

Trouble de la personnalité

D^r Christophe André

Service hospitalo-universitaire, centre hospitalier Sainte-Anne, 75674 Paris Cedex 14
c.andre@ch-sainte-anne.fr

Objectifs

DÉFINITIONS

La personnalité comme facteur de différenciation

La personnalité est l'ensemble des traits psychologiques, émotionnels et comportementaux qui nous rendent uniques et différents des autres. En ce sens, « manquer de personnalité » signifie ne pas, ou peu, se différencier (par conformisme, crainte, incapacité...) des humains qui nous entourent.

La personnalité comme ensemble de traits permanents

On parle parfois, pour décrire l'ensemble des traits propres à un individu donné, de son « caractère », mot dont l'étymologie grecque signifie « empreinte » (comme celle qui figure sur les pièces de monnaie), et donc quelque chose de stable, de durable. Un trait de personnalité, pour être considéré comme tel, doit se manifester de manière régulière, sinon permanente. Se mettre de temps en temps un peu en colère n'est pas forcément un trait de personnalité, surtout si les déclencheurs de cette colère auraient conduit la plupart des personnes à perdre leur calme ; en revanche, s'énervier quotidiennement et/ou violemment contre les personnes ou les situations qui nous contrarient peut s'avérer un trait de personnalité pathologique.

La personnalité comme facteur de prévisibilité

Autre dimension importante de la notion de personnalité : elle est ce qui nous rend relativement prévisibles. Notre personnalité fait que nous aurons tendance à réagir souvent de la même manière face aux mêmes situations : dans un groupe, l'extraverti ira vers les autres et y prendra plaisir, tandis que l'introverti se tiendra à l'écart en attendant impatiemment la fin de la soirée.

Personnalité et tempérament

Remarquons enfin le retour, dans la psychologie contemporaine, d'une notion ancienne, le tempérament, qui renvoie davantage aux soubassements biologiques de la personnalité. Le philosophe

- Diagnostiquer un trouble de la personnalité et apprécier son retentissement sur la vie sociale du sujet.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

André Comte-Sponville propose, dans son *Dictionnaire philosophique*, une réflexion assez juste sur ces trois grandes notions : « Le tempérament d'un individu, c'est ce que la nature a fait de lui ; son caractère, c'est ce que l'histoire [son histoire personnelle] a fait de son tempérament ; et sa personnalité, c'est ce qu'il a fait, et ne cesse de faire, de ce que la nature et l'histoire ont fait de lui ». Car la personnalité est en évolution constante, ou du moins devrait idéalement l'être, en se nourrissant peu à peu des expériences de vie du sujet, fructueuses ou infructueuses.

CLASSIFICATIONS

Comprendre et classer les différents types de personnalité

Les humains se différencient autant les uns des autres par leurs organisations psychologiques que par leurs caractéristiques physiques : de même qu'aucun corps n'est la copie exacte d'un autre, aucune personnalité n'est exactement superposable à une autre. Il existe cependant des « familles » psychologiques qui font que nous pouvons ressembler à d'autres individus, sentir, penser, réagir souvent comme eux. Les classifications de ces familles de personnalité peuvent être de deux types : dimensionnelles ou catégorielles.

Classifications dimensionnelles

On parle d'approche dimensionnelle lorsqu'on utilise des traits isolés, comme la curiosité ou la stabilité émotionnelle, pour décrire une personne : on définit alors une personnalité, en ayant recours à un certain nombre de traits et à leur intensité, comme quelqu'un de « plutôt curieux, très émotif, peu ouvert à la nouveauté, etc. »

Parmi les approches dimensionnelles modernes les plus fréquemment utilisées, la plus aboutie est celle dite des *Big Five*, proposant 5 grands traits, mémorisables par l'acronyme OCEAN : ouverture à l'expérience, caractère consciencieux, extraversion, caractère agréable, caractère névrotique.

Classifications catégorielles

Mais l'approche dimensionnelle, bien que précise, est aussi complexe pour des cliniciens non entraînés : combien de dimensions utiliser pour cerner une personnalité ? Et lesquelles ? D'où le recours fréquent à une approche catégorielle, qui observe que les principaux traits de personnalité ont tendance à se regrouper : les introvertis sont souvent prudents, les extravertis sont ouverts aux autres mais aussi curieux des expériences nouvelles, etc. On regroupe alors les personnalités par grandes familles : la démarche est simplificatrice, mais plus facilement utilisable. C'est actuellement cette démarche catégorielle (tableau 1) qui a été choisie par les classifications psychiatriques internationales américaines (le DSM, ou *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*) ou européennes (la CIM, ou Classification internationale des maladies).

DIAGNOSTIC ET CLINIQUE

Seuil entre personnalités « normales » et troubles de personnalité : flexibilité versus rigidité

Ce qui caractérise une personnalité « normale » c'est sa capacité à s'adapter à l'environnement. Si vous présentez par exemple certains traits de méfiance envers les étrangers, cela se marquera par une certaine froideur a priori, et un besoin de bien

connaître vos interlocuteurs pour « baisser la garde ». Mais une fois que vous connaîtrez les personnes, vous serez capable d'accorder votre confiance à ceux qui selon vous la méritent : votre trait de personnalité « méfiance » se sera ainsi montré flexible et ajustable en fonction des circonstances. Tout en étant quelque peu plus réservé que la moyenne, vous restez capable de contacts humains chaleureux.

En revanche, chez une personne présentant une personnalité paranoïaque, ce trait de personnalité sera rigide : votre méfiance s'exprimera, ou se réveillera très vite, même vis-à-vis de proches et de personnes connues depuis longtemps (« *je ne fais confiance à personne...* »). Ce qui ne manquera pas de poser de nombreux problèmes tant au sujet concerné (toujours sur le qui-vive), qu'à ses interlocuteurs (toujours inquiets de déclencher, sans le vouloir, des catastrophes par un de leurs propos). C'est surtout cette rigidité, cette difficulté à moduler ses styles de pensée et de comportement en fonction des demandes de l'environnement (et l'incapacité à les faire évoluer) qui caractérise les personnalités dites pathologiques en psychiatrie.

Nature des symptômes

Les symptômes des troubles de personnalité sont aussi variés que possible, d'où les difficultés diagnostiques. D'autant qu'ils ne sont pas spontanément mis en avant comme tels par les patients :
 – difficultés relationnelles (conflits, malentendus, excès de dépendance ou excès de distance...);
 – souffrances émotionnelles (peurs, inquiétudes, tristesses ou colères excessives...);
 – problèmes d'insertion professionnelle (situations d'échecs, sous-positionnement par rapport aux capacités ou aux diplômes, ou mise à l'écart dans l'entreprise) et sociale (isolement et marginalité).

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Trouble de la personnalité ».

Cas clinique

Lors d'une consultation demandée en urgence par une petite entreprise voisine, vous êtes confronté(e) à une jeune patiente de 28 ans, stagiaire dans l'entreprise, qui vient d'y faire une « crise de nerfs », à la suite de l'annonce de sa non-embauche pour cause « d'incompatibilité d'humeur » avec l'un de ses supérieurs hiérarchiques. La jeune fille, au début réticente, se livre peu à peu. L'examen somatique montre des cicatrices veineuses liées à un passé d'héroïnomanie, ainsi que plusieurs gros tatouages (« *tout ça, c'est quand je faisais la route...* »),

et aussi des cicatrices de brûlures de cigarettes et d'entailles aux deux poignets (« *quand je vais mal, j'ai envie de me faire du mal* »).

Elle vit de manière marginale, n'ayant jamais pu se stabiliser dans des relations sentimentales ou amicales durables. Elle décrit une difficulté à réguler ses émotions (« *quand ça pète, ça pète* ») mais aussi des sentiments de vide, d'ennui, de solitude qui la poussent à rechercher parfois ce qu'elle appelle des « *sensations fortes* » (ivresses, rapports sexuels avec des inconnus, errances...). Elle se montre très anxieuse de son avenir, et se sent

plus ou moins persécutée par la supérieure hiérarchique avec qui elle a eu le conflit.

- 1 Quel diagnostic évoquez-vous chez cette patiente ?
- 2 Quel est le risque principal à explorer systématiquement durant l'entretien ?
- 3 Quel type de prescription médicamenteuse devez-vous envisager dans l'immédiat ?
- 4 Faut-il recommander une hospitalisation ?
- 5 Faut-il recommander une psychothérapie ?

Éléments de réponse dans un prochain numéro

Anosognosie et égосyntonie

Une autre caractéristique des troubles de personnalité réside dans la difficulté de recul envers ses propres troubles du comportement : le patient les considère comme relativement légitimes (« *ce n'est pas moi, c'est l'autre, ou c'est la situation* », etc.), et comme faisant partie intégrante de sa personnalité (« *je suis comme ça depuis toujours* ») ; c'est ce qu'on nomme un trouble « égосyntonique » (le sujet l'accepte, là où un trouble égосyntonique est considéré comme dérangeant pour lui-même par le sujet). De ce fait, la demande de soins ne porte que rarement sur le trouble de personnalité mais plutôt sur les complications ou la comorbidité psychiatriques associées.

Mécanismes de défense

L'égосyntonie est liée à ce qu'on nomme en psychologie « mécanismes de défense » : un processus en général inconscient destiné à éviter au patient de se remettre en question. Par exemple, le déni et la projection : « *je ne suis pas en colère* [déni], *c'est toi qui es énervant* [projection] ». Le tableau 2 résume les caractéristiques des principaux mécanismes de défense. Ils peuvent être retrouvés chez des sujets normaux, mais leur dimension pathologique provient, dans les troubles de personnalité, de leur fréquence, de leur caractère systématique, et de la relative incapacité du patient à en prendre conscience pour les moduler.

Comorbidité et complications

L'association chez un même patient de plusieurs troubles de personnalité, certains francs, d'autres subsyndromiques (certains traits mais pas tous) est assez fréquente. De même, ces patients peuvent également présenter des complications psychiatriques diverses, qui sont assez souvent des troubles dépressifs, des troubles anxieux, des abus de substances.

ÉPIDÉMIOLOGIE ET ÉVOLUTION

Épidémiologie des troubles de personnalité

La plupart des études conduites en population générale à l'aide d'entretiens structurés retrouvent des taux de 5 à 10 %, tous profils de personnalité confondus. Ces chiffres augmentent à 25 ou 30 % dans les populations de demandeurs de soins. Le tableau 1 aborde profil par profil les fréquences des différentes personnalités identifiées.

Évolution des troubles de personnalité

Dans la plupart des cas, les traits de personnalité pathologique sont identifiables dès l'enfance, même si c'est en général sous une forme modérée. La stabilité de ces traits n'est pas évidente dans les études longitudinales de suivi, du moins au niveau de l'expression des symptômes : ceux-ci peuvent être en sommeil durant les périodes où les conditions de vie sont favorables et stabilisées, puis s'exprimer à nouveau sous l'effet d'événements de vie stressants.

POINTS FORTS

à retenir

- Le diagnostic de « trouble de personnalité » renvoie à un ensemble de symptômes psychologiques, émotionnels et comportementaux qui caractérisent une manière d'être permanente et inadaptée.
- Les troubles de personnalité perturbent profondément la vie relationnelle et l'insertion socioprofessionnelle des patients.
- La demande de soins est rare, les patients considérant leur manière d'être comme plus ou moins légitime, ou du moins comme faisant partie intégrante de leur identité.
- Les traits de personnalité (approche dimensionnelle) peuvent souvent être regroupés en grandes catégories de personnalités pathologiques (approche catégorielle), dont les plus fréquentes sont les personnalités évitantes (crainte et évitement des contacts sociaux) et paranoïaques (méfiance et psychorigidité).
- À ce jour, les traitements validés des troubles de personnalité sont essentiellement les psychothérapies, surtout comportementales et cognitives. Les psychotropes sont utilisés dans le traitement des urgences ou des complications psychiatriques.

(v. **MINI TEST DE LECTURE**, p. 575)

PROFILS DES TROUBLES DE PERSONNALITÉ LES PLUS FRÉQUENTS OU LES PLUS PROBLÉMATIQUES

Personnalité évitante

- ✓ Elle se caractérise par une crainte des contacts sociaux, surtout approfondis ou susceptibles de le devenir. Il ne s'agit pas de misanthropie – ces patients aspirent le plus souvent à avoir une vie amicale et sentimentale – mais de peur de ne pas être à la hauteur et d'une crainte excessive du rejet, de la moquerie ou de la critique, bref, des éventuelles blessures liées à toute vie sociale. Plus que de la simple timidité, qui n'exclut pas la capacité peu à peu de se révéler, d'accorder sa confiance et de se montrer à l'aise lorsqu'on connaît bien les personnes, la personnalité évitante est un profil psychologique qui isole durablement le sujet de ses semblables.
- ✓ Les principales manifestations sont :
 - l'évitement de la plupart des activités sociales comportant une implication personnelle. Pas de problèmes pour les échanges brefs et superficiels, ou ce qui est centré sur un échange d'informations précises (comme au travail). Mais réticence (liée à une appréhension majeure) à personnaliser et approfondir les liens ;
 - la révélation de soi et l'engagement que si on est sûr d'être apprécié ou aimé ;

- le maintien en retrait par peur de paraître ridicule, déplacé, « inférieur » ;
- l'hypersensibilité à toute forme de refroidissement du lien ; peut percevoir des signes de mépris derrière de l'ironie ou de l'humour, des preuves de désamour derrière de la distraction (si on a oublié de le saluer ou si on l'a fait moins chaleureusement que d'habitude). Du coup, se replie et s'isole encore plus ;
- l'estime de soi fragile (se perçoit comme moins attirant et compétent que les autres) ;
- la peur d'agir sous le regard des autres (par peur de l'échec et du jugement social) ;
- le blocage et l'inhibition dans les situations sociales, notamment informelles (soirées, repas, cocktails), si ne connaît pas très bien les gens.

Tableau 1 Fréquence des troubles de personnalité selon la classification du DSM-IV-R en population générale*

TROUBLE ET SYMPTÔMES CLÉ	FRÉQUENCE
Personnalité paranoïaque → méfiance excessive, susceptibilité, psychorigidité (incapacité à remettre son raisonnement en question)	2,4 % (SE 0,7)
Personnalité schizoïde → besoin de solitude, froideur relationnelle	1,7 % (SE 1,6)
Personnalité schizotypique → croyances et convictions bizarres	0,6 % (SE 0,2)
Personnalité antisociale → passages à l'acte fréquents, non-respect des règles sociales et morales, faible empathie	0,7 % (SE 0,2)
Personnalité borderline → Instabilité relationnelle et émotionnelle majeures	0,7 % (SE 0,2)
Personnalité histrionique → besoin de plaire et d'attirer l'attention	2 % (SE 0,3)
Personnalité narcissique → sentiment de supériorité et d'avoir plus de droits que les autres	0,8 % (SE 0,2)
Personnalité évitante → appréhension des contacts sociaux, autodévalorisation, hypersensibilité à la critique	5 % (SE 0,5)
Personnalité dépendante → doutes sur ses capacités à survivre seul(e), besoin excessif de la présence et du soutien d'autrui	1,5 % (SE 0,3)
Personnalité obsessionnelle → perfectionnisme excessif, besoin de contrôler, de vérifier	2 % (SE 0,3)

* Échantillon de 2 053 adultes norvégiens, âgés de 18 à 65 ans, données recueillies de 1994 à 1997.

Personnalité paranoïaque

✓ Elle se caractérise par une méfiance excessive et inadaptée, des exigences extrêmes de respect des formes et des règles, et une rigidité du raisonnement qui rend les discussions avec ces sujets très éprouvantes et épuisantes, tant ils ont de grandes difficultés à se remettre en question et à reconnaître leurs torts. Les points de différence avec le délire paranoïaque : l'absence (ou la rareté) de passages à l'acte agressifs, la multiplicité des petits conflits plutôt que la focalisation affective sur un seul, l'existence d'autres pôles d'intérêt dans leur existence que se faire justice. La plupart des personnalités paranoïaques n'arrivent pas jusqu'à un délire.

✓ Principales manifestations :

- s'attend toujours à de mauvaises intentions de la part d'autrui (l'exploiter, lui mentir, dire du mal de lui...) ;
- accorde difficilement sa confiance et la retire durablement au moindre prétexte ;
- interprète de petits détails, comme un sourire ou l'oubli de le saluer, et brode dessus ;
- est rancunier et procédurier ;
- réagit de manière « punitive » (critiques, bouderies, mises à l'écart) disproportionnée par rapport aux « offenses » supposées.

Personnalité histrionique

✓ Elle se caractérise par un grand besoin d'attirer les regards et l'attention pour se sentir exister.

Le terme de personnalité « histrionique » tend à remplacer l'ancienne appellation d'hystérique, et ce pour plusieurs raisons :
 – le mot hystérique venait du grec utérus (on pensait que l'origine des « crises hystériques » venait de mouvements utérins anormaux) ; or, les hommes sont aussi concernés ;
 – l'appellation « hystérique » est devenue dévalorisante et sexiste ;
 – le mot grec « histrion » signifie « acteur », ce qui correspond bien à une dimension importante de ce type de personnalité : le besoin d'attirer les regards et la capacité (sinon le goût) de se donner en spectacle.

✓ Principales manifestations :

- la personne est mal à l'aise lorsqu'elle n'est pas au centre de l'attention. Être en point de mire n'est pas seulement un plaisir mais un besoin qui rassure sur sa valeur personnelle ;
- comportements de séduction, parfois érotisés, face aux interlocuteurs (dont les médecins !) ;
- difficulté à rester neutre ou en retrait, tendance à se mettre en avant, si possible dans une pose valorisante ;
- expression émotionnelle souvent exagérée ;
- est suggestible, influençable par les personnes ou les contextes ;
- a tendance à idéaliser puis à rejeter les personnes de son entourage.

Personnalité obsessionnelle

✓ Elle se caractérise par une tendance globale au perfectionnisme et à la rigueur, s'appuyant sur un désir de contrôle et de limitation des risques. Lenteur, minutie, doutes et vérifications s'ajoutent en général au tableau. Quelles sont alors les différences avec le TOC (trouble obsessionnel compulsif) ? D'abord, ces comportements

Tableau 2 Exemples de mécanismes de défense dans les troubles de personnalité

MÉCANISME	DESCRIPTION	EXEMPLE
Déni	■ refus d'une réalité perçue comme douloureuse ou dangereuse	refuser de reconnaître ses émotions : « <i>Je n'ai pas peur</i> », « <i>Je ne suis pas en colère</i> », ses torts « <i>Je n'ai rien fait de mal</i> », ses responsabilités « <i>Je n'y suis pour rien</i> », etc.
Projection	■ attribuer à autrui ou à l'environnement une part de ses responsabilités	« <i>C'est de ta faute, pas de la mienne</i> » « <i>Ces questions d'examen étaient vicieuses</i> »...
Rationalisation	■ justification, logique mais artificielle ou excessive, de certaines motivations	« <i>Je n'aime pas aller dans les soirées, les conversations sont superficielles</i> » (chez un patient à la personnalité évitante, qui a en réalité peur des inconnus)

restent relativement adaptés, et en réaction aux demandes de l'environnement (on vérifie plutôt les choses importantes ou comportant un réel risque d'erreur). Ensuite, ils ne prennent pas de proportions démesurées (on vérifie 2 ou 3 fois, pas 10 ou 20). Enfin, ils restent contrôlables : on peut renoncer à vérifier en cas d'urgence ou de présence d'un témoin devant qui cela serait embarrassant. Mais les deux manifestations (TOC et personnalité obsessionnelle) peuvent aussi, bien sûr, être associées.

✓ **Principales manifestations :**

- est préoccupé par les détails, règles, listes et inventaires, au point de se noyer souvent dans les détails au détriment de la vision d'ensemble ou de l'objectif final ;
- un perfectionnisme ralentissant l'achèvement des tâches (et le rendant parfois impossible). Du mal à faire des choix rapides ;
- un investissement excessif dans le travail au détriment des loisirs et des relations personnelles ;
- une rigueur morale allant jusqu'à la rigidité (« à cheval sur les principes »). Difficultés à faire des compromis ;
- a souvent du mal à se débarrasser des objets ;
- un goût excessif pour l'économie, allant parfois jusqu'à l'avarice ;
- une difficulté à collaborer avec les autres, et à déléguer (besoin que tout soit fait selon ses règles de logique, de perfection, de souci du détail).

Personnalité schizoïde

✓ **Elle se manifeste par une tendance globale au détachement envers la vie et les obligations sociales.** Il ne s'agit pas de schizophrénie (même si la schizoïdie peut faire partie du tableau de cette maladie) : les patients schizoïdes ne présentent pas de délires ou d'hallucinations, et leurs tendances à un certain apragmatisme n'atteignent pas la passivité extrême.

✓ **Principales manifestations :**

- la personne schizoïde ne recherche pas particulièrement les relations sociales, même avec des proches. Elle peut passer de longues périodes sans avoir besoin de donner ou de prendre des nouvelles ;
- goût marqué pour les activités tranquilles et solitaires, les rêveries, l'absence d'occupation particulière ;
- intérêt limité pour la vie amoureuse ou sexuelle ;
- exprime peu ses émotions, se révèle peu ;

- indifférence apparente aux critiques et aux compliments ;
- apparaît globalement comme une personne froide et indifférente, impénétrable, se tenant souvent à part, mais sans hostilité ou inquiétude perceptibles ;
- a peu ou pas de proches (notamment d'amis), en dehors des parents du premier degré.

Personnalité narcissique

✓ **Elle se définit par un grand amour de soi**, une attente que l'entourage admire et se soumette, associé à un relatif dédain des autres.

✓ **Principales manifestations :**

- besoin de se mettre en avant et d'être admiré ;
- manque d'empathie et de respect pour autrui ;
- sentiment de mériter « le meilleur » et les plus grands égards, mais sans se sentir pour autant tenu à la réciprocité ;
- attitudes sociales cassantes et méprisantes envers les personnes jugées subalternes ;
- conviction d'avoir des droits supérieurs à ceux des autres, du fait de ses qualités particulières (dépasser les limitations de vitesse automobile du fait que l'on est un très bon conducteur avec une très bonne voiture ; passer devant les autres dans une file d'attente, du fait de ses responsabilités plus importantes...) ;
- soin important apporté à son apparence physique et vestimentaire ;
- colère et ressentiment en cas de frustration ;
- tendance à la manipulation et à l'exploitation d'autrui.

Personnalité borderline

✓ **Ces personnalités sont marquées par une grande instabilité à la fois des relations interpersonnelles, de l'image de soi, et de la vie émotionnelle.** Et de nombreuses complications et comorbidités sur le plan psychiatrique, avec souvent des tableaux symptomatiques changeant avec le temps (périodes de boulimie, de toxicomanie, de dépression, de phobies...) et pouvant égarer le diagnostic, au moins dans un premier temps (« caméléons symptomatiques »). Des hospitalisations de courte durée sont souvent nécessaires dans les périodes d'exacerbation symptomatique.

Encore appelés « états imites », ces profils posent de nombreux problèmes aux soignants (et bien sûr aux patients qui en souffrent).

✓ **Principales manifestations :**

- relations interpersonnelles instables, alternant idéalisation et détestations, désirs de fusion et périodes de rejet, périodes (brèves) d'harmonie et périodes (fréquentes) de conflits ;
- dans le même temps, intolérance majeure aux abandons, réels, symboliques ou imaginés (ruptures sentimentales, éloignements amicaux, mais aussi parfois vacances, indisponibilités ou reproches du médecin). Les réactions à ces abandons peuvent être très violentes : disputes, « scènes » mais aussi suicides et automutilations ;
- perturbations de l'identité : par exemple, identifications massives et labiles à des modèles sociaux idéalisés (stars, proches ou personnes admirés...). Ces patients disent souvent « se chercher » ;
- impulsivité dans de nombreux domaines (dépenses, sexualité, conduite automobile, rapport à la nourriture...), vie professionnelle instable (conflits, démissions ou renvois nombreux) ;
- fréquence de comportements, gestes ou menaces suicidaires, d'automutilations (se brûler ou se taillader les avant-bras) ;
- grande instabilité émotionnelle, les émotions comme la colère prennent rapidement des proportions démesurées. Humeur oscillant rapidement d'un extrême à l'autre, de la tristesse à l'euphorie, pour des raisons le plus souvent jugées mineures par les observateurs ;
- en situations de stress, fréquence de symptômes délirants ou dissociatifs labiles (impressions de persécutions, hallucinations, impression de ne plus être soi-même...).

RELATION THÉRAPEUTIQUE ET PRISE EN CHARGE

La relation thérapeutique

« Nul n'est méchant volontairement » disait Socrate. Aucun patient ne « choisit » d'être histrionique ou paranoïaque, mais le subit (avant de le faire subir aux autres...). Le médecin doit donc s'abstenir de tout jugement moral envers ces patients. D'autre part, un trouble de personnalité peut ne pas s'exprimer au début d'une relation thérapeutique, puis se révéler peu à peu au fur et à mesure que celle-ci prend de l'importance pour le patient : c'est lorsqu'il y a des enjeux affectifs, des attentes, des émotions que les troubles de personnalité se révèlent. Empathie et fermeté sont indispensables dans la prise en charge au long cours.

Situations d'urgence

Ce sont principalement :

- le risque suicidaire et les automutilations (patients *borderline*) ;
- les violences et voies de fait (personnalités antisociales) ;
- les crises et conflits conjugaux, professionnels, ou de voisinage, (personnalités paranoïaques, narcissiques, histrioniques) ;
- les « crises de nerfs » (personnalités histrioniques).

Ces situations d'urgence nécessitent en général une mise à l'écart du patient en tête-à-tête avec les soignants, souvent la

prescription d'anxiolytiques voire de neuroleptiques sédatifs par voie injectable, parfois une hospitalisation, et plus rarement une intervention médico-légale (hospitalisation sous contrainte).

Médicaments

Les psychotropes n'ont pas d'indication officielle pour le traitement des troubles de personnalité en eux-mêmes, mais sont utiles en situation d'urgence, ou pour le traitement de certaines complications, dans une logique symptomatique : anxiolytiques pour les décompensations anxieuses, antidépresseurs pour les épisodes dépressifs, neuroleptiques pour les états d'agitation menaçants ou les idées délirantes.

Psychothérapies

Elles sont l'indication idéale, mais ne sont pas souvent demandées par les patients. Les deux principales démarches sont :
 – les thérapies comportementales et cognitives, qui disposent de preuves d'efficacité dans un nombre assez important de publications scientifiques (p. ex. dans les personnalités *borderline* ou évitantes). Elles se donnent pour objectifs d'augmenter la prise de conscience par le patient de ses problèmes, en l'entraînant à l'auto-observation, et de mettre en place de nouvelles façons de réagir émotionnellement et comportementalement ;
 – les thérapies psychanalytiques, qui s'attachent davantage à trouver les racines des comportements problématiques (expériences de vie précoces en matière d'amour et de socialisation, comportements et attitudes des parents, systèmes de valeur familiaux...).

Le plus souvent, les psychothérapeutes doivent se montrer souples et proposer à ces patients des approches dites « éclectiques » où ils utiliseront des techniques issues de différents courants théoriques, pour s'adapter à chaque cas individuel. ■

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Pour en savoir plus

► **Personnalité et développement : du normal au pathologique**
Michel G et Purper-Ouakil D
Paris : Dunod, 2006

► **La personnalité**
Cloninger SC
Paris : Flammarion, 1999.

► **Les personnalités pathologiques**
Debray Q et Nolle D
Paris : Masson, 2005 (4^e éd.)

► **Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité**
Cottraux J et Blackburn I
Paris : Masson, 2006 (2^e éd.)

► **Les mécanismes de défense**
Ionescu S et al.
Paris : Nathan, 1997

► **Neurobiologie de la personnalité**
Ledoux J
Paris : Odile Jacob, 2003

► **Comment gérer les personnalités difficiles**
Lelord F, André C
Paris : Odile Jacob, 1996

► **La thérapie des schémas : approche cognitive des troubles de la personnalité**
Young JE et al.
Bruxelles : De Boeck, 2005