la loyauté d'autrui, jalousie, recherche de motifs cachés).

-L'hypersensibilité (susceptibilité, exagération des difficultés, contre-attaque prompte aux menaces supposées, incapacité de se détendre).

-La restriction de l'affectivité (froideur, manque de sens de l'humour, absence de sentiment passif et tendre).

### **Critères diagnostiques DSM-III-R de la personnalité paranoïaque**

Tendance générale et injustifiée, apparaissant au début de l'âge adulte et présente dans des contextes divers, à interpréter les actions d'autrui comme délibérément humiliantes ou menaçantes, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

1-S'attend, sans raison suffisante, à ce que les autres l'exploitent ou lui nuisent.

2-Met en doute, sans justification, la loyauté ou l'honnêteté de ses amis ou associé.

3-Discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes, dans des commentaires ou des événements anodins, par ex. soupçonne un voisin de sortir ses ordures tôt le matin pour l'ennuyer.

4-Eprouve de la rancune ou ne pardonne pas d'être insulté ou dédaigné.

5-Est réticent à se confier à autrui car éprouve une crainte injustifiée que l'information soit utilisée contre lui/elle.

6-Se sent facilement dédaigné et est prompt à réagir avec colère ou à contre-attaquer.

7-Met en doute, sans justification, la fidélité de son conjoint ou de son partenaire sexuel.

### **3.2) PERSONNALITE SCHIZOIDE**

Le concept de personnalité schizoïde tire son origine des observations de Kraepelin sur la similarité entre la personnalité prémorbide des sujets atteints de *dementia praecox* et celle de leur proche entourage familial souvent affecté, selon lui, des mêmes caractéristiques de timidité, docilité, retrait et incapacité à établir des liens sociaux. C'est la fréquence de la pathologie non psychotique dans la proche famille qui évoquait pour lui un tempérament prédisposant (Debray, 1995).

Bleuler utilisa le terme *schizoïde* pour décrire une tendance à l'introspection et à l'isolement, l'absence d'expression émotionnelle, l'association contradictoire d'émoussement affectif et d'hypersensibilité, et la poursuite d'intérêts vagues ou mystérieux.

#### **Critères diagnostiques DSM-III-R de la personnalité schizoïde**

Mode général d'indifférence aux relations sociales et restriction du registre affectif (expériences et expressions émotionnelles), apparaissant au début de l'âge adulte et présents dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes:

1-Ne recherche, ni n'apprécie, les relations proches y compris les relations intra-familiales.

2-Choisit presque toujours des activités solitaires.

3-Dit ou ne semble que rarement ou jamais ressentir des émotions fortes, telles que la colère ou la joie.

4-Ne manifeste que peu ou pas de désir d'avoir des expériences sexuelles avec d'autres personnes (compte-tenu de l'âge).

5-Est indifférent aux éloges ou aux critiques d'autrui.

6-N'a pas d'ami ou de confident proches (ou seulement un) en dehors de ses parents du premier degré.

7-Fait preuve d'un émoussement des affects, p. ex. est distant, froid, ne répond que rarement aux gestes ou aux expressions mimiques tels que les sourires ou les hochements de tête.

### **3.3) PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE**

La personnalité schizotypique a été décrite par Rado en 1953 pour individualiser certains troubles traduisant une prédisposition génétique à la schizophrénie. Par la suite, plusieurs auteurs, en particulier Kendler, Gruenberg et Strauss, ont confirmé la présence parmi les proches des schizophrènes de personnalités schizotypiques, les personnalités schizoïdes et état-limite n'étant pas retrouvées dans ce contexte. « De la sorte, les éléments paucisymptomatiques retrouvés chez les schizotypiques pourraient constituer l'amorce fondamentale du trouble schizophrénique lui-même » (Debray, 1995).

L'accent est mis ici sur les bizarreries de la pensée, du discours et du comportement, sans qu'il s'agisse de schizophrénie caractérisée, plus que sur le retrait social, fréquent mais non constant. Cette personnalité présente donc des manifestations psychotiques discrètes telles qu'on peut les observer dans les schizophrénies résiduelles.

Elles correspondent à peu près aux formes mineures de schizophrénie décrites par Bleuler (schizophrénie l'attente et forme simple), et sont susceptibles de se compliquer de poussées psychotiques réactionnelles brèves.

Enfin, « les schizophrénies caractérisées sont plus fréquentes dans les familles qui comportent de telles personnalités que dans la population générale » (Deniker, 1989).

### **Critères diagnostiques DSM-III-R de la personnalité schizotypique**

Mode général de déficit de l'adaptation dans les relations interpersonnelles et de singularités de l'idéation, de l'aspect et du comportement, apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1-Idées de référence (idées délirantes de référence exclues).

2-Anxiété sociale excessive, c'est-à-dire gêne extrême dans les situations sociales qui impliquent des gens inconnus.

3-Croyances bizarres ou pensée magique qui influencent le comportement et qui ne sont pas en rapport avec les normes de sous-groupes culturels, p. ex. superstition, croyance dans un don de voyance, dans la télépathie, dans un « sixième sens », croyance que « les autres peuvent percevoir mes sentiments » (chez les enfants et les adolescents, rêveries et préoccupations bizarres).

4-Expériences perceptives inhabituelles, p. ex. illusions, sensation de la présence d'une force ou d'une personne qui n'est pas réellement présente (p. ex. « J'avais l'impression que ma mère décédée était présente dans la pièce avec moi »).

5-Comportement ou aspect bizarre ou excentrique, p. ex. incurie, maniérisme inhabituel ou soliloque.

6-Absence d'amis proches ou de confidents (ou seulement un) autres que des parents du premier degré.

7-Discours bizarre (sans relâchement des associations et sans incohérence), p. ex. discours appauvri, digressif, vague ou abstrait de manière inappropriée.

8-Inadéquation ou pauvreté des affects, p. ex. affects niais ou distants, absence de réponse aux gestes ou aux expressions faciales tels que les sourires ou les hochements de tête.

9-Méfiance ou idéation persécutoire.

### 3.4) PERSONNALITE ANTISOCIALE

Une première raison ancestrale de l'égaré de ce type de patient est qu'il se voit traité par au moins trois institutions, la police, la justice et la médecine, lesquelles adoptent à son égard des attitudes disparates. Une autre raison, plus psychiatrique, est que trois traditions historiques, française, germanique et anglaise, en proposent des analyses notoirement diverses. Les Français d'autrefois, Maignan et Morel, faisaient du psychopathe un dégénéré constitutionnel portant dans son capital héréditaire son déséquilibre. Cette dégénérescence désignait une prise de pouvoir flagrante, bestiale et inhumaine, des pulsions instinctives sur la raison. « L'impulsivité, retrouvée çà et là dans les instruments modernes de diagnostic, est une trace ultime de cette conception » (Debray, 1995).

L'école anglaise, avec Pritchard en 1835 et Maudsley en 1879, définissait cette pathologie comme une anomalie de la morale : elle se réduisait à une transgression des lois et des usages, sans autre trouble adjacent de nature intellectuelle ou affective. Récemment, sous l'influence du comportementalisme, cette conception a été renforcée. L'expression de personnalité psychopathique a été remplacée par celle de personnalité antisociale et sa définition se cantonne, dans le DSM-III-R, à une énumération de transgressions diverses : destruction de biens, exercice d'une activité illégale, chômage de longue durée, voyage d'un lieu à un autre sans projet précis, malnutrition d'un enfant, etc. Elle se limite dans ce cadre à une description essentiellement sociale évitant l'abord psychologique, risquant dans la pratique l'inconvénient de laisser inclure dans la catégorie des personnalités antisociales des troubles, éventuellement circonstanciels, qui avaient une autre origine.

L'école germanique, avec Schneider (1923), est à l'origine du terme de personnalité psychopathique. Le trouble est ici conçu comme le dérèglement de certaines facultés psychologiques ; la transition est progressive par rapport à la personnalité normale. Schneider

décrit plusieurs types de personnalités psychopathiques en fonction de la dysrégulation concernée : psychopathes hyperthymiques, dépressifs, fanatiques, explosifs, et les psychopathes instables qui correspondent à ceux qui se rapprochent de l'abord DSM-III-R. Ce sont les impulsifs, les vagabonds, les gaspilleurs, les incendiaires, les kleptomanes.

Schneider s'interrogeait sur l'origine thymique ou épileptique de ces manifestations impulsives. Dans son évolution jusqu'à nos jours, le concept de personnalité psychopathique s'est enrichi diversement, en particulier dans la mouvance de la psychanalyse et du cognitivisme.

### **Critères diagnostiques DSM-III-R de la personnalité antisociale**

Age actuel supérieur ou égal à 18 ans

#### **A. Trouble des conduites apparu avant l'âge de 15 ans, comme en témoignent l'existence dans les antécédents d'au moins trois des manifestations suivantes :**

1-Faisait souvent l'école buissonnière.

2-A fugué du domicile de ses parents ou de ses tuteurs pendant toute une nuit au moins à deux reprises (ou au moins une fois s'il n'est pas retourné au domicile par la suite).

3-Etait souvent à l'origine de bagarres.

4-A utilisé à plusieurs reprises une arme pour se battre.

5-A contraint quelqu'un à avoir des activités sexuelles avec lui/elle.

6-A fait preuve de cruauté physique envers des animaux.

7-A fait preuve de cruauté physique envers d'autres personnes.

8-Destruction volontaire de la propriété d'autrui (à l'exception d'incendies volontaires).

9-A allumé volontairement des incendies.

10-Mentait souvent (sans que ce soit pour échapper à des sévices physiques ou sexuels).

11-A volé, sans être confronté directement avec la victime, à plus d'une occasion (inclure les activités de faussaire).

12-Vol avec confrontation directe avec la victime (p. ex. agression dans la rue, vol de sac à main, extorsion, vol à main armée).

**B. Mode de comportement irresponsable et antisocial depuis l'âge de 15 ans, comme en témoigne l'existence d'au moins quatre des manifestations suivantes :**

1-Incapacité à maintenir une activité professionnelle régulière, comme en témoigne l'une des manifestations suivantes (inclure les comportements similaires dans un cadre scolaire si le sujet est scolarisé) :

(a) Chômage prolongé pendant au moins six mois sur une période de cinq ans alors que le sujet aurait dû logiquement travailler et que des emplois étaient disponibles.

(b) Absences répétées du travail, non motivées par une maladie du sujet ou d'un membre de sa famille.

(c) Abandon de plusieurs emplois sans projets réalistes concernant d'autres activités professionnelles.

2-N'arrive pas à se conformer par son comportement aux normes sociales légales comme l'indique la répétition d'actes antisociaux passibles d'arrestation (que le sujet soit arrêté ou non), p. ex. destruction de biens, molestation, vol, exercice d'une activité illégale.

3-Irritabilité ou agressivité, indiquée par des bagarres ou des agressions répétées (sans que cela soit exigé par un emploi, ni par autodéfense ou pour défendre autrui) ; inclure ici la molestation de son conjoint ou son enfant.



4-Incapacité à respecter les obligations financières, indiquée par des dettes impayées ou l'incapacité à subvenir régulièrement aux besoins de ses enfants ou d'autres personnes à charge.

5-Incapacité à prévoir ou impulsivité, indiquée par l'une des manifestations suivantes ou par les deux :

(a) Voyage d'un lieu à un autre sans emploi prévu, sans projet précis pour le voyage ou sans idée précise de sa durée.

(b) Absence d'adresse fixe pendant un mois ou plus.

6-Absence de respect pour la vérité, indiquée par des mensonges répétés, par l'utilisation de pseudonymes, ou par des abus de confiance pour un plaisir ou un profit personnel.

7-Imprudence pour sa sécurité ou celle d'autrui, indiquée par une conduite en état d'ivresse ou des excès de vitesse répétés.

8-Si le sujet est parent ou tuteur, il se montre inapte à assurer son rôle de parent responsable, comme cela est indiqué par une ou plusieurs des manifestations suivantes :

(a) Malnutrition d'un enfant.

(b) Maladie d'un enfant liée à un manque d'hygiène élémentaire.

(c) Négligence à faire traiter un enfant gravement malade.

(d) Enfant laissé à la charge de voisins ou de proches n'habitant pas au domicile pour la nourriture ou le gîte.

(e) Absence de gardiennage d'un jeune enfant en cas d'absence des parents du domicile.

(f) Gaspillage répété, pour usage personnel, de l'argent nécessaire au ménage.

9-N'a jamais été exclusivement monogame plus d'un an.

10-Absence de remords (pense avoir eu raison de blesser, maltraiter ou voler autrui).

### **3.5) PERSONNALITE BORDERLINE**

Le concept de trouble limite de la personnalité découle de la notion déjà ancienne évoquée par Hugues en 1884, « d'état frontière entre folie et normalité » qui servit à désigner par défaut des patients inclassables ou particulièrement difficiles à traiter (Debray, 1995).

Les dénominations elles-mêmes sont diverses (états-limites, organisations limites, personnalités ou syndrome borderline), témoignant qu'il ne s'agit pas exactement d'un type de personnalité relativement fixe et défini, comme on l'entend pour les autres personnalités pathologiques. De fait, ces termes qualifient des sujets qui se situent, en fonction des conceptions de chaque auteur, aux frontières des névroses et des psychoses, ou bien qui appartiennent à l'un des deux groupes mais peuvent présenter certains caractères de l'autre, ou enfin qui constituent une lignée originale : ni névrotique, ni psychotique.

C'est essentiellement la diffusion des pratiques psychanalytiques qui a mis à jour cette notion, à partir des travaux de Stern (1938) et d'Eisenstein (1951). Deux conceptions semblent s'être succédé, concernant deux types de malades différents. Initialement, les états-limites caractérisaient des patients que l'on pourrait qualifier aussi de schizophrénies pseudo-névrotiques (Hoch et Polatin, 1949), et qui étaient susceptibles de présenter, au cours de la cure, des décompensations psychotiques que ne laissaient pas prévoir leurs symptômes névrotiques. Les symptômes névrotiques servent ici de protection contre la dissociation psychotique. Par la suite, avec Kemberg (1975) et Grinker (1968), les personnalités borderline qualifieront des états n'appartenant pas aux psychoses, malgré certaines expressions cliniques transitoires, et malgré certains mécanismes de défense révélés dans la cure, qui pourraient les y apparenter. Ces sujets montrent des carences d'organisation du Moi beaucoup plus profondes, et des modalités de défenses beaucoup moins structurées et efficaces que les névroses classiques. Il s'agit là d'une entité autonome où, derrière la variabilité et l'instabilité

extrêmes des manifestations cliniques, il existe des organisations stables et spécifiques de la personnalité, indépendante des névroses et des psychoses (Deniker, 1989).

Bergeret (1974), tout en gardant des conceptions analogues à celles de Kernberg, élargit un peu le concept d'état-limite. En se plaçant dans une optique du développement de la personnalité, il situe les états-limites comme une « astructuration », un mode d'organisation anaclitique de la personnalité, indépendant (et intermédiaire) des lignées structurales psychotiques et névrotiques. Cette troisième lignée anaclitique peut comporter des aménagements stables (caractériels, pervers, névrose de caractère, psychosomatique, pseudonormalité) et des décompensations dont les expressions cliniques rejoignent les descriptions habituelles.

Certains considèrent qu'elle constitue une forme clinique particulière (*subaffective disorders*) de troubles de l'axe I (Akiskal, 1985), une combinaison d'un trouble de l'humeur et de la personnalité (Frances, 1987), un niveau pathologique distinct de l'axe I et de l'axe II (Kernberg, 1984, Millon, 1981), voire un fourre-tout symptomatique de patients inclassables. (Debray, 1995).

### **Critères diagnostiques DSM-III-R de la personnalité borderline**

Mode général d'instabilité de l'humeur, des relations interpersonnelles et de l'image de soi-même, apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1-Instabilité et excès dans le mode de relations interpersonnelles exprimés avec intensité et caractérisés par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation.

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

3-Instabilité affective : changements marqués d'humeur avec passage de l'humeur de base à la dépression, à l'irritabilité, ou à l'anxiété, durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours.

4-Colères intenses et inappropriées ou manque de contrôle de la colère, p. ex. fréquents accès de mauvaise humeur, colère permanente, bagarres répétées.

5-Menaces, comportement ou gestes suicidaires ou comportement auto-mutilatoire répétés.

6-Perturbation marquée et persistante de l'identité caractérisée par une incertitude dans au moins deux des secteurs suivants : image de soi-même, orientation sexuelle, objectifs à long terme ou choix de carrière, type d'amis recherchés, choix des valeurs.

7-Sentiments permanents de vide ou d'ennui.

8-Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (ne pas inclure les comportements suicidaires ou auto-mutilatoires énumérés en [5]).

### **3.6) PERSONNALITE HISTRIONIQUE**

Le terme d'hystérie qui en grec signifie « matrice » ou utérus est apparu il y a plus de 4000 ans dans la médecine égyptienne. Avec la médecine antique (Hippocrate, Galien) l'hystérie est intégrée dans les maladies mentales.

Du point de vue de la personnalité, déjà au XVIIème siècle, Sydenham décrivait des particularités psychologiques chez les sujets présentant une hystérie (Lansier, 1993).

Pour s'en tenir à la personnalité hystérique, la notion ne se dégage de l'ensemble des manifestations hystériques qu'à la fin du siècle dernier. Elle a connu depuis lors une grande extension sans que sa définition y ait gagné en précision.

Alors que, pour Janet, « l'état mental des hystériques », c'est-à-dire leur personnalité, fait partie des stigmates de l'hystérie, Dupré déplace le centre de gravité de l'hystérie vers la

personnalité au sens le plus constitutionnel du terme : sa « constitution mythomaniacale » est le terrain sur lequel se développent les manifestations de l'hystérie.

Avec Freud, l'hystérie trouve son unité autour des notions de conversion et de refoulement, conséquences d'un conflit inconscient. La dynamique du trouble est transposée comme modèle théorique du développement et de l'organisation de la personnalité, structurée autour du conflit œdipien, éventuellement préparée par des fixations-régressions plus anciennes (Deniker, 1989).

Cependant, bien des auteurs s'opposent à l'unification de l'hystérie-névrose et de la personnalité hystérique : Schneider (1923) distingue radicalement les deux éléments et refuse l'idée que les réactions hystériques trouvent leur fondement dans les caractères hystériques. Il décrit, parmi les personnalités pathologiques, les « psychopathes qui ont besoin de se faire valoir », correspondant au versant histrionique et mythomaniacale des hystériques.

Ses traits sont à l'origine de l'individualisation par le DSM-IV et la CIM-10 de la personnalité histrionique.

*« Ne craignant rien davantage que de passer inaperçu, l'hystérique met tout en œuvre pour attirer l'attention, plaire et séduire : théâtralité de la présentation (parures, vêtements), hyperexpressivité des attitudes posturales et mimiques (jeux de regard, battement de cils), souci d'attirer, besoin de resplendir, discours " expressionniste " mais pauvre en contenus. Rien n'est trop beau pour l'hystérique. L'apparence est impersonnelle et empruntée aux stéréotypes de la mode (le " look ") ou aux célébrités. L'action est organisée à partir de modèles excitant le désir de l'autre : star sexy, héros blessé, invalide respectable. L'histrionisme est doublé par l'inauthenticité : jouer un rôle et un personnage pour ne pas percevoir le défaut fondamental à être soi-même, plasticité des identifications. Le sentiment d'impuissance à être est souvent exprimé avec émotion, à la différence des personnalités narcissiques et limites.*

*La théâtralité se double d'un défaut de contrôle émotionnel, lors des frustrations et déceptions. Ce défaut associé au besoin d'attirer l'attention est considéré aussi comme une variante d'hystérie, d'essence tempéramentale. La vie psychosexuelle est souvent insatisfaisante mais masquée par la séduction et l'étatisation des préliminaires.*

*Les relations interpersonnelles (amicales, professionnelles), aisément nouées, sont d'essence narcissique, variablement érotisées et obéissant peu à la réciprocité. L'habileté à nuancer ces stratagèmes défensifs détermine leur réussite » (Escande, 1996).*

## **Critères diagnostiques DSM-III-R de la personnalité histrionique**

Mode général de réponse émotionnelle excessive et de quête d'attention, apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

- 1-Recherche ou exige constamment rassurement, approbation ou éloges.
- 2-Aspect ou comportement de séduction sexuelle inadaptée.
- 3-Préoccupation excessive par le souci de plaire physiquement.
- 4-Exagération inadaptée de l'expression des émotions, p. ex. étroit des connaissances de rencontre avec une ardeur excessive, sanglote de manière incontrôlable pour des motifs sentimentaux mineurs, présente des accès de colère.
- 5-Est mal à l'aise dans des situations où il/elle n'est pas au centre de l'attention d'autrui.
- 6-Expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante.
- 7-Egocentrisme, comportement visant à obtenir une satisfaction immédiate ; intolérance à la frustration et à tout retard pour une gratification.
- 8-Manière de parler trop subjective mais pauvre en détails, p. ex. quand on demande au sujet de décrire sa mère, il ne peut être plus précis que « c'était une personne fantastique ».

### **3.7) PERSONNALITE NARCISSIQUE**

Le concept de narcissisme a été initialement utilisé par Freud de façon restrictive pour expliquer le choix d'objet homosexuel masculin. A mesure que les psychanalyses des pathologies de caractère hystérique, obsessionnel, phobique ne remplissaient plus leurs promesses thérapeutiques et conduisaient certains à renoncer à l'« idée incurable » de

guérison (Pontalis, 1978), « les personnalités narcissiques, initialement considérées comme inanalysables, car proches de la psychose, connaissent un intérêt croissant, notamment dans les œuvres de Kernberg (1975) et Kohut (1971), au point d'accéder au rang des meilleures indications de la psychanalyse » (Debray, 1995).

Dans le groupe 2 de l'axe II du DSM-III-R, les personnalités narcissiques côtoient les personnalités limites, les histrioniques et les antisociales avec lesquelles elles pourraient être confondues tant elles présentent de traits communs. Un meilleur contrôle émotionnel et attentionnel les en distingue principalement et contribue probablement à une meilleure réussite sociale (Debray, 1995).

La description du DSM-III-R qui trouve son origine dans celle issue du caractère narcissique-phallique de Reich (comportement hyperactif, ambition et confiance en Soi sans limite, amour de la domination contrastant avec l'échec d'une sexualité hétérosexuelle) s'en est éloignée assez largement. A la problématique génitale (phallique) initiale, s'est substituée progressivement une conception beaucoup plus proche de la relation d'objet primaire. Pour Bergeret (1974), les personnalités narcissiques et borderline se confondent dans la lignée des astructurations.

Il existe un certain nombre de traits communs aux personnalités borderlines, psychopathique, narcissique et hystérique (histrionique et dépendante). De fait, il est assez difficile d'imaginer qu'il s'agisse là, pour chacune, d'une entité bien délimitée : L'effort d'individualisation de types définis n'a pas empêché les auteurs du DSM-III de prévoir que plusieurs de ces diagnostics pouvaient être portés à propos du même sujet, confirmant par là que ces types, tirés de l'expérience clinique, connaissent de nombreux états intermédiaires et ont encore besoin d'être validés (Deniker, 1989).

La personnalité narcissique se caractérise par un sentiment grandiose de Soi (surestimation de ses capacités, de ses réalisations ou de l'intérêt de ses propres problèmes), des fantasmes de succès sans limite, un besoin exhibitionniste d'attirer l'attention et l'admiration sur soi, et, lorsque l'estime de soi est menacée, des sentiments d'indifférence froide ou de colère, de honte, d'humiliation ou de vide. Il existe aussi des perturbations relationnelles interpersonnelles : un sentiment d'« avoir droit », une exploitation d'autrui, des oscillations entre l'idéalisation et la dévalorisation et un manque d'empathie.



## Critères diagnostiques DSM-III-R de la personnalité narcissique

Mode de fonctionnement général de type grandiose (dans les fantaisies imaginatives ou le comportement), caractérisé par un manque d'empathie et une sensibilité exagérée au jugement des autres, apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1-Réagit aux critiques par des sentiments de rage, de honte ou d'humiliation (même si cela n'est pas exprimé).

2-Exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins.

3-A un sens grandiose de sa propre importance, p. ex. surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnu comme « exceptionnel » sans avoir accompli quelque chose en rapport.

4-Pense que ses problèmes sont uniques et ne peuvent être compris que par des gens exceptionnels.

5-Est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, d'éclat, de beauté ou d'amour idéal.

6-A le sentiment que les choses lui sont dues : s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable, p. ex. suppose qu'il/elle ne doit pas attendre dans une queue comme les autres.

7-Réclame une attention et une admiration constantes, p. ex. passe son temps à chercher des compliments.

8-Manque d'empathie : incapacité à reconnaître et à ressentir ce qu'éprouvent les autres, p. ex. irritation ou surprise si un ami annule un rendez-vous parce qu'il est gravement malade.

9-Préoccupation par des sentiments d'envie ou de jalousie.



### **3.8) PERSONNALITE EVITANTE**

Cette catégorie apparaît pour la première fois dans les « personnalités névrotiques évitant les contacts interpersonnels » de Karen Horney en 1945, personnalités pour lesquelles « l'association à d'autres personnes est une contrainte intolérable, qui choisissent, de ce fait, la solitude comme moyen principal d'évitement, et manifestent une tendance habituelle à supprimer tout sentiment, voire à dénier leur existence même. » (Debray, 1995).

La taxonomie d'inspiration comportementale et biosociale de Millon (1985) fut à l'origine de la création de cette catégorie. Elle fut d'emblée vivement attaquée en raison de son inconsistance clinique et de la difficulté à la différencier des personnalités schizoïdes. Cette critique ne fut pas confirmée par une étude comparée de Trull et al. (1987) qui plaida au contraire pour son maintien et l'éviction de la personnalité schizoïde, jugée par ces auteurs dépourvue d'intérêt clinique véritable. Par ailleurs, aucune prévalence liée au sexe ne put être mise en évidence (Reich, 1987). Ceci allait à l'encontre du sexe ratio largement en faveur du sexe féminin (2/3) dans les troubles anxieux, notamment les troubles paniques, donc plutôt en faveur d'une personnalité évitante distincte de l'anxiété-état susceptible d'influencer durablement la personnalité (Debray, 1995).

La personnalité évitante apparaît dans le DSM-III (1980) sur les vestiges du « caractère phobique » issu des concepts psychanalytiques.

La personnalité évitante est donc caractérisée par un retrait social important de type phobie sociale, mais se démarque des schizoïdes qui n'ont pas de désir de relation avec autrui. Leur isolement est dû à une hypersensibilité au rejet et le désir de relation existe. Ces personnalités se rapprochent des personnalités sensibles.

#### **Critères diagnostiques DSM-III-R de la personnalité évitante**

Mode général de gêne en situation sociale, de peur d'être jugé défavorablement par les autres et de timidité apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :

- 1-Est facilement blessé par la critique ou la désapprobation d'autrui.
- 2-N'a pas d'ami proche ou de confident (ou seulement un) en dehors des parents du premier degré.
- 3-Réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé.
- 4-Evite les activités sociales ou professionnelles qui entraînent des contacts importants avec autrui, p. ex. refuse une promotion impliquant des exigences sociales accrues.
- 5-Reste réservé dans les situations sociales par peur de dire des choses inadaptées ou stupides ou d'être incapable de répondre à une question.
- 6-Craint d'être embarrassé par le fait de rougir, de pleurer ou de montrer des signes d'anxiété devant d'autres personnes.
- 7-Exagère les difficultés potentielles, les dangers physiques, ou les risques entraînés par une activité ordinaire mais différente de sa routine habituelle, p. ex. peut renoncer à des activités sociales parce qu'il pense qu'il serait épuisé par le déplacement.

### **3.9) PERSONNALITE DEPENDANTE**

La personnalité dépendante tire son origine des personnalités passives orales (Abraham, 1908), psycho-infantiles de Lindberg (1963) et infantiles de Kernberg (1967), qui avaient pour dénominateur commun la peur de la sexualité, le doute, la passivité et un constant besoin de réassurance (Debray, 1995).

Elles firent une première apparition dans le DSM-I (1952) sous le nom de personnalité passive-dépendante, forme clinique de la personnalité passive-agressive et disparurent dans le DSM-II (1968). Bien qu'entre temps leur existence même ait été remise en cause, elles persistent dans le DSM-III-R et IV et se caractérisent par un besoin excessif et envahissant

d'être pris en charge, qui conduit à un comportement de soumission, de cramponnage et de crainte des séparations.

### **Critères diagnostiques DSM-III-R de la personnalité dépendante**

Mode général de comportement dépendant et soumis, apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1-Est incapable de prendre des décisions dans la vie de tous les jours sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui.

2-Laisse autrui prendre la plupart des décisions importantes le concernant, p. ex. où habiter ou quel emploi prendre.

3-Se montre « d'accord » avec les gens, même quand il/elle pense qu'ils se trompent, par crainte d'être rejeté.

4-A du mal à mettre en route des projets ou à faire des choses seul(e).

5-Se porte volontaire pour faire des choses désagréables ou dévalorisantes pour se faire aimer par les autres.

6-Se sent mal à l'aise ou impuissant quand il/elle est seul(e) ou fait des efforts considérables pour éviter d'être seul(e).

7-Se sent annihilé ou impuissant quand une relation proche s'interrompt.

8-Est fréquemment préoccupé par la crainte d'être abandonné.

9-Est facilement blessé quand il est critiqué ou désapprouvé par autrui.

### 3.10) PERSONNALITE OBSESSIONNELLE-COMPULSIVE

La personnalité obsessionnelle, tel qu'on la décrit actuellement, est la résultante de plusieurs conceptions d'origines différentes que l'on peut résumer à la psychasthénie de Janet, au caractère anal de Freud et la personnalité anankastique de Schneider.

#### *psychasthénie*

La psychasthénie de Janet se rapproche de la personnalité obsessionnelle en évoquant la tendance aux obsessions et aux compulsions mais elle s'en éloigne aussi en évoquant également la symptomatologie dépressive, la schizoïdie ou la personnalité sensitive.

De fait, Kretschmer décrit deux variantes de la personnalité sensitive : l'une paranoïaque sensitive et l'autre de type psychasthénique-obsessionnelle.

Enfin, certains auteurs comme Bergeret tendent à considérer la psychasthénie comme une variété de caractère narcissique, reposant sur une organisation limite.

#### *Caractère anal*

La description initiale de Freud (complétée ultérieurement par Jones, Abraham, Grunberger) est fondée sur l'observation de sujets présentant un érotisme anal excessivement développé. Elle comporte la triade classique : ordre, parcimonie, obstination. Les traits du caractère anal associent des traces directes des pulsions originelles (érotisme anal et agressivité sadique), des formations réactionnelles à ces pulsions et la résultante de la sublimation de celles-ci. Par le jeu des formations réactionnelles, les conduites s'ordonnent à partir de couples de tendances opposées (conservation-destruction, rétention-réjection, activité-passivité) qui expliquent la diversité des traits attribués au caractère anal (Deniker, 1989).

#### *Personnalité anankastique*

Décrite par Schneider, c'est la personnalité qui correspond le plus étroitement à la personnalité obsessionnelle. Il s'agit de sujets excessivement soigneux, corrects, minutieux et volontiers pédants. Leur caractère inquiet est marqué de sentiments permanents d'insuffisance et de

culpabilité et ils compensent leur inquiétude de façon quelque peu contrainte et forcée. Les doutes, les obsessions, les compulsions et les rituels surgissent du sentiment de culpabilité.

### **Critères diagnostiques DSM-III-R de la personnalité obsessionnelle compulsive**

Mode général de perfectionnisme et de rigidité, apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1-Perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches, p. ex. incapacité à achever un projet parce que des exigences personnelles trop strictes ne sont pas remplies.

2-Préoccupation par les détails, les règles, les inventaires, l'ordre, l'organisation ou les plans à tel point que le but principal de l'activité est perdu de vue.

3-Exigence déraisonnable pour que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses ou réticence déraisonnable à laisser les autres faire quelque chose à cause de la conviction qu'ils ne le feront pas correctement.

4-Dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'exclusion des activités de loisir et des relations amicales (sans que cela soit expliqué par des impératifs économiques évidents).

5-Indécision : la prise de décision est évitée, repoussée ou traîne en longueur, p. ex. le sujet ne peut pas achever ses tâches dans le délai imparti à cause de ruminations sur des questions de priorité (ne pas tenir compte ici de l'indécision due au besoin excessif d'être conseillé ou rassuré par autrui).

6-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).

7-Restiction de l'expression de l'affection.

8-Manque de générosité pour donner de son temps, son argent ou des cadeaux quand cela ne doit pas déboucher sur un gain personnel.

9-Incapacité à jeter des objets usés ou sans valeur même quand ils n'ont pas de valeur sentimentale.

### **3.11) PERSONNALITE PASSIVE-AGRESSIVE**

La personnalité passive-agressive fut décrite en 1945 par les militaires américains qui se trouvaient confrontés à des conscrits immatures et récalcitrants. En 1952, cette personnalité fit son apparition dans le DSM-I.

La personnalité passive-agressive correspond en fait à une description assez ancienne.

Dans le champ psychiatrique cette personnalité a été décrite aux marges des tempéraments dépressifs. Kraepelin en 1913, avec la « disposition irritable », évoque des sujets qui ont une vision régulièrement négative des événements, Aschaffenburg en 1922 décrit les personnalités insatisfaites, « mécontents et toujours blessés » ; Hellpach en 1920 repère, sous le nom d'amphithymie, des « individus à l'humeur fondamentale insatisfaite de la vie, qui doutent de leur efficacité et ruminent sur le qu'en dira-t-on ». Dans le cadre plus général des psychopathes dépressifs, Schneider (1923) réserve une place pour les dépressifs moroses qui sont « froids, égoïstes, grognons et rageurs, irritables et ronchonners, voire pervers et méchants » et « qui se réjouissent presque si cela va de travers » (Schneider, 1923).

L'attitude d'opposition frappe par son caractère sournois hypocrite et détourné. Le sujet passif-agressif, maussade et boudeur n'obéit pas vraiment aux consignes, remet au lendemain, agit avec lenteur, fait de l'obstruction sans déclarer de façon officielle son adversité.

#### **Critères diagnostiques DSM-III-R de la personnalité passive-agressive**

Mode général de résistance passive à des demandes de fournir des performances adéquates, sociales ou professionnelles, apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1-Procrastination, c'est-à-dire remet au lendemain des choses qui doivent être faites de telle sorte que les délais ne sont pas respectés.

2-Devient boudeur, irritable ou raisonneur quand on lui demande de faire des choses qu'il ne veut pas faire.

3-Semble faire avec une lenteur délibérée ou mal les tâches qu'il/elle n'a en réalité pas envie de faire.

4-Se plaint, sans justification, de ce que les autres ont, à son endroit, des exigences insensées.

5-Evite les obligations en alléguant les avoir « oubliées ».

6-Pense travailler beaucoup mieux que ce que les autres croient.

7-Se froisse quand les autres lui font des suggestions utiles pour être plus productif.

8-Gêne les efforts des autres en ne faisant pas sa part du travail.

9-Critique ou méprise sans raison les gens qui occupent des postes de commandement.

### **3.12) TROUBLES NON SPECIFIES DE LA PERSONNALITE**

Il s'agit de troubles du fonctionnement de la personnalité qui ne peuvent être classés parmi les troubles spécifiques de la personnalité. Il peut s'agir par exemple de traits appartenant à plusieurs troubles spécifiques de la personnalité mais ne répondant à la totalité des critères d'aucun de ces troubles, tout en causant un handicap significatif dans le fonctionnement social ou professionnel ou une souffrance subjective. Le DSM-III recourait dans ce cas, au terme de trouble mixte de la personnalité.

Cette catégorie peut également être utilisée quand le clinicien estime qu'il faut porter le diagnostic d'un Trouble spécifique de la personnalité non inclus dans cette classification. Exemples : Personnalité impulsive, Personnalité immature, Personnalité à conduite d'échec ou Personnalité sadique.



## IV. OUTILS D'ÉVALUATION DE LA PERSONNALITÉ

### 1) INTRODUCTION

Comme nous l'avons envisagé dans le chapitre traitant des théories de la personnalité, les troubles de la personnalité peuvent, dans une perspective dimensionnelle, être considérés comme des déviations purement quantitatives de certains traits de personnalité.

Le DSM et la CIM, qui correspondent aux deux systèmes internationaux de classification des troubles mentaux, ont adopté une description catégorielle et athéorique des troubles de la personnalité. Il n'y a cependant pas d'exclusion mutuelle entre les deux approches, et les modèles dimensionnels, plus utilisés par les psychologues, permettent des correspondances avec la nosographie catégorielle des troubles de la personnalité.

#### **Approche catégorielle des troubles de la personnalité.**

##### Les classifications internationales des troubles de la personnalité

Schneider (1923), en décrivant dix « personnalités psychopathiques », a le premier tenté de catégoriser les troubles de la personnalité. Les « personnalités psychopathiques » étaient des « personnalités anormales qui souffrent de par leurs anomalies, et à travers lesquelles la société souffre ».

Pour la première fois en 1980 avec la publication du DSM-III, des critères diagnostiques pour l'ensemble des troubles de la personnalité ont été disponibles. Le regroupement des troubles de la personnalité sur un axe indépendant de celui des symptômes psychiatriques et l'établissement de critères pour le diagnostic de trouble de la personnalité, a entraîné un regain d'intérêt et une multiplication des travaux de recherche dans le domaine des troubles de la personnalité.

Les définitions des troubles de la personnalité dans les deux classifications internationales actuelles, DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, fourth edition) et CIM 10 (Dixième édition de la Classification Internationale des Maladies) sont très proches, et contiennent les mêmes idées directrices



- permanence et stabilité du trouble.
- conséquences du trouble (souffrance personnelle ou dysfonctionnement social).
- apparition du trouble au début de l'adolescence ou de l'âge adulte.
- référence aux normes culturelles de l'individu.

Les deux classifications reposent sur le même système de critères diagnostiques (chaque trouble de la personnalité est décrit par une liste de manifestations dont un nombre minimal est requis pour le diagnostic) selon un format polythétique (chaque critère est considéré comme présent lorsqu'un nombre suffisant d'éléments constitutifs sont conjointement réunis sans que chacun d'entre eux soit obligatoire ou qu'aucun d'eux ne soit présent chez tous) (Pham, 1998).

Les deux classifications sont également semblables de par leur volonté de ne faire référence à aucune théorie en particulier.

Le DSM-III-R décrit onze troubles de la personnalité tandis que le DSM-IV en décrit dix, alors que la CIM 10 n'en décrit que huit.

Malgré la publication en 1980 des critères diagnostiques du DSM-III et l'individualisation des troubles de la personnalité sur l'Axe II, le diagnostic de trouble de la personnalité après un entretien clinique restait peu fiable.

Des instruments standardisés (entretiens structurés et questionnaires) permettant le diagnostic de trouble de la personnalité ont donc été créés et ils constituent l'objet du paragraphe suivant.

## 2) INTERETS ET LIMITES DES INSTRUMENTS CATEGORIELS

Pham et Guelfi dans un article de 1998 traitant de l'évaluation et du diagnostic des troubles de la personnalité, notent les intérêts suivants en ce qui concerne les tests standardisés mis au point dans la lignée des catégories diagnostiques de l'axe II du DSM-III-R.

*-« L'utilisation de ces instruments standardisés de diagnostic a indiscutablement amélioré la fidélité interjuges par rapport à celle des diagnostics cliniques portés après un entretien non standardisé ».*

-Cependant, les coefficients kappa de fidélité obtenus sont encore inférieurs à ceux auxquels on aboutit lors de l'emploi d'instruments standardisés de diagnostic de troubles de l'Axe I, cette différence étant sans doute due à la nature et à la complexité du diagnostic de trouble de la personnalité.

-On obtient avec ces instruments une meilleure sensibilité au détriment de la spécificité qui reste faible quelques soient les études. Les diagnostics doubles, triples voire quadruples de trouble de la personnalité ne sont pas rares ; Camus et al. (1997) dans leur étude portant sur 37 sujets âgés évalués par le VKP, constatent parmi les sujets présentant un trouble de la personnalité que 37% ont un diagnostic simple, 25% ont un diagnostic double et 37% ont un diagnostic au moins triple.

*« Certains spécialistes de la question (Frances) considèrent qu'une approche dimensionnelle des troubles de la personnalité décrirait mieux la réalité clinique sachant que les troubles de la personnalité seraient des variantes extrêmes dans certaines dimensions de personnalité »* (Pham et Guelfi, 1999).

-Les études de validation des instruments catégoriels sont longues et délicates à réaliser.

-On peut retenir que les qualités métrologiques varient :

1-selon l'instrument utilisé (meilleures avec les entretiens semi-structurés) .

2-selon le trouble de la personnalité (quel que soit l'instrument, les meilleurs résultats sont obtenus avec la personnalité antisociale) ;

3-selon l'intervalle de temps entre deux évaluations (diminution de la fidélité test-retest avec l'accroissement de l'intervalle de temps) ;

4-selon les cotateurs (meilleurs résultats toujours obtenus avec l'équipe qui a mis au point l'instrument).

En conclusion, les instruments catégoriels de diagnostic de trouble de la personnalité représentent un progrès en termes de fidélité diagnostique mais restent peu spécifiques.

Il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus concernant le choix de l'instrument (à déterminer en fonction des objectifs de l'étude, du nombre de patients à évaluer, des moyens disponibles pour la réalisation de l'étude... ) (Pham et Guelfi, 1998).

### **3) PRINCIPAUX OUTILS CATEGORIELS UTILISES A L'ECHELLE INTERNATIONALE**

La grande majorité des études internationales traitant des troubles de la personnalité selon l'approche catégorielle utilisent le SIDP, le SCID, l'IPDE et le PDQ. Ces outils sont brièvement présentés dans le paragraphe suivant d'après (Perry et al, 1992) et (Pham et al, 1999).

#### **3.1) QUESTIONNAIRES SEMI-STRUCTURES DE DIAGNOSTIC DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE**

**SIDP-IV : Structured Interview for DSM-IV Personality (Pfohl et al, 1995).**

C'est le premier entretien semi-structuré mis au point pour le diagnostic de l'ensemble des troubles de la personnalité selon le système DSM (1985).

Le SIDP-IV est constitué de 86 séries de questions (chacune permettant d'évaluer un critère de trouble de la personnalité), préférentiellement regroupées en 10 sections thématiques (travail, relations sociales, perception de soi... ) plutôt que par diagnostic.

Toutes les fois qu'un informant bien informé est disponible, l'interviewer est encouragé à lui poser une partie des questions. Si un désaccord survient entre la réponse du patient et de l'informant, le critère est coté sur la base de la réponse la plus valable.

La durée de passation est d'une heure environ.

Il existe une traduction française (Pham et Guelfi, 1996) de la version SIDP-IV.

### **SCID-II : Structured Clinical Interview for DSM-IV (Spitzer et al, 1987).**

Cet outil permet le diagnostic des 11 troubles de la personnalité du DSM-III-R ainsi que de la personnalité à conduite d'échec normalement contenue dans les troubles non spécifiés de la personnalité. Les questions sont organisées par diagnostic, ainsi, tous les critères apparentés à un trouble sont évalués ensemble.

Les investigateurs sont encouragés à poser des questions supplémentaires pour clarifier les réponses ambiguës, bien que les questions clarificatives ne soient pas spécifiées.

Le SCID-II et le SIDP sont les deux instruments les plus utilisés internationalement lors de travaux de recherche.

### **IPDE : The International Personality Disorder Examination (Loranger et al, 1994).**

L'IPDE est le plus complet des instruments de diagnostic de trouble de la personnalité (développé sous l'égide de l'OMS), permettant des diagnostics selon le DSM-III-R/IV et la CIM-10. Sa durée de passation est d'environ 3 heures ; une évaluation en deux séances est préconisée. Une version française traduite du néerlandais par Pull et al. (1991) est disponible et c'est l'outil que nous avons choisi pour notre étude ; il s'agit de la version française du VKP.

La version de 1988 inclut en plus le diagnostic des personnalités à conduite d'échec et sadique normalement contenues dans les troubles non spécifiés de la personnalité ; On arrive ainsi à 13 troubles diagnostiqués avec cet instrument et ses différentes traductions dont le VKP.

Cet instrument a été traduit et validé en 12 langues.

Pour mémoire nous citons brièvement les trois entretiens semi-structurés suivants mais ceux-ci sont moins utilisés que les précédents.

**DIDP : Diagnostic Interview for Personality Disorders (Zanarini et al, 1987).**

Cet entretien semi-structuré permet lui aussi des diagnostics de trouble de la personnalité selon le système DSM.

Durée de passation : 60-90 minutes.

**PIQ-II : Personality Interview Questions (Widiger et al, 1987).**

Cet entretien semi-structuré peut être utilisé par un non-clinicien.

Il permet en une à deux heures d'aboutir à des diagnostics de troubles de la personnalité selon le DSM.

**SAP: Standard Assessment of Personality (Pilgrim, 1990).**

Cet entretien semi-structuré permet l'évaluation des troubles de la personnalité (selon le DSM-III-R et la CIM-10) d'un patient uniquement à partir de l'entretien avec un proche du patient (une demi-heure environ, possible par téléphone).

### **3.2) AUTOQUESTIONNAIRES DE DIAGNOSTIC DE TROUBLE DE LA PERSONNALITE**

**Personality Diagnostic Questionnaire-Revised (Hyer et al, 1990).**

Cet autoquestionnaire permet à partir de réponses en «oui/non » du patient à 152 questions de faire un diagnostic de trouble de la personnalité selon le DSM.

Le PDQ-R permet le diagnostic des 11 troubles de la personnalité du DSM-III-R et aussi de la personnalité à conduite d'échec normalement contenue dans les troubles non spécifiés de la personnalité.

Il existe une version française publiée par Parmentier. Le PDQ-R est un instrument sensible mais assez peu spécifique et donc plus souvent utilisé pour un dépistage.

#### **4) LE VKP**

##### **4.1) CHOIX DU VKP**

Quand nous avons pensé le sujet de cette thèse, il restait à choisir l'outil principal du travail à savoir le questionnaire de personnalité. Dans un premier temps, il fut question du MMPI. Cet outil dimensionnel nous intéressait parmi les questionnaires de personnalité, du fait de sa précision (567 items), et de la reconnaissance internationale qu'il reflète, mais deux obstacles importants nous firent renoncer.

D'une part, le nombre très élevé d'items (567) constituait une difficulté en soi pour des patients âgés qui pouvaient se lasser, refuser le test ou bâcler les réponses pour en finir plus vite. Donc, difficultés de recueil et de surcroît nécessité d'être assisté par un psychologue pour une bonne interprétation des réponses.

Enfin, les diagnostics donnés par le MMPI ne sont pas équivalents à ceux énoncés dans le DSM car il s'agit d'un outil dimensionnel, ce défaut de standardisation ayant tendance à marginaliser les résultats aux vues des travaux déjà publiés.

Le MMPI apparaît donc comme un excellent outil d'évaluation des troubles de la personnalité dans une dimension individuelle et psychologique mais se prête mal aux études épidémiologiques.

Nous avons également songé au questionnaire tridimensionnel de personnalité de Eysenck. Cet outil a l'avantage de limiter l'étude à trois profils (psychotique, névrotique et extraversion/introversion) et donc de rendre des résultats plus fiables avec un petit échantillon de patients. L'inconvénient là aussi est double : Les travaux effectués avec ce test sont vieillissants et non standardisés dans les critères DSM faisant référence actuellement. Il restait donc à choisir un outil catégoriel standardisé dans les classifications internationales, traduit en français et dont les contraintes de passation et d'interprétation seraient adaptées à nos moyens et à la population à étudier.

Passation :

Au début de l'entrevue, il est donné au sujet l'instruction suivante : « le propos de ce questionnaire est de déterminer quelle sorte de personne vous êtes. Le but est de mettre en évidence les traits de personnalité qui vous caractérisent tout au long de votre vie, et non pas seulement ces dernières années ».

Les questions sont regroupées sous six titres : le travail, soi, les rapports interpersonnels, les sentiments, l'examen de la réalité et le contrôle des impulsions.

Les sections sont introduites en libre discussion, ce qui offre au patient une occasion de discuter le sujet avant de répondre à la question qui suit.

Les critères diagnostiques, leur nombre, et le nom du désordre auxquels ils appartiennent, sont plus importants que les questions conçues pour les évaluer.

Le score mesuré est basé sur la convention qu'un comportement ou trait peut être absent ou normal (0), exagéré ou accentué (1), présent à un niveau pathologique (2) : quand un critère est non applicable à la personne interrogée, l'item est coté (NA).

Quant la personne interrogée refuse de répondre à une question, ou quand elle annonce qu'elle est incapable d'y répondre, alors le clinicien encercle le (?).

L'étendue et la signification de chaque critère sont définies dans une grille de cotation, qui fournit aussi les points d'ancre et principes pour coter.

La réponse initiale qui suggère une évaluation positive est rarement suffisante pour marquer un critère. Les réponses positives doivent être augmentées et soutenues par l'apport convaincant des descriptions, exemples, anecdotes, et détails supplémentaires.

L'IPDE, pour la cotation, a une seconde colonne pour les données venant de l'informateur. Si l'interviewer a des informations d'informateur fiable qui contredit clairement les réponses du sujet en ce qui concerne des critères particuliers, il peut marquer le critère dans la colonne d'informateur. Dans le score final, les scores du sujet seront corrigés à la faveur de ceux issus des informateurs.

L'IPDE requiert usuellement 3 heures de passation.

Score final :

Le score final, qui a été clairement évalué à l'aide de la grille de cotation fournit les informations suivantes pour chaque trouble de la personnalité du DSM-III-R et de l'ICD-10 :



## V. LA DEPRESSION DU SUJET AGE

### 1) RAPPEL HISTORIQUE

Les termes « manie » et « mélancolie » remontent à l'antiquité grecque. Le premier qualifiait toutes formes de folies, le second signifiait, pour Hippocrate, une affection des humeurs reliée à une montée de la bile noire au cerveau. Aristote, philosophe mais aussi précurseur de la méthode scientifique d'observation objective, s'étonnait de ce que les artistes et les penseurs aient un penchant à la tristesse. La Bible fait également allusion aux états dépressifs de Job, de Saül et à la culpabilité repentante de David (Duguay et al, 1981).

Le mot « manie » est resté longtemps synonyme de « folie », de l'Antiquité jusqu'à Pinel (1745-1826), qui désigne ainsi tout « délire général ». Son élève Jean Esquirol (1772-1840) extrapolera, de la manie totale, une manie partielle gaie et une manie partielle triste à savoir la monomanie et la lypémanie.

Ce n'est qu'avec Baillarger, Falret (1794-1870) et Kraepelin (1856-1926) que seront décantés, de la manie et de la mélancolie, les délires de persécution, les catatonies et les états de stupeur et de confusion, pour laisser émerger des notions de manie et de mélancolie pure qualifiées diversement de folies circulaires, de folies à double forme et de psychose maniaco-dépressive. L'existence de cette entité morbide regroupant les deux contraires, manie et mélancolie, amena Kraepelin à faire de la « folie » maniaco-dépressive le deuxième pilier de la nosographie moderne, aux côtés de la démence précoce (schizophrénie).

Au début du XXème siècle, la psychanalyse viendra extirper les névroses du magma des maladies mentales et assimilera la mélancolie à une réaction de deuil anormale.

Avec l'avènement des antidépresseurs, on créera le concept de dépression endogène, par opposition à la dépression réactionnelle. L'essor de la psychopharmacologie couplé au développement récent de la biopsychiatrie est venu remettre en question les classifications traditionnelles en suscitant les appellations nouvelles de dépressions primaire et secondaire, psychoses uni et bipolaire, états dysphoriques, etc.



Par opposition, certains auteurs sont séduits par la notion de dépression unique s'étalant sur une échelle de gravité, sur un « continuum » entre la tristesse normale, le deuil anormal, les dépressions réactionnelles, les dépressions névrotiques, les dépressions endogènes, les formes dépressives de la psychose maniaco-dépressive, les dépressions psychotiques et la mélancolie. Cette approche particulière a suscité la notion de « crescendo » dépressif (de plus ou moins grave, de faible ou de grande intensité) pour aboutir au concept de dépression mineure et majeure du DSM-III (Duguay et al, 1981).

## **2) EPIDEMIOLOGIE DE LA DEPRESSION DU SUJET AGE**

Comme le précise Clément (1996), la dépression du sujet âgé est sous-diagnostiquée du fait de la complexité et des différentes formes que peut prendre le tableau clinique.

*« La difficulté à reconnaître la dépression chez le sujet âgé est liée aux modifications somatiques contemporaines du vieillissement, à l'intrication fréquente avec des maladies somatiques et à l'acceptation trop facile que la personne âgée puisse être normalement triste et ralentie. Ainsi on estime que, dans 40 % des cas, la dépression n'est pas diagnostiquée »* (Clément, 1996).

### **Epidémiologie de la dépression**

Outre les différences de prévalence remarquées selon les critères et les méthodes choisies, certains éléments augmentent la difficulté d'avoir une prévalence exacte chez le sujet âgé : les troubles dépressifs durent plus longtemps et ils rechutent plus facilement ; ils sont souvent mal diagnostiqués et masqués par des problèmes somatiques. Enfin, la difficulté principale réside dans la différence entre maladie dépressive et symptômes d'allure dépressive. Probablement un tiers des sujets de plus de 65 ans a des symptômes dépressifs, mais ils sont temporaires et associés à des maladies physiques concomitantes et à des difficultés sociales (Clément, 1996).

La grande majorité de la littérature publiée récemment sur les troubles de la personnalité portant essentiellement sur l'individu d'âge adulte, il était intéressant d'étudier ce concept dans le cas du sujet âgé de plus de 65 ans.

L'objectif de cette recherche à travers l'étude d'une population constituée, d'une part de sujets âgés ayant présenté leur premier accès dépressif avant 65 ans, et d'autre part de sujets âgés ayant présenté leur premier épisode dépressif après 65 ans, est de mettre en évidence des différences au niveau des profils de personnalité pathologique associée aux dépressions tardives et aux dépressions précoces.

## **2) OBJECTIFS DE L'ETUDE ET HYPOTHESES PREALABLES**

D'abord, et comme nous l'avons mentionné précédemment, l'objet principal de ce travail est de tenter de démontrer l'existence éventuelle d'un profil de risque associé à la dépression du sujet âgé selon son mode de début, précoce ou tardif.

Le facteur de risque principal ici recherché serait un ou plusieurs troubles de personnalité préexistants au trouble dépressif du sujet âgé selon son mode de début.

L'hypothèse que nous formulons est que la prévalence d'un trouble de la personnalité devrait être accrue dans les épisodes dépressifs à début précoce. C'est notre expérience clinique ainsi que les données de la littérature qui nous permettent de le penser, mais quel type de trouble sera concerné pour ce qui est du sujet âgé ?

L'objectif est donc de tenter d'évaluer cette hypothèse à l'aide des outils que nous présenterons ensuite.

Une autre hypothèse formulée est que certains autres facteurs de risque que la personnalité interviendraient dans le mode de début dépressif du sujet âgé ; ces facteurs seraient le mode de vie (seul ou non), les antécédents de divorce et le niveau d'études.

Ce seront les données recueillies à l'interrogatoire qui permettront de vérifier cette seconde hypothèse.

Les questions que nous posons dans l'épisode dépressif majeur du sujet âgé, selon que le mode de début soit précoce ou tardif sont les suivantes :

-Existe-t-il des différences significatives de prévalence des troubles de la personnalité ?

-Existe-t-il des différences de genre de troubles de la personnalité diagnostiqués entre les deux groupes ?

-Le mode de vie, le statut conjugal et le niveau scolaire sont-ils corrélés significativement avec un mode de début dépressif ?

### **3) METHODOLOGIE**

#### **3.1) PRESENTATION DE L'ETUDE**

Il s'agit d'une étude prospective de la personnalité réalisée à partir d'une population de 48 sujets âgés (plus de 65 ans) évalués en cours d'hospitalisation dans 4 secteurs différents de l'hôpital psychiatrique Esquirol à Limoges.

Etaient inclus des patients âgés de plus de 65 ans des deux sexes présentant un épisode dépressif majeur sans caractéristiques bipolaires.

Chaque patient est évalué à deux temps différents.

**Premier temps** : Il s'agissait d'inclure des patients de plus de 65 ans présentant un état dépressif confirmé par les échelles qui suivent, en contrôlant qu'ils n'étaient ni bipolaires (anamnèse), ni détériorés sur le plan cognitif (Mini Mental State Examination).

-évaluation du patient pendant l'accès dépressif dépisté initialement par les données de la clinique avec les échelles suivantes : mini-GDS (Clément et al, 1997), CES-D (Fuhrer et al, 1989).

-évaluations des fonctions cognitives et élimination d'un trouble démentiel avec le MMS (Folstein et al, 1975).

- recueil des données biographiques et des antécédents.

**Deuxième temps** : évaluation du patient après guérison de son état dépressif

objectivée par les données cliniques avec les échelles suivantes : mini-GDS et CES-D.

- réévaluation des fonctions cognitives avec le MMS.

- recherche du ou des troubles de la personnalité avec le VKP (Loranger et al, 1994).

### **3.2) CRITERES D'INCLUSION**

Tous les patients doivent avoir 65 ans révolus au moment du premier temps d'évaluation.

Le patient est inclus au décours d'un épisode dépressif majeur concrétisé par un score supérieur ou égal à 1 pour la mini-GDS et un score supérieur ou égal 17 et 23 à la CES-D selon qu'il s'agit respectivement d'un homme ou d'une femme.

### **3.3) CRITERES DE NON-INCLUSION ET D'EXCLUSION**

Troubles cognitifs se traduisants par un score au MMS inférieur à 23 au cours de deux entretiens.

Antécédent de troubles bipolaires ou dépression actuelle s'intégrant dans ce cadre.

Score insuffisant aux échelles de dépression Mini-GDS (score=0) et CES-D (score<17 pour les hommes et score<23 pour les femmes) lors du premier entretien.

Patients perdus de vue entre les deux entretiens.

Patients ne comprenant pas ou comprenant mal les questions du VKP.

Patients non coopérants.

Au cours de notre étude portant initialement sur un échantillon de 57 patients, 9 ont été exclus.

### 3.4) OUTILS UTILISES

#### 3.4.1) MINI GERIATRIC DEPRESSION SCALE (mini-GDS) (Clément et al, 1997).

La mini-GDS, publiée en 1997, correspond à une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage.

C'est un outil de dépistage rapide de la dépression chez le sujet âgé en 4 questions.

La réponse à chaque question se fait en oui ou non permettant de coter respectivement 1 ou 0 point. Si la somme finale des points est supérieure ou égale à 1 (entre 1 et 4), le diagnostic de dépression est retenu ; si cette somme est égale à 0, le diagnostic de dépression n'est pas retenu.

La sensibilité et la spécificité de la mini-GDS au score-seuil de 0/1 sont respectivement de 69% et 80%.

#### 3.4.2) ECHELLE CES-D (Fuhrer et al, 1989).

La version française de l'échelle CES-D de Fuhrer et Rouillon est un autoquestionnaire conçu pour évaluer la symptomatologie dépressive dans la population générale. Cet autoquestionnaire a été testé chez l'adulte et le sujet âgé.

L'échelle CES-D comprend 20 items sélectionnés à partir d'autres instruments d'évaluation déjà validés.

Ces items expriment, en termes simples, des symptômes ou des comportements souvent associés à la dépression. L'échelle CES-D évalue l'humeur actuelle du sujet en lui demandant avec quelle fréquence, durant la semaine écoulée, il a ressenti les sentiments cités. Chaque réponse est cotée de 0 à 3 selon la fréquence des symptômes. Le score total se situe entre eux 0 et 60. Le seuil déterminé pour la qualification d'un trouble dépressif est de 17 pour les hommes et de 23 pour les femmes. Ces seuils correspondent à une sensibilité de 0,76 et à une spécificité de 0,71.

### 3.4.3) MINI MENTAL STATE (MMS) (Folstein et al, 1975).

Le MMS permet en une dizaine de minutes une évaluation globale des fonctions cognitives. Il doit être effectué chez une personne coopérante et en état de passer le test (par exemple en dehors d'une imprégnation excessive par des psychotropes, ou d'une maladie intercurrente).

Le score maximal est de 30 et on considère qu'il y a atteinte des fonctions cognitives en dessous de 25 (légère entre 16 et 24). Le test n'est toutefois fiable qu'à la condition d'un niveau scolaire suffisant. A l'opposé, la normalité du test chez des personnes de haut niveau scolaire, n'élimine pas une atteinte des fonctions cognitives.

Le test apprécie successivement les paramètres suivants :

- Orientation dans le temps : 5 points
- Orientation dans l'espace : 5 points
- Mémoire immédiate : 3 points
- Attention et calcul : 5 points
- Mémoire : 3 points
- Langage : 8 points
- Praxies constructives : 1 point

### 3.4.4) VKP (Loranger et al, 1994).

Se reporter au chapitre IV (Choix du VKP).

### 3.5) FACTEURS ETUDIÉS

Nous avons appliqué nos études statistiques comparatives entre les deux groupes sur les éléments suivants :

Les données de l'état civil : âge, sexe, statut conjugal (célibataire, marié, veuf), antécédents de divorce et nombre d'enfants.

Nous avons évalué le niveau scolaire en établissant 4 degrés selon que la scolarité se soit soldée en primaire, secondaire, à l'obtention du bac ou au niveau supérieur.

Le mode de vie a été déterminé selon que le sujet vive seul ou non, le fait d'être seul impliquant l'absence d'entourage au quotidien, de structure d'accueil ou de placement.

L'âge du premier épisode dépressif a été déterminé le plus précisément possible avec les informations recueillies auprès du patient, de sa famille et du dossier médical.

Enfin, en plus des éléments cités plus haut, tous les scores obtenus aux échelles de dépression et au MMS au cours des deux entretiens, ainsi que les scores de personnalité en terme de diagnostic positif ou de score dimensionnel ont été inclus dans l'étude statistique.



## VII. RESULTATS

Sur le nombre de 57 patients vus en premier entretien, 9 ont été exclus de l'étude pour les raisons évoquées précédemment.

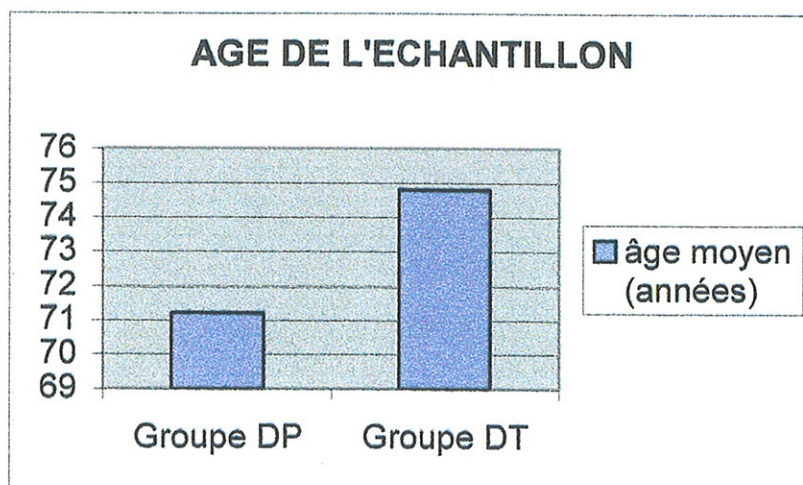
Nous avons, à partir de la cohorte de 48 sujets inclus, constitué 2 groupes selon le mode de début dépressif.

-Le **Groupe DP** (sujets à mode de début dépressif précoce), rassemblant 28 patients dont 23 femmes et 5 hommes.

-Le **Groupe DT** (sujets à mode de début dépressif tardif), rassemblant 20 patients dont 13 femmes et 7 hommes.

### 1) AGE

L'âge moyen est de  $71,2 \pm 5,8$  ans pour les patients du groupe DP, et de  $74,8 \pm 6,3$  ans pour les patients du groupe DT. Cette différence est significative ( $p=0,048$ ).

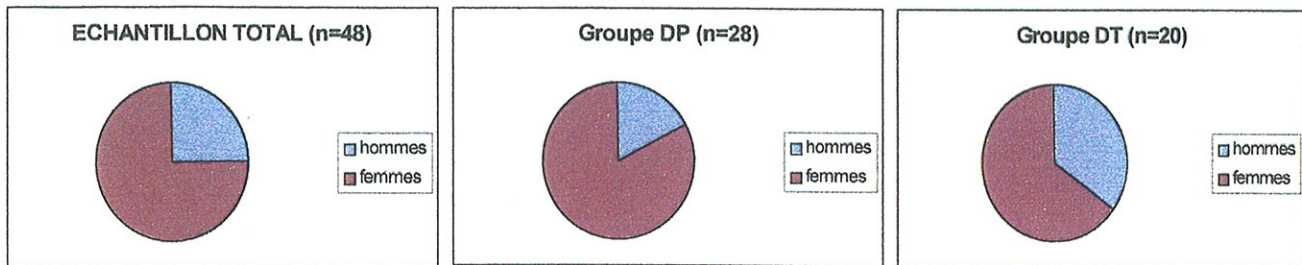




## 2) REPARTITION DES SEXES

L'échantillon total est composé de 25% d'hommes (n=12) contre 75% de femmes (n=36).

Le groupe DP compte 17,8% d'hommes (5/28) tandis que le groupe DT en compte 35% (7/20). Cette différence n'est pas significative ( $p=0,176$ ).



## 3) SITUATION DE FAMILLE

L'échantillon total est composé de 60,4% de sujets mariés (29/48), 31,2% de veufs (15/48) et 8,3% de célibataires (4/48).

Cette répartition selon les deux groupes est sensiblement la même pour les sujets mariés ; on note une proportion légèrement supérieure de célibataires dans le groupe DP (3/28 contre 1/20) et une proportion légèrement supérieure de veufs dans le groupe DT (7/20 contre 8/28), mais ces résultats ne sont pas significatifs ( $p=0,736$ ).

## 4) ANTECEDENTS DE DIVORCE

On compte sur la totalité de l'échantillon 16,6% de patients divorcés. Cette proportion est quasiment identique dans les deux groupes.

## **5) MODE DE VIE SEUL(E)**

L'échantillon total est représenté par 35,4% de sujets vivants seuls (17/48).

Cette proportion est légèrement supérieure dans le groupe DP à 39,2% (11/28) que dans le groupe DT à 30% (6/20). Cette différence n'est pas significative ( $p=0,507$ ).

## **6) NIVEAU SCOLAIRE**

L'échantillon total est représenté par 85,4% de sujets ayant stoppé leur scolarité au niveau primaire (41/48). Cette proportion est légèrement supérieure dans le groupe DT à 90% (18/20) que dans le groupe DP à 82% (23/28). Cette différence n'est pas significative ( $p=0,726$ ).

## **7) AGE DU PREMIER EPISODE**

Ce critère représente l'élément central de cette étude en permettant d'inclure les patients dans chacun des deux groupes selon que le premier épisode dépressif soit survenu avant ou après la limite d'âge fixée à 65 ans. Il n'est donc pas étonnant que la différence entre les deux groupes soit très significative ( $p<0,0001$ ).

La moyenne d'âge de survenue du premier épisode dépressif est de  $37,5 \pm 13,7$  ans pour le groupe DP et de  $71,6 \pm 6,4$  ans pour le groupe DT.

## **8) SCORE MMS**

### **8.1) SCORE MMS LORS DU PREMIER ENTRETIEN (MMS 1)**

Le score MMS moyen est égal à  $27,3 \pm 2,4$  pour le groupe DP et de  $25,5 \pm 3,5$  pour le groupe DT. La différence est significative ( $p=0,031$ ).

### **8.2) SCORE MMS LORS DU SECOND ENTRETIEN (MMS 2)**

Le score MMS moyen est égal à  $28,6 \pm 2,0$  pour le groupe DP et de  $27,8 \pm 2,5$  pour le groupe DT. La différence n'est pas significative ( $p=0,23$ ).

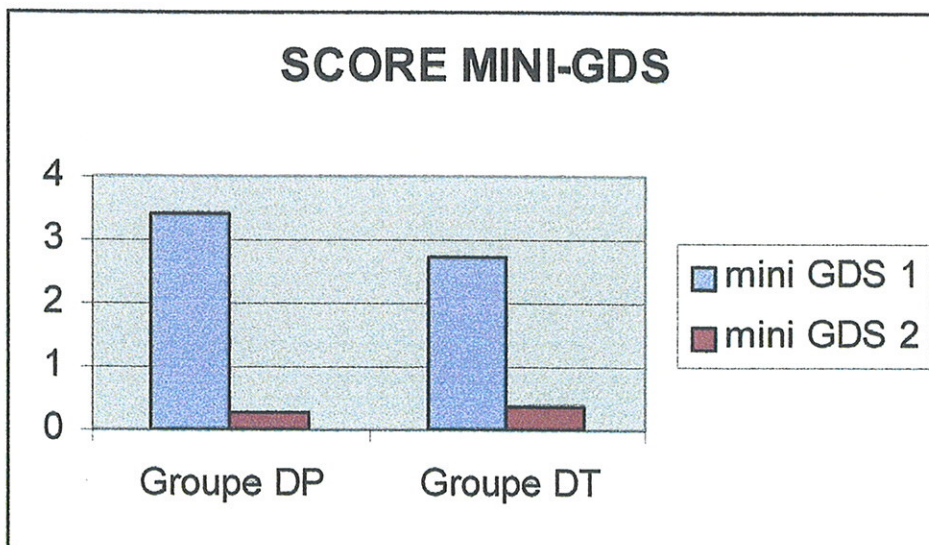
## 9) SCORE MINI-GDS

### 9.1) SCORE MINI-GDS LORS DU PREMIER ENTRETIEN (MINI-GDS 1)

Le score moyen à la mini-GDS est égal à  $3,4 \pm 0,8$  pour le groupe DP et à  $2,7 \pm 1,3$  pour le groupe DT. Cette différence est significative ( $p=0,041$ ).

### 9.2) SCORE MINI-GDS LORS DU SECOND ENTRETIEN (MINI-GDS 2)

Le score moyen à la mini-GDS est égal à  $0,3 \pm 0,5$  pour le groupe DP et à  $0,3 \pm 0,6$  pour le groupe DT. Cette différence n'est pas significative ( $p=0,69$ ).



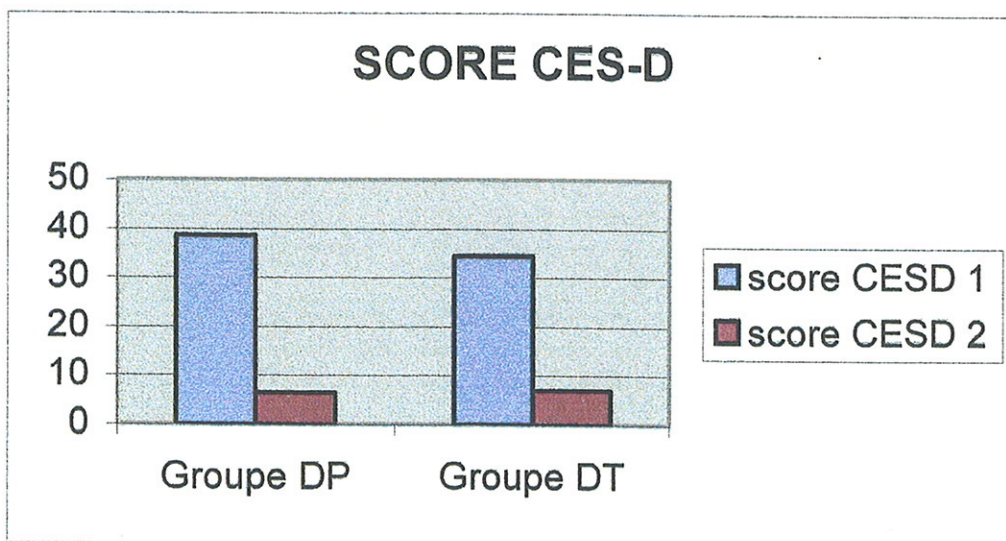
## 10) SCORE CES-D

### 10.1) SCORE CES-D LORS DU PREMIER ENTRETIEN (CES-D 1)

Le score moyen à la CES-D est égal à  $38,6 \pm 6,8$  pour le groupe DP et à  $34,4 \pm 7,3$  pour le groupe DT. Cette différence est significative ( $p=0,048$ ).

### 10.2) SCORE CES-D LORS DU SECOND ENTRETIEN (CES-D 2)

Le score moyen à la CES-D est égal à  $6,5 \pm 4,7$  pour le groupe DP et à  $7,0 \pm 4,1$  pour le groupe DT. Cette différence n'est pas significative ( $p=0,65$ ).



## 11) CARACTERISTIQUES CLINIQUES DE L'ECHANTILLON

	Echantillon total	dépression précoce n=28	dépression tardive n=20	Significativité
<u>Age (Années)</u>	48	71.2±5.82	74.8±6.31	t=2.03, p=0.048*
<b>Niveau scolaire</b>				
Primaire	41	23	18	chi 2=1,313 p=0,726
Secondaire	1	1	0	
Bac	4	3	1	
Supérieur	2	1	1	
<b>Sexe</b>				
Homme	12	5	7	chi 2=1,829 p=0,176
Femme	36	23	13	
<b>Situation de famille</b>				
Célibataire	4	3	1	chi 2=0,612 p=0,736
Marié(e)	29	17	12	
Veuf(ve)	15	8	7	
<b>Antécédents de divorce</b>				
Oui	8	5	3	chi 2=0,069 p=0,793
Non	40	23	17	
<b>Nombre d'enfants</b>	48	1.78±1.03	2.00±1.21	t=0.659, p=0.51
<b>Mode de vie seul(e)</b>				
Oui	17	11	6	chi 2=0,440 p=0,507
Non	31	17	14	
<b>Age du premier épisode</b>	48	37.5±13.7	71.6±6.4	t=10.28, p<0.0001
<u>MMS 1</u>	48	27.3±2.4	25.5±3.5	t=2.22, p=0.031*
<u>Mini-GDS 1</u>	48	3.4±0.8	2.7±1.3	t=2.09, p=0.041*
<u>CES-D 1</u>	48	38.6±6.8	34.4±7.3	t=2.02, p=0.048*
<u>MMS 2</u>	48	28.6±2.0	27.8±2.5	t=1.20, p=0.23
<u>Mini-GDS 2</u>	48	0.3±0.5	0.3±0.6	t=0.39, p=0.69
<u>CES-D 2</u>	48	6.5±4.7	7.0±4.1	t=0.44, p=0.65



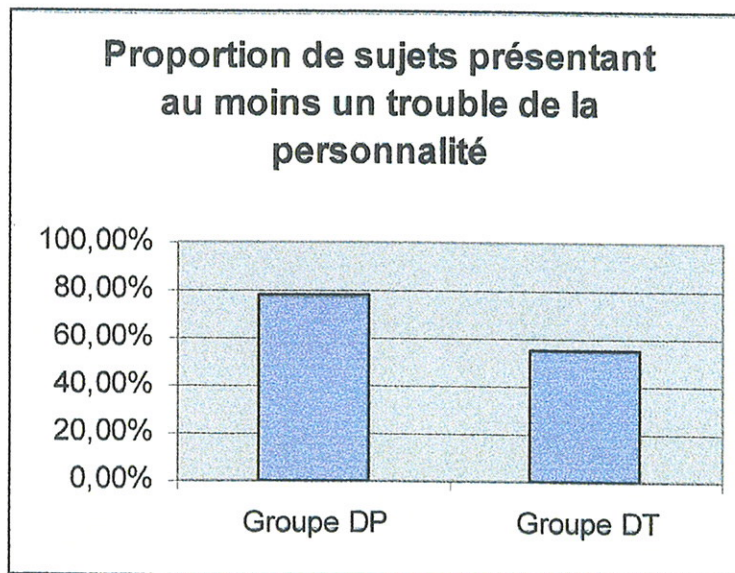
## 12) TROUBLES DE LA PERSONNALITE

### 12.1) RESULTATS BASES SUR LES DIAGNOSTICS POSITIFS

Sur la totalité de l'échantillon, nous obtenons une prévalence de 68,7 % sujets atteints de troubles de la personnalité.

La prévalence des troubles de la personnalité est nettement supérieure dans le groupe DP : 78,5 % ; alors qu'elle est égale à 55% dans le groupe DT.

Parmi les sujets présentant des troubles de la personnalité, le nombre moyen de diagnostics positifs est de 2,09 pour les patients du groupe DP, et 1,90 pour les patients du groupe DT.



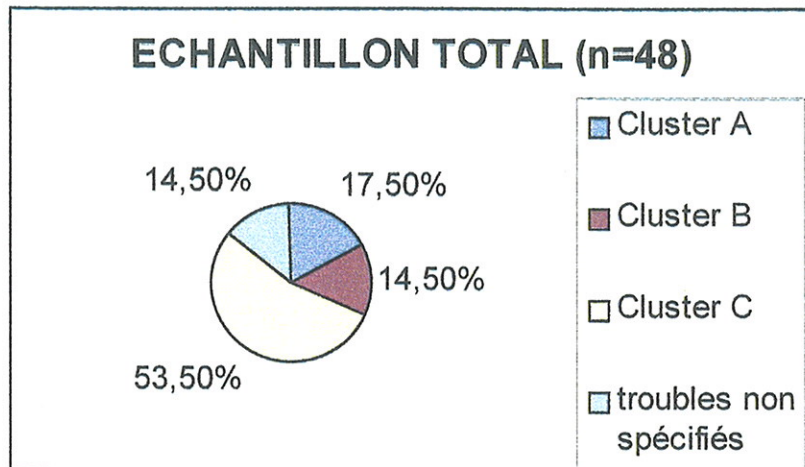
#### 12.1.1) DIAGNOSTICS POSITIFS DE L'ECHANTILLON TOTAL PAR CLUSTER

Sur l'échantillon total, les résultats montrent une nette prévalence des troubles de la personnalité contenus dans le cluster C (évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive et passive-agressive) avec 53,5% des diagnostics positifs.

Les clusters A et B représentent respectivement 17,5% et 14,5% des troubles de la personnalité diagnostiqués.

Les troubles non spécifiés de la personnalité représentent 14,5% des troubles diagnostiqués.

Cette répartition des troubles par cluster varie peu au sein de chaque groupe :



#### 12.1.2) DIAGNOSTICS POSITIFS DES GROUPES DP ET DT PAR CLUSTER

La répartition selon les deux groupes est sensiblement la même.

Le cluster A représente 17% des diagnostics dans le groupe DP et 18,2% dans le groupe DT.

Le cluster B représente 14,9% des diagnostics dans le groupe DP et 13,6% dans le groupe DT.

Le cluster C représente 55,3% des diagnostics dans le groupe DP et 50% dans le groupe DT.

Les troubles non spécifiés de la personnalité représentent 12,7% des diagnostics dans le groupe DP et 18,2% dans le groupe DT.

#### 12.1.3) DIAGNOSTICS POSITIFS DU CLUSTER A POUR CHAQUE GROUPE

**La personnalité paranoïaque** représente 12,8% des diagnostics positifs dans le groupe DP et 13,6% dans le groupe DT. Cette différence n'est pas significative ( $p=0,80$ ).



**La personnalité schizoïde** représente 2,1% des diagnostics positifs dans le groupe DP et 4,5% dans le groupe DT. Cette différence n'est pas significative ( $p=0,87$ ).

**La personnalité schizotypique** représente 2,1% des diagnostics positifs dans le groupe DP et 0% dans le groupe DT. Cette différence n'est pas significative ( $p=0,47$ ).

#### 12.1.4) DIAGNOSTICS POSITIFS DU CLUSTER B POUR CHAQUE GROUPE

**La personnalité antisociale** représente 0% des diagnostics positifs dans le groupe DP et 0% dans le groupe DT.

**La personnalité borderline** représente 2,1% des diagnostics positifs dans le groupe DP et 9% dans le groupe DT. Cette différence n'est pas significative ( $p=0,067$ ).

**La personnalité histrionique** représente 8,5% des diagnostics positifs dans le groupe DP et 4,5% dans le groupe DT. Cette différence n'est pas significative ( $p=0,49$ ).

**La personnalité narcissique** représente 4,2% des diagnostics positifs dans le groupe DP et 0% dans le groupe DT. Cette différence n'est pas significative ( $p=0,39$ ).

#### 12.1.5) DIAGNOSTICS POSITIFS DU CLUSTER C POUR CHAQUE GROUPE

**La personnalité évitante** représente 23,4% des diagnostics positifs dans le groupe DP et 9% dans le groupe DT. Cette différence est significative ( $p=0,0026$ ).

**La personnalité dépendante** représente 23,4% des diagnostics positifs dans le groupe DP et 18,2% dans le groupe DT. Cette différence n'est pas significative ( $p=0,31$ ).

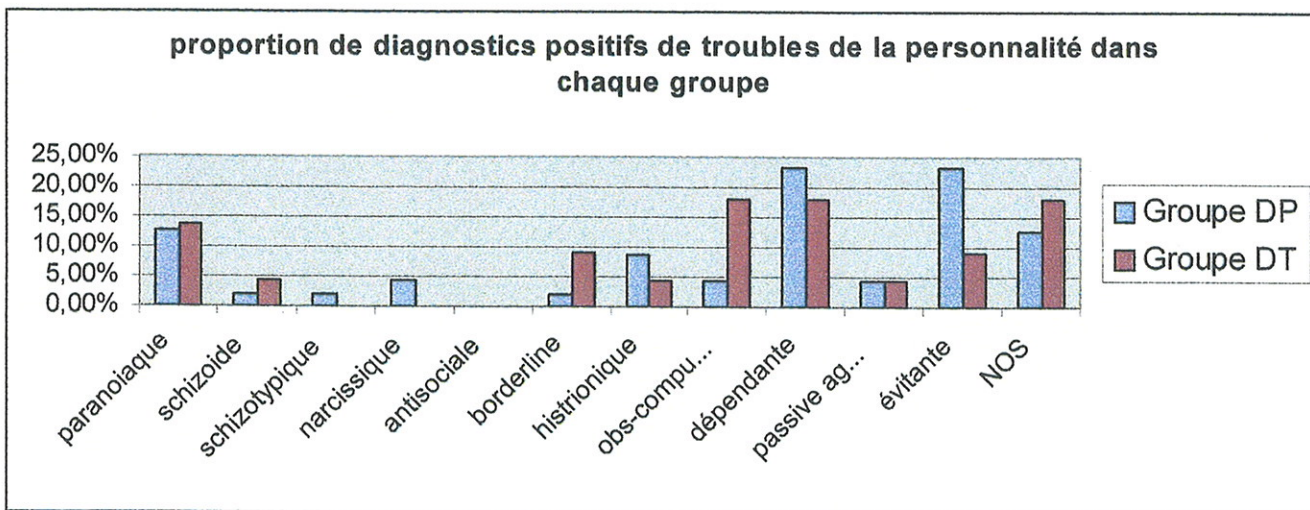
**La personnalité obsessionnelle-compulsive** représente 4,2% des diagnostics positifs dans le groupe DP et 18,2% dans le groupe DT. Cette différence n'est pas significative ( $p=0,41$ ).

La **personnalité passive-agressive** représente 4,2% des diagnostics positifs dans le groupe DP et 4,5% dans le groupe DT. Cette différence n'est pas significative ( $p=0,75$ ).

#### 12.1.6) DIAGNOSTICS DE TROUBLES NON SPECIFIES POSITIFS POUR CHAQUE GROUPE

Les troubles non spécifiés de la personnalité représentent 12,7% des diagnostics positifs dans le groupe DP et 18,2% dans le groupe DT. Cette différence n'est pas significative.

#### 12.1.7) TABLEAU RECAPITULATIF DU TAUX DE DIAGNOSTICS POSITIFS POUR CHAQUE GROUPE



## **12.2) RESULTATS BASES SUR LES SCORES DIMENSIONNELS**

### **12.2.1) SCORES DIMENSIONNELS DU CLUSTER A POUR CHAQUE GROUPE**

#### **Personnalité paranoïaque**

Le score dimensionnel moyen est sensiblement supérieur pour le groupe DP (4,25) que pour le groupe DT (3,10). Cette différence n'est pas significative ( $p=0,29$ ).

#### **Personnalité schizoïde**

Le score dimensionnel moyen est sensiblement égal entre le groupe DP (2,96) et le groupe DT (2,85). Cette différence n'est pas significative ( $p=0,86$ ).

#### **Personnalité schizotypique**

Le score dimensionnel moyen est nettement supérieur pour le groupe DP (2,78) que pour le groupe DT (1,25). Cette différence est significative ( $p=0,039$ ).

### **12.2.2) SCORES DIMENSIONNELS DU CLUSTER B POUR CHAQUE GROUPE**

#### **Personnalité antisociale**

Le score dimensionnel moyen est nettement inférieur pour le groupe DP (0,42) que pour le groupe DT (1,40). Cette différence n'est pas significative ( $p=0,09$ ).

### **Personnalité borderline**

Le score dimensionnel moyen est sensiblement supérieur pour le groupe DP (4,71) que pour le groupe DT (3,75). Cette différence n'est pas significative ( $p=0,31$ ).

### **Personnalité histrionique**

Le score dimensionnel moyen est sensiblement supérieur pour le groupe DP (4,10) que pour le groupe DT (3,15). Cette différence n'est pas significative ( $p=0,21$ ).

### **Personnalité narcissique**

Le score dimensionnel moyen est sensiblement supérieur pour le groupe DP (4,07) que pour le groupe DT (3,15). Cette différence n'est pas significative ( $p=0,29$ ).

## 12.2.3) SCORES DIMENSIONNELS DU CLUSTER C POUR CHAQUE GROUPE

### **Personnalité évitante**

Le score dimensionnel moyen est nettement supérieur pour le groupe DP (6,64) que pour le groupe DT (3,70). Cette différence est significative ( $p=0,004$ ).

### **Personnalité dépendante**

Le score dimensionnel moyen est nettement supérieur pour le groupe DP (7,25) que pour le groupe DT (5,20). Cette différence n'est pas significative ( $p=0,09$ ).

### Personnalité obsessionnelle-compulsive

Le score dimensionnel moyen est sensiblement égal entre le groupe DP (5,92) et le groupe DT (5,75). Cette différence n'est pas significative ( $p=0,84$ ).

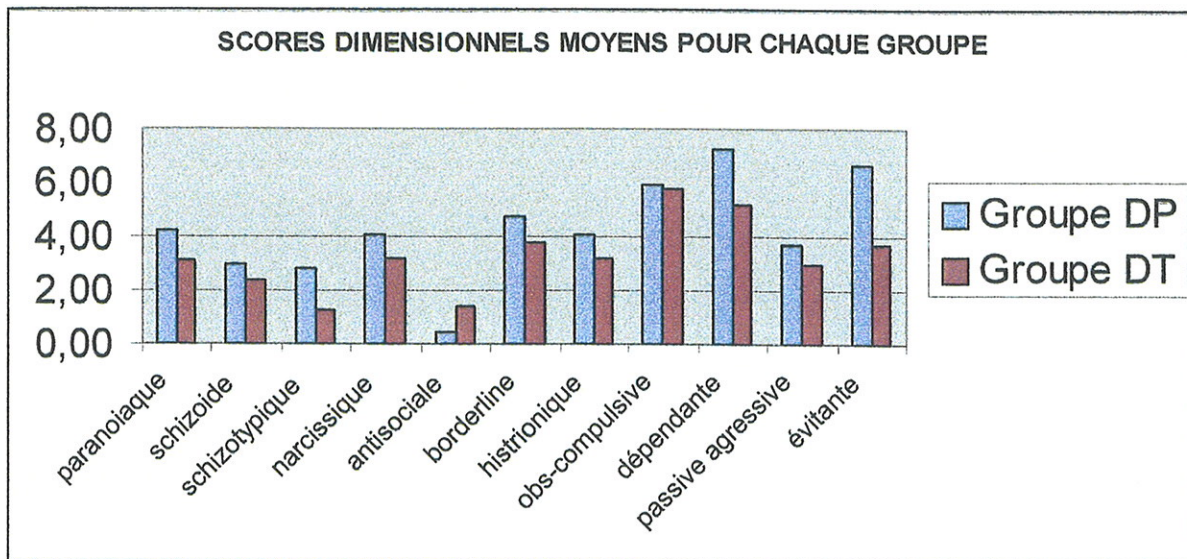
### Personnalité passive-agressive

Le score dimensionnel moyen est sensiblement supérieur pour le groupe DP (3,71) que pour le groupe DT (3,00). Cette différence n'est pas significative ( $p=0,41$ ).

#### 12.2.4) SCORES DIMENSIONNELS DES TROUBLES NON SPECIFIES POUR CHAQUE GROUPE

Le score dimensionnel moyen est quasiment égal entre le groupe DP et le groupe DT.

#### 12.2.5) TABLEAU RECAPITULATIF DES SCORES DIMENSIONNELS MOYENS POUR CHAQUE GROUPE



### 12.3) TABLEAU RECAPITULATIF DES RESULTATS VKP

Sous-type de trouble de la personnalité	Nombre total de critères	Nombre de critères requis pour un diagnostic définitif	Nombre de patients ayant satisfait les critères pour un diagnostic définitif			Score dimensionnel moyen (Somme des critères cotés 1 (trait occasionnel) et cotés 2 (trait permanent)).		
			Début précoce	Début tardif	Echantillon total	Début précoce	Début tardif	Significativité
Cluster A			8	4	12 (17.5%)			
Paranoïaque	7	4	6	3	9	4.25±3.95	3.10±3.40	t=1.052, p=0.29
Schizoïde	7	4	1	1	2	2.96±2.13	2.85±2.34	t=0.176, p=0.86
Schizotypique	9	5	1	0	1	2.78±2.89	1.25±1.71	t=2.117, p=0.039*
Cluster B			7	3	10 (14.5%)			
Antisociale	12	3	0	0	0	0.42±1.26	1.40±2.68	t=1.679, p=0.09
Borderline	8	5	1	2	3	4.71±3.33	3.75±3.02	t=1.027, p=0.31
Histrionique	8	4	4	1	5	4.10±2.85	3.15±2.25	t=1.245, p=0.21
Narcissique	9	5	2	0	2	4.07±3.25	3.15±2.43	t=1.069, p=0.29
Cluster C			26	11	37 (53.5%)			
Évitante	7	5	11	2	13	6.64±3.56	3.70±3.01	t=3.005, p=0.004*
Dépendante	9	5	11	4	15	7.25±4.38	5.20±3.73	t=1.696, p=0.09
Compulsive	9	5	2	4	6	5.92±2.96	5.75±3.38	t=0.194, p=0.84
Passive-agressive	9	5	2	1	3	3.71±3.16	3.00±2.71	t=0.817, p=0.41
NOS			6	4	10 (14.5%)			
Sadique	8	4	0	0	0	0.42±0.99	0.36±0.89	t=0.211, p=0.83
Conduite d'échec	8	5	1	0	1	3.75±2.35	3.85±1.98	t=0.155, p=0.87
Autres NOS		15	5	4	9			
Total			47	22	69 (100%)			



## VIII. DISCUSSION

### 1) LIMITES DE LA METHODE

Le premier élément limitant la méthode est la taille réduite de l'échantillon. Cette étude rassemble au total 48 patients seulement, et la faible significativité des résultats en témoigne.

Un deuxième élément important de limite méthodologique est le fait d'avoir sélectionné les patients exclusivement dans un service hospitalier et au cours d'une hospitalisation. Ce fait induit automatiquement un biais de sélection et nous ne pouvons pas prétendre à travers cette étude avoir un échantillon représentatif des troubles dépressifs majeurs de la population générale.

L'absence de groupe contrôle dans cette étude constitue aussi une limite importante quant à l'interprétation des résultats obtenus qui ne peuvent être comparés à une population de référence.

Une autre limite méthodologique concerne le ratio homme/femme qui paraît assez faible.

75 % des sujets sélectionnés sont des femmes. Ce déséquilibre, bien qu'il soit confirmé dans la plupart des études comparatives, a pu être accru sachant qu'un des services de recrutement ne recevait que des femmes.

Enfin, le nombre élevé de critères étudiés (douze troubles de la personnalité) contrastant avec le faible nombre de patients inclus constitue une limite de puissance statistique.

### 2) AGE

Tous les patients inclus dans l'étude ont plus de 65 ans.

La moyenne d'âge de l'échantillon total est de 72,7 ans.

Nous avons constaté une différence significative d'âge moyen entre les deux groupes de 3,6 ans. Les patients du groupe DP ont 71,2 ans en moyenne et ceux du groupe DT ont 74,8 ans en moyenne.

On peut en déduire que les patients les plus « jeunes » et donc proches de 65 ans étaient majoritairement inclus dans le groupe DP et inversement pour les patients plus âgés. Cette différence s'explique probablement par la fréquence de survenue des épisodes dépressifs élevée chez les sujets ayant débuté précocément leur dépression impliquant des hospitalisations répétées et rapprochées.

Camus et al. (1997) dans une étude similaire obtiennent une moyenne d'âge de 72 ans pour les sujets présentant des troubles de la personnalité et une moyenne de 75 ans pour ceux n'en présentant pas. Ces données rejoignent celles que nous avons obtenues, sachant la plus forte prévalence des troubles de la personnalité dans le groupe DP.

### **3) REPARTITION DES SEXES**

Nous avons déjà fait référence à la répartition déséquilibrée des sexes dans les limites méthodologiques. Les patients hospitalisés susceptibles d'être inclus étaient majoritairement des femmes (75%). Le déséquilibre est particulièrement accru dans le groupe DP qui ne compte que 17,8% d'hommes.

Camus et al. (1997) sur un échantillon de 37 sujets âgés hospitalisés obtiennent un sexe ratio M/F égal à 0,36 soit 73% de femmes pour 27% d'hommes.

Abrams et al. (1994), sur un échantillon de 30 sujets âgés déprimés obtiennent la repartition de 36 % d'hommes et 63 % de femmes.

Corruble et al. dans une étude réalisée en 1996 sur 133 patients adultes (45 ans en moyenne) hospitalisés pour épisode dépressif majeur ont retrouvé une répartition des sexes similaire avec 75% de femmes et 25% d'hommes.

Sato et al. (1999) étudiant la prévalence des troubles de la personnalité dans une cohorte de 117 sujets dépressifs non hospitalisés ayant en moyenne 44,6 ans obtiennent un sexe ratio M/F égal à 0,78 soit 56% de femmes pour 44% d'hommes.

Fava et al. (1996) obtiennent sur un échantillon de 404 sujets non hospitalisés (âgés en moyenne de 38,8 ans) ayant présenté un épisode dépressif majeur dans le passé, une proportion de 63% de femmes pour 37% d'hommes.



Conwell et al. (1989) dans une étude portant sur 94 sujets âgés dépressifs unipolaires ont affiné leur étude en répartissant les patients en 4 groupes selon que l'âge de début de la maladie se situait respectivement entre 17 et 41 ans ; 42 et 54 ans ; 55 et 64 ans ; 65 et 81 ans. Le sexe ratio M/F obtenu est respectivement égal à 0,26 (début dépressif entre 17 et 41 ans), 0,44 (début dépressif entre 42 et 54 ans), 0,44 (début dépressif entre 55 et 64 ans) et 0,50 (début dépressif entre 65 et 81 ans).

Il semble à travers ces données bibliographiques que le déséquilibre du sexe ratio soit constant mais variable selon le type de cohorte étudiée. Le déséquilibre paraît moins prononcé lorsqu'il s'agit de sujets non hospitalisés. L'étude de Fava (1996) plaide en faveur d'une diminution du sexe ratio M/F proportionnelle à l'âge jeune du début dépressif.

L'étude de Corruble qui porte sur une population âgée de 45 ans en moyenne donne le même sexe ratio que dans notre étude où la moyenne d'âge se situe à 72,7 ans.

Quelles questions pouvons-nous poser ?

Les femmes déprimées feraient-elle plus usage du centre hospitalier et que les hommes dépressifs ?

La différence d'espérance de vie entre hommes et femmes réduirait-elle le nombre de candidats masculins à la dépression dans les tranches d'âge plus élevées ?

Ou plus simplement, et au risque de paraître misogynes, la femme serait-elle plus encline à déprimer que l'homme ?

La réponse se situe certainement à mi-chemin entre ces questions.

Il apparaît en tout cas, mais de manière non significative que les femmes dépriment plus précocément que les hommes. On retrouve 82,2% de femmes dans le groupe DP (sexe ratio M/F= 0,22) contre 65% dans le groupe DT (sexe ratio M/F=0,54). Ces données rejoignent les résultats de Fava et al. (1996).

#### **4) SITUATION DE FAMILLE**

Ce secteur de recherche n'a pas abouti de manière très concluante.

Il n'y a pas de différence notable entre les deux groupes en ce qui concerne les statuts de mariés et de célibataires ; seuls les veufs semblent être plus nombreux dans le groupe DT à 38% contre 28% dans le groupe DP.

Le taux de veufs légèrement supérieur dans le groupe DT pourrait plaider en faveur d'un taux supérieur de dépressions réactionnelles au deuil dans le groupe DT, ce qui paraîtrait non surprenant. On peut penser que le deuil du conjoint représente une cause non négligeable en nombre, de dépressions à début tardif. Cet élément concorderait d'ailleurs avec la moindre prévalence des troubles de la personnalité dans le groupe DT, et permet de penser que le taux de dépressions réactionnelles est supérieur dans la population à début dépressif tardif.

#### **5) ANTECEDENTS DE DIVORCE**

L'événement de vie « divorce » est présent dans la même proportion au sein des deux groupes et donc ne semble pas être un facteur déclenchant ou résultant de la dépression à début précoce.

Deux études, Camus et al. (1997) et Pfohl et al. (1984) montrent un taux trois à quatre fois plus élevé de séparation et divorce chez les sujets atteints de troubles de la personnalité, mais il n'a pas été décrit de différence selon le mode de début dépressif précoce ou tardif.

#### **6) MODE DE VIE SEUL(E)**

Nous retrouvons sur ce critère une différence sensible mais non significative entre les deux groupes avec une prévalence de 39,2% dans le groupe DP contre 30% dans le groupe DT. Ces

données sont corrélées positivement avec le taux de célibataires sensiblement plus élevé dans le groupe DP à 10,7% contre 5% dans le groupe DT.

Cette différence étant minime et l'échantillon étant réduit, il est difficile d'échafauder des relations de cause à effet pour la survenue d'un épisode dépressif.

## **7) AGE DU PREMIER EPISODE**

La moyenne d'âge de survenue du premier épisode dépressif pour les sujets du groupe DP est assez jeune car elle se situe à 37,5 ans. Cette moyenne est portée à 71,6 ans pour les sujets du groupe DT.

Sato et al. (1999) sur une population de 117 sujets dépressifs unipolaires âgés en moyenne de 44,6 ans (21 à 66 ans) obtiennent un âge moyen du premier épisode dépressif à 39,7 ans.

Ces résultats nous interrogent sur la limite d'âge que nous avons fixée à 65 ans pour répartir les deux groupes. Il est probable que les résultats auraient été similaires avec une limite fixée à 60 ans, voire à 55 ans, vu cette faible moyenne établie par le groupe DP.

Il semble, notamment à travers les études de Fava et Sato, que les sujets atteints de troubles de la personnalité débutent très précocement leur dépression (avant 23 ans).

## **8) SCORE AU MMS**

La passation du MMS, lors du premier entretien effectué au décours de l'épisode dépressif, montre des scores moyens significativement différents entre les deux groupes. Le score moyen des patients du groupe DT est inférieur de 1,8 par rapport à celui du groupe DP. On peut donc présumer une atteinte de niveau cognitif dans la forme dépressive, supérieure pour les sujets du groupe DT, sachant par ailleurs que le niveau scolaire est sensiblement comparable entre les deux groupes. Cette différence est retrouvée à un degré moindre et non significatif lors du deuxième entretien après la guérison de l'état dépressif.

Conwell et al. (1989) citent plusieurs auteurs ayant étudié la question :

Roth en 1955 émettait l'hypothèse que l'épisode dépressif majeur était une manifestation précoce des pathologies mentales dégénératives.

Ce dernier, après avoir suivi pendant deux ans des patients âgés souffrant de troubles psychiatriques, conclut qu'un nombre très limité de cas de sujets atteints de troubles affectifs devenaient déments ; de plus, il trouva qu'une proportion insignifiante de sujets déments séniles ou vasculaires commençaient leur maladie par des troubles affectifs.

Un autre auteur, Post (1962 et 1968) évalua simultanément que les sujets âgés dépressifs ne développaient pas plus de pathologie mentale dégénérative que la population générale. Plus récemment, des patients dépressifs présentant des « signes organiques mineurs », tels que la désorientation par exemple, ont montré une prédisposition significative à la dépression à début tardif (Cole et Hicking, 1976).

Meyers et Greenberg en 1986 ont montré que les sujets âgés déprimant tardivement avaient des performances plus faibles aux tests cognitifs.

Kay en 1962 a montré à partir d'un sous-groupe de patients à début dépressif tardif qu'ils présentaient une mortalité cérébrovasculaire plus élevée.

Jacoby et Levy en 1980 ont identifié dans un sous-groupe de patients à début dépressif tardif (après 60 ans) un élargissement des ventricules cérébraux sur scanner.

Comme nous venons de le voir, les données bibliographiques apparaissent assez contradictoires quant au lien pouvant exister entre dépression à début tardif, scores aux tests cognitifs et processus démentiel débutant.

Notons de surcroît que le MMS moyen du groupe DT est tout de même relativement élevé (25,5/30). Camus et al. (1997) obtiennent un score moyen pour la totalité de l'échantillon (37 sujets âgés tous modes de début dépressif confondus) à 25,2.

Abrams et al. (1994) ne retrouvent pas de différence de score MMS moyen entre le groupe à début précoce (<60 ans) et le groupe à début tardif (>60 ans).

## 9) SCORE AUX ECHELLES DE DEPRESSION

Les résultats donnés par la mini-GDS lors du premier entretien sont significativement différents entre les deux groupes avec en moyenne un score de 3,4/4 pour le groupe DP et de 2,7/4 pour le groupe DT.

Cette différence est confirmée, toujours de façon significative, pour les résultats moyens de l'échelle CES-D lors du premier entretien avec un score moyen de 38,6/60 pour le groupe DP et de 34,4/60 pour le groupe DT.

Cette différence ne se retrouve pas dans l'étude de Sato et al. (1999) qui évalue 117 sujets séparés en deux groupes selon la survenue du premier épisode dépressif avant ou après l'âge de 23 ans. (Intensité dépressive mesurée par l'échelle Hamilton Rating Scale for Depression).

L'étude de Fava et al. (1996) qui évalue 404 sujets séparés en deux groupes, selon la survenue du premier épisode dépressif avant ou après l'âge de 18 ans, ne montre pas de différence entre les scores de Depression, que se soit au décours ou après guérison de l'épisode dépressif. (Intensité dépressive mesurée par l'échelle Hamilton Rating Scale for Depression).

Pfhol et al. (1984), à travers leur étude de 78 patients déprimés majeurs unipolaires hospitalisés, ont observé une différence significative des scores de dépression entre le groupe présentant des troubles de la personnalité et le groupe n'en présentant pas.

Cette différence s'établit dans le sens de scores de dépression plus élevés pour le groupe présentant des troubles de la personnalité, de manière significative avec les échelles de Hamilton et de Beck.

L'étude de Abrams et al. (1994) qui évalue 30 sujets âgés séparés en deux groupes selon la survenue du premier épisode dépressif avant ou après l'âge de 60 ans, montre une différence entre les scores de dépression avec des scores sensiblement supérieurs pour le groupe à début tardif (Intensité dépressive mesurée par l'échelle Hamilton Rating Scale for Depression).

Nous n'avons pas eu le sentiment, lors des entretiens, d'avoir eu à faire pour le groupe DP à des patients présentant une intensité de dépression supérieure aux patients de l'autre groupe.

En revanche, il paraît plus probable que la comorbidité accrue entre dépression et troubles de la personnalité dans le groupe DP explique la majoration de l'expression clinique des symptômes dépressifs.

Les patients ont souvent du mal à situer le niveau de leurs souffrances et amalgament facilement les symptômes entre eux.

Toutefois, les données de la littérature ne semblent pas confirmer les résultats obtenus, et, ces différences ne se retrouvent pas de manière significative lors du second entretien après résolution de l'épisode dépressif.

## **10) TROUBLES DE LA PERSONNALITE**

De nombreuses études traitent du rapport entre épisode dépressif majeur et troubles de la personnalité chez l'adulte, et un nombre plus réduit de travaux étudie ce rapport chez le sujet âgé.

Les études concernées par l'association entre épisodes dépressifs majeurs et pathologies de la personnalité sont hétérogènes dans leurs modalités et les résultats qu'elle donnent.

Plusieurs points sont fondamentaux dans l'étude des liens entre pathologies de la personnalité et dépressions unipolaires, en ce sens qu'ils peuvent influencer largement les résultats mis en évidence. Ce sont notamment : les caractéristiques des patients étudiés, en particulier la durée d'évolution du trouble dépressif, les systèmes de critères diagnostiques, les échelles et questionnaire utilisés et les sources d'information retenues pour l'évaluation de la personnalité (médecin, patient ou proche du patient).

Outre l'hétérogénéité des études, chaque étude peut comporter des limites méthodologiques parmi lesquelles on peut noter : le faible nombre de patients évalués, l'absence fréquente de groupe contrôle, le moment de la période d'évaluation considéré parfois imprécis, et l'influence éventuelle des traitements (médicaments, psychothérapies).

Il est important de garder à l'esprit que la plupart des études citées sont hétérogènes sur les différents points que nous avons énumérés. Les résultats doivent donc être comparés avec prudence car la sensibilité des différents outils d'évaluation ainsi que le type de population étudiée varient selon les études. (Adultes, sujets âgés, patients ambulatoires ou hospitalisés).

Nous allons brièvement présenter quelques études auxquelles nous avons souvent fait référence, en précisant pour celles-ci la population choisie et l'outil d'évaluation des troubles de la personnalité utilisé.

La discussion des résultats concernant les troubles de la personnalité, que nous allons aborder dans le paragraphe suivant, s'articule autour de deux types de références bibliographiques.

D'une part, nous nous référerons aux travaux de recherche de prévalence des troubles de la personnalité au sein de populations de sujets dépressifs tous âges confondus. (Pilkonis et al, 1988-Hirschfield Klerman Personality Battery), (Zimmerman et al, 1988-SIDP, 1990-SIDP), (Reich et al, 1988-SIDP) et (Joffe et al, 1988-Millon Clinical Multiphasic Inventory).

D'autre part, nous ferons référence aux travaux de recherche de prévalence des troubles de la personnalité selon le mode de début dépressif précoce ou tardif. Selon les études, le seuil d'âge fixé pour la qualification de dépression tardive change : 18 ans pour Fava et al. (1996-SCID II) ; 23 ans pour Sato et al. (1999-SCID II), 60 ans pour Camus et al. (1997-VKP) et 60 ans pour Abrams et al. (1994-IPDE).

### **10.1) POPULATION GENERALE**

Selon l'étude de Samuels et al. en 1994, la prévalence des pathologies de la personnalité se situe entre 6% et 9% en population générale et entre 10% et 15% dans les échantillons de patients suivis en psychiatrie mais sans trouble psychiatrique actuel.

Lenzenweger et al. (1997) ont publié une étude visant à rechercher les troubles de la personnalité sur une population de 1646 étudiants volontaires sains. L'outil utilisé fut l'IPDE et la prévalence obtenue de trouble de la personnalité positif était de 6,74 %.



## 10.2) PATIENTS DEPRESSIFS

### 10.2.1) PATHOLOGIES DE LA PERSONNALITE PARMIS LES PATIENTS PRESENTANT UNE DEPRESSION MAJEURE ACTUELLE TOUS AGES CONFONDUS

Lorsque les patients hospitalisés et ambulatoires ne sont pas distingués les uns des autres, les résultats varient entre 6 % et 48 % : 6 % pour Mezzich et al. (1990), 23 % pour Koenisberg et al. (1985), 26 % pour Sauer et al. (1997), 40 % pour Zimmerman et al. (1986) et 48 % pour Pilkonis et al. (1988).

Parmi les patients hospitalisés, les résultats varient aussi largement selon les études entre 5 % et 62 % : 5 % pour Pfohl et al. (1984), 9 % pour Fabrega et al. (1991), 10 % pour Keitner et al. (1991), 16 % pour Fogel et al. (1990), 53 % pour Svrakic et al. (1993), 57% pour Corruble et al. (1996) et 62 % pour Goethe et al. (1988).

L'étude de Zimmerman et al. (1988) illustre l'importance de la variabilité liée au mode de recueil des données : 36 % si les données sont recueillies auprès du patient et 58 % si les informations sont recueillies auprès d'un proche. Les pathologies de personnalité semblent plus fréquentes dans les dépressions sans caractéristiques mélancoliques : 65 % si l'épisode dépressif majeur ne présente pas de caractéristiques mélancoliques ou psychotiques et 42 % s'il existe des caractéristiques mélancoliques ou psychotiques (Bellini et al, 1992), 61 % pour les dépressions non mélancoliques et 14 % pour les dépressions mélancoliques (Charney et al, 1981).

Ces résultats sont compatibles avec les résultats des études réalisées dans les années 1970 et 1980, qui montrent une plus grande fréquence de troubles de la personnalité parmi les dépressions névrotiques que parmi les dépressions mélancoliques. (Guelfi et al, 1999)

Chez les patients suivis en consultation, les résultats sont aussi très variables.

Les différents travaux donnent des taux de 48 % Diguier et al. (1993), 74 % pour Shea et al. (1990) et 85 % pour Libb et al. (1990).

L'étude de Reich et al. (1987), réalisée sur un échantillon de 24 patients, montre là aussi à quel point le choix de l'instrument peut influencer les résultats : 87 % avec le Millon Clinical



Multiphasic Inventory (MCMI), 78 % avec le Personality Disorder Questionnaire (PDQ) et 50 % avec le Structured Interview for DSM-III Personality Disorders (SIDP).

Notre étude révèle 68,7 % de sujets ayant au moins un diagnostic de trouble de la personnalité. Cette prévalence semble relativement élevée en comparaison des données bibliographiques portant sur les patients hospitalisés tous âges confondus et dont la prévalence varie entre 5 % et 62 %.

#### 10.2.2) PATHOLOGIES DE LA PERSONNALITE PARMIS LES PATIENTS PRESENTANT UNE DEPRESSION MAJEURE ACTUELLE SELON LE MODE DEBUT.

L'étude de Camus et al. (1997) portant sur 37 sujets âgés dépressifs divisés en deux groupes selon le début précoce (<60 ans) ou tardif (>60 ans) du premier épisode dépressif montre une prévalence respective des troubles de la personnalité de 73 % et 45 %.

Sato et al. (1999), dans leur étude de 117 sujets dépressifs divisés en deux groupes selon le début précoce (<23 ans) ou tardif (>23 ans) du premier épisode dépressif trouvent une prévalence respective des troubles de la personnalité de 73 % et 54 %.

Ces résultats sont comparables à ceux que nous avons obtenus pour les groupes DP et DT (78,5 % et 55 %) et semblent confirmer l'hypothèse initiale d'une comorbidité accrue entre dépression à début précoce et troubles de la personnalité.

Il semble donc que la comorbidité entre dépression et troubles de la personnalité chez les sujets hospitalisés tous âges confondus soit plus forte chez les dépressifs précoces et ceci quelle que soit la limite d'âge choisie pour la répartition précoce/tardif.

Toutefois, nos résultats de prévalence des troubles de la personnalité, que se soit sur l'ensemble de l'échantillon ou au sein de chaque groupe, semblent relativement plus élevés que dans la plupart des études citées.

## **11) REPARTITION DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE**

Notre étude montre sur la totalité de l'échantillon, que les sujets présentant un trouble de la personnalité se répartissent majoritairement dans le cluster C de l'axe II du DSM-III-R (53,5 % des diagnostics positifs).

Rappelons que le cluster C englobe les personnalités dites anxieuses (personnalité évitante, personnalité dépendante, personnalité obsessionnelle-compulsive et personnalité passive-agressive).

Les autres troubles de la personnalité diagnostiqués se répartissent dans des proportions à peu près similaires dans le cluster A (17,5%), dans le cluster B (14,5%), et dans les troubles non spécifiés de la personnalité (14,5%).

Cette répartition des troubles par cluster conforme à l'axe II du DSM-III-R. est globalement la même pour les groupes DP et DT.

### **11.1) PERSONNALITE EVITANTE**

Les résultats de notre étude montrent une forte prévalence de la personnalité évitante dans le groupe DP (23,4%), contre 9% dans le groupe DT. Cette différence est significative ( $p=0.0026$ ).

L'analyse des scores dimensionnels moyens montrent la même différence : 6,64 pour le groupe DP et 3,70 pour le groupe DT. Cette différence est significative ( $p=0.004$ ).

Fava et al. (1996) montrent dans leur étude une différence de prévalence significative entre le groupe à début dépressif précoce (<18 ans) et le groupe à début dépressif tardif (>18 ans) pour la personnalité évitante. La prévalence respective est de 37% pour le groupe à début dépressif précoce et de 20,8% pour le groupe à début dépressif tardif.

Sato et al. (1999) dans une étude comparable à celle de Fava, mais avec une limite d'âge fixée à 23 ans pour le mode de début dépressif, montrent une prévalence égale à 46,2% pour le groupe à début dépressif précoce et à 36,3% pour le groupe à début dépressif tardif. Cette différence n'est pas significative.

Camus et al. (1997) dans leur étude de la personnalité de trente-sept sujets âgés dépressifs, selon que le premier épisode a eu lieu avant ou après 60 ans, obtiennent respectivement 16 % de diagnostics positifs pour les sujets à début précoce et 13,3 % pour les sujets à début tardif, mais montrent une différence significative du score dimensionnel moyen entre les deux groupes. Les sujets du groupe à mode de début dépressif précoce ont un score moyen deux fois plus élevé que le score moyen des patients de l'autre groupe.

Abrams et al. (1994) dans une étude comparable à celle de Camus, montrent une prévalence égale à 19,3 % pour le groupe à début dépressif précoce et à 7,8 % pour le groupe à début dépressif tardif. Cette différence est significative.

Pilkonis et al. (1988), sur une population de 117 patients dépressifs sans distinction d'âge, obtiennent une majorité de trouble de la personnalité de type évitante avec 30,4 % des diagnostics de trouble de la personnalité.

D'autres études portant sur des sujets dépressifs tous âges confondus donnent des résultats assez hétérogènes en ce qui concerne la prévalence de la personnalité évitante : 3 % pour Zimmerman et al. (1988), 21,1 % pour Reich et al. (1987) et 28,9 % pour Joffe et al. (1988).

Parmi les résultats de notre étude, c'est la prévalence de la personnalité évitante qui a montré le plus de différence entre les deux groupes de manière significative.

Les données bibliographiques recueillies semblent confirmer le fait d'une prévalence accrue de ce type de personnalité pour les patients déprimant précocement, y compris pour une limite d'âge de survenue du premier épisode à 60 ans voire à 18 ans.

## **11.2) PERSONNALITE DEPENDANTE**

Les résultats de notre étude montrent une prévalence légèrement supérieure de ce type de trouble de la personnalité pour le groupe DP aussi bien pour la moyenne des diagnostics positifs (23,4 % contre 18,2 %) que pour les scores dimensionnels moyens (7,25 contre 5,20).

Sato et al. (1999) obtiennent des scores respectifs pour le groupe de dépressifs précoces et tardifs à 30,8 % et 16,5 %.

Fava et al. (1996) obtiennent des scores respectifs pour le groupe de dépressifs précoces et tardifs à 17,8 % et 9,7 %.

L'étude de Camus et al. (1997) montre des résultats légèrement inversés avec une prévalence de 17,8 % pour les dépressifs précoces et 20 % pour les dépressifs tardifs.

Abrams et al. (1994) obtiennent des scores respectifs pour le groupe de dépressifs précoces et tardifs à 33,1 % et 10 %.

Les études suivantes portant sur des populations de sujets dépressifs tous âges confondus montrent des résultats hétérogènes pour la prévalence de la personnalité dépendante : 15,2 % pour Zimmerman et al. (1988), 21,1 % pour Reich et al. (1988), 40,5 % pour Joffe et al. (1988) et 15,7 % pour Pilkonis et al. (1988).

Dans notre étude, la prévalence de la personnalité dépendante est accrue dans le groupe DP mais de manière non significative. Les autres études semblent donner dans l'ensemble des résultats comparables, excepté l'étude de Camus.

### **11.3) PERSONNALITE OBSESSIONNELLE-COMPULSIVE**

Il semble pour ce type de trouble de la personnalité que la prévalence soit plus forte chez les sujets à début dépressif tardif.

Notre étude montre un taux de diagnostics positifs pour le groupe DT et de 4,2 % pour le groupe DP.

L'étude de Camus et al. (1997) donne un taux de diagnostics positifs de 3,5 % pour les dépressifs précoces et 6,7 % pour les dépressifs tardifs.

Fava et al. (1996) retrouvent un taux de diagnostics positifs de 23,3 % pour les dépressifs précoces et 34 % pour les dépressifs tardifs.

L'étude d'Abrams et al. (1994) donne un taux de diagnostics positifs de 18,7 % pour les dépressifs précoces et 10 % pour les dépressifs tardifs.

Les autres données de la littérature montrent dans des populations de dépressifs tous âges confondus un taux de personnalité obsessionnelle-compulsive variant de 10,6 % à 20,6 %.

Notre étude montre une prévalence accrue de ce type de trouble de la personnalité dans le groupe tardif non significative. Les autres études similaires semblent confirmer cette donnée exceptée l'étude d'Abrams.

#### **11.4) PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE**

Les scores dimensionnels moyens de la personnalité schizotypique sont significativement différents entre les groupes DP et DT à respectivement 2,78 et 1,25. ( $p=0,039$ ).

L'étude d'Abrams et al. (1994) donne une différence sensible des scores dimensionnels moyens entre les deux groupes avec 1,5 pour le groupe DP et 0,93 pour le groupe DT.

Ces résultats paraissent marginaux vis-à-vis des autres études qui ne montrent pas de différence significative (Camus et Fava).

#### **11.5) PERSONNALITE SCHIZOIDE**

La personnalité schizoïde semble sensiblement plus fréquente chez les sujets à début dépressif tardif : 4,5 % pour le groupe DT et 2,1 % pour le groupe DP dans notre étude, respectivement 13,3 % et 7,1 % dans l'étude de Camus et al. (1997) et respectivement 3,5 % et 1,4 % dans l'étude de Fava et al. (1996).

Abrams et al. (1994) retrouvent une différence inversée avec 4,5 % pour le Groupe DT et 11,8 % pour le groupe DP.

Il semble là aussi aléatoire de tirer des conclusions à partir de ces résultats au vu des faibles prévalences, observées de surcroît sur de petits échantillons.

## **11.6) PERSONNALITE BORDERLINE**

La personnalité borderline semble sensiblement plus fréquente chez les sujets à début dépressif tardif dans notre étude : 9 % pour le groupe DT et 2,1 % pour le groupe DP.

Ces résultats sont inversés dans les études de Camus et Fava qui notent une prédominance de ce trouble dans les populations à début dépressif précoce : 10,7 % chez les dépressifs précoces contre 6,6 % pour les dépressifs tardifs dans l'étude de Camus et al. (1997) et 22,7 % chez les dépressifs précoces contre 11,6 % pour les dépressifs tardifs dans l'étude de Fava et al. (1996).

L'étude d'Abrams et al. (1994) montre une différence avec un taux accru pour les dépressifs précoces (15 %) par rapport au groupe des dépressifs tardifs (4 %).

Les autres données de la littérature montrent dans des populations de dépressifs tous âges confondus un taux de personnalité borderline variant de 5,3 % à 24,2 %.

Les résultats de notre étude, outre leur non significativité, paraissent marginaux vis-à-vis des autres données bibliographiques.

## **11.7) PERSONNALITE HISTRIONIQUE**

La personnalité histrionique représente un taux de diagnostic supérieur dans le groupe DP avec 8,5 % contre 4,5 % pour le groupe DT. Ces résultats sont comparables dans l'étude de Camus avec 12,5 % des diagnostics pour les dépressifs précoces contre 6,6 % pour les dépressifs tardifs et dans l'étude de Fava avec 7,3 % pour les dépressifs précoces contre 0,5 % pour les dépressifs tardifs ainsi que dans l'étude d'Abrams avec 16,8 % pour les dépressifs précoces contre 13,5 % pour les dépressifs tardifs.

Notre étude montre une légère différence de prévalence entre les deux groupes qui semble exister dans les études comparables, mais les faibles taux de prévalence associés à la taille réduite de l'échantillon permettent difficilement de tirer des conclusions.

## 11.8) PERSONNALITE NARCISSIQUE

La personnalité narcissique représente aussi un taux de diagnostic supérieur dans le groupe DP avec 4,2 % contre 0 % pour le groupe DT. Ces résultats sont comparables dans l'étude de Camus avec 5,3 % des diagnostics pour les dépressifs précoces contre 0 % pour les dépressifs tardifs et dans l'étude de Fava avec 16,4 % pour les dépressifs précoces contre 8,1 % pour les dépressifs tardifs.

L'étude d'Abrams et al. (1994) ne montre pas de différence entre les deux groupes (environ 9 % pour les deux groupes).

Pour la personnalité narcissique, bien que nos résultats semblent aller dans le même sens que dans d'autres études comparables, l'absence de significativité ne nous permet pas de conclure.

## 11.9) AUTRES PERSONNALITES

Enfin, les personnalités paranoïaque, antisociale et passive-agressive sont diagnostiquées dans les mêmes proportions au sein des deux groupes.

Ce résultat est globalement similaire dans l'étude de Fava qui montre respectivement dans les groupes de dépressifs précoces et tardifs des taux de diagnostic de 20,5 % et 22,2 % pour la personnalité paranoïaque, 5,5 % et 2 % pour la personnalité antisociale et 15,1 % contre 10,4 % pour la personnalité passive-agressive.

L'étude de Camus montre respectivement dans les groupes de dépressifs précoces et tardifs des taux de diagnostic de 7,1 % et 6,6 % pour la personnalité paranoïaque, 0 % et 0 % pour la personnalité antisociale et 5,3 % contre 6,6 % pour la personnalité passive-agressive.

L'étude d'Abrams donne des résultats sensiblement différents avec un taux de diagnostic plus élevé dans le groupe à début précoce pour la personnalité paranoïaque et la personnalité antisociale. Cette étude montre respectivement dans les groupes de dépressifs précoces et tardifs des taux de diagnostic de 11,8 % et 5 % pour la personnalité paranoïaque, 11,8 % et 1 % pour la personnalité antisociale et 5 % contre 5,7 % pour la personnalité passive-agressive.



## 12) SYNTHÈSE

Il apparaît à travers nos résultats que la comorbidité entre dépression et troubles de la personnalité soit relativement élevée. Ce fait s'explique en grande partie par le choix de type de questionnaire de personnalité.

Tous les outils standardisés aux normes DSM offrent un haut niveau de sensibilité et un bas niveau de spécificité, et ont ainsi tendance à diagnostiquer les troubles en excès et de manière multiple ; il n'était pas rare de porter un diagnostic double, triple, voire quadruple, de personnalité pathologique chez un même patient au cours de l'étude.

La revue des résultats obtenus dans les études semblables montre une relative hétérogénéité très probablement imputable à la nature même des tests utilisés et aux faibles échantillons étudiés.

La comparaison de nos résultats avec ceux des études semblables s'avère surtout intéressante dans le sens des tendances observées, et beaucoup plus hasardeuse en ce qui concerne les prévalences pour chaque trouble qui diffèrent souvent selon les travaux.

Il serait intéressant, en aval de ce type d'étude de tester les patients positifs avec des outils plus spécifiques, tel que le MMPI par exemple, de manière à éliminer les faux positifs et à affiner les diagnostics multiples.

Toutes études confondues, il apparaît que la personnalité évitante soit fortement représentée chez le sujet déprimé. Les études faisant la distinction selon le mode de début dépressif montrent toutes une prévalence accrue de cette personnalité pathologique chez les sujets à mode de début précoce.

Il semble très probable que la personnalité évitante constitue un facteur de risque de dépression à début précoce.

Cependant, nous pouvons également supposer que c'est probablement le type de critères retenus par le DSM pour la personnalité évitante qui explique cette forte prévalence (cf. chapitre III).

Les critères DSM retenus pour la personnalité évitante peuvent évoquer à la fois l'inhibition anxieuse, l'introversion, la méfiance d'autrui voire la sensibilité, la phobie sociale et l'éreutophobie.



Cet exemple montre toute l'ambiguïté de certains choix critériologiques retenus par l'axe II du DSM-III-R qui renvoient à diverses notions à la fois psychodynamiques et symptomatiques.

Les personnalités dépendante et histrionique qui ont comme point commun un haut degré d'instabilité émotionnelle (au sens du névrosisme d'Eysenck) sont également plus fréquemment associées à la dépression précoce.

En revanche, il semble que les sujets organisés sur le mode obsessionnel (à plus fort niveau de contrôle émotionnel) semblent se protéger de manière plus efficace contre la dépression précoce et être plus sensibles à la dépression tardive.

Cloninger (1999) à propos du modèle à trois facteurs d'Eysenck, établit un parallèle entre la stabilité affective et la capacité à « affronter les épreuves de la vie sans se démonter ».

## IX. CONCLUSION

La dépression du sujet âgé implique des mécanismes étiopathogéniques nombreux et de natures différentes.

La perte d'autonomie, les modifications corporelles associant l'accroissement des déficits et l'accumulation des maladies somatiques, les deuils répétés et les autres événements de vie sont autant de facteurs à prendre en compte.

La dimension psychodynamique ne représente pas un facteur majeur dans l'apparition de la dépression tardive chez le sujet âgé, qui ne souffre pas plus de troubles de la personnalité que les dépressifs tous âges confondus.

Ajuriaguerra disait « on vieillit comme on a vécu ».

En revanche, la dépression à début précoce est plus souvent liée à un trouble de la personnalité. Cette forte comorbidité, bien que probablement accrue par la nature du test de personnalité utilisé, doit être prise en compte pour l'orientation thérapeutique qui dépasse le cadre purement chimiothérapeutique.

La résistance au traitement antidépresseur, la fréquence des rechutes et les hospitalisations répétées sont autant d'éléments devant inciter le praticien à évaluer la personnalité du patient.

Le dépistage du trouble de la personnalité peut se faire avec les outils standardisés tel que le VKP par exemple, mais il apparaît nécessaire dans un second temps d'affiner les profils avec des outils dimensionnels plus fins et prenant en compte des biais fréquents tel que le mensonge par exemple.

Le défaut de spécificité des diagnostics offerts par l'axe II du DSM s'attache principalement à ses choix critériologiques, orientés essentiellement sur les comportements observés au détriment des mécanismes psychopathologiques qui les sous-tendent.

Globalement, cette étude a permis de renforcer nos hypothèses initiales, néanmoins, ces résultats ne peuvent être validés que par un travail méthodologique plus solide incluant un nombre élevé de patients et permettant une étude statistique plus puissante.

# ANNEXES

# MINI-MENTAL STATE (Folstein et al. 1975)

Score maximum

Score

5

ORIENTATION

A- . en quelle année sommes-nous ?

. saison ?

. mois ?

. quelle est la date ?

. le jour ?

5

B- . dans quelle ville ?

. département ?

. région, sommes-nous ?

. quel est le nom de l'hôpital (ou adresse du médecin) ?

. quelle salle (ou endroit, cabinet, etc...) ?



3

MEMOIRE IMMEDIATE (apprentissage)

Nommez trois objets (ex. drapeau, ballon, arbre) : attendez 1 seconde entre chaque. Demandez alors au patient de les répéter tous les trois. Donnez un point par réponse correcte. Répétez-les jusqu'à ce qu'il les apprenne tous les trois (6 essais). Comptez les essais et le score .

Essais

5

ATTENTION ET CALCUL

Comptez à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois :  
100 - 7 = 93 - 86 - 79 - 72 - 65 ....

Un point par chiffre correct. Notez le nombre de réponses correctes.

Si le patient ne peut ou ne veut effectuer cette tâche, demandez d'épeler le mot "monde" à l'envers. (1 point par lettre correcte).



3

MEMOIRE A COURT TERME (rappel)

Faites nommer les 3 objets répétés ci-dessus. Un point par réponse correcte.

9

LANGAGE

Dénommez un crayon, une montre en présentant les objets (2 points)

Répétez : "il n'y a pas de si et pas de mais" (1 point)

Faites exécuter l'ordre suivant : "prenez ce papier dans la main droite, pliez-le en deux, et jetez-le par terre (3 points).

Faites lire et exécuter un ordre écrit : "fermez les yeux" (1 point)

Copiez le dessin suivant (1 point) :

Ecrire une phrase (au moins 1 sujet et 1 verbe, la grammaire et l'orthographe étant indérrogantes (1 point)

TOTAL:

Apprécier le niveau de vigilance sur un continuum

-----  
vif                      somnolent                      stuporeux                      comateux

## Mini- GDS

(Clément, Nassif, Marchan et Léger, 1996)

Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent.

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| ① Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ?           | oui | non |
| ② Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?             | oui | non |
| ③ Etes-vous heureux(se) (bien) la plupart du temps ?          | oui | non |
| ④ Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? | oui | non |

### Cotation :

A la question ① : oui = 1, non = 0

A la question ② : oui = 1, non = 0

A la question ③ : oui = 0, non = 1

A la question ④ : oui = 1, non = 0

**TOTAL =**

### Score :

Si score = 1 ou plus : très forte probabilité de dépression

Si score = 0 : très forte probabilité d'absence de dépression

# L'ÉCHELLE CESd

Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Pourriez-vous indiquer la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou les comportements présentés dans cette liste durant la semaine écoulée ? Cocher la case correspondante à la fréquence :

- 0 Jamais ; très rarement (*moins d'un jour*)       2 Assez souvent (3 à 4 j.)  
 1 Occasionnellement (1 à 2 j.)       3 Fréquemment ; tout le temps (5 à 7 j.)

Durant la semaine écoulée : (*mettez une réponse pour chaque ligne*)

	Jamais ; très rarement	Occasion- nelle- ment	Assez souvent	Fréquem- ment ; tout le temps
J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres .....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti(e) déprimé(e) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été confiant(e) en l'avenir.....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
J'ai pensé que ma vie était un échec..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti(e) craintif(ve).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon sommeil n'a pas été bon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été heureux(se) .....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
J'ai parlé moins que d'habitude.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti(e) seul(e) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les autres ont été hostiles envers moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai profité de la vie .....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
J'ai eu des crises de larmes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti(e) triste .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai manqué d'entrain .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total /\_\_\_/\_\_\_/

D'après traduction française de Fuhrer R. et Rouillon F. *Psychiatr Psychobiol* 1989 ; 4 : 163-6.

QUESTIONNAIRE DE TRAITS DE PERSONNALITE  
(VRAGENLIJST KLINISCHE PERSOONLIJKHEID) (VKP)

L'objectif de ce questionnaire est de déterminer quelle sorte de personne vous êtes.  
L'objectif est de mettre en évidence les traits de personnalité qui vous caractérisent tout au long de  
votre vie, et non pas seulement ces dernières années.

Instructions

Sur les pages suivantes, vous allez trouver des propositions qui pourraient s'appliquer à votre  
personnalité selon un degré plus ou moins fort.

OUI indique que la proposition dans son ensemble s'applique à vous.

NON indique que la proposition ne s'applique pas du tout à vous.

NA indique que nous ne pouvons pas décider entre "OUI" et "NON".

NA signifie "Non Applicable", et indique que la proposition ne peut pas vous être  
appliquée parce qu'elle ne concerne pas votre situation.

Sur chaque proposition, notez votre réponse en entourant d'un cercle l'une des possibilités:  
"OUI", "NON", "NA" ou "?" occasionnellement - "NA".  
Ne sautez aucune proposition.

Certains propositions offrent la possibilité de choisir parmi les réponses:  
"souvent", "une fois" ou "jamais". Ici à nouveau, vous devez toujours entourer d'un cercle  
une de ces trois réponses.

Prenez tout le temps qui vous est nécessaire pour compléter le questionnaire.



n : Date :

: :

e : :

civil : :

iveau de scolarité : :

ession / emploi : :

---

PROPOSITIONS SUIVANTES CONCERNENT LE TRAVAIL, LA SCOLARITE ET  
ACTIVITES QUOTIDIENNES.

- Je consacre tellement de temps à mon travail  
que je n'en ai plus assez pour mes loisirs  
et mes amis. OUI ? NON NA
- Je suis généralement en retard dans mon travail  
parce que je passe trop de temps à essayer  
de le faire parfaitement. OUI ? NON
- Je passe souvent tellement de temps sur de petits  
détails que je perds de vue le véritable but de mon travail. OUI ? NON
- Je réalise moins de choses que ce que je désirerais  
ou suis capable de faire. OUI ? NON
- Je remets souvent à plus tard le travail que je n'ai pas  
envie de faire, avec pour conséquence qu'il n'est  
pas fait à temps. OUI ? NON
- Quand je n'ai pas envie de faire un travail, je fais exprès  
de travailler lentement ou mal. OUI ? NON
- Quand je n'ai pas envie de faire quelque chose, je me  
mets habituellement à boudier ou je deviens irritable. OUI ? NON
- J'oublie souvent des obligations lorsque je n'ai pas  
envie de les remplir. OUI ? NON
- Je ne supporte pas que les gens me donnent de bons  
conseils, sur la manière d'être plus productif  
dans mon travail. OUI ? NON
- Je me plains que les autres attendent trop de moi. OUI ? NON
- Je gêne les efforts des autres en ne faisant pas  
bien mon travail. OUI ? NON
- Ça m'ennuie que les autres pensent que je travaille  
moins bien que je ne le crois. OUI ? NON
- Souvent et sans raison valable, je ne supporte pas  
les gens en position d'autorité. OUI ? NON
- J'évite tout travail qui implique des contacts  
importants avec d'autres personnes. OUI ? NON

**KP I version DSM 3-R**

Je suis absent(e) du travail (école), sans raison valable, plus de 30 jours par année.

OUI ? NON

J'ai quitté un emploi (école), plus d'une fois, sans savoir ce que j'allais faire par la suite.

OUI ? NON

Au cours des 5 dernières années, j'ai passé plus de 6 mois sans emploi alors que j'aurais très bien pu travailler.

OUI ? NON

LES PROPOSITIONS SUIVANTES SE REFERENT AU GENRE DE PERSONNE QUE  
US ETES.

- |  |           |
|--|-----------|
| Je ne sais pas vraiment qui je suis et parfois je ne sais pas à quoi m'attendre de moi même.                         | OUI ? NON |
| Je ne sais pas ce que je désire finalement réaliser dans ma vie ou dans mon travail.                                 | OUI ? NON |
| Je ne sais pas avec certitude ce qui est important pour moi dans la vie, ni ce que je pense être bien ou mal.        | OUI ? NON |
| J'ai besoin de la réassurance et des conseils d'autrui avant de prendre des décisions courantes de tous les jours.   | OUI ? NON |
| Je remets à plus tard ou j'évite le plus possible de prendre des décisions.  | OUI ? NON |
| Je laisse les autres prendre des décisions importantes à ma place.   | OUI ? NON |
| J'éprouve des difficultés à entreprendre ou faire quelque chose de ma propre initiative.                             | OUI ? NON |
| Je suis incapable de jeter des objets usés ou sans valeur, même quand ils n'ont pas de valeur sentimentale pour moi. | OUI ? NON |
| Je suis très strict(e) sur ce qui est bien et ce qui est mal.  | OUI ? NON |
| Je ne supporte pas d'avoir à attendre ce que je désire.  | OUI ? NON |
| Je suis mesquin et ne donne de l'argent, des présents ou du temps que si je peux en tirer un bénéfice.               | OUI ? NON |
| Je cherche constamment à être réassuré(e) par autrui.  | OUI ? NON |
| Je cherche constamment à être apprécié(e) et complimenté(e) par les autres.  | OUI ? NON |
| Je cherche toujours à être admiré(e) par les autres.   | OUI ? NON |

J'ai énormément besoin d'être au centre de l'attention d'autrui.

OUI ? NON

Je consacre beaucoup plus de temps et d'attention à mon apparence physique que la plupart des gens.

OUI ? NON

Je suis une personne de grande valeur et qui a beaucoup de succès.

OUI ? NON

Je me mets en difficulté parce que je passe trop de temps, dans la journée, à rêver de pouvoir, de célébrité, de succès ou d'amour idéal.

OUI ? NON

Mes problèmes sont si particuliers qu'ils ne peuvent être compris que par des personnes hors du commun.

OUI ? NON

**KP I version DSM 3-R**

LES PROPOSITIONS SUIVANTES SE REFERENT AUX PERSONNES QUI SONT  
PORTANTES DANS VOTRE VIE.

Je ne cherche ni n'apprécie les relations proches  
avec autrui même à l'intérieur de la famille. OUI ? NON

Je n'ai pas d'amis intimes en dehors de mes  
parents proches. OUI ? NON

J'évite toutes situations dans lesquelles j'aurais  
des relations étroites avec les autres. OUI ? NON

J'ai une préférence marquée pour les activités  
solitaires. OUI ? NON

J'hésite à me confier à autrui, de peur que ce  
que je dis soit utilisé contre moi. OUI ? NON

Je me sens très nerveux(se) et mal à l'aise  
quand je suis avec des gens. OUI ? NON

Je suis habituellement silencieux(se) en société,  
par crainte de paraître stupide. OUI ? NON

J'ai besoin de savoir avec certitude que les gens  
m'aiment avant d'oser nouer des relations avec eux. OUI ? NON

Je me sens désespéré(e) et anéanti(e) durant une  
longue période quand une relation  
proche s'interrompt. OUI ? NON

Je change souvent d'avis à propos du genre  
d'amis que je désire avoir. OUI ? NON

Mes relations avec autrui sont habituellement  
orageuses, avec beaucoup de hauts et de bas. OUI ? NON

J'insiste pour que les autres fassent les choses  
à ma manière, sinon ça ne serait pas bien fait. OUI ? NON

J'estime avoir droit à un traitement de faveur  
parce que je suis une personne exceptionnelle. OUI ? NON

Je suis capable de manipuler les autres très  
habilement, si j'y trouve avantage. OUI ? NON

**KP / version DSM 3-R**

- Je ne me préoccupe pas de ce que ressentent les autres. OUI ? NON
- J'ai tendance, à prendre des décisions à la place des gens qui me sont proches ou à leur imposer mon mode de vie. OUI ? NON
- Je critique et rabaisse autrui en présence de tiers. OUI ? NON
- Je m'arrange pour que les autres fassent ce que je veux. en les effrayant ou en les menaçant. OUI ? NON
- Je mens parfois délibérément afin de blesser les autres. OUI ? NON
- Je tire parfois plaisir de la souffrance d'autrui (personnes ou animaux). OUI ? NON
- Je suis intéressé(e) par les armes, les arts martiaux, les blessures et la torture. OUI ? NON
- Il m'est arrivé d'être cruel ou de maltraiter quelqu'un qui m'était confié. OUI ? NON
- Je m'empresse de dire que les autres ont raison, même si ça n'est pas le cas, parce que j'ai peur qu'ils me rejettent. OUI ? NON
- Je refuse l'aide des autres, même si j'en ai besoin. OUI ? NON
- Je fais les travaux sales et désagréables que les autres n'ont pas envie de faire, afin qu'ils m'apprécient. OUI ? NON
- Je me porte volontaire pour aider les autres, même si cela risque de me rendre la vie bien plus difficile. OUI ? NON
- Les choix que je fais conduisent toujours. d'une façon ou d'une autre, à des déceptions ou à des échecs. OUI ? NON
- Je ne suis pas intéressé(e) par les personnes qui sont bonnes envers moi ou qui me traitent bien. OUI ? NON
- Je fais des choses qui mettent les autres en colère ou qui les dressent contre moi, puis je me sens blessé(e), vaincu(e) ou humilié(e). OUI ? NON

**KP / version DSM 3-R**

Quand quelqu'un m'insulte, je ne peux pas lui pardonner ou je ressens l'insulte durant des années.

OUI ? NON

Je me rends compte que je me méfie de mes amis ou de mes associés sans raison valable.

OUI ? NON

Je vois des sens cachés et des menaces même dans des remarques ou des gestes bien intentionnés.

OUI ? NON

J'ai tendance à penser, sans raison suffisante, que les autres essaient de m'exploiter ou de me blesser.

OUI ? NON

J'ai facilement tendance à penser que les autres disent du mal de moi.

OUI ? NON



PROPOSITIONS SUIVANTES CONCERNENT VOS SENTIMENTS.

- Je suis insensible aux compliments ou aux critiques d'autrui. OUI ? NON
- Je me sens trop facilement blessé(e) par les critiques. OUI ? NON
- Quand les gens me critiquent, je me sens furieux(se), honteux(s e) ou humilié(e). OUI ? NON
- Je suis trop enclin(e) à me sentir rabaissé(e) ou offensé(e). OUI ? NON
- Quand je me sens rabaissé(e) ou offensé(e) je me mets aussitôt en colère ou je contre-attaque OUI ? NON
- Je suis en proie à des sentiments d'envie. OUI ? NON
- J'éprouve de la difficulté à exprimer des sentiments chaleureux et tendres. OUI ? NON
- J'exprime mes sentiments de façon dramatique et exagérée. OUI ? NON
- Je suis incapable d'éprouver du plaisir ou de la joie. OUI ? NON
- Je refuse pratiquement toutes occasions de prendre du plaisir. OUI ? NON
- Parfois je me sens extrêmement fâché(e), sans raison valable, et j'ai des éclats de colère incontrôlés. OUI ? NON
- Je ne suis pas capable de ressentir de la colère. OUI ? NON
- Je souffre de sentiments de vide et d'ennui. OUI ? NON
- Chaque fois qu'il m'arrive quelque chose de bien ou que j'obtiens un succès, je me sens déprimé(e) et coupable. OUI ? NON
- Je fais tout ce que je peux pour ne pas me retrouver seul(e). car lorsque je suis seul(e), je me sens mal à l'aise et désemparé(e). OUI ? NON

Mes émotions peuvent changer très subitement, de manière inattendue et parfois sans raison apparente.

OUI ? NON

J'ai souvent des accès de dépression, de nervosité ou d'irritabilité qui durent plusieurs heures.

OUI ? NON

Je crains d'être embarrassé(e); par le fait de rougir, de pleurer ou de montrer des signes d'anxiété devant d'autres personnes.

OUI ? NON

J'évite beaucoup de situations qui ne font pas partie de mes activités quotidiennes, parce que je les trouve dangereuses ou risquées.

OUI ? NON

J'éprouve une crainte envahissante d'être abandonné(e) par les personnes qui me sont proches.

OUI ? NON

Chaque fois que j'ai le sentiment qu'une personne qui m'est proche va me quitter, je fais tout pour l'en empêcher.

OUI ? NON

Je suis peu ou pas attiré(e) par les relations sexuelles.

OUI ? NON

Je réalise parfois ou d'autres personnes me le disent, que je m'habille ou me comporte d'une manière sexuellement très provocatrice.

OUI ? NON

Je m'engage dans des relations sexuelles de manière précipitée et impulsive.

OUI ? NON

Dans mes relations amoureuses, je ne suis jamais resté(e) fidèle plus d'un an.

OUI ? NON NA

J'ai souvent mis en doute, et sans raison valable, la fidélité de mon(ma) partenaire sexuel(le).

OUI ? NON NA

Je suis préoccupé(e) par une incertitude concernant mon identité sexuelle.

OUI ? NON

PROPOSITIONS SUIVANTES CONCERNENT QUELQUES UNES DE VOS IDEES.

Je crois à des phénomènes supranaturels et extraordinaires, et des choses comme la magie, la superstition, la télépathie ou la sorcellerie jouent un rôle dans ma vie quotidienne.

OUI ? NON

Il m'arrive quelques fois de voir, d'entendre ou de sentir des choses inhabituelles que les autres gens ne perçoivent pas.

OUI ? NON

PROPOSITIONS SUIVANTES SE REFERENT A DES CONDUITES IMPULSIVES ET RESPONSABLES.

Dans le passé, il m'est arrivé de vivre ou de voyager sans but précis pendant plus d'un mois, sans avoir de travail ou d'adresse fixe.

OUI ? NON

Dans le passé, il m'est arrivé de négliger la santé ou la sécurité de mes enfants, ou de les avoir négligés de quelque autre manière.

OUI ? NON NA

Dans le passé, il m'est arrivé de ne pas respecter mes engagements financiers ou d'avoir manqué aux obligations financières envers ma famille, alors que j'étais censé(e) le faire.

OUI ? NON

Dans le passé, il m'est arrivé de maltraiter quelqu'un ou d'en abuser physiquement.

OUI ? NON

J'ai parfois essayé de contrôler les autres ou de les contraindre à m'obéir en employant la cruauté ou la violence physique.

OUI ? NON

Dans le passé, il m'est arrivé de tromper quelqu'un, d'utiliser un faux nom ou de mentir, lorsque cela servait mes intérêts.

OUI ? NON

Il m'est arrivé plus d'une fois de conduire imprudemment, trop vite ou en état d'ivresse.

OUI ? NON

**✓KP I version DSM 3-R**

Dans le passé, il m'est arrivé d'être arrêté(e) par la police ou d'avoir fait des choses pour lesquelles j'aurais pu être arrêté(e) si on m'avait pris(e).

OUI ? NON

Dans le passé, Il m'est arrivé d'avoir des ennuis:  
- en perdant aux jeux ou en dépensant trop d'argent;  
- en étant saoul(e) ou en ayant abusé de drogues;  
- en me gavant de nourriture;  
- en volant à l'étalage.

OUI ? NON

Quelquefois, je me suis blessé(e) volontairement, j'ai tenté de me suicider ou j'ai menacé de le faire.

OUI ? NON

Si, jamais je blesse, maltraite ou vole quelqu'un, c'est toujours justifié.

OUI ? NON

PROPOSITIONS SUIVANTES CONCERNENT VOTRE COMPORTEMENT AVANT  
AGE DE 15 ANS.

Je faisais souvent l'école buissonnière.

OUI ? NON

J'ai fugué de la maison et suis resté(e) absent(e)  
toute la nuit.

souvent une fois jamais

J'ai déclenché des bagarres.

souvent une fois jamais

Je me suis servi(e) d'une arme pendant une bagarre.

souvent une fois jamais

J'ai forcé quelqu'un à avoir des relations  
sexuelles avec moi.

souvent une fois jamais

J'ai été cruel envers les animaux.

souvent une fois jamais

J'ai maltraité physiquement des gens.

souvent une fois jamais

J'ai volontairement détruit des choses de valeur  
appartenant à d'autres personnes.

souvent une fois jamais

J'ai délibérément causé un incendie.

souvent une fois jamais

J'ai menti à propos de choses importantes, pour d'autres  
raisons que celle d'échapper à des sévices physiques  
ou à des abus sexuels.

OUI ? NON

J'ai volé.

souvent une fois jamais

J'ai volé en me servant d'une arme. en attaquant  
quelqu'un, ou en le menaçant.

OUI ? NON

AVANT DE TERMINER, VOICI QUELQUES PROPOSITIONS SUR CE QUE AUTRES  
PENSENT (OU POURRAIENT PENSER) DE VOUS.

Les gens se plaignent que je parle de façon étrange/  
bizarre/ vague/ Incompréhensible. OUI ? NON

Les gens se plaignent que, à cause de ma manière exubérante  
de parler, j'exagère ou je n'en arrive pas au fait. OUI ? NON

Mon comportement ou mon apparence font probablement  
croire aux gens que je suis étrange, spécial ou mauvais. OUI ? NON

Les gens me croient froid(e) et sans émotion. OUI ? NON

Les gens ne comprennent pas mon sens de l'humour. OUI ? NON

Les gens doivent penser que je suis paranoïaque. OUI ? NON

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABRAMS RC, ALEXOPOULOS GS et al (1987). Geriatric depression and DSM-III-R personality disorder criteria. *J Am Geriatr Soc*, May ; 35(5) : 383-386.

ABRAMS RC, ROSENDAHL E et al (1994). Personality disorder correlates of late and early onset depression. *J Am Geriatr Soc*, Jul ; 42(7) : 727-731.

BELLINI M, GATTI M, GASPERINI M, SMERALDI E (1992). A comparison between delusional and non delusional depressives. *J Affect Disord*, 25 : 129-38.

BENNET A, SARRAMON C et al (1999). Toxicomanie et personnalité : Une autoévaluation par un auto-questionnaire, le VKP. *Ann Psychiatr*, 14, n°3, 220-226.

BERGER G (1950). *Traité pratique d'analyse du caractère*. Presses Universitaires de France, Paris.

BERGERET, J (1974). *La personnalité normale et pathologique*, Dunod, Paris.

BERTSCHY G (1992). Les liens entre troubles de l'humeur et personnalité. *L'encéphale* ; XVIII; 187-92.

CAMUS V, DE MENDONCA CA, GAILLARD M, SIMEONE I, WERTHEIMER J (1997). Are personality disorders more frequent in early onset geriatric depression ? *Journal of affective disorders* 46 ; 297-302.

CATTELL, RB (1956). *La personnalité*, P.U.F., PARIS.

CAUBARRUS E (1988). *Personnalité. Psychologie et psychopathologie. Part de l'axe II du DSM-III dans un trouble psychiatrique a propos de 100 cas*. Thèse n°138, Université de Bordeaux II U.F.R. des sciences médicales.

CHARNEY DS, NELSON JC, QUINLAN DM (1981). Personality traits and disorder in depression. *Am J Psychiatry* ; 138 : 1601-4.

CLEMENT J.-P, LEGER J.-M (1996). Les dépressions du sujet âgé. PRID, ACANTHE MASSON, PARIS, p :19-22.

CLEMENT J.P, NASSIF R.F, LEGER J.M (1997). Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. L'encéphale ; XXIII : 91-99.

CORRAZE J (1997). Encyclopædia Universalis France S.A, 4-947.

CORRUBLE E, GINESTET D (1996). Étude de la comorbidité dans un échantillon de patients déprimés hospitalisés. L'encéphale ; XXII : 119-126.

CLONINGER S (1999). La personnalité. Flammarion.

CONWELL Y, NELSON C et al (1989). Depression in late life : âge of onset as marker of a subtype. Journal Of Affective Disorders, 17, 189-195.

DEBRAY Q, NOLLET D (1995). Les personnalités pathologiques. Masson, PARIS.

DELAY J, PICHOT P (1967). Abregé de psychologie. Masson, PARIS.

DENIKER P, LEMPERIERE T, GUYOTAT J (1989). Précis de psychiatrie clinique de l'adulte. Masson, PARIS.

DIGUER L, BARBER JP, LUBORSKY L (1993). Three concomitants: personality disorders, psychiatric severity and outcome of dynamic psychotherapy of major depression. Am J Psychiatry ; 150 : 1246-8.

DONGIER M (1966), Névroses et troubles psychosomatiques. Dessart editeur, Bruxelles.

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, Third Edition, Revised (DSM-III-R) (1989). Traduction de l'anglais coordonnée par J.D. GUELFY. Masson.

DUGUAY R, ELLENBERGER HF (1981). Précis pratique de psychiatrie. PARIS: Maloine.

ESCANDE M (1996). Hystérie. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-340-A-10, 10 p.



FABREGA H, ULRICH R, PILKONIS P, MEZZICH J (1991). On the homogeneity of Personality Disorder Clusters. *Compr Psychiatry* ; 32 : 373-86.

FAVA M, ALPERT J et al (1996). Patterns of personality disorder comorbidity in early-onset versus late onset major depression. *American Journal of Psychiatry* 153, 10 october, 1308-1312.

FOGEL BS, WESTLAKE R (1990). Personality disorder diagnoses and age in inpatients with major depression. *J Clin Psychiatry* ; 51 : 232-5.

FOLSTEIN MF, FOLSTEIN SE, Mc HUGHES (1975). « Mini Mental State ». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *J Psychiatry Res*, 12 : 189-198.

FORSELL Y et al (1995). Prevalence and correlates of depression in a population of nonagerians. *British Journal of Psychiatry*., 167, 61-4.

FREUD A (1936). *Le moi et les mécanismes de défense*. p : 41-51, Presses universitaires de France.

FUHRER R, ROUILLON F (1989). La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. *Psychiatr. Et Psychobiol.*, 4, 163-166.

GOETHE JW, SZAREK BL, COOK WL (1988). A comparison of adequately vs inadequately treated depressed patients. *J Nerv Ment Dis* ; 176 : 465-70.

GUELFY JD, CORRUBLE E, DURET C et al (1999). *Personnalité et troubles de l'humeur. Références en psychiatrie*. Editions Doin.

HOLROYD S, DURYEE JJ (1997). Differences in geriatric psychiatry outpatients with early -vs late-onset depression. *International journal of geriatric psychiatry*, vol 12: 1100-1106.

JOFFE RT, REGAN JJ (1994). DSM-III personality disorders in the community. *Am J Psychiatry*. Jul;151(7):1055-62.

KEITNER GI, RYAN CE, MILLER IW, KOHN R, EPSTEIN NB (1991). 12 months outcome of patients with major depression and comorbid psychiatric or medical illness. *Am J Psychiatry* ; 148 : 345-50.

KOENISBERG HW, KAPLAN RD, GILMORE MM, COOPER AM (1985). The relationship between syndrome and personality disorder in DSM-III: experience with 2462 patients. *Am J Psychiatry* ; 142 : 207-12.

LANSIER C, OLIVIER-MARTIN R (1993). *Personnalités pathologiques*. Editions techniques. E. M. C. Psychiatrie, 37-320-A-10, 16 p.

LAPLANCHE J, PONTALIS J.B (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF, Paris.

LEGER J.M, CLEMENT J.P, WERTHEIMER J (1999). *Psychiatrie du sujet âgé*. Editions Médecine-Sciences Flammarion.

LENZENWEGER M, LORANGER AW et al (1997). Detecting personality disorders in a non clinical population. *Arch Gen Psychiatry/Vol 54, Apr*, 345-351.

LE SENNE R (1945). *Traité de caractérologie*. PARIS: PUF.

LIBB JW, STANKOVIC S, SOKOL R et al (1990). Stability of the MCMI among depressed psychiatric outpatients. *J Pers Assess* ; 55 : 209-18.

LIEURY A (1990). *Manuel de psychologie générale*. Bordas, Paris.

LORANGER AW, SARTORIUS, N, ANDREOLI A, BERGER P, BUCHHEIM P, CHANNABASAVANNA SM, COID B, DAHL A, DIEKSTRA RF, FERGUSON B, JACOBSBERG LB, MOMBOUR W, (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders, *Arch Gen Psychiatry* 51, 215-224.

MARTY P, DE M'UZAN M, DAVID CH (1963). *L'investigation psychosomatique*. Paris, PUF.

MEZZICH JE, AHN CW, FABREGA H, PILKONIS PA (1990). Patterns of psychiatric comorbidity in a large population presenting for care. In : Maser and Cloninger (eds). *Comorbidity of mood and anxiety disorder*. Washington DC, American Psychiatric Press Inc.

MOLINARI V, AMES A et al (1994). Prevalence of personality disorders in two geropsychiatric inpatient units. *J Geriatr Psychiatry Neurol* Oct-Dec ; 7(4) : 209-215.

NUTTIN J (1965). La structure de la personnalité. PARIS: PUF, coll. "le psychologue".

PASCAL JC, DUQUESNOY M (1991). Valeur sémiologique des anomalies des conduites sexuelles.- EMC 37105 G10.

PERRY J et al (1992). Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. American Journal of Psychiatry 149 :12, December.

PFOHL B, STANGL D (1984). The implications of DSM-III personality disorders for patients with major depression. Journal Of Affective Disorders, 7, 309-318.

PHAM A, GUELFY JD (1998). Evaluation de la personnalité et diagnostic des troubles de la personnalité. Neuro-psy ; 13 : 14-23.

PHAM A, GUELFY J.D (1999). Instruments de diagnostic des troubles de la personnalité. Ann. Méd.-Psychol., 157, n°5, 340-343.

PICHOT P (1956). Les tests de personnalité en Psychiatrie. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue Française; LIV ième session-Bordeaux (30 aout-4 septembre). Masson. Paris; PP 6-11.

PICHOT P (1965). Modèles psychopathologiques de la Personnalité. Symposium de l'Association de Psychologie Scientifique de langue française. 1964. Liège. Paris : PUF.

PILKONIS A et al (1988). Personality pathology in recurrent depression : Nature, prevalence, and relationship to treatment response. Américan Journal Of Psychiatry 145 : 4, April.

PULL CB, WITTCHEN H (1991). CIDI, SCAN and IPDE:Structured diagnostic interviews for ICD-10 and DSM-III-R. Eur Psychiatry ; 6:277-86.

REICH JH, NOYES R (1987). A comparison of DSM-III personality disorders in acutely ill panic and depressed patients. J Anx Dis ; 1 : 123-3 1.

ROLLAND JP (1996). Décrire la personnalité : la structure de second ordre dans la perspective des big-five. Pratiques psychologiques 4 : 35-47.

SAMUELS JF, NESTADT G, ROMANOSKI AJ, FOLSTEIN MF, MCHUGH PR (1988). Personality and depression. *J Psychiatr Res.* 22(4):279-86.

SATO T, SAKADO K et al (1999). Personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression in Japan. *J Nerv Ment Dis* 187 :237-242.

SAUER H, RICHTER P, CZERNIK A, MAYERHOFER WL, SCHOCHLIN C, GREIL W et al (1997). Personality differences between patients with major depression and bipolar disorders - the impact of minor symptoms on self-ratings of personality. *J Affect Disord* ; 42 : 169-77.

SCHNEIDER K (1923). *Les personnalités psychopathiques*. PUF, Paris, 1955.

SCHREIDER E (1997). *Encyclopædia Universalis France S.A*, 11-599c.

SHEA MT, PILKONIS PA, BECKHARN E, COLLINS JF, ELKIN L, SOTSKY SM et al (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Am J Psychiatry* ; 147 : 711-8.

SVRAKIC DM, WHITEHEAD C, PRZYBECK TR, CLONINGER CR (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* ; 50 : 991-9.

WIDLOCHER D, BASQUIN M (1968). *Pathologie du caractère*. EMC, 37320 A10, p 8.

WIGGINS J (1979). A psychological taxonomy of trait-descriptive terms : The interpersonal domain. *Journal of personality and social psychology*, 37, 395-412.

WIGGINS J, BROUGHTON R (1991). A geometric taxonomy of personality scales. *European Journal of personality*, 5, 343-365.

YELA M (1997). *Encyclopædia Universalis France S.A*, 9-230a.

ZIMMERMAN M, CORYELL WH, PFOHL B, CORENTHAL C, STANGL D (1986). ECT response in depressed patients with and without a DSM-III personality disorder. *Am J Psychiatry*, 143 : 1030-2.

ZIMMERMAN M, PFOHL B, CORYELL WH, STANGL D, CORENTHAL C (1988).  
Diagnosing personality disorder in depressed patients. A comparison of patient and informant  
interviews. Arch Gen Psychiatry ; 45 : 733-7.

-ZIMMERMAN M, WILLIAM H et al (1990). Diagnosing personality disorders in the  
community. A comparison of self-report and interview measures. Arch Gen Psychiatry/vol  
47, june, 527-531.

## TABLE DES MATIERES

<b>Université de Limoges.</b>	2
<b>Remerciements.</b>	8
<b>Dédicaces.</b>	13
<b>Plan.</b>	14
<b><u>I. INTRODUCTION.</u></b>	22
<b><u>II. CONCEPT DE PERSONNALITE.</u></b>	23
<b>1) PERSONNE.</b>	23
1.1) Etymologie.	23
<b>2) PERSONNALITE.</b>	24
2.2) Définitions.	24
2.1.1) Sens commun.	24
2.1.2) Sens scientifique.	24
2.3) Approche anthropologique.	26

<b>3) LES THEORIES DE LA PERSONNALITE.</b>	28
3.1) Origines.	28
3.2) Théories typologiques.	29
3.2.1) Typologies psychologiques.	29
-Typologie de Heymans et Wiersma.	29
-Typologie de Jung.	31
3.2.2) Typologies morphologiques.	32
-Typologie de Kretschmer.	33
-Typologie de Sheldon.	35
3.3) Théories factorielles.	37
3.3.1) La conception des traits d'Allport.	37
3.3.2) Le modèle de Cattell.	38
3.3.3) Le modèle de Eysenck.	41
3.3.4) Le MMPI.	42
3.4) Typologie psychanalytique.	43
3.5) Théorie comportementale.	44

**III. PERSONNALITE PATHOLOGIQUE.** 46

**1) ECOLE FRANÇAISE.** 47

<b>2) ECOLE AMERICAINE.</b>	50
<b>3) LA CLASSIFICATION DSM-III-R (AXE II) DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE.</b>	51
3.1) Personnalité paranoïaque.	51
3.2) Personnalité schizoïde.	53
3.3) Personnalité schizotypique.	54
3.4) Personnalité antisociale.	56
3.5) Personnalité borderline.	60
3.6) Personnalité histrionique.	62
3.7) Personnalité narcissique.	64
3.8) Personnalité évitante.	67
3.9) Personnalité dépendante.	68
3.10) Personnalité obsessionnelle-compulsive.	70
3.11) Personnalité passive-agressive.	72
3.12) Troubles non spécifiés de la personnalité.	73
<b><u>IV. ECHELLES D'EVALUATION DE LA PERSONNALITE.</u></b>	74
<b>1) INTRODUCTION.</b>	74



<b>2) INTERETS ET LIMITES DES INSTRUMENTS CATEGORIELS.</b>	76
<b>3) PRINCIPAUX OUTILS CATEGORIELS UTILISES A L'ECHELLE INTERNATIONALE.</b>	77
3.1) Questionnaires semi-structurés.	77
3.2) Autoquestionnaires.	79
<b>4) LE VKP.</b>	80
4.1) Choix du VKP.	80
4.2) Présentation du VKP.	81
<b>5) CHOIX DE LA REFERENCE DIAGNOSTIQUE (DSM-III-R).</b>	83
<b><u>V. LA DEPRESSION DU SUJET AGE.</u></b>	84
<b>1) RAPPEL HISTORIQUE.</b>	84
<b>2) EPIDEMIOLOGIE DE LA DEPRESSION DU SUJET AGE.</b>	85
<b><u>VI. ETUDE CLINIQUE.</u></b>	87
<b>1) CHEMINEMENT DE LA DEMARCHE ET DU CHOIX DU SUJET.</b>	87
<b>2) OBJECTIFS DE L'ETUDE ET HYPOTHESES PREALABLES.</b>	88
<b>3) METHODOLOGIE.</b>	89

3.1) Présentation de l'étude.	89
3.2) Critères d'inclusion.	90
3.3) Critères de non-inclusion et d'exclusion.	90
3.4) Présentation des outils utilisés.	91
3.4.1) Mini GDS.	91
3.4.2) CES-D.	91
3.4.3) MMS.	92
3.4.4) VKP.	92
3.5) Facteurs étudiés.	93

## **VII. RESULTATS.**

<b>1) AGE.</b>	94
<b>2) REPARTION DES SEXES.</b>	95
<b>3) SITUATION DE FAMILLE.</b>	95
<b>4) ANTECEDENTS DE DIVORCE.</b>	95
<b>5) MODE DE VIE SEUL(E).</b>	96
<b>6) NIVEAU SCOLAIRE.</b>	96
<b>7) AGE DU PREMIER EPISODE.</b>	96

<b>8) SCORE MMS.</b>	97
8.1) Score MMS lors du premier entretien.	97
8.2) Score MMS lors du second entretien.	97
<b>9) SCORE MINI GDS.</b>	98
9.1) Score Mini GDS lors du premier entretien.	98
9.2) Score Mini GDS lors du second entretien.	98
<b>10) SCORE CES-D.</b>	99
10.1) Score CES-D lors du premier entretien.	99
10.2) Score CES-D lors du second entretien.	99
<b>11) TABLEAU DES CARACTERISTIQUES CLINIQUES DE L'ECHANTILLON.</b>	100
<b>12) TROUBLES DE LA PERSONNALITE.</b>	101
12.1) Résultats basés sur les diagnostics positifs.	101
12.1.1) Diagnostics positifs de l'échantillon total par cluster.	101
12.1.2) Diagnostics positifs des deux groupes par cluster.	102
12.1.3) Diagnostics positifs du cluster A pour chaque groupe.	102
12.1.4) Diagnostics positifs du cluster B pour chaque groupe.	103
12.1.5) Diagnostics positifs du cluster C pour chaque groupe.	103
12.1.6) Diagnostics des troubles non spécifiés pour chaque groupe.	104
12.1.7) Tableau du taux de diagnostics positifs pour chaque groupe.	104

12.2) Résultats basés sur les scores dimensionnels.	105
12.2.1) Scores dimensionnels du cluster A pour chaque groupe.	105
12.2.2) Scores dimensionnels du cluster B pour chaque groupe.	105
12.2.3) Scores dimensionnels du cluster C pour chaque groupe.	106
12.2.4) Scores dimensionnels des troubles non spécifiés pour chaque groupe.	107
12.2.5) Tableau des scores dimensionnels pour chaque groupe.	107
12.3) Tableau récapitulatif des scores positifs et dimensionnels.	108

**VIII. DISCUSSION.** 109

<b>1) LIMITES DE LA METHODE.</b>	109
<b>2) AGE.</b>	109
<b>3) REPARTITION DES SEXES.</b>	110
<b>4) SITUATION DE FAMILLE.</b>	112
<b>5) ANTECEDENTS DE DIVORCE.</b>	112
<b>6) MODE DE VIE SEUL(E).</b>	112
<b>7) AGE DU PREMIER EPISODE.</b>	113
<b>8) SCORE AU MMS.</b>	113
<b>9) SCORE AUX ECHELLES DE DEPRESSION.</b>	115

<b>10) TROUBLES DE LA PERSONNALITE.</b>	116
10.1) Population générale.	117
10.2) Patients dépressifs.	118
10.2.1) Pathologies de la personnalité parmi les patients présentant une dépression majeure actuelle tous âges confondus.	118
10.2.2) Pathologies de la personnalité parmi les patients présentant une dépression majeure actuelle selon le mode début.	119
<b>11) REPARTITION DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE.</b>	120
11.1) Personnalité évitante.	120
11.2) Personnalité dépendante.	121
11.3) Personnalité obsessionnelle-compulsive.	122
11.4) Personnalité schizotypique.	123
11.5) Personnalité schizoïde.	123
11.6) Personnalité borderline.	124
11.7) Personnalité histrionique.	124
11.8) Personnalité narcissique.	125
11.9) Autres personnalités.	125
<b>12) SYNTHESE.</b>	126

**IX. CONCLUSION.** 128

**ANNEXES.** 129

MMS. 130

Mini GDS. 131

CES-D. 132

VKP. 133

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.** 148

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, qu'assé-je avoir un sort contraire.

