

Quentin Debray
Daniel Nollet

Les personnalités pathologiques

Approche cognitive et thérapeutique

6^e édition



Les personnalités pathologiques

Approche cognitive et thérapeutique

Chez le même éditeur

Du même auteur :

Psychopathologie de l'adulte, par Q. Debray, B. Granger, F. Azais, 4^e édition, collection Les âges de la vie. 2010, 488 pages.

Protocoles de traitement des personnalités pathologiques, par Q. Debray, S. Kindynis, M. Leclère, A.-S. Seigneurie, collection Médecine et psychothérapie. 2005, 240 pages.

Le livre de la fatigue, par Q. Debray. 2003, 104 pages.

Autres ouvrages :

Manuel de psychiatrie, J.-D. Guelfi, F. Rouillon, 2^e édition, à paraître.

Addictologie, M. Lejoyeux, 2^e édition, collection Abrégés de médecine, à paraître.

Traitements du trouble de la personnalité borderline, F. Mehran, 2^e édition, collection Médecine et psychothérapie. 2011, 320 pages.

Les psychothérapies comportementales et cognitives, J. Cottraux, collection Médecine et psychothérapie. 2011, 384 pages.

TCC et neurosciences, J. Cottraux, collection Médecine et psychothérapie. 2009, 240 pages.

Psychothérapie cognitive de la dépression, I.M. Blackburn, J. Cottraux, 3^e édition, collection Médecine et psychothérapie. 2008, 240 pages.

Échelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent, M. Bouvard, collection Psychologie. 2008, volume 1, 192 pages ; volume 2, 200 pages.

Thérapie cognitive et émotions, la troisième vague, J. Cottraux, collection Médecine et psychothérapie. 2007, 224 pages.

Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité, J. Cottraux, I.M. Blackburn, 2^e édition, collection Pratiques en psychothérapie. 2006, 320 pages.

Les troubles obsessionnels compulsifs, M. Bouvard, 2^e édition, collection Pratiques en Psychothérapie. 2006, 272 pages.

Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie, M. Bouvard, J. Cottraux, 4^e édition, collection Pratiques en psychothérapie. 2005, 336 pages.

Collection Médecine et psychothérapie

Les personnalités pathologiques

Approche cognitive et thérapeutique

Quentin DEBRAY

Professeur de psychiatrie honoraire de l'Université Paris-V

Daniel NOTTET

Neuropsychiatre, Paris

6^e édition



**ELSEVIER
MASSON**



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2011, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ISBN : 978-2-294-71514-3

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux Cedex
www.elsevier-masson.fr

Dépôt légal : octobre 2011

1 Les personnalités pathologiques hier et aujourd'hui

Il existe chez l'être humain des régularités psychologiques. Elles sont plus ou moins marquées, plus ou moins apparentes et ont justifié depuis l'Antiquité de multiples descriptions. Celles-ci ont varié avec les époques, selon qu'elles s'attachaient à repérer les comportements, les sentiments, les instincts, la forme de l'intelligence ou tout simplement l'apparence physique. La Bruyère nous présente ses *Caractères* selon une approche avant tout comportementale, Racine nous montre Phèdre emportée par la passion amoureuse. Ces différences d'approche, qui ne se sont pas encore stabilisées, n'ont guère contribué à faire de l'étude des personnalités un domaine facile. Nous sentons chez les êtres des permanences, des modes de réaction coutumiers, mais nous sommes bien en peine de déterminer à quelle source intérieure s'alimentent ces attitudes. Deux questions fondamentales se posent alors : la première, souvent escamotée, est ontologique. De quoi est faite la psychologie de la personnalité ? De facultés à caractère général, d'habitudes, d'émotions sous-tendues par un déséquilibre biologique, de représentations consécutives à un événement douloureusement perçu, de comportements appris, de l'intégration d'une morale labélisée ? Avons-nous affaire à des structures, à des fonctionnements, à des patterns ? La deuxième question porte sur la cohérence des personnalités. Quelle est son origine ? Existe-il un ciment biologique, morphologique, fonctionnel, psychopathologique, social, identificatoire qui rassemble les différents traits d'une personnalité ?

L'ensemble de cet ouvrage tentera de répondre à ces questions, ainsi qu'à une troisième qui est celle de l'étiologie. Notre point de vue, avant tout cognitiviste, tentera d'être synthétique. Mais, pour commencer, tentons d'être simple en repérant les grandes traditions qui nous ont précédés. Depuis à peu près deux siècles, les différents courants doctrinaux qui ont encadré le domaine des personnalités se sont orientés autour de deux grands principes. Le premier est celui des facultés idéales et innées qui sont censées régir la vie psychique. Il a généré une tradition, continentale, allemande et française, qui s'est stabilisée autour de l'œuvre d'Emmanuel Kant – lequel distinguait la sensibilité, l'entendement et la raison, catégories *a priori* –, a donné lieu à de multiples prolongements et résurgences, et ne s'est jamais véritablement éteinte. Le deuxième principe, anglo-saxon, est l'associationnisme de Stuart Mill, héritier de la tradition empirique de Locke et Hume, qui consiste à penser que la vie psychique établit ses lois par confrontation avec la réalité extérieure et par expériences successives. Par son raffinement

et son imagination, la psychologie cognitive tente d'échapper à cette bipolarisation.

La variété des termes utilisés pour définir les régularités psychologiques rend bien compte de cette diversité de conceptions.

Le terme de *caractère*, issu de l'imprimerie, a toujours désigné les aspects invariants du comportement. Ce sont les manières, les façons de réagir, les attitudes qui sont propres à un individu et qui permettent de le distinguer d'un autre. Par extension, nous pouvons entendre sous la même appellation les éléments qui définissent les régularités affectives et l'humeur d'un sujet.

Le terme de *tempérament* fait référence aux correspondances physiques du caractère. C'est la tradition morpho-psychologique stigmatisée par Galien au II^e siècle et qui définit les quatre tempéraments : sanguin, colérique, mélancolique et lymphatique.

Le terme de *personnalité* est plus vaste, plus complexe et a changé plusieurs fois de définition. Personnalité vient du latin *persona* qui désigne le masque de théâtre. C'est la façon dont on se montre, le personnage social que l'on réalise, l'apparence externe, tournée vers les autres. On fait partie d'un groupe, d'un clan, d'une équipe dont on adopte le costume, les manières, les réflexes ; dès lors on réalise un personnage, un rôle social avec ses privilèges, ses attitudes. Par la suite, sous l'influence du christianisme, la personnalité prit un sens inverse, tourné vers l'intérieur, désignant cette fois-ci l'unicité de l'individu concentré sur son âme. La personnalité est alors le sens de l'être rassemblé autour de l'unicité de sa conscience, c'est le moi phénoménal. Enfin, avec l'entrée en scène de la psychologie, la personnalité fut décrite comme la somme des différentes facultés qui composent un individu : « Par personnalité d'un être humain, nous entendons la somme de ses sentiments et de ses appréciations, de ses tendances et volitions », écrit Kurt Schneider. Nous retrouvons donc la régularité psychologique, mais c'est une régularité composite, hétérogène.

Enfin, le terme de *type*, issu lui aussi de l'imprimerie, désigne un modèle ou une forme qui se reproduit de façon identique à plusieurs exemplaires. Le mot s'emploie dans divers domaines – industrie, géographie, décoration –, mais aussi dans le champ anthropologique et psychologique : le type nordique, le type méditerranéen, ou encore l'objet de l'expression d'une femme qui vous dit : « Vous n'êtes pas mon type d'homme. » Plus que la personnalité et le caractère – *Les Caractères* de La Bruyère correspondaient à des individus observés à la cour –, le type implique un moule automatique, quasi industriel.

De tout temps, les observateurs ont tenté d'asseoir la personnalité sur une référence cohérente, plus ou moins crédible, plus ou moins abstraite. Nous pouvons ainsi distinguer l'assise physique, l'assise psychologique, intérieure, faisant référence soit à des facultés universelles, soit à des événements personnels, l'assise sociale, extérieure, l'assise cognitive, faite d'une analyse intellectuelle intériorisée. À partir de ces différents regards, des théories se sont développées, impliquant une genèse, des remaniements et des approches thérapeutiques.

L'assise physique

Dès le IV^e siècle avant Jésus-Christ, Empédocle mit en place les quatre tempéraments correspondant aux quatre humeurs : le tempérament phlegmatique à la lymphe, le tempérament sanguin au sang, le tempérament atrabilaire à la bile noire, le tempérament colérique à la bile jaune. Au II^e siècle, Galien reprit cette classification dont il approfondit les aspects psychologiques : le sanguin est optimiste, le colérique est irascible, fort et combatif, le mélancolique est triste, morose, et le phlegmatique est apathique.

Cette doctrine des tempéraments a imprégné la psychologie populaire pendant des siècles. Au début du *Misanthrope*, Philinte dit à Alceste : « Mon phlegme est philosophe autant que votre bile. » Il ne s'agissait pas seulement là d'une référence symbolique, mais bien d'une explication étiologique, et fort tenace. En 1887, l'Anglais Alexander Stewart publiait une étude anthropologique sur le sujet et, dans les années 1930, le philosophe Alain paraissait encore y croire. Cependant, dans le champ scientifique, la doctrine des tempéraments fut remplacée au cours du XIX^e siècle par celle des constitutions. Sous l'impulsion de Morel et de Magnan, eux-mêmes fortement impressionnés par les théories de l'évolution et l'hérédité, la notion d'une prédisposition inéluctable, inscrite dans l'individu, apparut peu à peu comme une idée dominante. On sait que pour Morel, qui croyait à l'hérédité des caractères acquis, les circonstances défavorables – l'alcool chez les Suédois, l'opium chez les Chinois – s'accumulaient dans le génome pour entraîner la dégénérescence du peuple en question, c'est-à-dire son détachement progressif du genre humain. Des phénomènes identiques pouvaient s'observer dans les familles ; le destin des Rougon-Macquart narré par Zola, adepte de la doctrine, en est un exemple. C'est dans ce contexte, génétique et français, qu'Ernest Dupré élabora sa doctrine des constitutions. En 1909, il décrivit la *constitution émotive*, constitution morbide qui était l'ébauche et le germe d'une affection mentale en puissance. Dix ans plus tard, il complétait son étude et présentait huit types de constitutions pathologiques : les déséquilibrés constitutionnels de la sensibilité, les déséquilibrés constitutionnels de la motilité, les déséquilibrés constitutionnels des instincts, etc.

En 1921, Ernst Kretschmer, dans *La structure du corps et le caractère*, rattacha les constitutions psychologiques à la morphologie. Son travail avait d'abord porté sur les maladies mentales. Il avait étudié 85 maniaque-dépressifs et 165 schizophrènes et constaté que les premiers avaient plutôt le type physique « pycnique » et les seconds plutôt le type physique « leptosome ». Il compléta cette étude chez les épileptiques dont la morphologie était cette fois-ci « athlétique ». À partir de cette seule publication, dont la rigueur statistique serait peut-être à revoir, la psychiatrie et la psychologie furent envahies pendant quarante ans par ces termes étranges, cependant que les praticiens se mirent à considérer avec un œil soupçonneux la musculature et l'abdomen de leurs patients. Rappelons que le terme *pycnique* signale une prédominance des viscères et des graisses, que *leptosome* correspond à un aspect longiligne du corps et des membres, et qu'*athlétique* désigne, sans ambiguïté, un confortable développement musculaire. À partir de cette

étude pilote, Ernst Kretschmer étendit son système morphopsychologique à la personnalité et décrivit trois types : le pycnique-cyclothyme, le leptosome-schizoïde et l'athlétique-visqueux. D'autres classifications morphopsychologiques succédèrent à celle de Kretschmer, en particulier, aux États-Unis, celle de Sheldon qui distinguait, selon un principe embryologique, les types *ectomorphe*, *endomorphe* et *mésomorphe*.

H.J. Eysenck et L. Rees, au cours d'études menées dans les années 1950, démontrèrent de façon précise que les caractères morphologiques variaient de façon continue et qu'il n'existait pas de types, que parmi les différents critères étudiés seule la taille était héréditaire, et qu'il n'existait aucune corrélation significative entre les traits de personnalité et les particularités physiques (Rees, 1973). La morphopsychologie, schématique dès son origine, vite démodée, fâcheusement côtoyée par les théories raciales, a été ridiculisée et disqualifiée. Plus subtile, la psychobiologie implique les mêmes ambitions, le même schématisme et les mêmes excès d'une classification sommaire des individus. S'y ajoute, par le biais psychopharmacologique, l'ivresse du marketing. Il est temps de réaliser que le roi est à peu près nu. La revue générale récente de S. Weston et L. Siever (1993), consacrée aux aspects biologiques dans les troubles de la personnalité, ne rassemble que de très maigres résultats. Ils concernent les anomalies des mouvements oculaires, les potentiels évoqués, le taux de monoamine oxydase plaquettaire, l'acide homovanilique intrarachidien et le test à la dexaméthasone. Ils ne sont constatés que chez des personnalités schizotypiques et états limites. Les résultats sont considérablement réduits dès que l'on élimine dans cette population une pathologie de l'axe I.

La psychologie des facultés

Depuis les masques de la comédie italienne jusqu'à l'analyse subtile des sentiments chez Benjamin Constant, la littérature occidentale a raffiné sa psychologie. D'un côté, des comportements et des attitudes présentés comme des types, de l'autre une « angoisse inexprimable », une « rêverie vague », un « sentiment presque semblable à l'amour » qui se rapportent à un personnage unique dont le prénom constitue le titre du récit : Adolphe, Cécile. Au centre de cette évolution, tournant exemplaire, se situe le théâtre de Jean Racine où la célèbre économie de moyens désigne en quelques mots les éternités universelles du cœur humain : tourment, courroux, doute, trouble, raison. L'enchaînement de ces entités s'accomplit sans encombre : « Je vois que la raison cède à la violence », dit Hyppolite. Au long de ces deux siècles, la psychologie est passée du geste à l'intériorisation, de l'universel et du typique au particulier. Parallèlement, les philosophes et les premiers psychologues définissaient les éléments d'une psychologie des facultés. Descartes, dans son *Traité des passions*, distinguait l'amour, la haine, le désir, la joie, la volonté ; Kant séparait raison, entendement et sensibilité. Mais c'est surtout Taine (1828-1895) et Ribot (1830-1916) qui établirent les bases d'une étude scientifique des facultés. La mémoire, la volonté et

la perception firent l'objet d'observations attentives. La décomposition en traits commençait à s'esquisser.

Par la suite, cette psychologie des facultés se développa naturellement, sans effort, sans critique non plus. Dans *l'Abrégé de psychologie à l'usage de l'étudiant*, publié par Jean Delay et Pierre Pichot en 1962, les premiers chapitres alignent sans état d'âme ces divers domaines : la perception, les instincts, les émotions et les sentiments, l'humeur, la mémoire, l'intelligence, la conscience, la vigilance. À la fin du XIX^e siècle, cette approche psychologique s'appliqua aux personnalités, chacune d'entre elles pouvant correspondre au dérèglement de telle ou telle faculté. Parallèlement, et dans la tradition des monomanies d'Esquirol, l'idée qu'une affection mentale pouvait être partielle ou mineure s'établit peu à peu. Le terme de psychopathe fit son apparition en Allemagne avec Koch en 1891 pour désigner des troubles du comportement « liés à une faiblesse du cerveau mais qui ne méritent pas l'appellation de maladie ». Résultant de ces deux abords, plusieurs typologies des personnalités pathologiques virent le jour, dont la plus célèbre est celle de Kurt Schneider (1955).

Kurt Schneider considérait que la personnalité normale était faite d'un équilibre entre diverses fonctions : intelligence, sentiments, instincts. La personnalité psychopathique était due à un dérèglement d'une de ces fonctions. C'est ainsi qu'il élabora une typologie des personnalités psychopathiques comportant dix catégories : hyperthymiques, dépressifs, inquiets, fanatiques, qui ont besoin de se faire valoir, instables, explosifs, apathiques, abouliques, asthéniques. Ce qui domine dans la conception de Kurt Schneider, c'est la transition graduée du normal au pathologique, utilisant le rhéostat des facultés. Cependant, son approche, clinique et pragmatique, ne comporte aucune contrepartie psychométrique.

La psychologie des facultés, naïvement acceptée malgré son idéalisme, a connu quelques avatars qui en traduisent la fragilité.

Le premier fut le localisationnisme extrême avec Franz Joseph Gall (1758-1828) et la phrénologie. Ce précurseur intuitif des neurologues pensait que les facultés psychologiques étaient localisées de façon précise dans le cerveau et que leur hypertrophie pouvait réaliser une saillie crânienne perceptible à la palpation. Flaubert nous montre Bouvard et Pécuchet encore intéressés par cette méthode et palpant les têtes des enfants du village. Le second est la décomposition en traits, assez vite accomplie par Hippolyte Taine et son atomisme psychologique. Les premiers auteurs sentaient bien que des entités aussi larges que l'intelligence, la raison ou la volonté ne pouvaient pas exister en tant que telles. Il fallait les décomposer. On créa des briques élémentaires qui étaient censées soutenir l'édifice. Du côté de l'intelligence, l'analyse fut rigoureuse autour de Cattell, Binet et Wechsler. Du côté de l'affectivité, les mêmes efforts furent moins brillants, proches du ridicule. À partir de 1905, Heymans et Wiensa proposèrent une analyse du caractère fondée sur trois facteurs : l'émotivité, l'activité et le retentissement des représentations, primaire ou secondaire. Une combinatoire astucieuse de ces facteurs permettait de retrouver les tempéraments classiques :

les colériques sont des émotifs, actifs, primaires, les passionnés des émotifs, actifs, secondaires, les sanguins des non-émotifs, actifs, primaires, etc. En France, Delmas et Boll adoptèrent une autre classification, encore plus abstraite, basée sur quatre « tendances » : l'activité, l'émotivité, la bonté et la sociabilité. Cattell en Angleterre et Murray aux États-Unis développèrent des systèmes beaucoup plus complexes – seize facteurs chez le premier, vingt et un chez le second –, mais tout aussi gratuits. On trouve chez Cattell la réserve, la timidité, le sens des valeurs, la sobriété ; et chez Murray l'accomplissement, l'autonomie, la déférence, le sens du jeu, le désir sexuel, le désir d'être secouru, le sens de l'ordre. Le psychologue britannique Hans Eysenck, né en 1916, a longtemps défendu un système polyfactoriel de la personnalité, inspiré au départ des travaux de Jung, qui comporte plusieurs dimensions : l'extraversion, le neuroticisme et le psychoticisme (Strelau et Eysenck, 1987). Enfin, C.R. Cloninger (1993) n'hésite pas à redéfinir le caractère en utilisant trois dimensions, quasi spirituelles : l'autodirectivité, le sens de la coopération (participation à la société) et l'autotranscendance (participation à l'univers). Tous ces travaux sont abreuvés en permanence par des analyses factorielles, méthode centrale qui constitue depuis les années 1930 le rempart bétonné de la psychologie expérimentale. Outre les problèmes méthodologiques majeurs qu'implique cette analyse, il faut tout de même rappeler que mesure et compréhension ne sont pas synonymes. Les botanistes du Moyen Âge classaient les plantes en trois catégories selon un critère de taille : les herbes, les arbustes et les arbres ; les anthropologues du XIX^e siècle pratiquaient des mesures et calculaient des rapports sur le corps humain en fonction des contrées et des origines. Les uns et les autres auraient pu continuer fort longtemps dans les mêmes voies sans aboutir à la classification de Linné et au code génétique.

Il est temps que nous sortions de ce rêve embué des facultés psychologiques. À la vérité, nous sommes confrontés à un champ très hétérogène, auquel nous croyons par habitude, mais qui nécessite une vigoureuse analyse critique. Certaines entités psychologiques sont portées par des définitions culturelles qui nous imprègnent. Elles sont trop vastes, trop complexes et trop développées chez chacun d'entre nous pour être mesurées. Elles restent donc dans le domaine de l'idéal. Ces facultés abstraites sont par exemple la raison, la sensibilité, le jugement, la générosité, l'avidité, l'amour. D'autres facultés psychologiques sont mesurables, appréciables, plus proches d'une fonction localisable et universelle. Mais elles demeurent trop vastes pour être réifiées au sens d'une véritable fonction. Jerry Fodor (1986) les dénomme facultés horizontales, en ce sens qu'elles peuvent s'appliquer à de multiples domaines. Par exemple, il existe une mémoire des chiffres, une mémoire des noms, des visages, des lieux, etc. Nous pouvons dénommer dimensions ces facultés mesurables mais guère localisables. La mémoire, l'attention, la conscience, l'humeur et l'anxiété en sont des exemples. Enfin, d'autres facultés peuvent supporter le terme de fonction, en ce sens qu'elles paraissent correspondre à un domaine cérébral localisé et qu'elles peuvent être conçues comme un ensemble neuronal comportant ses réseaux, ses messages, ses représentations, ses enchaînements logiques. Jerry Fodor les

dénomme facultés verticales, mais le terme de fonction nous paraît plus précis, impliquant un ensemble coordonné, éventuellement polymorphe, relié par son activité et son but, au sens de Claude Bernard. Dans ce cadre, nous pouvons placer l'alimentation, la fonction visuelle, l'audition, le langage, mais aussi des aptitudes acquises comme l'affirmation sociale, l'aptitude au calcul mathématique ou au jeu d'échecs. À l'évidence, ces fonctions peuvent se décomposer en sous-entités ; cela est particulièrement évident pour la fonction visuelle (Bruce et Green, 1993).

Ainsi révisées, les fonctions psychologiques nous paraissent plus praticables, plus modernes. Elles laissent cependant de côté tout ce qui concerne le contenu mental, qui est loin d'être indifférent quant à la structuration d'une personnalité.

La psychanalyse. Apparition de l'événement

Vue de loin, la théorie psychanalytique pourrait s'inscrire elle aussi dans le cadre de la psychologie des facultés. Les premières théories freudiennes proposent des instances et des forces qui structurent la personnalité : conscient, préconscient, inconscient, ça, moi, surmoi, éros, thanatos. L'originalité de la théorie est ici de mettre l'accent sur l'instinct sexuel et d'en stigmatiser le caractère inconscient ; mais pour le reste, ces fonctions demeurent sans contenu, même si elles impliquent, secondairement, un point d'application et s'articulent en une mécanique, celle des défenses. Beaucoup plus intéressante est l'introduction d'événements fondateurs – ou de phases critiques – qui sont susceptibles d'orienter la genèse de la personnalité. La théorie freudienne de la sexualité met ainsi en place plusieurs stades : oral, anal, phallique, œdipien, constituant des points d'ancrage – instinctuels, comportementaux, symboliques – vers lesquels le sujet pourra ensuite se réfugier en cas de difficultés. Ce mode de régression définira alors un type de personnalité, et l'on parlera de caractère oral, anal, urétral, phallique et génital.

Ultérieurement, d'autres psychanalystes développeront cette notion de névrose de caractère. Otto Kernberg a ainsi distingué les caractères de niveau supérieur : hystériques, obsessionnels-compulsifs, dépressifs-masochistes dont le surmoi est bien intégré, rigide et punitif ; les caractères de niveau intermédiaire, passifs-agressifs, sado-masochistes, avec défaut d'intégration du surmoi ; les caractères de niveau inférieur où l'organisation du surmoi est minimale et les identifications primitives et projectives. Ce sont les personnalités paranoïaques, schizoïdes, narcissiques et *as if*.

Une question néanmoins se pose : un événement que tous les individus traversent est-il encore un événement ? Impérialiste, la psychanalyse a voulu soumettre tous les êtres humains à sa mécanique du développement. Dans tous les cas et sous toutes les latitudes, l'essentiel de l'élaboration psychologique s'établirait sur ces étapes affectives vécues avant l'âge de 6 ans. Cette focalisation trop ponctuelle, trop biologique aussi, provoqua très vite des résistances. Adler, dès 1911, Jung, dès 1913, mirent l'accent

sur l'importance de l'environnement social et culturel dans la genèse de la personnalité.

L'assise extérieure : l'apport de la psychologie sociale et le comportementalisme

Qui ne croit plus à l'esprit croit au comportement. Au xx^e siècle, dans l'élan du marxisme et le déclin de la spiritualité, la psychologie se tourna vers les contraintes et les modèles imposés par la société. Le comportement constitua alors l'instance centrale de la personne, langage et représentations étant de plus en plus boudés par les philosophes post-nietzschéens. L'individu fut ainsi défini par ses attitudes, ses rôles, ses conditionnements, sa vie intérieure se réduisant à un noyau virtuel. On sait l'inquiétude que cette emprise externe suscita chez certains. Dans *L'Être et le néant*, Jean-Paul Sartre décrit ce garçon de café qui joue à être garçon de café, et il défend, selon la thèse existentialiste, une parcelle de liberté et d'authenticité qu'il situe au centre de l'individu et qu'il identifie au néant.

Alfred Adler (1870-1937), psychanalyste, fut sans doute le premier à aborder ce domaine. Alors que pour Freud l'agressivité et la sexualité sont les pulsions dominantes, pour Adler, c'est la lutte pour parvenir à un niveau social supérieur qui constitue l'instinct primordial. Il existe ainsi une fiction directrice qui meut l'individu vers un but qu'il s'est donné. L'échec dans ce domaine peut mener au complexe d'infériorité, qui peut ensuite être compensé. La personnalité se structure autour de ces forces. Pour Erik Erikson, l'identité est l'élément majeur de la personnalité. Celle-ci s'élabore au cours de huit étapes de développement qui marquent l'existence ; chacune d'entre elles correspond à une attitude ou à un comportement essentiel, et sa non-acquisition amène un trouble : croire à la présence de l'autre – ou tomber dans la méfiance – dans la première enfance ; acquérir l'autonomie – ou tomber dans le doute – dans les premières années ; faire preuve d'initiative – ou se sentir coupable – dans l'enfance ; être industriel – ou se sentir inférieur – à l'école primaire ; acquérir son identité – ou tomber dans une confusion du rôle social – à l'adolescence ; etc. Harry Stack Sullivan a proposé une approche similaire, comportant l'acquisition du langage entre un et cinq ans, le besoin de camarades de six à huit ans, le besoin d'une relation intime avec un camarade de même sexe entre neuf et douze ans, le besoin d'une relation intime avec un sujet de l'autre sexe de treize à dix-sept ans, le besoin d'une relation sexuelle à long terme de dix-huit à vingt-six ans, le besoin d'établir une carrière, des amitiés et des relations sexuelles à long terme à l'âge adulte.

Ces théories ont l'intérêt de mettre en place des étapes successives qui font confluer des besoins biologiques et des contraintes provenant de la société. De la sorte, elles rendent bien compte de la notion d'immaturité. L'histrionique, par exemple, reste à des étapes infantiles. Cependant, elles demeurent schématiques, semblant réduire la personnalité à quelques comportements qui seraient plus ou moins renforcés, et elles ne constituent pas une rupture franche par rapport à la psychologie des facultés, puisqu'elles

mettent en place des attitudes automatiques et sans contenu. Enfin, elles rendent mal compte de la cohérence des personnalités.

Plus pertinente apparaît la conception de la personnalité proposée par G.H. Mead (1934), premier auteur à définir le rôle social. Le comportement du sujet s'établit de façon à réaliser le rôle qui est attendu par l'environnement, en fonction de son âge, de son sexe et de sa spécialisation professionnelle. Nous retrouvons le garçon de café de Jean-Paul Sartre. Mais, élément important, le rôle ainsi réalisé est perçu par le sujet de la même façon que les autres sont perçus par lui. Autrement dit, c'est bien l'observation des autres qui sert de référence, et non pas une analyse de soi en première personne. La réalisation du rôle social n'est pas qu'automatique ; elle implique une représentation, une conceptualisation, une mythologie dans un contexte donné. Le rôle social s'accompagne de multiples interactions, dérivations et connotations qui en définissent finalement la signification. E. Goffman (1973, 1974) a consacré plusieurs études fort pertinentes à ce sujet, qui mettent l'accent sur le caractère polyfactoriel et interactif du rôle. Une telle conception, à la fois extérieure, sociale et sémantisée, convient fort bien à certaines personnalités pathologiques où la représentation interactive peut être considérée comme un élément structurant fort. Ainsi de la personnalité histrionique et de la personnalité antisociale, où la dramatisation théâtrale est toute d'interface. Le paranoïaque justicier tout comme le *typus melancholicus*, exemplaire et dévoué, n'échappent pas à ce point de vue.

De façon plus mécanique et plus systématique, certains auteurs ont proposé une conception comportementaliste de la personnalité, fondée sur le principe de l'apprentissage conditionné (Dollard et Miller, 1950). Les stratégies peuvent être comprises comme issues d'un apprentissage. Elles seront acquises avec d'autant plus d'efficacité qu'elles répondent à une motivation et qu'elles sont renforcées par une récompense. À l'inverse, certains comportements seront éliminés s'ils font l'objet d'une punition. Les frustrations, les conflits, les échecs, l'absence de réactions positives aboutissent à la disparition de certaines attitudes. Des stimuli neutres, mais couplés à des récompenses, peuvent acquérir un rôle positif pour le maintien de certaines attitudes. L'imitation et le conditionnement au sein d'une famille vont jouer ici un rôle majeur dès le plus jeune âge. On verra ainsi se développer des personnalités ouvertes sur les autres, soucieuses d'engagement social, et des personnalités plus intériorisées, préférant la réflexion personnelle et le travail méticuleux.

La psychologie humaniste. Vers l'intentionnalité

« Malheur à moi, je suis nuance », écrivait Frédéric Nietzsche. Entre la psychanalyse et le comportementalisme, deux courants qui montraient l'homme livré aux pulsions et aux conditionnements, la psychologie humaniste a eu du mal à se faire entendre. Issue de Kierkegaard, de l'existentialisme et de la phénoménologie, elle prône la liberté et la responsabilité. Elle ne

se veut ni génétique, ni sociogénique. Pour Carl Rogers, principal représentant de cette école, la personnalité doit s'accomplir pleinement. L'élément central est l'image que l'on se fait de soi et qui doit s'imposer de telle sorte que les autres ne décernent pas un regard critique. Le regard positif inconditionnel, empathique, suscite cette affirmation. Abraham Maslow a précisé mieux encore cette réalisation de soi en mettant en place une échelle des besoins qui va des instincts les plus élémentaires jusqu'à des aspirations élevées. De la sorte, un comportement – par exemple le comportement sexuel – peut avoir de multiples motivations : désir, affection, intimité, goût de la conquête, affirmation de l'identité sexuelle, etc. Maslow décrit des états particuliers d'exaltation, les expériences paroxystiques E, intenses et uniques, qui constituent des points d'ancrage forts à partir desquels se développeront les valeurs et les désirs supérieurs. Ces expériences se produisent dans les champs religieux, esthétique, intellectuel et amoureux et sont à la base d'un certain nombre de valeurs : intégrité, perfection, achèvement, justice, vie, richesse, simplicité, beauté, bonté, facilité, jeu, etc. Maslow, qui pratique ses observations chez des sujets normaux et heureux, insiste sur le caractère intense, idiosyncrasique et anxiolytique de ces expériences. Nous ne sommes plus très loin des représentations cognitives que Bandura, comportementaliste, va aborder de façon plus précise. Cet auteur, né en 1925, s'est opposé au comportementalisme classique qui impliquait un système de punitions-récompenses externes. Il propose un déterminisme réciproque selon lequel les comportements et les facteurs externes sont en interaction avec des facteurs internes composés de croyances, de pensées et de prévisions. De ce fait, les apprentissages ne nécessitent pas forcément l'épreuve factuelle mais dans certains cas seulement l'observation.

Ces auteurs ont ainsi rassemblé différents éléments – vision de soi, expérience paroxystique, représentations et croyances – qui constituent les bases d'un contenu mental, lequel va jouer un rôle fondamental dans la définition cognitive de la personnalité.

Le cognitivisme

Empirisme logique, philosophie analytique, renouveau de la linguistique, désir exacerbé d'échapper à tout idéalisme : ces différents mouvements issus des écoles de Vienne et de Cambridge ont abouti dans la deuxième moitié du xx^e siècle au cognitivisme. Le modèle informatique du fonctionnement mental en constitue le paradigme central et le fonctionnalisme la théorie la plus connue. Selon ces conceptions, la pensée est un fonctionnement, intégrant des messages, des commandes, des transmissions, qui s'appuie sur la base physicochimique constituée par les neurones. Ces théories ont l'énorme avantage d'approcher de beaucoup plus près le problème de l'intentionnalité, ou encore du contenu mental. Dès lors, pensées, représentations, images, croyances, interprétations peuvent être réintroduites en tant qu'éléments réifiés – naturels – dans le champ de la psychologie. Parmi les philosophes cognitivistes, certains, comme D. Dennett, considèrent que ce

fonctionnalisme est purement fait de messages qui pourraient être implémentés dans différents cerveaux, ou dans différentes régions cérébrales ; le même Dennett, autour de *La Stratégie de l'interprète* (1990), en tient pour une psychologie en troisième personne, attributionniste, issue de modèles externes. D'autres cognitivistes, comme J. Fodor, plus physicaliste et réaliste, considèrent que certains fonctionnements au moins, en particulier périphériques, sont de nature innée.

Ces conceptions cognitives ont eu des conséquences importantes en psychiatrie. À côté de la psychologie des facultés, les thématiques et les contenus trouvent enfin une légitimité. Cette perspective s'impose pour les dépressions, les syndromes post-traumatiques et les états anxieux. Elle éclaire le domaine des personnalités pathologiques auquel elle apporte la pièce manquante du puzzle. Nous avons jusqu'ici des facultés mentales, des comportements socialisés, des expériences précoces. Aucun de ces éléments ne rendait compte du vécu personnel du sujet, de ses croyances, de la thématique régulière de ses pensées, de sa logique. Le cognitivisme nous apporte les moyens d'asseoir définitivement l'origine et la cohérence de la personnalité : le contenu devient enfin un élément d'étude, un rouage psychopathologique, un objet de la thérapeutique.

Les personnalités pathologiques aujourd'hui. Le temps des critères

La psychiatrie contemporaine internationale pourrait être dominée par quatre grands mouvements : décriée lente de la psychanalyse avec dans la foulée abandon de la psychopathologie – on jette le bébé avec l'eau du bain ; avancée guère triomphante de la psychiatrie biologique – nous attendons toujours l'offensive généralisée ; pragmatisme à court terme pour vider les hôpitaux et réduire les arrêts de travail ; en conséquence, frénésie épidémiologique pour traquer les sources du mal. Dans ce vaste contexte d'urgence matérialiste, l'économie de pensée – ou la paresse intellectuelle ? – s'abandonne au schématisme des prescriptions ciblées sur des symptômes. Par le biais de la biochimie, la psychologie des facultés montre à nouveau le bout de son nez. Pour les amateurs de recettes simples, la pathologie de la personnalité est un embarras. C'est sans doute pour cette raison qu'elle est reléguée sur un deuxième axe dans le DSM-IV-TR, comme si l'esprit comportait plusieurs toiles de fond. Mais comment coter quand le patient ne présente qu'une pathologie de l'axe II ? Comment traiter, surtout ?

Plusieurs études épidémiologiques montrent pour les personnalités pathologiques dans leur ensemble une prévalence assez importante dans la population générale. Ces études pratiquées sur des populations témoins ou sur une population d'étudiants ont utilisé des interviews structurées basées sur la nosologie adoptée par le DSM-III (IPDE, *International Personality Disorder Examination*, ou SCID, *Structured Clinical Interview for DSM-IV*). Les prévalences relevées sont ainsi de 13,5 % pour Zimmerman et Coryell (1990), de 10 % pour Maier et coll. (1992), entre 5,9 et 9,3 % selon que l'on inclut les

diagnostics probables pour Samuels et coll. (1994), entre 6,7 et 11 % pour Lenzenweger et coll. (1997), 14,7 % pour Grant et coll. (2004), et 9,1 % pour Lenzenweger et coll. (2007).

Si l'on regarde à présent les prévalences des différentes personnalités, la synthèse établie par Charitat et Schmitt (2002) donne les prévalences suivantes : 0,5 à 2,5 % pour la personnalité paranoïaque, 3 % pour la personnalité schizotypique, 1 à 3 % selon le sexe pour la personnalité antisociale, 2 % pour la personnalité borderline, 2 à 3 % pour la personnalité histrionique, moins de 1 % pour la personnalité narcissique, 0,5 à 1 % pour la personnalité évitante, 1 % pour la personnalité obsessionnelle. Pour Stinson et coll. (2008), la personnalité narcissique serait fréquente, avec une prévalence sur la vie entière de 6 % (7 % chez les hommes, 4 % chez les femmes) et particulièrement chez les Noirs, les Hispaniques, les jeunes adultes et les célibataires. Les personnalités dépendante et schizoïde n'ont pas fait l'objet d'études précises. Plusieurs auteurs se sont attachés à étudier la stabilité des différents troubles de la personnalité sur des durées de 10 à 18 ans. Les personnalités obsessionnelle, antisociale, évitante, borderline, histrionique et schizotypique apparaissent assez stables. Les personnalités dépendante, narcissique, paranoïaque et schizoïde apparaissent moins stables (Sanislow et coll., 2009 ; Nestatdt et coll., 2010). Dans le même ordre d'idées, plusieurs études soulignent le lien entre des troubles observés dans l'enfance et les troubles de la personnalité. Le trouble des conduites chez l'enfant annonce une personnalité antisociale, laquelle peut se manifester dès l'adolescence (Lewis, 2010 ; Bor et coll., 2010). De même, le trouble oppositionnel avec provocation en est un syndrome prédictif (Burke et coll., 2010). Concernant la personnalité borderline, certains auteurs en recherchent des manifestations dès l'enfance. La dérégulation émotionnelle et la désinhibition s'observeraient entre 9 et 13 ans, jouant un rôle pathogène dans l'organisation des relations sociales (Gratz et coll., 2009). Les relations entre les troubles dépressifs et anxieux d'une part et les troubles de la personnalité d'autre part ont été étudiées. On note une comorbidité importante entre troubles dépressifs, troubles bipolaires et troubles de la personnalité. Les troubles de l'humeur vont de pair, avec une fréquence notable de troubles de la personnalité (Hasin et coll., 2005 ; Grant et coll., 2005). Une comorbidité est également notée avec les troubles dysthymiques et les troubles dépressifs de survenue précoce (Pepper et coll., 1995 ; Fava et coll., 1996) et dans l'enfance (Ramklint et coll., 2003). Skodol et coll. (2005) constatent que les sujets souffrant d'un trouble dépressif et d'un trouble de la personnalité présentent plus de difficultés sociales que les autres. Enfin, plusieurs auteurs observent une comorbidité notable entre les troubles des conduites alimentaires et les troubles de la personnalité, en particulier les personnalités borderline, évitante et obsessionnelle (Larsson et Hellzén, 2004 ; Godt, 2008).

Quels sont nos moyens d'appréhension clinique ? Le DSM-III-R proposait les définitions et les critères de treize personnalités pathologiques ; le DSM-IV n'en offre plus que dix. Le DSM-IV-TR reprend ces personnalités.

Dans l'annexe B de ce manuel, des critères et des axes sont proposés pour des études supplémentaires. Parmi les entités cliniques décrites, on trouve la personnalité passive-agressive et la personnalité dépressive. L'ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and related health problems*, 10^e édition) propose huit catégories, avec une catégorie supplémentaire intitulée « Autres troubles spécifiques de la personnalité » qui inclut quatre autres personnalités. Au sein de cet ensemble, nous trouvons les grandes personnalités classiques : paranoïaque, schizoïde, histrionique, compulsive, antisociale. Il faut y rajouter des personnalités de description récente, peu discutées : la personnalité borderline et la personnalité narcissique qui ont été décrites par O. Kernberg ; la personnalité schizotypique, qui provient des études familiales consacrées à la schizophrénie ; la personnalité évitante, décrite par T. Millon en 1969 et dont on trouve les premières évocations chez Karen Horney ; la personnalité dépendante, déjà perçue par Abraham et Freud sous le terme de caractère oral, et qui fit son apparition dans le DSM-I en 1952. La personnalité à conduite d'échec et la personnalité sadique ont aussi disparu des classifications.

Ces définitions proviennent pour la plupart d'une tradition clinique éprouvée. Cependant, les modes de validation des diagnostics ne sont pas simples. Les critères, qui ressemblent souvent aux traits de la psychologie classique, sont proposés par différents instruments de recueil de l'information. Le DSM-III-R, le DSM-IV-TR et l'ICD-10 sont des classifications avec définitions comportant des critères. Parmi les questionnaires, citons le MCMI (*Millon Clinical Multiaxial Inventory*) et le PDQ (*Personality Disorder Questionnaire*) de Hyler (1982) et, parmi les échelles, le SIDP (*Structured Interview for the DSM-IV Personality Disorder*) de Pfohl (1982), le SCID (*Structured Clinical Interview for DSM-III Personality Disorder*) de Spitzer et Williams (1983) et la PAS (*Personality Assessment Schedule*) de Tyrer (1979).

Les critères utilisés par ces divers instruments sont très hétérogènes ; ils concernent des comportements, des attitudes, des réactions, des sentiments, des idées et des modes de raisonnement ; ils n'évoquent jamais un événement personnel, une circonstance familiale, un traumatisme ou une situation sociale originelle. Ce sont donc des critères portant sur le fonctionnement psychologique et non sur le contenu mental. Ils sont volontiers redondants, décrivant une conduite majeure : la méfiance pour le paranoïaque, l'opposition pour le passif-agressif, la solitude pour le schizoïde, tout en négligeant d'autres aspects pourtant bien connus – comme l'hypertrophie du moi pour le paranoïaque dans le DSM-IV-TR. Les validations de ces entités cliniques demeurent partielles et provisoires. Peu d'études ont été consacrées à des analyses statistiques à la fois convergentes et discriminantes ; citons cependant celle de Morey et Levine (1988), utilisant le MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) et le MCMI (citée par Widiger, 1993). Outre ces évaluations qui sont basées sur la classification des DSM-III et suivants, il faut signaler l'approche psychologique dimensionnelle qui est fondée sur une étude fonctionnelle de la personnalité. Illustrant cette tradition, Costa et McCrae (1991) ont mis au point le questionnaire

NEO-PI-R (*Neuroticism, Extroversion, Openness-Personality Inventory-Revised*) (voir annexe III) qui permet d'explorer plusieurs dimensions de la personnalité : névrosisme, extraversion, ouverture aux expériences, agréabilité, caractère consciencieux. Ce questionnaire comporte 240 items. D'un autre côté, Jeffrey Young a proposé une compréhension des personnalités à partir des schémas précoces inadaptés. Selon cet auteur, le développement de la personnalité suppose la satisfaction de cinq besoins fondamentaux : la sécurité liée à l'attachement aux autres ; l'autonomie, la compétence et le sens de l'identité ; la liberté d'exprimer ses besoins et ses émotions ; la spontanéité et le jeu ; les limites et l'autocontrôle. Si ces besoins ne sont pas satisfaits, les schémas précoces inadaptés se mettent en place, par exemple : abandon, imperfection, dépendance, droits personnels exagérés, surcontrôle émotionnel, idéaux exigeants. Le sujet peut réagir de plusieurs façons face à ces schémas. Cette conception a l'intérêt de déboucher aussitôt sur une thérapie (Young et coll., 2005).

L'approche de Jeffrey Young met l'accent sur les événements de l'enfance et les relations avec les parents. Les patients sont amenés à revivre sous forme de jeux de rôle certaines situations caractéristiques de leur évolution, et qui ont été à l'origine de la mise en place des schémas. Cette investigation psychopathologique va de pair avec diverses recherches qui invoquent les traumatismes infantiles et juvéniles à l'origine des troubles de la personnalité. Des résultats ont été publiés concernant les personnalités paranoïaque, psychopathique, borderline et schizotypique. Ce facteur d'environnement prend donc place dans l'étiologie de ces troubles, à côté des facteurs génétiques et biologiques.

En complément de l'approche cognitive, la psychologie positive a donné lieu récemment à plusieurs publications synthétiques intéressantes (Snyder et Lopez, 2005 ; Lecomte, 2009 ; Mehran, 2010). Cette discipline étudie les sentiments et les comportements enrichissants et profitables ; ils ont en général pour résultat de fortifier le sujet et d'améliorer ses relations sociales. Ce sont, par exemple et parmi d'autres : l'optimisme, la résilience, l'authenticité, la compassion, l'humour, la gratitude, le sentiment d'efficacité personnelle, l'intelligence émotionnelle. Ces aptitudes ont été volontiers utilisées en psychologie du travail et d'entreprise. Plus récemment, certains auteurs les ont proposées dans le champ thérapeutique, d'où une psychothérapie positive proposée par Seligman et coll. (2006), surtout destinée pour l'instant aux patients déprimés. Il s'agit de développer des croyances et des activités directement en rapport avec des thèmes positifs comme l'optimisme, l'engagement et l'empathie. Cette psychothérapie s'appuie sur une analyse des qualités intrinsèques à la personnalité réalisée par Peterson et Seligman (2004). Une échelle d'évaluation permet de mesurer ces qualités (*VIA-IS* ou *Values In Action Inventory of Strengths*). Cette « taxinomie du bon caractère » permet d'extraire six dimensions : sagesse et connaissance, courage, humanité, justice, tempérance, transcendance. Chacune de ces dimensions se décompose en facettes où l'on trouvera la curiosité, l'ouverture d'esprit, l'intelligence sociale, l'humour, etc. La concentration du patient

sur les émotions et les qualités positives peut être utilisée au cours de différentes psychothérapies en servant de support à la relation thérapeutique et comme base aux processus de changement (Bernard et coll., 2009). L'utilisation des psychothérapies positives pourrait être fort utile dans l'approche thérapeutique de certains troubles de la personnalité : les personnalités évitante, obsessionnelle et dépendante, la personnalité borderline, la personnalité à conduite d'échec, la personnalité dépressive.

Comme dans beaucoup de domaines en psychiatrie, nous sentons que la clinique n'est qu'une première approche de la pathologie. Des investigations complémentaires, l'usage de tests psychométriques plus larges, une approche étiologique plus précise, des études de comorbidité devraient nous permettre de mieux comprendre cette part majeure du psychisme, éternellement riche, mais qui depuis toujours cherche ses assises.

2 Approche cognitive de la personnalité : applications aux personnalités pathologiques

La psychologie cognitive, issue de la psychologie sociale, est née dans les années 1950, à l'aube de la révolution cybernétique et informatique. Sa naissance et son essor constituent une rupture avec le paradigme comportementaliste skinnérien radical ($S \rightarrow R$) qui dominait alors dans les pays anglo-saxons. Les faits mentaux, le contenu de la « boîte noire » situé entre S et R, étaient alors tenus en suspicion et « éliminés » de l'approche expérimentale à laquelle ils restaient inaccessibles.

La réhabilitation du sujet en tant qu'être actif, libre et responsable de ses conduites, contrairement au modèle béhavioriste alors prévalant qui en faisait le jouet d'un déterminisme externe, dépendant des renforcements positifs et négatifs provenant du contexte, fut alors qualifiée de « *révolution cognitive* ».

Les sciences de la cognition

Les disciplines qui se réclament du cognitivisme sont désormais fort nombreuses, ce qui mérite clarification.

Les *neurosciences cognitives* étudient l'ensemble des théories et dispositifs expérimentaux qui sont relatifs au fonctionnement du système nerveux et qui incluent l'anatomie, la physiologie et les processus cognitifs, jadis appelés fonctions supérieures. Elles ont adopté les principaux concepts de la cybernétique tels que la régulation, le rétrocontrôle, puis ceux issus des théories du traitement de l'information.

La *neuropsychologie*, terme forgé en 1913 par Osler, concerne les relations entre les processus psychologiques et le fonctionnement du système nerveux central. C'est un domaine particulier de la neurologie consacré au fonctionnement cortical et qui intéresse à la fois les neurologues, les psychiatres, les psychologues et les neurophysiologistes. Elle étudie les troubles du langage, du comportement et de la perception, tant chez l'animal en situation expérimentale que chez l'être humain en situation expérimentale et clinique.

La *psychologie cognitive* est la science des opérations mentales qui permettent l'acquisition et le traitement des informations. Elle s'intéresse principalement à l'élaboration des connaissances et des savoirs qui organisent les solutions de problèmes et le contrôle des réalisations. Elle

concerne le sujet étudié, soit dans un contexte expérimental de psychologie générale, soit en interaction avec d'autres individus (psychologie sociale).

La psychologie cognitive étudie le traitement de l'information filtrée par les schémas inconscients enfouis dans la mémoire à long terme. Ce filtrage tend à privilégier certains aspects (biais cognitifs) par le truchement de la modification de l'attention, de la perception et de la sélection des stimuli.

La *psychothérapie cognitive* concerne les processus des changements chez des sujets qui souffrent ou qui provoquent dans leur entourage un état de souffrance psychique. Le terme a été forgé en 1959 par Aaron T. Beck qui s'était largement inspiré de précurseurs tels que Georges Kelly, Albert Ellis, Karen Horney et Jean Piaget. Cette nouvelle forme de psychothérapie s'intéressait principalement aux pensées automatiques, dysfonctionnelles et aux schémas accessibles à l'investigation du patient et du thérapeute associés dans une démarche de coopération expérimentale.

La mise au jour des croyances dysfonctionnelles principalement responsables des souffrances psychologiques permet d'élaborer des hypothèses et de les confronter, sur un mode expérimental, à des épreuves de réalité destinées à les infirmer mieux que ne pourrait le faire l'argumentation la plus savante ou la confrontation intellectuelle à des preuves contraires.

Psychologie cognitive et personnalité

Parallèlement à l'approche factorielle et dimensionnelle de la personnalité normale qui débouche sur les modèles à trois et cinq facteurs (Eysenck, Cloninger), la psychologie cognitive exerce une forte influence sur les théories de la personnalité. La notion de *cognition* concerne les savoirs, les croyances et les opinions qui façonnent la personnalité.

La cognition est « l'ensemble des activités par lesquelles toutes les informations sont traitées par un appareil psychique, comment il les reçoit, les sélectionne, les transforme et les organise, construit des représentations de la réalité et élabore des connaissances » (Codol, 1988).

Le traitement de l'information par le psychisme humain fait appel à des processus de comparaison des objets perçus avec d'autres objets mémorisés dans la mémoire à long terme. Il s'ensuit un processus de classement nommé *catégorisation*. Cette opération mentale est fondamentale : elle permet d'identifier et de classer les données par une comparaison à un référentiel de données qui présentent des attributs similaires. Elle permet d'attribuer une signification aux données perçues et fait partie intégrante du processus de *perception*.

La psychologie sociale s'est beaucoup intéressée aux différences intercatégorielles qui aboutissent à des processus de discrimination et aux similitudes intracatégorielles qui débouchent sur les *stéréotypies sociales*. La catégorisation est un processus cognitif de base qui organise et structure la perception du monde physique et social.

Les interactions sociales concernent des individus ou des groupes qui présentent la caractéristique d'être prévisibles, de posséder une *consistance*

cognitive. Cet anglicisme désigne la constance temporelle des comportements, des opinions et des croyances d'un individu ou groupe d'individus. Cette constance permet d'anticiper ses conduites futures, en inférant de leur caractère similaire.

Le concept de consistance cognitive débouche sur celui d'*amorçage* issu des études de facilitation de la mémoire par des tâches d'activation : il concerne la facilitation du traitement de l'information par une pré-exposition à une tâche réalisée préalablement. L'amorçage se traduit par l'accessibilité d'un concept trait ou *construct* (Bruner, 1958) dont l'augmentation se traduit au niveau perceptif par trois conséquences indépendantes :

- l'abaissement du seuil de reconnaissance et d'identification catégorielle du stimulus ;
- l'augmentation du potentiel des stimuli pouvant être perçus ou identifiés par cette structure ;
- la capture du stimulus.

Il en résulte un biais d'encodage : le concept trait capture l'information cible et, lors du jugement, il utilise le concept trait le plus accessible, du fait soit de sa récence, soit de sa fréquence d'activation, indépendamment des informations recueillies sur la personne. Plus certains concepts traits sont fréquemment activés, plus ils restent accessibles en mémoire et fonctionnent dans la perception de la réalité. Le niveau d'activation peut devenir permanent tant leur fréquence d'emploi est élevée. Ils deviennent chroniquement accessibles (Bargh et coll., 1988), notion dont les implications sont capitales pour les personnalités pathologiques et leurs thérapies.

Ces notions sont corroborées par de nombreuses expériences reproductibles de psychologie sociale : elles ont démontré à maintes reprises que des tâches coûteuses sont facilitées par des tâches préalables moins coûteuses, quels que soient le contexte et la population étudiée.

La psychothérapie cognitive accorde un rôle prépondérant au concept de « schémas » qui constitue en fait un sous-ensemble de celui de « catégorie ». Les schémas sont à la schématisation ce que le tableau est à la peinture, le phénotype au génotype, c'est-à-dire leur aspect figuratif.

La *schématisation* est un processus général de catégorisation sociale, c'est-à-dire de vision de soi, des autres, du monde et du temps qui a tendance à confiner à la stéréotypie dans des conditions pathologiques.

La triade de Beck en est issue. Elle nous permettra tout au long de cet ouvrage de décliner les personnalités pathologiques sur ces trois axes : vision de soi, des autres, du monde.

L'*attribution* est un processus d'inférence permettant de donner une signification causale aux événements, à ses propres comportements et à ceux d'autrui. C'est un processus par lequel « *l'homme appréhende la réalité, peut la prédire et la maîtriser en vue d'introduire de la cohérence, de la stabilité et du sens dans la perception de l'environnement* » (Heider, 1958).

L'attribution consiste donc à rechercher des causes à partir des effets en remontant la chaîne des événements par un processus intuitif comparable

à une « *analyse factorielle implicite* ». Celle-ci vise à différencier les facteurs liés au contexte et ceux liés aux personnes, à distinguer leur caractère intentionnel ou non. À la manière d'un « *scientifique intuitif* », l'homme infère des causes à partir des effets observés et cherche à répondre aux trois questions fondamentales que se pose tout scientifique :

- l'effet est-il distinctif et spécifique d'une situation donnée ?
- l'effet est-il constant dans le temps ?
- l'effet est-il propre à l'individu observé ?

Les différentes théories de l'attribution revêtent une importance capitale dans l'approche cognitive de la personnalité et sont marquées par les noms de Kelley, Jones et Davis, Nisbett et Ross.

Kelley (1967) étudie les motivations des processus d'attribution, en particulier internes et externes, et constate qu'en l'absence de données précises ou lorsque le temps manque, l'attribution de causalité aux dispositions d'un individu ou à la situation n'a pas la rigueur d'une analyse statistique et se réfère plutôt à l'expérience passée, sinon aux préjugés.

Si des faits contraires viennent contredire cette attribution, elle a tendance à être maintenue coûte que coûte en raison du *biais de confirmation* privilégiant l'explication établie.

Ainsi le *scientifique intuitif* pêcherait bien souvent par précipitation et idées toutes faites.

Jones et Davis (1965) centrent la question de l'attribution sur les mécanismes qui permettent d'inférer à partir de l'observation du comportement d'un individu autre que soi-même (hétéro-attribution) s'il obéit à des dispositions internes stables ou à des facteurs externes contextuels. Un observateur a tendance à juger le comportement d'un sujet observé comme étant la conséquence de ses intentions et l'expression de ses motivations internes : ce processus d'inférence est la base des *théories implicites ou naïves de la personnalité*.

Outre les biais de complaisance, les mécanismes d'attribution sont fonction de l'issue positive ou négative d'une situation.

Nisbett et Ross (1980) créent un concept dont l'importance est extrême pour ce qui concerne les troubles de la personnalité, à savoir l'*erreur fondamentale* ou divergence acteur-observateur.

L'erreur fondamentale constitue un biais d'attribution universel qui conduit à imputer aux sujets agissant, les « *acteurs* », la responsabilité de leurs actions en fonction de motivations internes supposées plutôt qu'à des facteurs contextuels. Les *acteurs* incriminent plus volontiers des facteurs situationnels tandis que les *observateurs* invoquent des causes dispositionnelles, des motivations internes. L'acteur rationalise ses motivations et l'observateur interprète de manière causaliste.

Ce biais est puissamment renforcé par les psychothérapies interprétatives. Le prétendu « *masochisme* » des victimes de violences intrafamiliales suspectées d'être la cause de leurs tourments (et souvent persuadées de l'être) s'alimente de cette erreur fondamentale.

Les biais d'attribution sont à l'œuvre dans de nombreux processus psychopathologiques, notamment dans les troubles de la personnalité. Les attributions externes stables d'hostilité et de dangerosité caractérisent les sujets paranoïaques, schizoïdes, antisociaux, évitant dépendants et obsessionnels-compulsifs. Les attributions internes stables de vulnérabilité ou de précarité concernent plutôt les schizotypiques, les histrioniques, les dépendants, les sujets évitants et dépressifs.

Les *heuristiques* sont des procédures abrégées d'élaboration de réponse visant à l'efficacité et susceptibles de biaiser le traitement de l'information par des erreurs systématiques.

Kahneman et Tversky (1973), en étudiant les processus cognitifs impliqués dans les prédictions, constatent que les réponses fournies ne confirment pas l'aptitude à émettre des probabilités mise au crédit du statisticien intuitif que serait censé être l'être humain car il utilise des procédures accélérées. Kahneman et Tversky les nomment *heuristiques*.

Il s'agit de procédures *d'assimilation*. Elles accélèrent le processus de réponse et de prise de décision pour en accroître l'efficacité, sinon la rigueur. Moins coûteuses que les processus d'accommodation, elles sont à l'œuvre en permanence, tant chez les sujets normaux que chez ceux qui présentent des troubles de la personnalité.

Ces derniers sautent à pieds joints vers leurs croyances favorites : « De toute façon je suis spécial, nul, désirable, indésirable, faible, rejeté, menacé, à part, étrange, seul fiable, je suis un dur, etc. » ; « De toute façon les gens sont méchants, nuls, médiocres, bon à exploiter, rejetant, etc. » ; « De toute façon cela sera toujours pareil, jamais comme avant, de mal en pis, etc. »

Les biais cognitifs et les troubles de la personnalité

La notion de biais est issue de l'épidémiologie et de la statistique. Un biais concerne l'observation : c'est une erreur systématique qui s'introduit dans une enquête et qui vient en fausser ou en déformer les résultats. Sa mise en évidence constitue l'ordinaire du travail des statisticiens et des épidémiologistes.

Dans les années 1960 la métaphore du *scientifique spontané ou intuitif* fit place à celle de l'*ordinateur défectueux (faulty computer)*, c'est-à-dire introduisant des biais, des erreurs systématiques dans la perception et le traitement des données, biais consécutifs au contexte, à l'observateur ou aux deux.

Ces biais sont multiples et relatifs au contexte ou à l'observateur.

Les biais relatifs au contexte sont :

- les biais de *saillance* ; un sujet singulier contraste sur des sujets différents, par exemple une femme seule dans un groupe d'hommes et réciproquement ;
- les biais de *récence* ; par exemple une information récente qui est plus facilement perçue qu'une ancienne ;

- les biais *d'abstraction* ; une information concrète est davantage perçue qu'une information abstraite ;
- les biais de *corrélation* consécutifs aux corrélations illusoire créées entre des événements indépendants et simultanés ou séquentiels.

Les biais liés à l'observateur sont principalement :

- les biais de *causalité* créant des liens entre des phénomènes qui n'en ont aucun, par exemple : date et heure de naissance ↔ personnalité ↔ écriture, pour formuler des prédictions profanes (astrologie, graphologie) ;
- les biais *attributifs* qui privilégient la recherche d'arguments qui apportent des confirmations et tendent à négliger les informations contraires. La confirmation prime sur l'infirmité ;
- les biais de *psychologisation* conduisent chacun d'entre nous à émettre des théories sur la personnalité d'autrui qui sont à l'origine de nombreux biais, préjugés et stéréotypiques à l'œuvre dans les processus d'attribution et de cognition sociale ;
- nous avons déjà évoqué précédemment : les biais de *complaisance* (« prendre ses désirs pour des réalités ») ;
- les *biais acteur-observateur* ;
- les biais de négligence des contraintes de rôle ou erreur fondamentale.

Kelly et la psychologie des concepts traits

Le psychologue américain Georges Kelly, considéré comme un des pères fondateurs de la psychothérapie cognitive, fut avant tout un constructiviste : le monde réel n'existe pour chaque sujet qu'à travers le filtre de sa subjectivité. À la manière d'un scientifique intuitif, l'être humain formule des hypothèses à propos du monde réel dont découlent des anticipations, des prédictions à partir d'un système de catégorisation, les *personal constructs* ou construits personnels.

Ceux-ci possèdent une structure binaire telle que bon-mauvais, beau-laid, avare-généreux et peuvent avoir des usages différents selon les individus, le contexte ou le moment. La personnalité d'un individu résulte de l'ensemble de ses *personal constructs* au travers desquels il interprète la réalité de façon unique. Ils sont habituellement conscients et verbaux.

Lorsque le répertoire des *personal constructs* est insuffisant ou insuffisamment perfectionné, ou s'il manque d'usage ou de mises à jour, la perception du monde réel devient inadéquate. Apparaissent alors l'angoisse, la dépression et divers mécanismes psychopathologiques. Le sujet se replie sur des croyances archaïques, des *personal constructs* rudimentaires ou dogmatiques, dont résultent les troubles de la personnalité.

Pour Kelly, l'origine des troubles de la personnalité ne doit pas être cherchée dans les traumatismes du passé, conception aux antipodes des thèses psychanalytiques alors dominantes, ni même dans les stimuli extérieurs actuels à l'encontre du courant béhavioriste, mais dans l'interaction entre les concepts traits personnels et la réalité.

Un individu en bonne santé mentale cherche à améliorer son système de prédictions en enrichissant la complexité et le fonctionnement de ses concepts traits personnels.

Kelly a proposé une méthode d'apprentissage de *personal constructs* plus adéquats, nommée *fixed role therapy*, dérivée de la méthode des jeux de rôles fixés inventés par Jacob Levi Moreno.

Elle consiste à mettre en situation un patient qui endosse le rôle d'un personnage pourvu de compétences sociales supérieures aux siennes. Un patient timide joue le rôle d'un personnage plein d'assurance, puis confronté à un épisode de la vie quotidienne qui le met dans l'embarras, se remémore le personnage joué précédemment et adopte un comportement assertif. Refaire les batailles de la vie permet d'affronter les futures.

Albert Ellis et les pensées irrationnelles

Albert Ellis (1913-2007) se qualifiait avec humour de « *grand-père fondateur des thérapies cognitives* ». Son œuvre, élaborée dès 1971, précède de quelques années les premières publications de Beck. Après quelques années d'un cursus et d'une pratique psychanalytique classiques, il finit par se lasser des résultats thérapeutiques médiocres et se plonge dans la lecture des « penseurs thérapeutiques » des siècles passés (Bouddha, Lao-tseu, Confucius, Épicure, Épictète, Marc-Aurèle) et de certains philosophes modernes dont le logicien Bertrand Russel.

Il considère les êtres humains comme « *des constructivistes à part entière* » : ils organisent leur perception du monde à partir de leurs jugements dont ils souffrent plus que des événements eux-mêmes, idée on ne peut plus stoïcienne. Ces jugements prennent la forme de croyances illogiques ou irrationnelles.

Il adopte chez Karen Horney le concept des *must* et des *should*, sortes d'injonctions internes, formulées *in petto* comme des devoirs absolus :

« *Je dois absolument tout réussir pour être estimé.* »

« *Je dois garder un contrôle absolu sur mes émotions sinon on va me mépriser.* »

Ellis est le premier à avoir mis l'accent sur le pouvoir déprimant des croyances irrationnelles et sur l'importance du discours intérieur comme source de perturbations émotionnelles. Il qualifia ces stéréotypes intérieurs de :

- croyances irrationnelles : « *Si je réussis cette fois-ci cela veut dire que je vais échouer la prochaine* » ;
- défauts de raisonnement : « *Si j'échoue cette fois-ci, cela veut dire que je suis complètement nul* » ;
- attentes dysfonctionnelles : « *Si quelqu'un doit échouer, cela ne peut être que moi* » ;
- vue de soi négative : « *Les autres réussissent toujours, moi jamais* » ;
- attributions erronées : « *Si je réussis c'est de la chance, si j'échoue c'est de ma faute* » ;

- distorsions mnésiques : « *De toute façon j'ai toujours tout raté* » ;
- sabotage : « *Autant rater tout de suite, avant que les autres ne me mettent en échec* ».

Ellis décide de confronter de manière directe et vigoureuse ses patients à leurs croyances irrationnelles, les invite à les contester par le questionnement socratique qu'il remet au goût du jour, à tenir bon face aux émotions douloureuses, à essayer d'éprouver d'autres émotions plus agréables et enfin à agir à l'encontre de ses croyances.

Le constat de la convergence de ses propres conceptions avec celles de Beck conduisit Ellis à prendre l'initiative de leur rencontre et à publier *Pensée et dépression* (Beck, 1963) dans sa revue *Rational Living*.

Aaron T. Beck et la thérapie cognitive

Fondateur du centre de thérapie cognitive de Philadelphie (États-Unis), Aaron T. Beck créa le terme « psychothérapie cognitive » dans les années 1950. Il prit connaissance des thèses de Kelly en 1955 et, constatant la convergence avec ses propres idées, en adopta les principaux cadres conceptuels pour formuler sa propre théorie. Mais il abandonna rapidement la notion de *constructs* pour celle, équivalente et plus souple de « *schéma* », issue de la psychologie génétique de Piaget. Les dimensions évolutionnistes et développementales de la pensée de Piaget exercèrent sur lui une influence déterminante.

Beck commença par étudier les troubles de l'humeur et élaborer des échelles d'évaluation rigoureusement validées (*Beck Depression Inventory* ou BDI) dont l'usage est désormais universel.

Cognitive Therapy of Depression fut son premier ouvrage. Il est aujourd'hui considéré par l'*American Psychological Association* comme le premier en date des « *manuels thérapeutiques* » dont elle prône l'usage.

Beck considère les cognitions comme des processus mentaux de traitement de l'information qui prennent la forme de monologues intérieurs répétitifs.

L'étape perceptive est constituée par une séquence d'événements cognitifs comportant plusieurs niveaux :

- les pensées volontaires, directement accessibles à la prise de conscience ;
- les pensées automatiques, situées en périphérie du champ de la conscience accessibles à condition d'un effort d'attention (niveau superficiel) ;
- les pensées dysfonctionnelles (niveau intermédiaire) ;
- les schémas (niveau profond).

Pensées automatiques

Au cours des séances de psychanalyse, qui fut sa pratique initiale, Beck découvrit que les associations libres de ses patients déprimés avaient pour écho un *second train de pensées* semblant avoir une vie propre, indépendante des associations.

Les pensées automatiques sont des événements cognitifs répétitifs et incoercibles qui occupent l'arrière-plan du champ de la conscience de manière exacerbée au cours des troubles dépressifs, anxieux et de la personnalité.

Contrairement aux pensées volontaires ou dysfonctionnelles, qui sont séquentielles et lentes, les pensées automatiques sont parallèles et rapides.

Elles surgissent avec profusion, comme par salves, de façon involontaire, par exemple à l'occasion d'une circonstance déclenchante activatrice. Elles sont souvent associées à des émotions intenses.

C'est à Beck que revient le mérite d'avoir mis l'accent sur cette catégorie d'événements cognitifs jusque-là laissés-pour-compte, tant par les philosophes, surtout concernés par la pensée volontaire et les mécanismes du raisonnement, que par les psychanalystes attachés à décrypter les pensées inconscientes.

Elles semblent évidentes et indubitables aux patients. Elles tournent en boucle indéfiniment à la manière du mentisme des insomniaques et comportent des jugements d'autodénigrement, des opinions dévalorisantes attribuées aux autres, une vision catastrophique du monde et du futur. Elles sont comparables en tout point à celles d'un sujet normalement pessimiste, mais sur un mode de ressassement intensif à l'origine d'un sentiment d'hyperlucidité fallacieuse.

Pensées dysfonctionnelles

Les pensées dysfonctionnelles situées à un niveau cognitif intermédiaire entre schémas et pensées automatiques sont des jugements conditionnels qui adoptent la forme : {si je} ⇒ alors {...}.

Elles sont relatives à l'estime, l'affection ou l'amour des autres, et fournissent la voie d'accès aux schémas. Elles peuvent être explorées par des questionnaires appropriés (*Dysfunctional Attitude Scale*, Weissman et Beck).

Schémas

Les schémas sont l'aboutissement inéluctable des séquences de pensées automatiques et dysfonctionnelles et sont activés par une expérience émotionnelle particulière à laquelle ils font écho. Ils sont les concepts clés de la psychothérapie cognitive.

Beck définit les schémas comme des *structures cognitives qui organisent l'expérience et le comportement*, et sont les principes organisateurs de la vision de soi, des autres, du monde et du temps dont ils définissent sur un mode lapidaire, quasiment à l'emporte-pièce, les propriétés intrinsèques :

- vision de soi : « *De toute façon je suis nul..., moche..., spécial..., le meilleur !* » ;
- vision des autres : « *De toute façon les gens vont m'admirer, me désirer..., me détester..., profiter de moi, me rejeter !* » ;
- vision du monde et du temps : « *C'est la loi de la jungle..., des médiocres !* » ; « *Cela sera toujours pareil..., jamais comme avant !* » .

Les schémas peuvent se modifier au contact des choses perçues par un processus d'*assimilation*. Mais ils peuvent aussi modifier l'information rencontrée à la manière d'un poinçon qui imprime sa marque sur l'objet identifié, processus nommé *accommodation*.

Contrairement à l'universalité des *personal constructs* de Kelly, Beck estime que les schémas sont *idiosyncrasiques*, spécifiques à chaque sujet. Ils sont stockés dans la mémoire à long terme, sélectionnent, filtrent et interprètent les informations d'une manière automatique et inconsciente.

Un schéma est d'autant plus activé qu'il l'a été fréquemment et récemment, tel un outil situé au-dessus d'un tas sur un établi dont l'usage est universel. La mise au jour des schémas est difficile et nécessite un questionnement socratique insistant, voire très pressant (*flèche descendante*).

Les schémas sont habituellement latents, *couverts*, et n'accèdent à la pleine conscience qu'à l'occasion d'une expérience émotionnelle, par exemple dans le cabinet du thérapeute qui provoque une abréaction émotionnelle. Ils surgissent alors en pleine conscience accompagnés par des émotions fortes, le plus souvent désagréables et d'une profusion de pensées automatiques.

Les schémas se réfèrent aux expériences précoces du sujet, aux traumatismes psychoaffectifs, aux valeurs et préjugés de son milieu socio-éducatif et culturel.

Renforcés par les monologues intérieurs répétitifs qui les impriment de manière indélébile dans la mémoire à long terme, les schémas le sont davantage encore par les expériences de la vie quotidienne qui apportent indéfiniment des confirmations aux mêmes préjugés. D'où leur résistance opiniâtre aux seules preuves contradictoires de l'argumentation intellectuelle. Beck les considère comme des hypothèses à confirmer ou infirmer par des épreuves de réalité.

Beck et Freeman (1990) ont émis l'hypothèse que, dans les troubles de la personnalité, prédomine l'assimilation à des schémas d'excès d'estime de soi (personnalité narcissique), de méfiance à l'égard du genre humain (personnalité paranoïaque), de contrôle (personnalité obsessionnelle-compulsive), de désir de revanche sociale (personnalité antisociale), de sentiment de faiblesse (personnalité dépendante), de peur du rejet (personnalités borderline ou évitante), de besoin d'être admiré ou adulé (personnalités narcissiques ou histrioniques).

Les schémas des troubles de la personnalité sont très difficiles sinon impossibles à changer : comment amoindrir la méfiance d'un patient paranoïaque ? Il faut savoir se contenter de renforcer un schéma alternatif ou encore de l'orienter vers une perspective socialement profitable au patient, par exemple un métier susceptible de combler la quête d'attention ou d'admiration des personnalités histrioniques ou narcissiques (mode, communication, enseignement).

Chaque type de personnalité pathologique comporte des stratégies sur- et sous-développées : les individus narcissiques tendent à privilégier la glorification de soi et la dévalorisation des qualités d'autrui, à préférer la compétition à l'esprit d'équipe. Les obsessionnels-compulsifs valorisent les

stratégies de contrôle au détriment du partage ou de la délégation des responsabilités.

Les thérapies cognitives des troubles de la personnalité

L'objectif des thérapies cognitives n'est pas de changer les schémas centraux mais d'en atténuer la prépondérance par l'activation des stratégies sous-développées et l'atténuation de celles qui sont inadaptées. Elles visent à diminuer la souffrance psychique des patients comme celle de leur entourage.

L'*analyse fonctionnelle (conceptualization)* est l'étape préliminaire fondamentale de toute TCC. C'est une méthode d'analyse des interactions émotionnelles, cognitives et comportementales d'un sujet, des conséquences pour lui-même et pour son entourage. Elle s'efforce de repérer et comprendre, en vue de les changer, les facteurs de maintien qui pérennisent les conduites involontaires et répétitives responsables de souffrances du sujet et de son entourage. Le conditionnement opérant procure un modèle pertinent qui permet d'éclairer les patients sur la complexité de leurs conduites qui échappe habituellement à leur entendement. Elle a de surcroît une fonction thérapeutique

L'analyse fonctionnelle comporte deux axes temporels, synchronique et diachronique. Au cours de l'*analyse synchronique*, le sujet apprend à différencier les cognitions, les émotions, les réactions physiques qui s'y rattachent, des comportements problématiques qui en résultent dans une situation donnée. Le questionnement socratique permet d'en reconstituer la séquence et les réactions en chaîne dysfonctionnelles qui en résultent.

L'*analyse diachronique* a pour but de mettre en évidence les conséquences pour le patient et pour son entourage des comportements-émotions-cognitions problématiques à l'origine d'un conditionnement opérant (skinnérien) et dont résultent des facteurs de maintien. Cette mise en évidence constitue le temps fort de l'analyse fonctionnelle, débouche sur la neutralisation des cercles vicieux (gains, retraits sociaux) et la mise en place de « cercles vertueux ».

Cette méthode de travail doit être constamment mise en œuvre, tout au long de la thérapie, par les thérapeutes et leurs patients, dans une relation d'empirisme coopératif propre aux TCC : elle permet l'établissement d'une *ligne de base* des symptômes, la formulation d'*hypothèses*, la mise en œuvre d'*épreuves de réalité* visant à confirmer ou infirmer ces hypothèses conformément au modèle scientifique expérimental propre aux TCC.

Les patients apprennent à noter sur leur livre de bord :

- les prédictions dérivant des schémas ;
- les événements contredisant ces prévisions ;
- les avantages et les inconvénients à maintenir ses comportements inadaptés ;
- les alternatives pondérées en fonction du pour et du contre ;

- les épreuves de réalité, véritables clés de voûte des thérapies cognitives qui confirment ou invalident les prévisions élaborées en commun.

D'autres caractéristiques des thérapies cognitives ont une importance toute particulière dans le traitement des troubles de la personnalité :

- l'identification des émotions négatives comme signal de prise de conscience des cognitions dysfonctionnelles ;
- l'utilisation des moments de forte émotion grâce aux souvenirs, aux images mentales, voire aux rêves.

Il s'agit de parvenir à les maîtriser par le repérage, l'examen critique et l'élaboration d'alternatives. La complexité inhérente à l'être humain s'incarne dans l'ambivalence de ses émotions. La résistance au changement y prend sa source avant d'être renforcée par les facteurs de maintien qui découlent du contexte.

La référence permanente aux expériences émotionnelles propres au patient est un levier thérapeutique puissant visant à affaiblir le déni et l'oubli par la confrontation et la mémorisation.

Les techniques de contrôle émotionnel d'inspiration comportementale (relaxation, arrêt de la pensée, affirmation de soi) sont intégrées au fur et à mesure de leur nécessité dans le cours des thérapies cognitives.

Les thérapies cognitives sont caractérisées par l'importance des interactions patient-thérapeute qui sont principalement déterminées par la pathologie de la personnalité propre à chaque patient. Les séances sont le lieu de la prise de conscience des mécanismes dysfonctionnels et de l'expérimentation des changements. Chaque patient a tendance à y transposer son style relationnel habituel. Le renforcement de la relation thérapeutique est l'objet de toutes les attentions du thérapeute dès les premières séances. Les configurations thérapeutiques négatives qui surgissent précocement sont utilisées comme des informations diagnostiques, des illustrations pratiques. Elles peuvent résider dans une motivation insuffisante, une extrême rigidité des traits de personnalité pathologique, un niveau intellectuel médiocre.

L'établissement des objectifs thérapeutiques propres au patient est une étape préalable de toute thérapie cognitive des personnalités pathologiques : il s'agit de faire préciser au patient ses buts personnels, d'en prendre note soigneusement en vue de conserver le cap tout au long des vicissitudes de la relation thérapeutique. La nature coopérative de l'établissement des objectifs thérapeutiques est une dimension primordiale des thérapies cognitives (Beck et coll., 1979). Néanmoins, l'élaboration de « contrats thérapeutiques » est plus souple dans les TCC des personnalités limites que dans l'approche psychanalytique type Kernberg. L'absence d'étude mettant en évidence l'efficacité des contrats (Kroll, 2000) et les critiques émises à l'égard des *guidelines* (directives) de l'APA (*American Psychiatric Association*) tendent à nuancer la rigidité d'une approche contractuelle (Sanderson, 2002).

Parmi les écueils dont ces thérapies abondent figurent la peur du changement et l'abandon du *style névrotique* (Shapiro, 1965), assimilé par les patients à la vision stable qu'ils ont d'eux-mêmes.

Le thérapeute est soucieux de favoriser chez le patient la prise de conscience de ses propres mécanismes dysfonctionnels.

Il s'efforce d'utiliser le langage du patient en veillant à être clair grâce à l'utilisation de métaphores et d'analogies parlantes. Le thérapeute s'implique avec chaleur et tact, dans un style ouvert et sincère, tout en sachant affronter des moments très difficiles : il s'efforce alors d'utiliser pour lui-même les techniques cognitives pour surmonter le découragement, l'impatience, voire l'hostilité éprouvée à l'encontre du patient, tous les sentiments qui risquent de lui faire perdre son attitude strictement professionnelle et de mettre la thérapie en péril.

Les compétences personnelles du thérapeute (contrôle émotionnel, perspicacité, créativité) conditionnent directement les résultats thérapeutiques.

Indications thérapeutiques des thérapies cognitives des troubles de la personnalité

Elles ne sont pas encore bien codifiées même s'il n'existe pas de contre-indication absolue liée au type de personnalité pathologique. Il est clair que l'établissement d'une alliance thérapeutique de bonnes qualités dépend étroitement du type de pathologie. Elle est constamment précaire chez les sujets paranoïaques (méfiance), schizoïdes (distance), schizotypiques (incommunicabilité), antisociaux (manipulation), limites (humeur chaotique), évitants (fuite), passifs-agressifs (obstruction). En revanche, elle est plus aisée à établir chez les histrioniques (séduction), les narcissiques (admiration), les dépendants (protection), et les obsessionnels-compulsifs (responsabilité).

Les améliorations observées au cours des TCC des troubles de la personnalité sont fréquemment contre-intuitives. Il est probable que la « variable thérapeute » joue un rôle majeur. Elle ne saurait valider l'indication de la TCC, pas plus qu'une autre thérapie, sur la foi d'études de cas uniques. Les études expérimentalement validées (EVT, 1995) sont encore trop peu nombreuses dans ce domaine, même si les résultats initiaux sont encourageants.

Le recours aux thérapies cognitives concerne en premier lieu les personnalités pathologiques dites *anxieuses* (Cluster C), puis *spectaculaires* (Cluster B) et enfin les personnalités *distantes* (Cluster A).

Il est important de garder à l'esprit que les personnalités pathologiques formulent rarement une demande thérapeutique de leur propre chef mais bien plutôt sous la pression, voire la menace de rupture, d'un entourage à bout de patience.

Les études cliniques non contrôlées publiées à ce jour font état de succès dans la plupart des types de personnalités pathologiques. Les interventions thérapeutiques sont préférentiellement cognitives avec les personnalités histrioniques, évitantes et dépendantes.

Les *personnalités histrioniques* constituent une indication de choix. *Penser plutôt qu'éprouver*, passer d'un style cognitif global et impressionniste à un style précis, attentif aux détails, sont les objectifs des thérapies cognitives des patients histrioniques.

Il faut les aider à surmonter l'ennui pendant les séances en s'ingéniant à trouver les questions susceptibles de les intéresser sur-le-champ de façon à amoindrir leur intolérance aux frustrations. Le retour sans relâche aux situations problèmes identifiées a pour objet de couper court aux chroniques dramatisées de la vie quotidienne. Dialogue socratique, imagerie guidée, enregistrement des pensées dysfonctionnelles sont tour à tour utilisés.

La déstabilisation du schéma central « *Je dois être aimé par tout le monde* » est le but souhaitable d'une thérapie qui exige une grande inventivité jointe à une capacité de résister aux tentatives de séduction ou aux sentiments hostiles.

Chez les *personnalités obsessionnelles-compulsives*, la thérapie cognitive adopte un style comportemental. La programmation d'activités agréables et la transgression programmée, sans anxiété excessive, des règles perfectionnistes permettent d'éviter d'ergoter abstraitement sur les mécanismes cognitifs dysfonctionnels, au risque de voir la thérapie s'enliser. Paradoxalement, les séances doivent être structurées selon un agenda rigoureux afin de surmonter les écueils de la non-coopération par grève du zèle ou procrastination.

La déstabilisation du schéma central « *Je dois être parfait* » est problématique.

La relation thérapeutique avec les *personnalités dépendantes* constitue une véritable gageure pour le thérapeute cognitiviste car elles attendent qu'il résolve tous leurs problèmes. La préparation au sevrage thérapeutique, qui est un exercice valable pour l'ensemble des thérapies cognitives, doit commencer dès les premières séances.

Les *personnalités évitantes* présentent un degré de difficulté supplémentaire. Les patients ont tendance à éviter les séances et les épreuves de réalité, en grande partie par peur des jugements défavorables dont ils créditent constamment les autres et notamment le thérapeute.

Celui-ci doit donc instaurer une relation de confiance dans le cadre de la thérapie et servir d'exemple pour mettre en œuvre de nouveaux comportements d'affirmation de soi. La relation thérapeutique est très frustrante car les progrès sont lents, infimes. La prévision des évitements du patient et de ses propres cognitions à leur propos, la définition d'objectifs réalistes et le renforcement des petits succès, développent la perspicacité et la maîtrise émotionnelle du thérapeute.

Avec les « *personnalités distantes* », les thérapies cognitives adoptent un style comportemental, du moins au début.

Chez les *personnalités paranoïaques*, la mise en œuvre de relations de confiance est encouragée à partir de celles établies dans le cadre virtuel de la thérapie, puis progressivement généralisées à l'entourage. Les discussions

sur les avantages et les inconvénients de la pensée dichotomique sont abordées dans un deuxième temps. La méthode du *continuum* consiste à élaborer une hiérarchie d'objectifs destinée à être réalisés par étapes.

Les *personnalités schizoïdes* se voient recommander la simulation d'émotions positives et négatives à l'occasion de jeux de rôle, si possible en groupe. Le but est de faire l'expérience de contacts humains et d'accroître leurs compétences sociales.

Les *personnalités schizotypiques* ont pour principale stratégie l'évitement des contacts sociaux et l'adoption de comportements excentriques. La thérapie cognitive vise à établir une relation thérapeutique durable. C'est le premier pas vers la réduction de l'isolement social qui consiste à renforcer les réponses appropriées et à réduire les réponses inappropriées. L'amélioration du style de communication vise à une plus grande concision.

Les *personnalités narcissiques* mettent au service de la thérapie leur vive intelligence et leur goût de l'excellence mais s'avèrent fort susceptibles, voire intolérantes aux critiques. La relation thérapeutique est souvent gratifiante au début mais elle devient rapidement difficile, car ces patients tolèrent mal la frustration ou transgressent volontiers les limites des conventions thérapeutiques et sociales au-dessus desquelles ils estiment être. L'amoindrissement des comportements d'exploitation d'autrui, d'agressivité, y compris contre soi-même par le biais d'abus toxiques, est une des ambitions du traitement.

Les *personnalités antisociales* sont les seules à avoir permis des essais comparatifs de thérapie cognitive en milieu institutionnel, généralement carcéral. Le but principal du thérapeute cognitif n'est pas de reconstruire un système moral inexistant, mais de guider le patient vers des processus cognitifs de plus en plus abstraits, aux antipodes du système concret habituel visant à obtenir des gains matériels immédiats. L'apprentissage des conséquences des actions, l'évaluation de leurs avantages et de leurs inconvénients, l'éducation à un mode de pensée abstraite visent à éviter le saut immédiat aux conclusions et le recours aux jugements à l'emporte-pièce qui sont caractéristiques de ces personnalités sujettes aux passages à l'acte impulsifs.

Les *personnalités limites (borderline)* posent des problèmes techniques très complexes en raison de leur labilité émotionnelle et de leur aptitude aux passages à l'acte. Les thérapeutes cognitivistes s'efforcent de réduire le style de pensée dichotomique, d'augmenter le contrôle émotionnel et pulsionnel et de renforcer le sentiment d'identité. Nous y reviendrons de façon détaillée.

Évaluation des résultats

Les évaluations d'efficacité des psychothérapies des troubles de la personnalité ont été jusqu'ici surtout consacrées au trouble de la personnalité borderline. Marsha Linehan et son équipe ont évalué l'efficacité de la thérapie dialectique et comportementale de cette pathologie, avec des résultats positifs

(Linehan et coll., 1999 ; Koerner et Linehan, 2000 ; Linehan et coll., 2006). McMain et coll. (2009) ont retrouvé des résultats positifs avec cette technique et dans cette indication, en comparaison avec une approche psychiatrique plus générale. Une méta-analyse de Kliem et coll. (2010) a confirmé l'intérêt de cette technique thérapeutique chez les patients borderline, en particulier quant à la prévention des gestes suicidaires et auto-agressifs. Davidson et coll. (2006, 2010) ont publié une étude portant sur 106 participants borderline traités par thérapie cognitive et comportementale, avec des résultats positifs sur une durée de 2 ans, par rapport à un groupe témoin recevant une thérapie ordinaire. Svartberg et coll. (2004) ont comparé l'efficacité d'une thérapie cognitive et d'une thérapie psychodynamique à court terme chez des patients souffrant d'un trouble de la personnalité du groupe C, sur une durée de 40 semaines. Les deux techniques ont donné des résultats intéressants et comparables, pendant cette période et au cours des 2 années qui ont suivi. Rodrigo et coll. (2010), synthétisant les différents travaux consacrés aux traitements du trouble de la personnalité antisociale, concluent à l'efficacité des thérapies cognitives et comportementales et des thérapies « multisystémiques ». Enfin, une méta-analyse publiée en 2003 par Leichsenring et Leibing conclut que les thérapies cognitives et comportementales et les psychothérapies psychodynamiques sont efficaces sur les troubles de la personnalité dans leur ensemble.

Conclusion

Les troubles de la personnalité mettent fréquemment en échec la plupart des thérapeutiques psychiatriques. Grâce aux psychothérapies cognitives, ils deviennent matière à action : l'extension récente des indications des thérapies cognitives aux personnalités pathologiques est à l'origine de nombreuses recherches dans les pays anglo-saxons où elles jouissent d'une très grande faveur.

3 La personnalité histrionique

En 1952, l'*American Psychiatric Association* (APA) trancha le nœud gordien de l'hystérie sur lequel les médecins s'interrogeaient depuis Hippocrate et, dans le DSM-I, la démembra en deux entités cliniques distinctes :

- les « symptômes de conversions somatiques » ;
- les « personnalités émotionnellement labiles ».

Transitoirement réapparue dans le DSM-II (1968) sous forme de « névrose hystérique » et de « personnalité hystérique », elle disparut définitivement en 1980 du DSM-III qui la démembra en plusieurs catégories : « troubles somatoformes (syndrome de Briquet), troubles dissociatifs, troubles de la personnalité histrionique », démembrement entériné par le DSM-IV-TR.

À l'instar de son mythe originaire égyptien, l'utérus errant, telle la nef dépourvue d'amarres au gré des flots et touchant des organes cibles producteurs de symptômes, l'hystérie avait traversé des siècles de savoir médical et engendré de multiples théories. Son naufrage définitif est certes consécutif à la houle des ligues féministes nord-américaines qui dénonçaient sa connotation sexiste, mais doit également beaucoup à l'action résolue d'un homme tel que Samuel Guze (1975) au sein de l'APA. Chertok (1976) a signalé que c'est lui qui eut finalement raison de la recommandation de Pierre Janet (1894) aux générations futures : « *Le mot hystérie doit être conservé, quoique sa signification primitive ait bien changé, il serait très difficile de le modifier et, vraiment, il a une si grande et si belle histoire qu'il serait pénible d'y renoncer. Mais puisque chaque époque lui a donné un sens différent, cherchons la signification qu'il a aujourd'hui.* »

Ce répit fut mis à profit par la psychanalyse, qui fonda son existence puis sa prospérité future sur un nouvel avatar théorique de l'hystérie, jusqu'au signal de détresse émis par le psychanalyste britannique Masud R. Khan (1974) : « *Si l'hystérique a initié le processus analytique, il l'a aussi acculé à ses dernières limites. Ces dix dernières années de nombreux analystes ont mis en cause son analysabilité.* » Le mode particulier de communication de l'hystérique, par la formation toujours renouvelée de symptômes, ne résulte pas d'un quelconque processus mystérieux de « déplacement », mais d'un simple processus de renforcement positif par l'attention qu'y porte le psychanalyste. L'hystérique n'est inanalysable que parce qu'elle « joue à l'analyse » en produisant indéfiniment des symptômes comme autant de leurs qui déclenchent des interprétations se voulant porteuses de sens. Ce processus de renforcement réciproque (Van Rillaer, 1980) ne peut déboucher sur rien d'autre que d'insensé, car l'offre de sens répond à une demande inextinguible d'attention, flottante ou pas. Masud Khan propose une explication à cet échec et rattache la psychogenèse de l'hystérie à la tendance antisociale.

Il rejoint, par l'intuition clinique et quasiment la même année, la parenté établie entre les personnalités antisociales et histrioniques par Cloninger et Guze (1975), puis confirmée par Lillienfeld et coll. (1986) grâce à des études d'épidémiologie clinique.

Selon la définition du Larousse, un histrion est un mauvais acteur, un cabotin qui en fait trop pour s'attirer les grâces du public. Il est probable que cette nouvelle appellation aura un destin aussi médiocre que les précédentes et rejoindra les nombreux diagnostics psychiatriques tombés dans le domaine public des labels péjoratifs. Dans sa neutralité descriptive, le vocable « personnalité en quête d'attention » (*attention seeking*), proposé en 1923 par Kurt Schneider, eut mieux convenu, de même que « personnalité à conduite d'échec » avait remplacé « personnalité masochiste » dans le DSM-III-R.

La « belle histoire » de l'hystérie est dorénavant terminée. L'absence de théorie valable n'empêche pas les conversions d'exister isolément dans les services de médecine des hôpitaux généraux et collectivement dans les épidémies de « personnalités multiples » qui épargnent pour le moment l'Europe. Quant aux personnalités histrioniques, elles ont désormais rejoint le « *cluster B* » ou groupe II des personnalités pathologiques dont les traits communs sont la dramatisation, l'émotivité excessive ou les conduites excentriques, aux côtés des personnalités antisociales, limites et narcissiques.

Apparence comportementale

La séduction par des appâts d'allure sexuelle est la stratégie centrale et constante des personnalités histrioniques. Elles ne peuvent vivre qu'au point de convergence de tous les regards. Toute leur apparence comportementale est régie par ce besoin impérieux qui s'adresse à tous et toutes, indifféremment et quelles que soient les circonstances. Elles se doivent de maintenir une pression constante sur leur entourage, qu'il soit familier ou non, pour rester au centre de l'attention. Ne plus être le point de mire déclenche l'angoisse. Toutes les techniques de séduction peuvent faire l'affaire, avec une prédilection pour les sexuelles qui offrent une infinité de variantes, y compris celles qui ne semblent pas revêtir d'apparence sexuelle au premier regard, telles qu'une relation thérapeutique.

L'expression exagérée et versatile des émotions, le caractère inapproprié, voire saugrenu, de leur objet, l'excès de familiarité avec des tiers à peine connus, l'impression d'inauthenticité et de snobisme qui en découle sont à l'origine de son appellation. Tel l'histrion, à force de trop forcer le trait, elles finiraient par lasser leur public si elles n'avaient la ressource de susciter sa colère, autre façon de rester sous les projecteurs. Après avoir épuisé les ressources de la séduction physique par leurs dérobades décourageantes, établi une fausse intimité bientôt envahissante, s'être pliées aux désirs supposés d'autrui, y compris les plus pervers, s'être mises à l'unisson de ses opinions avec un mimétisme inquiétant, les personnalités histrioniques recourent aux scènes, à la dramatisation pour échapper à l'ennui.

La recherche de stimulations toujours renouvelées, de gratifications immédiates, l'intolérance à la frustration, les conduisent à multiplier les entreprises amoureuses, professionnelles et thérapeutiques. Toutes sont commencées dans l'enthousiasme et l'espoir, mais s'achèvent rapidement dans la rancune de l'incompréhension réciproque des « réactions thérapeutiques négatives ».

Relations interpersonnelles

L'essence des personnalités histrioniques réside dans le jeu de dupes perpétuel de relations interpersonnelles fortement sexualisées. Pour elles, il ne saurait y avoir de liaison sans passion, d'amours sans tourments qui seuls peuvent leur donner un sceau d'authenticité. Mais celles-ci tournent court dans l'acrimonie de la déception réciproque.

Le terme *deceiving personality* revient souvent dans les écrits anglo-saxons : ce faux ami signifie personnalité trompeuse. La tendance à enjoliver la réalité, l'aptitude au mensonge compulsif par nécessité, plaisir ou habitude constituent en effet un autre trait des personnalités histrioniques mais n'ont pas été prises en compte dans les classifications internationales, car trop peu spécifiques.

Contrairement aux personnalités dépressives qui s'enferment et s'autostimulent dans leurs ruminations moroses ou aux personnalités dépendantes qui attendent passivement l'aide d'autrui, les personnalités histrioniques sont dépendantes-actives : elles recherchent activement l'attention et l'aide d'autrui.

La prise de conscience des diverses formes d'exploitation notamment sexuelles, consécutives à leurs provocations répétées, finit par les conduire à s'interroger sur leur destin. Sont-elles nées sous une mauvaise étoile ? Elles ne manquent pas de consulter intensément les marchands d'oracles : leur suggestibilité en fait des prosélytes d'autant plus convaincues qu'elles échappent par ce moyen à toute remise en question. Oublieuses de leurs initiatives séductrices, elles ont tendance à devenir des victimes au long cours. Elles ne peuvent échapper au ressentiment perpétuel, à la rancune, que par de nouvelles conquêtes ou des tentatives de suicide spectaculaires, autre façon de rester sous le regard d'autrui ou de lancer de nouveaux appâts à ceux dont la sollicitude est l'inclination personnelle ou le métier. Il peut leur arriver aussi, à l'occasion de brefs éclairs de lucidité dépressive, de s'interroger sur leur part de responsabilité dans leur destinée et de vouloir entamer une psychothérapie « pour mieux se comprendre ».

Cette demande est légitime, mais elle revêt une allure particulière chez ce type de personnalité car elle prend volontiers un tour revendicatif. La quête d'explications médicales aux symptômes ou de vérité sur soi-même n'est pas prête de s'arrêter : les thérapies qui attribuent des significations aux symptômes tout en restant aveugles aux renforcements qu'elles engendrent deviennent à leur insu des facteurs de maintien.

Expression affective

Le mouvement caractérise l'humeur habituelle des personnalités histrioniques : les élans d'enthousiasme et les accabllements se succèdent sans relâche. Elles parcourent rapidement le spectre des émotions et les communiquent avec aisance à leur public. Gaies, animées, vivantes, au début de leurs relations, comme rattachées au monde des émotions violentes de l'enfance, les personnalités histrioniques sont rapidement en proie à l'anxiété. L'anticipation du rejet est d'autant plus prévisible qu'il paraît comme programmé par elles-mêmes, ce qu'elles revendiquent volontiers. Elles cherchent à sauver la face en se rendant responsables d'événements échappant à leur contrôle. Les accès de colère ou de tristesse ponctuent les déceptions, les ruptures, et laissent place à la rumination rancunière, à l'humeur revendicatrice, aux épisodes dépressifs réactionnels. L'espoir renaît à la faveur d'une nouvelle relation. Cette labilité émotionnelle correspond-elle à une stratégie de recherche de sensations ? Est-elle purement consécutive à l'anxiété de ne plus être le point de mire, du rejet par autrui, de la séparation prévisible ? Il existe probablement des sous-groupes de personnalités histrioniques en fonction de la prépondérance dimensionnelle de ces deux paramètres (recherche de sensations, anxiété de séparation).

Style cognitif

La défaillance des processus attentionnels (inattention sélective) caractéristiques de la « belle indifférence » avait été invoquée à propos des mécanismes de conversion (théories de l'autohypnose). En ce qui concerne les traits de personnalité permanents, la défaillance des processus attentionnels a été mise en cause, non seulement à propos du « refoulement » (mécanisme d'exclusion hors du champ de la conscience de certains contenus émotionnels ou idéatoires), mais également pour l'ensemble des processus psychiques marqués du sceau de la distractibilité et de la suggestibilité (Shapiro, 1965).

Les personnalités histrioniques présentent une incapacité à se concentrer durablement, à enregistrer et analyser les détails, à émettre des jugements fondés sur la réflexion. Le recours à des intuitions exprimées avec conviction à défaut d'exactitude, un style d'expression exagéré dans sa forme mais vague dans son contenu définissent le caractère « impressionniste », subjectiviste, de leur pensée.

Perception/vue de soi

Chez les personnalités histrioniques, la défaillance des processus attentionnels, l'incapacité d'une concentration intellectuelle, le manque d'attention aux détails conduisent à des perturbations dans les processus d'apprentissage dont il résulte une vue de soi profondément dévalorisée (Beck et Freeman, 1990). De surcroît, les expériences de rupture à répétition renforcent leur profond sentiment de manque de valeur, de faiblesse face à l'existence. Mais, contrairement aux sujets dépressifs qui s'enferment passivement dans

la rumination de leurs insuffisances ou aux sujets dépendants, qui majorent celles-ci dans l'espoir qu'on les secoure, les personnalités histrioniques recherchent activement des supports externes.

Attirer compulsivement l'attention d'autrui par des appâts d'allure sexuelle est une stratégie active de recherche d'aide : son registre, bien que limité, s'avère néanmoins efficace dans une société qui privilégie l'apparence physique et la séduction sous toutes ses formes spectaculaires, bien avant les choses de l'esprit.

Perception/vue des autres

Les personnalités histrioniques doivent donner aux autres une image située aux antipodes de la vision constamment péjorative qu'elles ont d'elles-mêmes. Cette image en trompe-l'œil est moins une tentative délibérée de tromper autrui que soi-même, car découvrir dans le regard d'autrui une lueur d'intérêt revient à devenir intéressant à ses propres yeux, comme le suggèrent les théories de l'autoperception (Bem, 1972). C'est pourquoi elles doivent constamment exercer une pression sur leur entourage à la recherche de réassurances sous forme de regards admiratifs ou intéressés. Les autres sont donc des admirateurs potentiels, un public à conquérir.

Mais cette stratégie de dépendance active par le truchement de réassurances perpétuelles comporte les germes de sa propre destruction : dans un deuxième temps, la dévalorisation de soi est confirmée par ces regards admiratifs, non seulement parce que leur pertinence est mise en doute (« *S'ils savaient qui je suis réellement* »), mais aussi leur motivation (« *En fait ils ne s'intéressent pas vraiment à moi mais seulement à mon corps* »). Les personnalités histrioniques accordent peu de poids aux réassurances, sitôt même après les avoir sollicitées. C'est pourquoi la restauration de l'estime de soi est un objectif prioritaire des thérapies cognitives des personnalités histrioniques. Elles sont tellement convaincues de leur manque de valeur, elles y semblent tellement attachées comme à une image de marque, que seule la démonstration par les faits, c'est-à-dire la confrontation de leurs compétences réelles aux épreuves de la réalité, présente une réelle efficacité.

Principales croyances

Ainsi les schémas centraux, les postulats intérieurs nucléaires de la personnalité histrionique sont-ils : « *Je suis sans attrait* », « *Je suis nulle* », « *Je suis incapable de m'en sortir toute seule* » avec pour corollaire « *Je dois être aimée par tous* ». Ils demeurent la plupart du temps à la lisière de la conscience, masqués par un rideau de croyances telles que « *Je suis pleine de charme* », « *Je suis drôle* », « *J'impressionne les gens* », « *J'ai besoin de leur attention* », ainsi que par une foule de croyances secondaires : « *Je ne peux être heureuse qu'en étant admirée* », « *Les gens ne vont pas me remarquer si je ne suis pas originale, excentrique* », « *Les gens n'ont pas le droit de me refuser leur aide* », « *Ceux qui ne m'aiment pas sont nuls* », « *Si je n'amuse pas les gens, ils vont me laisser tomber* », « *Je dois faire ce dont j'ai envie* ».

Épidémiologie

La prévalence des personnalités histrioniques dans la population générale a été évaluée entre 2 et 3 % selon les études prises en compte par Charitat et Schmitt (2002). Une étude plus récente, pratiquée dans le cadre d'une enquête plus vaste consacrée à la dépendance alcoolique, montre une prévalence de 1,8 %, aux États-Unis, avec une prévalence pour les troubles de la personnalité en général de 14,7 % (Grant et coll., 2004). Les auteurs n'observent pas de différences de prévalence selon le sexe. Étudiée sur une dizaine d'années, la personnalité histrionique semble assez stable avec le temps (Nestadt et coll., 2010).

Étiologie

La fréquente association de symptômes hystériques et antisociaux n'avait pas échappé à Kraepelin. Cette idée fut explorée avec ténacité par l'école américaine. Une étude prospective de Robins et coll. (1952) mit en évidence 6 personnalités psychopathiques chez 44 hommes hystériques. Cloninger et Guze (1975) établirent un diagnostic additionnel de personnalité hystérique chez 40 % de détenues sociopathes. Les études familiales (Cloninger et Guze, 1975) montrent également un pourcentage élevé d'hystérie chez les proches de criminels. De surcroît, les personnalités hystériques et sociopathiques sont plus fréquentes chez les parents d'enfants hyperkinétiques (Morrisson, 1980). Cette notion fut confirmée par Lillienfeld et coll. (1986) puis infirmée par ce même auteur (Lillienfeld et Cale, 2002). Les études de corrélation montrent l'association avec d'autres traits de personnalité (impulsivité, comportements spectaculaires) tant chez les personnalités antisociales qu'histrioniques. Lillienfeld conclut que les résultats des études épidémiologiques rigoureuses apportent de faibles arguments en faveur de l'hypothèse selon laquelle la personnalité histrionique serait une variante féminine de la psychopathie et la personnalité antisociale, la variante masculine.

Selon Millon, le rôle des renforcements éducatifs est prédominant : les parents sont rarement sévères et renforcent systématiquement les réussites de leur enfant en fonction de critères esthétiques prédominants : la joliesse, le charme et la séduction reçoivent des récompenses et deviennent ainsi des stratégies de prédilection de l'enfant. Inversement, les succès liés aux qualités intellectuelles ou morales reçoivent moins de renforcements et déclenchent peu de regards admiratifs. Les personnalités histrioniques apprennent très tôt l'art si rentable de la manipulation d'autant plus qu'elles trouvent modèle chez leurs parents.

Thérapie cognitive

La relation thérapeutique n'échappe pas au style relationnel qui imprègne si profondément les personnalités histrioniques, tout particulièrement lorsqu'elle leur est complémentaire. C'est pourquoi elles sont arrivées les

premières sur les divans des analystes et seront probablement les dernières à vouloir les quitter.

C'est aussi pourquoi elles sont des indications de choix des thérapies cognitives car celles-ci sont anhistoriques, limitées dans le temps, nullement menacées par un prétendu « déplacement du symptôme ». Leurs objectifs et leurs moyens sont : « penser plutôt qu'éprouver », passer d'un style cognitif global et impressionniste à un style précis et attentif aux détails, restaurer l'estime de soi mise à mal par les vicissitudes de l'existence en remettant en question les schémas centraux (« *Je suis incapable* », « *Je dois toujours être aimée par tous* »).

Celle-ci comportera obligatoirement l'épreuve du renoncement au style de personnalité antérieure et ses renforcements sociaux. Cette marque de fabrique, aisément identifiable par autrui, va devoir être remplacée par une autre, encore inconnue. Comment ne plus s'exposer aux regards qui donnaient l'illusion d'exister ? Quel style nouveau choisir, au risque d'adopter ce qu'on avait abhorré ? Ne risque-t-on pas de devenir méconnaissable aux yeux des proches importants ?

Telles sont les questions légitimes et fort angoissantes que le thérapeute cognitiviste averti doit s'efforcer de faire surgir tôt dans la thérapie des personnalités histrioniques et savoir calmer autrement que par une spirale sans fin de réassurances. La première étape de la thérapie comporte l'établissement et le renforcement de la relation thérapeutique en focalisant l'attention du patient sur un problème suffisamment intéressant pour éviter l'obstacle principal qu'est l'ennui.

Les thérapies cognitives sont « pédagogiques » et vont apprendre à focaliser l'attention sur les pensées qui accompagnent les émotions. Un questionnement pertinent va contribuer à les préciser. Il faut revenir habilement sur les situations problèmes répertoriées au cours de premiers entretiens, savoir couper court aux chroniques dramatisées de la semaine écoulée, éviter les changements de cap et de sujet d'intérêt, revenir sans cesse sur les objectifs définis en commun initialement. Le style de la thérapie est donc thérapeutique par lui-même et apprend au patient à ne rester que sur un seul problème. Une attitude active du patient est favorisée par le jeu du dialogue socratique ou des techniques du type « découverte guidée », « flèche descendante ». Le thérapeute doit s'efforcer d'éviter l'encouragement des attitudes passives du patient par des marques de sollicitude, des gratifications. Dans ce but, il doit utiliser pour lui-même les techniques cognitives visant à une neutralisation émotionnelle afin de ne pas tomber dans les pièges de la séduction ou de l'hostilité.

L'enregistrement des pensées automatiques et dysfonctionnelles dans un carnet de bord est la pierre angulaire des thérapies cognitives : il est nécessaire de consacrer un certain temps à expliquer l'intérêt d'enregistrer la séquence :

Situation → Émotion → Cognition → Comportement

sur quatre colonnes. La tenue du carnet de bord est déjà une façon d'apprendre à être moins impulsif, à s'arrêter quelques instants sur ses propres

pensées pour faire le point, à essayer de préciser ses véritables motivations. Lorsqu'un comportement problématique est mis en lumière, il est utile de faire la revue des avantages et inconvénients qui en découlent. La richesse imaginative et émotionnelle du patient peut être mise à profit pour définir des comportements alternatifs et en prévoir les conséquences. Tester les hypothèses qui découlent de ces prévisions grâce à des épreuves de réalité (par exemple, la programmation d'une expérience de rejet, d'abord imaginée puis mise en acte) est une étape majeure dans la thérapie. Le patient prend conscience que ses prédictions ne se réalisent pas toujours implacablement de façon funeste, que la réalité de la vie est plus variée et imprévisible. Il apprend à supporter l'anxiété des situations indécises et à mettre un terme aux techniques de sabotage (attitude de Gribouille) visant à y échapper.

L'entraînement à l'affirmation de soi et l'amélioration de la capacité à percevoir sa propre identité, à travers ses accords et ses refus, visent à rendre ces patients plus autonomes, moins dépendants de l'opinion des autres. Apprendre à se faire respecter est un objectif qui rencontre toujours un écho favorable chez ces patients, contrairement à leur réputation traditionnelle de victimes consentantes.

La déstabilisation du schéma central « *Je dois toujours être aimé par tous* » est le but ultime de la thérapie. Cela exige du thérapeute une grande inventivité jointe à une aptitude à déjouer astucieusement et sans pudibonderie les tentatives de séduction souvent fort subtiles.

À ce jour, seules des études de cas ont été publiées (Beck et Freeman, 1990 ; Kellett, 2007). Les résultats préliminaires permettent de prévoir que les personnalités histrioniques constitueront une des meilleures indications des thérapies cognitives des personnalités pathologiques.

4 La personnalité obsessionnelle

Définitions, épidémiologie

La personnalité obsessionnelle est sans doute la plus connue et la plus facile à définir de toutes les personnalités. Elle est aussi l'une des plus fréquentes. Sa définition, claire, fondée sur le perfectionnisme, la méticulosité et le souci de la propreté n'implique pas les mêmes jugements péjoratifs que la personnalité histrionique à laquelle on l'oppose parfois. Les deux structures partagent pourtant un certain nombre de faiblesses : l'égoïsme, l'immatunité, le caractère superficiel des affects et le conformisme. Les obsessionnels, cependant, défendent mieux leur réputation. Stables et têtus, ils s'installent à des postes clés et leur personnalité se confond de plus en plus avec des professions et des emplois qui, dans une société figée, se rapprochent du pouvoir. Il existe ainsi toute une culture de la personnalité obsessionnelle, courtelinesque et tatillonne, qui associe la tracasserie du détail, l'opposition bornée, la froideur exacte. Nous le voyons, l'obsessionnalité à la morale avec elle, elle se situe du côté du manche, elle n'est pas prise en défaut. Et pourtant que les obsessionnels, par leurs hésitations, leur réserve, leur manque d'élan peuvent être lâches, cruels et pervers ! Quand les empires décadents s'écroulent – la Turquie ou l'Autriche du XIX^e siècle par exemple –, c'est moins dans l'orgie et les débauches que derrière une rangée de lorgnons et de cols durs. Mais cessons de dénoncer l'obsessionnalité dans ses œuvres pour mieux la comprendre dans son origine et sa nature.

Freud, dès 1908, mit l'accent sur la fixation au stade anal de l'obsessionnel. Désignant cette étape, il soulignait la crainte de la souillure mais en même temps l'obéissance à la loi, une des premières lois sociales, imposée par les parents. L'obsessionnel veut être propre, il veut aussi être conforme, plus conforme que les autres. Par la suite, d'autres psychanalystes insistèrent sur la nécessité, là encore apprise, de contrôler les pulsions, les débordements et d'une façon plus générale l'ordre des choses dans l'environnement immédiat. Pour Wilhelm Reich, cette attitude était imposée par des parents rigides et punitifs ; pour Harry Stack Sullivan, l'obsessionnel avait grandi dans un foyer où la haine et l'agressivité se cachaient sous une surface polie, et il devait adopter quoi qu'il arrive une attitude calme et maîtrisée. Dans la même perspective, A. Angyall (1965) voyait l'obsessionnel comme réagissant par le repli à des parents inconsistants et contradictoires.

Au cours des dernières décennies, plusieurs auteurs ont insisté sur les désirs mégalomaniaques de l'obsessionnel. Pour L. Salzman (1973),

l'obsessionnel investirait les domaines intellectuels pour mieux contrôler ses émotions mais aussi pour être plus fort que les autres. Pour T. Millon (1985), le même désir d'affirmation de soi et d'autonomie se heurte à un conformisme rigide qui limite l'expansion à des domaines fort étroits : la scolarité, le travail et la réussite sociale. Ce faisant, il ne s'agit pas d'un véritable épanouissement individuel et créateur, mais de la copie conforme d'un personnage idéal.

Pour D. Shapiro (1965) et l'école cognitiviste, il existe chez l'obsessionnel un surinvestissement des cognitions avec débauche de détails qui ne sont plus sélectionnés et s'accroissent de façon anarchique. On peut parler d'inattention active, de focalisation instable. Le même auteur souligne le souci permanent d'autonomie dans la légalité avec une prédominance forte des *shouldismes*. L'obsession de la vérité, sans cesse recherchée et sans cesse remise en question, est une troisième caractéristique qui s'insère dans le cadre général du contrôle. Au demeurant, ces différentes stratégies – comportementale, intellectuelle, affective – sont en partie inefficaces, le sujet étant piégé sans cesse par ses doutes et ses débordements. Tout cela se cristallise autour des croyances fondamentales, rassemblées par Beck et Freeman (1990), qui concernent l'observation des lois et la culpabilité : « *Il y a de bonnes et de mauvaises conduites* », « *Je dois éviter les fautes pour être parfait* », « *Je dois me contrôler parfaitement ainsi que mon environnement* », etc.

Gabbard (1994) insiste sur l'obéissance pathologique aux parents, les sujets ayant l'impression chronique, internalisée, qu'ils n'en font jamais assez. Benjamin (1993) met l'accent sur le désir de se contrôler et de contrôler les autres. La discipline et l'adhésion à la loi constituent ensuite les meilleurs moyens d'assurer ce contrôle, cela sans équivoque ni discussion.

Depuis Freud et l'agressivité anale, la personnalité obsessionnelle a été tirée vers le conformisme social, lequel, signe des temps, se confond avec le surinvestissement intellectuel et le souci de la vérité. La loi, donc, est l'horizon permanent de l'obsessionnel, limitant tous les domaines, y compris les émotions, les pulsions, les loisirs qui se voient soumis à des rythmes chronométrés, à des symétries rigides. L'affirmation et la réussite procèdent de la loi et elles s'y heurtent, sans qu'une résonance profonde apporte ici sa part de fantaisie, d'audace ou de charisme.

Les classifications modernes, DSM-IV-TR et ICD-10, mettent en avant le perfectionnisme, l'obsession de la morale, des lois et des détails. Viennent ensuite le surinvestissement dans le travail, les difficultés à déléguer des tâches et l'avarice. Le conformisme, la rigidité et l'entêtement sont signalés par l'ICD-10. La symptomatologie affective – avec froideur et débordements paradoxaux –, tout comme les traits cognitifs – isolation, annulation, intellectualisation –, ne sont pas signalés.

La personnalité obsessionnelle est assez fréquente. Reich et coll. (1989) et Zimmerman et Coryell (1990), utilisant le PDQ, rapportent des prévalences dans la population générale respectivement de 6,4 et 4,0 % aux États-Unis. Les études faites avec des entretiens structurés rapportent des chiffres plus bas : 2,2 % pour Maier et coll. en Allemagne avec le SCID

(1992) ; 1,7 % pour Zimmerman et Coryell aux États-Unis avec le SIDP (1990). L'étude de Nestadt (1991) faite à Baltimore rapporte une prévalence de 1,7 %, avec un taux plus élevé chez les hommes blancs mariés et employés ayant étudié à l'université (auteurs cités par G. de Girolamo et J.H. Reich, 1993).

Enfin, dans une étude recherchant également les troubles liés à la dépendance alcoolique, Grant et coll. (2004) retrouvent une prévalence de 7,8 % pour le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive dans la population générale, en utilisant une interview basée sur le DSM-IV.

Comportement et stratégie interpersonnelle

La personnalité obsessionnelle s'organise autour du perfectionnisme. Les obsessionnels veulent être parfaits dans tous les domaines : dans l'ordre matériel et professionnel, dans l'ordre moral où la moindre faute les obsède de façon scrupuleuse, dans l'ordre social où ils sont respectueux des convenances et des lois. Ces attitudes ont des inconvénients. L'obsessionnel s'attache aux détails et n'arrive pas à dégager des vues d'ensemble ; il perd du temps et ne peut pas terminer les tâches qu'il s'est fixées, lesquelles sont souvent trop compliquées, démesurées, mal adaptées. Hésitant entre plusieurs perspectives qui comportent chacune leur avantage, l'obsessionnel hésite, ne se décide pas, laisse passer d'excellentes occasions. De la même façon, il redoute le changement et les innovations et s'attarde à des techniques désuètes. Enfin, bien qu'il soit respectueux des lois morales et fort scrupuleux, il fait passer ses idées et ses projets avant ceux des autres. Il est avec eux à la fois exigeant, dominateur et brutal. Il a peu tendance à leur faire confiance et compte avant tout sur lui-même.

Soucieux d'autonomie et de responsabilité, l'obsessionnel s'affirme dans le cadre du conformisme, ce qui limite sa créativité. Le travail est en général la seule issue dans laquelle son énergie peut se canaliser. Il s'y montre à la fois conventionnel, têtu, vérificateur et répétitif. L'imitation parfaite d'un modèle, le respect des lois et des doctrines le rendent plus apte à une carrière administrative que commerciale ou scientifique, car il redoute l'imprévu et l'improvisation.

Cette vaste politique de rigidité a beaucoup d'inconvénients. L'obsessionnel fait souffrir sa famille. Égoïste, débordé par ses tâches professionnelles, il est difficilement accessible, peu à l'écoute de ses proches, incertain et fuyant quand on lui demande de prendre une décision. Ses hésitations, ses plans compliqués, son avarice entravent les loisirs et les festivités familiales. Sa myopie perfectionniste n'empêche pas les erreurs. Il peut se tromper lourdement, quant à la gestion d'une entreprise, quant aux choix existentiels et aux conseils prodigués envers ses enfants. Souvent culpabilisé, l'obsessionnel ne l'est pas toujours à bon escient ; il sait aussi ignorer ses fautes ou se compartimenter une double vie, qui paraît innocente du moment qu'elle est organisée. C'est plutôt le surmenage ou l'échec flagrant qui entraîneront chez lui la décompensation dépressive.

Gestion des affects

L'obsessionnel redoute les débordements émotionnels ; il fera tout pour les contenir. Il y a là une attitude adoptée depuis l'enfance et qui se renforce de plusieurs façons. Dans le domaine pragmatique d'abord, car à ne plus exprimer ses mouvements émotionnels, le sujet en perd bientôt l'usage et la connaissance ; c'est une monnaie d'échange et d'appréhension de l'autre qui n'a plus cours. Dans le domaine théorique ensuite, car l'obsessionnel méprise tout intérêt que l'on pourrait porter à cette sphère psychique ; il se méfie de l'introspection, regarde avec commisération les artistes et les âmes sensibles qui tiennent un journal intime. De la sorte les attitudes et les comportements qui se manifestent à son endroit lui paraissent peu explicables ; plus exactement, il utilise et conçoit les affects comme des idées, avec la même rigueur, les mêmes enchaînements. Il lui paraît normal d'affirmer que la peur, l'amour ou la haine peuvent se raisonner, s'organiser, se conclure, et rapidement. Cette algèbre froide, peu soucieuse de la véritable souffrance des autres, prend parfois les caractères d'un ludisme pervers que renforcent encore les hésitations. Ainsi, quand l'obsessionnel est aimé, il ignore cet amour ou il le rationalise sans rompre ou repousser. Et le voilà qui donne des conseils, les théories qu'il déploie sans travaux pratiques lui tenant lieu d'expérience ; une fois de plus il se croit supérieur et informé.

Cela vaut pour les autres. Pour lui-même, il est aveugle et veut ignorer les conflits qui le traversent. Il demeure secret, froid, conventionnel, obsédé de rester fidèle à son éthique, à ses principes. S'il traverse une épreuve, se trouve impliqué dans un scandale, touché par un deuil, il couvre et annule ses émotions sous une formule suave qui lui permet de se dégager : « *Il n'y a que les imbéciles qui ne changent pas d'avis* », « *Je suis au-dessus des partis* », « *On ne fait pas d'omelette sans casser d'œufs* ». Ces rationalisations, ces excuses, souvent rapides, lui permettent de clore le dossier, de l'isoler, de le cacher. De ces périodes tendues il retiendra quelques détails iconiques, matérialistes, d'où une autobiographie froide, administrative, fondée sur des dates. Une fois de plus, les apparences passent avant tout. Cela dit, l'obsessionnel est plus rigoureux avec ses propres secrets qu'avec ceux des autres ; toujours ludique et amateur de vérités, il en fait bon marché.

Sur ce fond général de rétention respectable, des éruptions volcaniques peuvent survenir qui font soudain sauter toutes les défenses. Ce sont alors des déchaînements agressifs – colère, vengeance, règlements de compte –, amoureux ou financiers qui sont d'autant plus incontrôlés que l'obsessionnel a peu d'expérience de la vie affective.

Style cognitif

Le goût des lois, des plans et des détails intégrés dans des synthèses anime la vie cognitive de l'obsessionnel. Il est épris de règles, de comparaisons, d'arguments symétriques, de démonstrations. Celles-ci le mènent souvent hors

des sentiers battus, car s'il respecte les doctrines et les traditions, il aime bien se constituer son propre système. L'obsessionnel apprécie avant tout le raisonnement inférentiel, consécutif : ceci entraîne cela, A entraîne B, puis C, raisonnements qu'il pousse jusqu'à l'absurde. Excessif, emmené par ses démonstrations qui s'écoulent au-delà de l'objectivité, l'obsessionnel avance toujours trois pas en avant, ce dont il est fier et qui le singularise. Cela donne à ses démonstrations un tour alambiqué, paradoxal, parfois ironique, parfois pervers. Il en devient volontiers superstitieux, associant des événements dont il a remarqué pour lui l'occurrence rituelle, mais qui ne valent rien pour les autres. Quand il explore l'environnement social, sa curiosité ludique fait feu de tout bois et consomme là encore des hypothèses extravagantes, pour pousser plus loin les choses, au-delà, derrière les fagots. En l'occurrence, c'est moins l'anus que le derrière qui symbolise son investigation indiscreète et parfois obscène. Ce luxe de détails et d'enchaînements, cette jouissance dans la complication, cette intellectualisation sans charité amènent à des échafaudages funambulesques qui ne tiennent pas. L'obsessionnel scientifique accumule des petits faits vrais et des hypothèses qu'il tente de faire entrer dans des synthèses boursouflées qui finissent par exploser. Il en va de même pour les actes enfilés sur le temps. Leur consécration très serrée conditionne la culpabilité de l'obsessionnel : « *Si je fais ceci alors cela.* » Quelques faits observés font vite une loi. L'avenir est un écheveau d'appréhensions catastrophiques menées jusqu'à leurs extrémités les plus invraisemblables. Le passé est constellé d'actes cruciaux, de décisions cornéliennes, de moments propices et salvateurs qui ont orienté toute l'existence : « *Si à ce moment, je n'avais pas décidé...* » Bourrelé de micro-événements, l'agenda de l'obsessionnel se dilate, intercalant des improvisations et des parenthèses au gré de circonstances malgré tout inattendues. Ces éternelles prévisions, sans cesse rattrapées par une indomestifiable réalité, poussent l'obsessionnel vers l'avenir ; d'où son impatience avide, anxieuse qui le fait vivre en avant du présent. L'obsessionnel, à la fois en retard et pressé, ne sait pas profiter des instants. Il les avale trop vite, il est déjà plus tard, déjà plus loin. Les moments vides, inutilitaires, lui font peur. La simplicité, vérité trop pure, trop blanche, l'indispose, cachant un piège, que la complexité, plus chaude, sait étouffer. C'est en effet au sein de systèmes complexes, paradoxaux et surabondants qu'il tente d'intégrer les exceptions, les anomalies et les nouveautés qui remettent en question sa synthèse idéale.

À côté des fantasmes et des rumeurs, redoutables, l'exacte vérité est le centre de l'investigation cognitive de l'obsessionnel. Il a le tort de la chercher dans des détails matériels observés de façon personnelle et de mépriser une appréhension plus large, plus affective, plus sociale surtout. Ses accumulations de preuves, mal intégrées, sont sans cesse remises en question par des événements inattendus qui surgissent derrière son horizon étroit. Ces survenances ou surprises malencontreuses devraient l'amener à prendre de la hauteur ; le plus souvent elles accentuent sa myopie.

Perception de soi

Les obsessionnels se considèrent comme sérieux, responsables, consciencieux, efficaces. Ils aiment ce qui est droit et pur. Ils se considèrent comme délicats, sensés, en parfait accord avec les lois et les coutumes. Ils savent ce qui est bien, ce qui est juste et de bon goût. L'origine, quasiment innée, de ces bonnes dispositions, ne leur pose guère de problèmes : c'est ainsi. L'obsessionnel est lui-même une institution. Une telle surface lisse – dont la remise en question par un tiers est inimaginable – est néanmoins le fruit d'invisibles aménagements. Pris dans des hésitations ou des tourments, l'obsessionnel refoule, annule ou isole. Surtout, il évite de s'introspecter. Quelques vaguelettes en forme de scrupules animent la surface de l'onde mais pour l'essentiel le fond reste stable. Des vérités de devanture s'installent fort rapidement, à la manière de cette histoire que l'on réécrit dans *1984*, le roman d'Orwell. Les obsessionnels aiment bien la vérité, mais c'est le plus souvent leur vérité.

Perception des autres

L'obsessionnel considère que les autres sont irresponsables et imprévisibles, qu'ils sont insoucians, légers, inconséquents. S'il a sans cesse peur d'être trahi, ce n'est pas au sens de la persécution paranoïaque, mais d'une tâche qui sera mal exécutée, accomplie sans soin, bâclée. C'est pourquoi le père et la mère obsessionnels sont sans cesse sur le dos de leur enfant pour vérifier que ses agissements s'accomplissent selon les règles. De cette surveillance légaliste, du bon ordonnancement à la curiosité malsaine, il n'y a qu'un pas. L'autre est aussi celui qui commet la faute, celle que l'on se refuse, que l'on n'ose même pas fantasmer. L'autre est pour l'obsessionnel le réservoir de tout ce qui est interdit, de la transgression banale à l'enivrante monstruosité. L'autre est secret, comme soi ; mais aborder le secret de l'autre est beaucoup moins dangereux que de flairer le sien. Et l'envie tourmentée d'agissements spontanés et chaleureux, vulgaires, se traduit volontiers par du mépris.

Croyances

Les croyances de l'obsessionnel, telles qu'elles ont été rassemblées par Beck et Freeman (1990), peuvent se rassembler autour de cinq grands thèmes. Certaines croyances affirment l'autonomie et la responsabilité : « *Je suis responsable de moi-même et des autres.* » D'autres proclament la juste position du sujet, son évidente infaillibilité : « *Je sais ce qui est bien* », « *Ma façon de faire est en général la meilleure* », « *Les autres devraient faire comme moi* », « *Les autres sont irresponsables et incompetents* ». Cependant, la plupart des croyances sont relatives à l'observance stricte de la loi : « *Il faut faire les choses parfaitement* », « *Les fautes sont intolérables* », « *J'ai besoin d'ordre, de systèmes et de règles* », « *Une personne qui s'est trompée doit être punie* ». Cette observance des lois va de pair avec le sentiment, très dichotomique, que tout manquement

à la règle entraînera des catastrophes. Fauter un peu, c'est fauter beaucoup, et c'est surtout sombrer dans l'abîme de l'incontrôle : « *Tout manquement à la règle peut aboutir à une catastrophe* », « *Je dois contrôler mes émotions* ». Enfin, les dernières croyances concernent la focalisation sur les détails : « *Les détails sont extrêmement importants.* »

Psychopathologie, étiologie

La plus simple et la plus évidente des théories contemporaines paraît être celle qui est proposée par Millon et Everly (1985). Elle est d'ailleurs en accord avec la tradition. Pour ces auteurs, le futur obsessionnel est un enfant ou un adolescent qui, à la suite d'une incartade ou d'une crise d'originalité plus ou moins prolongée, est repris en main et contrôlé par ses parents. Ceux-ci qui ont une apparence conforme et parfaite lui rappellent la loi, lui ordonnent de la suivre et lui indiquent un modèle à imiter : « *Prends exemple sur ton grand frère qui a travaillé et qui a été reçu dans une grande école.* » Dès lors, plusieurs phénomènes se mettent en place. L'enfant se soucie d'observer les lois, celles de la société comme celles de la famille : « *N'arrive pas en retard, fais tes devoirs, mets ton linge sale dans le panier.* » Les émotions et les sentiments sont attirés par ce domaine législatif et doivent s'y plier : il faut aimer une personne juste, repousser quelqu'un qui a fauté, être fidèle en amitié, etc. L'apprentissage vicariant – par duplication d'un modèle – empêche le sujet de faire preuve de créativité et d'initiative. Il est obsédé d'être autonome mais ce principe d'imitation le lui interdit. Le modèle se situe souvent dans le cadre familial, ce qui limite considérablement l'imaginaire et renforce la primauté des lois domestiques. Le sujet va donc privilégier l'ici – ce qui est vu, ce qui est touché – par rapport au là et au là-bas. Ce renforcement considérable du *domus* par rapport à l'*agora* explique bien pourquoi, en dépit de son orgueil, l'obsessionnel n'est pas sensible à la critique, comme l'histrionique ou le paranoïaque. Cette vision rapprochée rend bien compte également du contrôle répétitif des détails matériels, de l'avarice, des thésaurisations. La dernière conséquence de cette politique est la pauvreté des représentations ; entre la copie, les lois et les vérifications, il ne reste guère de place pour les rêves, pour l'improvisation.

L'opposition intellect-affect, intellect de l'obsessionnel, affect de l'histrionique, est traditionnelle. Elle est évidemment beaucoup trop simple, tout comme l'opposition cerveau gauche-cerveau droit. Si l'obsessionnel aime les lois, ce ne sont pas n'importe lesquelles mais celles qui concernent des domaines invariants et vérifiables. C'est donc moins à partir de fonctions qu'à partir de domaines – ou de contenus – qu'il est intéressant de définir l'obsessionnel ; et l'on verra qu'il redoute ce qui est mouvant, imprévisible, subjectif, incontrôlable – par exemple l'art, l'amour, la vie mondaine, la recherche scientifique – et que, en revanche, il se réfugie dans la proximité matérielle, l'institutionnel, le collectionnisme fétichiste des objets.

Plusieurs auteurs relèvent une certaine comorbidité entre le trouble obsessionnel-compulsif et la personnalité obsessionnelle. Il pourrait alors s'agir

d'une forme clinique sévère de trouble obsessionnel-compulsif, avec survenue précoce (Coles et coll., 2008 ; Garyfallos et coll., 2010). Mais d'autres personnalités pathologiques, du groupe C en particulier, sont volontiers associées au trouble obsessionnel-compulsif (Bejerot et coll., 1998 ; Matsunaga et coll., 1998). Pour Baer et Jenike (1992), la personnalité obsessionnelle serait volontiers secondaire, voire séquelle, à un trouble obsessionnel-compulsif. La relation entre la personnalité obsessionnelle et les troubles de l'humeur est classique depuis la psychasthénie de Janet. Elle est confirmée par des études récentes, qui signalent alors une plus grande fréquence des gestes suicidaires et des rechutes dépressives (Diaconu et Turecki, 2009 ; Grilo et coll., 2010). Enfin, comme d'autres troubles psychiatriques, le trouble obsessionnel-compulsif se trouve volontiers associé à un abus sexuel dans l'enfance (Caspi et coll., 2008). La personnalité obsessionnelle se trouve également favorisée par de mauvais traitements dans l'enfance pour Battle et coll. (2004) et Tyrka et coll. (2009).

Thérapeutique

L'abord thérapeutique de la personnalité obsessionnelle a été bien étudié par Beck et Freeman (1990). Les patients obsessionnels viennent consulter de façon aimable. Ils se veulent et se disent coopérants, respectueux, intéressés : les hypothèses et les principes du docteur *a priori* leur plaisent. Il faudra peut-être déchanter. Beck nous conseille d'être pragmatiques, d'aller tout de suite aux plaintes prosaïques du patient. À partir de là, il faudra extrapoler, remonter aux lois et aux croyances. Ainsi l'obsessionnel se plaint d'être angoissé, débordé, de n'avoir pas un instant à lui, d'être entouré de collaborateurs hargneux, impatientes, irresponsables. Toute la mécanique d'une existence surencombrée doit alors être démontée avec soin. Si le patient est surmené, c'est qu'il se charge de tâches superflues, qu'il perd du temps à hésiter ou à vérifier, qu'il s'attarde dans des détails, qu'il ne délègue pas assez, que souvent il remet au lendemain une tâche importante en se cachant derrière le paravent d'une babiole sans intérêt. Son existence est également saturée de *shouldismes* inutiles : est-il bien nécessaire d'aller à toutes ces réunions, d'être aussi exactement à l'heure, de fustiger de façon si sévère tel collaborateur qui a commis une étourderie ? Il faut donc revenir à l'essentiel, accomplir un tri raisonnable.

Le thérapeute mettra en évidence les pensées automatiques et les doctrines qui se cachent derrière ces habitudes et il les discutera pied à pied. D'où viennent ces principes et ces traditions, qui les a mis en œuvre et pourquoi ? Il amènera le patient à réexaminer son mode de vie mais surtout à en rediscuter les bases. C'est alors que les résistances se manifesteront, l'obsessionnel ayant du mal à déléguer, à prendre son temps, à organiser des loisirs. La première délégation, anxieusement improvisée, sera un échec, le premier loisir sera contemporain d'un incident non maîtrisé, etc. Le temps vide apparaîtra terrifiant, générateur d'angoisse. L'usage en appoint de la relaxation, la clarification progressive de l'agenda, l'écoute

des collaborateurs doivent permettre une habitude progressive à des périodes plus calmes. Diverses journées, étudiées à partir d'un cahier de semaine, seront évaluées et comparées. Le thérapeute abordera ensuite les croyances fondamentales, comprendra leur origine, souvent imitative, et amènera le patient à construire lui-même une véritable autonomie par la mise en place d'une gestion qui lui convienne – et non pas celle, désuète, d'un personnage mythique qui vivait à une autre époque. C'est également le moment d'épanouir des domaines extraprofessionnels qui contribueront à enrichir l'imaginaire et la vie sociale. Côté l'art, le sport, la littérature, accomplir des voyages, deviser entre amis constitueront autant d'occasions de changer de lois et de comprendre que de nouvelles vérités, plus profondes, affectives, sensuelles peuvent s'imposer peu à peu sans passer forcément par un raisonnement intellectuel.

5 La personnalité paranoïaque

Définition, épidémiologie

La plus impressionnante, et l'une des plus fréquentes parmi les personnalités pathologiques, est aussi celle qui est appréhendée de la façon la plus vague. Au risque de diverses méprises – avec le narcissique, le psychopathe, le phobique, voire le déprimé –, la personnalité paranoïaque doit être définie de façon précise, c'est-à-dire avec plusieurs traits articulés par une psychopathologie. Il serait trop simple, par exemple, de s'en tenir au seul concept de méfiance, ce que proclament les divers DSM et ICD.

En 1895, Kraepelin utilisa le terme de paranoïa pour désigner les délires systématisés et sectorisés, tout en pensant que cette pathologie était préalable à une évolution vers la démence précoce. En 1921, dans cette même perspective évolutive, il décrit la personnalité paranoïaque comme un caractère prémorbide. Les symptômes décrits alors sont devenus classiques : la méfiance, l'irritabilité, la susceptibilité, l'inflation du moi. Kretschmer, en 1908, décrit la paranoïa sensitive, où des sentiments de culpabilité et une tendance à l'introversion atténuent la sthénicité. Pour Freud, dès 1896, la paranoïa est conçue comme une psychonévrose de défense destinée à lutter contre des tendances homosexuelles.

Les auteurs contemporains, depuis 1940, ont eu tendance à insister sur la fragilité de l'estime de soi chez le paranoïaque. Pour Cameron, en 1974 le sujet a subi pendant son enfance des traitements sadiques et désagréables de la part de son entourage et il en conserve une attitude combative. Pour Shapiro, en 1965 et 1981, le paranoïaque se caractérise par une attitude rigide et l'obsession de l'autonomie, principe que l'on retrouve chez Millon et Davis, en 1996. Kernberg, en 1975, reprend pour cette personnalité les principes qu'il avait utilisés pour les borderline. Il existerait chez ces sujets une faiblesse du moi et du surmoi avec une structure très ambivalente responsable de projection, de clivage, de déni. Beck et Freeman, en 1990, reprennent sur le plan cognitif le mécanisme classique de projection, en insistant sur l'image que le sujet se fait des autres et de lui-même. Il se considère comme droit, honnête, loyal ; il voit les autres comme trompeurs, malicieux, dissimulés. Ces obsessions amènent une hypervigilance et une remise en cause constante de la réalité. Enfin, pour Chadwick et coll., en 1996, il existe deux formes majeures de paranoïa selon que le sujet, tout en se trouvant critiqué par les autres, se critique lui-même ou non.

Le couple méfiance-hypertrophie du moi est donc évoqué par ces divers auteurs, l'un ou l'autre de ces deux traits pouvant être considéré comme

premier par rapport à l'autre. Des conditionnements infantiles, traumatismes ou renforcements positifs exagérés pourraient les avoir générés.

Pendant, ces deux symptômes sont trop courants pour définir à eux seuls la personnalité paranoïaque. Certes, ces sujets sont méfiants, mais les phobiques, les évitants, certains déprimés et certains anxieux le sont autant, même si ce n'est pas de la même manière. Quant à l'hypertrophie du moi avec désir d'autonomie, nous la retrouvons chez le narcissique, l'hypomaniaque, l'obsessionnel et le psychopathe. En vérité, la fréquentation active de la société amène bien souvent à développer ces deux attitudes qui sont largement désignées et renforcées par les observateurs. Elles n'existeraient pas de la même manière dans des conditions naturelles, pour un sujet vivant seul.

Il nous faut donc trouver un trait psychologique plus spécifique et plus original. La projection pourrait bien être ce symptôme, et être lui-même la conséquence d'une remise en question dramatisée de l'idéal du sujet.

Reprenons donc notre définition.

Le paranoïaque ne cesse de s'affirmer et de se vouloir cohérent, total, unifié. Cette hypertrophie du moi sans cesse proclamée est une attitude réactionnelle contre une constante mise en question. Cette mise en question, ce soupçon, sont à la fois internes et externes. Or, le soupçon interne est intolérable. Là où l'obsessionnel s'abîme en scrupule et en culpabilité, là où le psychopathe s'affirme sans remords, le paranoïaque attribue aux autres les défauts, les tentations, agressives ou voluptueuses, qu'il s'acharne – en partie en vain – à méconnaître. L'ambiguïté, ce poison du paranoïaque, s'est installée : elle est désignée dehors.

La méfiance se met en place. Elle n'est pas fondée sur des événements extérieurs – c'est l'attitude plus saine de l'anxieux ou de l'obsessionnel –, mais sur des projections sans cesse ravivées. Elle entraîne des combats et des incidents sociaux divers, avec exclusion, mise en échec. Dès lors, le paranoïaque fortifie encore son bunker, rigidifie ses positions et s'efforce de réprimer ses affects. Il ne faut pas se découvrir, prêter le flanc, laisser libre cours aux sentiments tendres, à l'humour, aux confidences.

Ainsi, l'affirmation de soi, remise en question de l'intérieur, la projection, la méfiance et la psychorigidité avec rétention des affects définissent la personnalité paranoïaque. Chacun de ces points forts amène lui-même des éléments cliniques. Les cognitivistes insistent sur la cohérence qui existe entre les attitudes comportementales et le style cognitif, tous les deux fondés sur le soupçon.

La personnalité paranoïaque est assez fréquente. Les enquêtes récentes menées par plusieurs auteurs entre 1985 et 1992 montrent des prévalences situées entre 0,4 % pour Zimmerman et Coryell (1990) aux États-Unis avec le PDQ (*Personality Diagnostic Questionnaire*) et 2,7 % pour Baron et coll. (1985), également aux États-Unis, avec la SADS-L (auteurs cités par G. de Girolamo et J.H. Reich, 1993). L'étude de Grant et coll. (2004) retrouve une prévalence de 4,4 % dans la population générale chez des adultes aux États-Unis. Les études familiales et génétiques de Kendler et Gruenberg (1982)

et de Baron et coll. (1985) ont révélé que les personnalités paranoïaques étaient nettement plus fréquentes parmi les proches des sujets schizo-phrènes, par rapport à la population générale. Toutefois, cette donnée n'est pas confirmée par l'étude génétique avec adoption publiée par Tienari et coll. en 2003.

Comportement et stratégie interpersonnelle

Le comportement majeur du paranoïaque est la défense avec promptitude à l'attaque. Cette attitude est sous-tendue par un sentiment de méfiance qui se développe dans toutes les directions. Le paranoïaque se méfie du puissant et de l'omnipotent qui le menacent, mais il se méfie aussi du petit et du médiocre qu'il méprise. Les institutions, les idéologies, les systèmes de pensée sont également dans son collimateur : il ne veut pas être dupe, il ne veut pas se faire avoir. Le mécanisme de cette méfiance est le soupçon : au-delà de l'apparence première, le paranoïaque suppose une autre réalité, menaçante, mauvaise. Sans cesse à la recherche de ce qui est dissimulé, il est mobilisé par une investigation pointilleuse et obstinée. S'attachant au moindre détail suspect, il s'empresse de le grossir et de généraliser, utilisant ainsi diverses distorsions cognitives telles que la surgénéralisation et l'abstraction sélective. La moindre attaque, le moindre faux pas de la part de l'autre sont stigmatisés sans aucune pitié, et les raisonnements les plus parfaits, les plus honnêtes, excitent sa rage de découvrir la faille. Les situations sont alors très asymétriques, le paranoïaque faisant preuve d'une mauvaise foi colossale alors qu'il suppose chez son adversaire une trahison dont il n'apporte aucune preuve objective.

C'est en fait l'ambiguïté qui déclenche plus que tout son indignation. On verra le paranoïaque se tenir tranquille devant un personnage puissant mais clair, alors qu'il se déchaînera envers un être faible qui, timide ou maladroit, s'exprime de façon incertaine. De la même façon, tout personnage équivoque quant à son statut social, son identité sexuelle ou sa fonction provoque chez lui un malaise. Comme nous le verrons, l'ambiguïté et l'incertitude sont en lui-même et il les projette sur les autres.

L'agressivité, l'attitude omnipotente sont les conséquences immédiates de ces premiers éléments. Plus que le pouvoir, invoqué sans cesse dans la psychologie contemporaine, c'est le désir d'une unité sans faille qui mobilise cet être rongé par la crainte d'une dissociation du moi. Le voilà donc tentant de rassembler autour de lui un mythique consensus qui ne ferait que refléter sa propre cohérence. Mais c'est le fanatisme de cette unité qui la remet en question. À vouloir trop en faire, le rassembleur devient intrusif, indélicat ; il menace la cohérence de l'autre. Maladroit – le mot est toujours trop faible –, le paranoïaque provoque l'éclatement du groupe. D'une part, son attitude odieuse et sans cesse soupçonneuse finit par rendre les autres paranoïaques à son égard, et ceux-ci, en état de légitime défense, ne s'en privent pas. D'autre part, c'est lui-même qui rompt en permanence un consensus qu'il a lui-même établi ou que lui propose le sens commun.

J'adhère ou je n'adhère pas, tel est le dilemme permanent de ce personnage menacé de rupture. Jaloux, envieux, le paranoïaque est sans cesse tenté de se prosterner devant un être qui lui propose un modèle unificateur et prestigieux. En adhérant, il se sent rassuré, à l'aise : il comprend, il a été compris. Au bout de quelque temps, cependant, le doute survient : cet autre n'est pas vraiment comme lui. Déçu, il rompt, car ce consensus est le consensus d'un autre, d'un autre qui n'est pas comme lui, qui le trahit. Le plus souvent, la démarche d'adhésion n'existe pas : l'autre prestigieux et tentateur est rejeté d'emblée – avec d'autant plus de violence qu'il est attirant – et chargé de tous les défauts, de toutes les malhonnêtetés. Il sera l'objet de haine, d'agression, de vengeance.

Exclu ou s'excluant, le paranoïaque se retrouve très souvent isolé, par rapport à sa famille, à ses amis, à la société. Il est fréquemment en conflit avec les autorités. Des réactions dépressives, l'amertume et le dépit succèdent aux enthousiasmes dominateurs. Il en va de même dans l'ordre intellectuel. Dans une sorte de déviance du jugement – qui ne veut pas se laisser engluier dans la sauce commune –, le paranoïaque développe des systèmes de pensée extravagants et irréalistes, qui seront sans cesse renforcés par les critiques qu'on lui fait. En rupture et remis en question, il n'a plus qu'à se réunifier lui-même contre l'assaillant. Ainsi en est-il de ces dictateurs qui retrouvent une parfaite légitimité envers leur peuple quand ils sont condamnés par le monde entier.

Gestion des affects

Le paranoïaque se méfie, il est sur ses gardes. Il ne doit donc pas prêter le flanc à la critique ni se découvrir. Il cache ses réactions émotionnelles, ne se confie pas, ne se laisse pas aller : toute faiblesse pourrait être utilisée contre lui. Plus que cela encore, toute libération heureuse et spontanée qui se manifeste dans un groupe porte atteinte à son omnipotence, laquelle se doit de rester sévère et dramatique : il est scandaleux que l'on proclame que les choses vont bien ou que la soupe est bonne parce que cela empêche son éternelle revendication, sa perpétuelle remise en question d'un monde qui est sans cesse critiquable. Autrement dit : je souffre et je me plains, vous n'avez pas le droit de vous comporter autrement. L'humour cristallise tout ce que le paranoïaque abhorre : l'ambiguïté, l'aisance, l'agressivité. Celui qui rit, et qui rit spontanément, se permet tout ce que ce malheureux s'interdit : la joie, l'audace, la transgression. D'où le refuge vers le sérieux, la sentence, le sermon, et une prétendue honnêteté qui fonde son idéal.

Le paranoïaque redoute l'expression affective, *a fortiori* la sexualité, l'amour, la création artistique, tous ces domaines qui amènent l'être à s'enrichir et à se tourner vers les autres. Il demeure par conséquent dans un monde morne et monotone, mais qui n'est pas dénué de tentations. Non acceptées, refoulées – car il est aussi dangereux de se révéler ses sentiments que de les révéler aux autres –, elles feront l'objet de dénonciations haineuses.

Restent les seuls domaines licites : l'abstraction et l'idéalité. Ici, rien n'est dégoûtant, tout est simple, pur et ordonné. À l'écart d'une réalité qui le meurtrit sans cesse, qui est faite de drames et d'angoisse, le paranoïaque se fabrique des amours et des cités idéales où il se meut sans contraintes, où il se fait adorer. Proclamé avec insistance, cet idéalisme passionné pousse à des programmes et à des revendications politiques qui sont parfois mises en action. Quant aux amours, elles sont secrètes et suaves, et bientôt rongées par les tentations : celles du passage à l'acte et de l'intrusion, dans le monde réel de fantasmes choisis comme impossibles. Or, cela dépend de l'attitude de l'autre, dont le moindre regard, le moindre sourire sont épiés avec obsession : tous les deux sont sur le fil du rasoir. Après ce *flirt* mutique, la distance reprend ses droits.

Style cognitif

Le paranoïaque, anxieux, est dans un état de vigilance extrême, tourné vers le dehors, à l'affût du moindre détail ambigu. L'opération cognitive qui le meut en permanence est la remise en question : et si les êtres et les choses étaient autrement qu'ils paraissent ? Ces soupçons portent sur ce qui est dit, vu, réfléchi ; d'où des interrogations indéfinies, des réseaux et des labyrinthes. Le monde des services secrets en offre une remarquable illustration. X est un espion utilisé par une puissance. Retourné, il informe la puissance adverse. Il est peut-être sincère et bien informé. Mais il est peut-être utilisé pour désinformer : les informations qu'il livre sont des leures, faites pour tromper. Mais il donne peut-être des informations vraies pour faire tenir pour vraies d'autres informations, qui, elles, vont être fausses, etc. Dans le domaine amoureux, des incertitudes semblables se développent. Elle me dit qu'elle ne m'aime pas, mais qu'en sait-elle au juste ? Inconsciemment, elle m'aime, sans cela elle ne me répondrait pas. Elle me dit qu'elle m'aime, mais c'est pour que je la laisse tranquille, que je cesse de la torturer par mes questions incessantes.

Ces attermolements génèrent un univers instable, en perpétuelle recomposition. Parallèlement, le paranoïaque se réfugie sur une logique qu'il veut rigoureuse, simple et démonstrative. De même qu'il croit à son honnêteté, il croit à sa logique. Celle-ci, cependant, est spéceuse, biaisée, souvent incompréhensible pour l'adversaire qui lui confère différentes appellations – malhonnêteté, mauvaise foi, trouble du jugement –, selon sa culture ou sa profession.

Cette logique du paranoïaque n'a pas fait jusqu'ici l'objet d'études précises. Elle peut être tout simplement conçue comme une logique déviante, hors du commun, pour ne pas faire comme les autres : « *Vous pensez comme ceci ? Eh bien moi, je pense comme cela.* »

C'est aussi une logique qui se démarque des faits ; elle est réflexive plus qu'empirique. Très souvent, le paranoïaque ne met nullement en pratique ce qu'il proclame. C'est enfin une logique qui s'articule sur des détails infimes, qui amplifie de façon partielle et partielle des événements de peu

d'importance. Au reste, en dépit d'une réputation de rigueur logique qui provient de leur virulence, les théories du paranoïaque sont fumeuses, difficiles à comprendre, encombrées de références inutiles. Trop personnelles, asociales et incompatibles, elles sont en général peu convaincantes.

Perception de soi

Les paranoïaques se connaissent et s'analysent très mal. Leur *insight* est pauvre, biaisé, inutile (Kantor, 1992). Ils admettent une partie de leurs défauts mais ne veulent pas aller plus loin et se reforment en permanence une image flatteuse d'eux-mêmes. Ils se considèrent comme honnêtes, droits, innocents, nobles, alors qu'ils sont tout au contraire retors, compliqués, vicieux et agressifs. Ils mentent, ils dupent, pas toujours sans s'en apercevoir. Mais ces défauts, le paranoïaque ne les voit que chez les autres. Autrement dit, ce monde d'ambivalence et de soupçon qui règne à l'intérieur du sujet est sans cesse projeté sur le dehors. Il existe là, par conséquent, un défaut fondamental d'attribution, réflexe conditionné et systématique acquis de longue date.

Cela joue pour ce qu'il faut éviter. Mais il en va de même des enrichissements. Le paranoïaque rêve de s'élever, de connaître un amour intense, de se libérer, d'acquérir une position sociale forte. Un doute fondamental empêche ces accomplissements qui sont manifestés oralement dans une théorique mégalomanie. Peu applicable et repoussé, le projet promotionnel laisse derrière lui la déception et l'amertume. La positive image de soi n'est donc pas stable. Le sujet se connaît aussi mal dans ses qualités que dans ses défauts. Des identifications rapides et transitoires accompagnent ces élans vite déçus.

Perception des autres

Le paranoïaque est sans cesse dérangé par les autres. Ce n'est pas qu'ils envahissent son territoire, franchissent ses limites ou attaquent, c'est qu'ils désorganisent son équilibre, amènent de nouvelles versions de sa vérité. Ils ne font en ce sens que prendre le relais d'un processus intérieur qui a posé la même question : et s'il en était autrement ? L'autre, pour le paranoïaque, a donc toujours un deuxième visage qui se cache en dessous de celui qu'il présente. Il est malicieux, sournois, intrusif. Son amabilité et sa gentillesse sont des pièges. Sous ces apparences, il est animé par les plus tortueuses intentions ; il prend plaisir à humilier, à soumettre, à manipuler. L'influence, l'agir ou le penser contre son gré obsèdent le paranoïaque qui cristallise ces craintes sur le premier interlocuteur.

Croyances

Les croyances fondamentales du paranoïaque s'organisent autour de l'affirmation de soi-même et de la méfiance : « *Il faut être sur ses gardes* », « *Je ne peux pas faire confiance aux gens* », « *Je ne dois pas me laisser faire* ». Les autres

ne sont pas méprisés ou redoutés *a priori* comme des agresseurs, mais considérés comme fourbes : « *Si les gens agissent de manière aimable, ils peuvent être en train de vous exploiter.* » Enfin, il est essentiel de ne rien livrer : « *Si on arrive à connaître des choses à mon sujet, on s'en servira contre moi.* » A. Beck, qui définit ces diverses croyances, insiste parallèlement sur une authentique maladresse sociale qui renforce les attitudes négatives du paranoïaque. D'où les formules : « *Les gens sont en général peu aimables* », « *Souvent les gens font exprès pour vous énerver* ». Les croyances du paranoïaque rejoignent ainsi celles du déprimé quant au caractère vain et faux des relations interhumaines.

Psychopathologie, étiologie

Ces différents éléments se retrouvent dans les considérations étiologiques. Deux grandes catégories de modèles ont été proposées : celles qui font référence au malheur infantile, avec déception profonde quant à la réalité sociale ou familiale ; celles qui, au contraire, font référence à des modèles idéaux qu'il faut préserver à tout prix.

Pour Colby (1981), l'attitude paranoïaque est destinée à éviter la honte et l'humiliation qui ont été subies à une période précoce de l'existence. Le malheur s'est alors associé à une culpabilité insupportable qu'il importe de rejeter à l'extérieur pour toujours. Le paranoïaque accuse donc les autres de façon systématique. Ceux-ci se vengent, sont désagréables, d'où une méfiance qui se développe secondairement.

Le modèle de Cameron (1974) est voisin. Dans des circonstances de carence affective, d'humiliation et de mauvais traitements, le sujet a cessé de croire en l'amour. Il n'attend plus des autres que de l'agressivité ; il se tient définitivement sur ses gardes. Beck et Freeman (1990) proposent une explication similaire. Le paranoïaque vit dans le doute quant à sa propre valeur ; il se sent faible et menacé dans un monde sans pitié ; il doit se défendre et sélectionne en permanence les attitudes négatives de l'adversaire. Plusieurs travaux confirment cette étiologie, le futur paranoïaque ayant subi des traumatismes dans son enfance, puis à l'âge adulte, et ce de façon significative par rapport à une population de référence (Grover et coll., 2007 ; Tyrka et coll., 2009 ; Lobbstaël et coll., 2010). Les sujets paranoïaques présentent également une fréquence élevée de stress post-traumatique (Golier et coll., 2003 ; Bierer et coll., 2003).

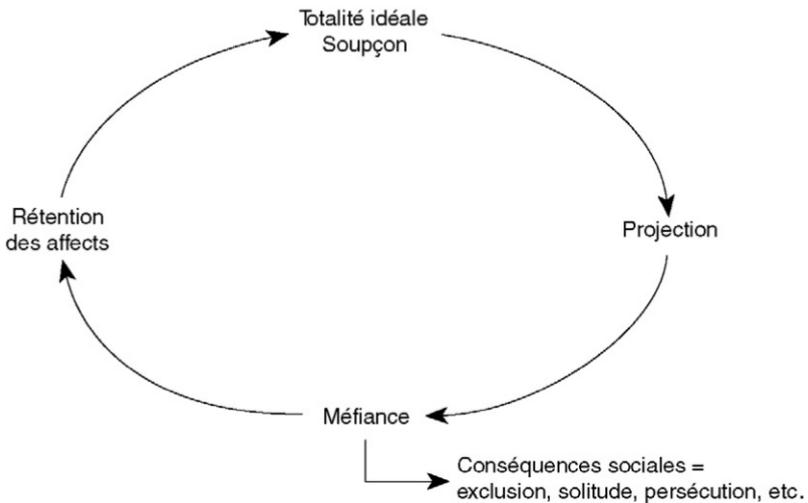
Le modèle de Turkat (1985) s'oppose aux précédents. Cette fois-ci, le futur paranoïaque a été surinvesti par ses parents qui l'ont considéré comme un être exceptionnel : « *Tu es différent des autres, tu dois éviter de faire des erreurs, tu es destiné à une position supérieure.* » Une identification massive à un père puissant peut jouer le même rôle. À partir d'une telle vision de lui-même, le sujet développe une attitude altière et dominatrice qui amène des difficultés sociales et le rejet de la part des autres.

Ces différentes explications sont psychologiques, elles font appel à l'intentionnalité, à des significations sociales. Elles ne sont pas réellement cognitives au sens pur. De plus, elles laissent de côté le soupçon systématique

et, hormis celles de Colby, la projection sur les autres des tourments intérieurs. Mais d'où vient le soupçon ?

Tournons-nous un instant vers les résultats des études génétiques, celles de Kendler et coll. (1982, 1993, 1994) et de Baron et coll. (1985). Elles nous montrent des résultats qui sont en parfait accord avec les données classiques : la présence parmi les proches des schizophrènes d'un taux anormalement élevé de sujets présentant une personnalité paranoïaque. Certes, cela ne veut pas dire que tous les paranoïaques sont apparentés à la schizophrénie, mais que, au moins dans certains cas, il existe une relation pathogénique. Les travaux sur les aspects cognitifs de la schizophrénie mettent surtout l'accent sur l'automatisme mental et le ressenti comme étranger des paroles et des pensées du sujet. Ce trouble est considéré comme lié à un défaut de la réponse corollaire, ou encore un défaut des réafférences instruisant le sujet quant à ses propres pensées et paroles (Frith, 1992).

Certes, le paranoïaque ne souffre pas d'automatisme mental et de troubles qualitatifs du discours intérieur. Il est néanmoins dérangé – sinon étonné – par un soupçon systématique qu'il projette sur les autres, comme si cette pensée récurrente de remise en cause était déjà aliénée, malgré soi, non de lui. Les autres symptômes pourraient être les conséquences diverses de ce soupçon projection : méfiance, isolement, refoulement des affects, recours à un sentiment compensateur d'unité.



Plusieurs auteurs ont noté une parenté entre la personnalité paranoïaque et les troubles dysthymiques, ce qui permet d'assouplir ces conceptions et de concevoir le trouble comme une éventuelle séquelle d'une souffrance aiguë. Webb et Lewinson, en 1993, constatent une parenté entre personnalité paranoïaque et troubles de l'humeur. Reich et Braginsky (1994)

signalent une comorbidité importante avec les troubles paniques. Mais la dimension paranoïaque pourrait être présente de façon latente chez de nombreux patients, justifiant alors une perspective dimensionnelle (Edens et coll., 2009). Enfin, confirmant une donnée classique, Echeburua et coll., en 2007, retrouvent l'association avec l'alcoolisme.

Thérapeutique

Millon et Everly (1985), Millon et Davis (1996), aussi bien que Beck et Freeman (1990) insistent sur la nécessité de lutter contre le sentiment d'infériorité du paranoïaque. D'autres auteurs (Colby, 1981 ; Turkat, 1985) suggèrent des thérapeutiques proches de celles utilisées pour la dépression : réinterprétation des événements négatifs, affirmation de soi, entraînement à l'habileté sociale. En revanche, la réattribution des responsabilités se fera en sens inverse, de la projection sur les autres à la personnalisation.

Pendant, l'essentiel est de se confronter à la réalité. C'est pourquoi, au lieu de discuter sur des qualités théoriques que les uns ou les autres sont susceptibles de posséder, A. Beck suggère de travailler sur les buts concrets du patient. D'emblée, quant aux fins, le thérapeute se présente comme un allié ; reste à discuter des moyens. Chaque élément promotionnel sera pesé avec soin cependant que les relations sociales seront évoquées de façon marginale, comme en passant.

L'approche des situations se fera comme d'habitude sous forme de questions : vous voulez obtenir ce poste, cette augmentation. Jusqu'ici vous avez surtout écrit des lettres assez menaçantes à monsieur X. Est-ce utile ? N'y a-t-il pas d'autres personnes à contacter ? Êtes-vous sûr que vous êtes capable d'assumer cette tâche difficile ? Deux réalités fondamentales apparaîtront alors : si le patient veut vraiment réussir, il doit tenir compte de ses limites et demander de l'aide à des personnes responsables. Il n'est pas tout puissant, il n'est pas seul. Là encore, les relations sociales seront examinées avec soin, au cours de plusieurs séances successives. Cela amènera une nouvelle constatation : certains individus peuvent être utiles, d'autres ne le sont pas parce qu'ils sont neutres, d'autres parce qu'ils sont hostiles. Le patient est donc amené à opérer une hiérarchie au sein de ceux qui l'entourent. Il cesse d'être totalitaire pour être dichotomique ; la classification obsessionnelle succède au soupçon systématique.

Le patient est ensuite conduit à réfléchir sur les causes de cette hiérarchie. Monsieur X est aimable avec moi, il a toujours été franc et sincère, je n'ai jamais osé être désagréable avec lui. Mademoiselle Y est neutre, je ne lui ai jamais parlé. Monsieur Z me déteste ; il est vrai que je me suis un jour déchaîné contre lui. La hiérarchie s'impose comme le résultat des actes antérieurs. Le sujet prend conscience des conséquences de ses attitudes ; les autres sont sensibles à l'agression comme à la flatterie. Le voilà qui demande un rendez-vous à monsieur X, parle à mademoiselle Y, reste neutre devant monsieur Z. Il s'est à présent mis à la place des autres, pour mieux les maîtriser, mais aussi pour mieux se maîtriser ; c'est ce que nous

recherchions depuis le début. Au bout du compte, il s'est affirmé, a reconnu ses erreurs, a réussi à différencier les personnes qui l'entourent et à prévoir leurs réactions de façon plus objective. La résolution systématique des différents problèmes – ils ne manquent pas – amènera progressivement une pratique sociale différente, puis une conception plus apaisée de soi et des autres. Plusieurs des croyances féroces et dures se sont déjà retournées.

Cependant, le travail portant sur la sensibilité à la critique est fondamental. Le patient notera les échanges, les remarques et les propos qui lui ont paru désagréables. Ces événements seront analysés avec soin, on en discutera l'objectivité, l'éventuelle réalité. Puis, il faudra désattribuer ces critiques, séparer leur contenu du personnage qui les a proférées afin d'en diminuer la charge affective. Le thérapeute propose d'imaginer un autre locuteur : un parent, un ami, le thérapeute lui-même, le patient lui-même. Le sujet est ainsi amené à mieux comprendre quelle est la part personnelle, intérieure, historique qui fonde l'intensité du propos persécutif. À partir de cette investigation, la chasse aux critiques débouche sur des éclaircissements qui s'adressent à des événements du passé. Ceux-ci seront alors abordés.

6 La personnalité dépendante

Il s'agit d'une des catégories de troubles de la personnalité les plus trompeuses tant sur le plan diagnostique que thérapeutique : la docilité pathologique de ces patients est souvent confondue avec une bonne coopération et, après avoir donné une impression initiale et parfaitement « contre-intuitive » de bon pronostic, ils s'avèrent particulièrement difficiles à traiter. Ils « s'accrochent » à leurs thérapeutes et tendent à se chroniciser dans une relation psychothérapique interminable. Le diagnostic de personnalité dépendante doit être envisagé chaque fois qu'un sujet formule une demande de psychothérapie pour manque de confiance en soi, timidité, problème de couple, ou qu'il se présente sous l'apparence d'une victime pitoyable, carencée en affection par un conjoint qui répond à sa « gentillesse » ou à ses symptômes somatiques multiples avec brutalité. La plupart du temps les personnalités dépendantes se dévoilent au cours du traitement d'un trouble de l'axe I (dépression, anxiété, toxico-dépendance) et nécessitent, dès lors, une approche focalisée.

Les relations de dépendance sont rarement perçues par les principaux intéressés comme étant suffisamment pathologiques pour motiver en elles-mêmes une psychothérapie. Seuls des tiers observateurs en jugent différemment : les états de dépendance et de contre-dépendance prolongés caractérisent, en effet, l'ensemble des relations humaines et constituent la toile de fond sur laquelle les troubles de la personnalité dépendante se détachent avec plus ou moins de netteté.

L'autonomie est le sentiment de vivre indépendamment, c'est-à-dire sans le soutien permanent des autres : un individu autonome est apte à exprimer ses propres besoins, préférences, jugements, sensations. Il possède un sentiment de sa propre identité et exerce un contrôle satisfaisant sur son comportement psychique et physique. Il est apte à décider par lui-même et mène son existence en fonction de ses propres objectifs, en tenant compte des données de son environnement (Young et Klosko, 1995). L'accession à l'autonomie dépend de facteurs variables d'ordre psychologique, religieux, économique, culturel, de sorte que la frontière qui sépare la dépendance normale et pathologique est éminemment relative aux mœurs.

L'autonomisation récente des personnalités dépendantes dans le DSM-III (1980) explique en partie qu'elles soient sous-diagnostiquées. Auparavant, ces personnalités étaient englobées dans la nébuleuse des personnalités passives orales décrites par Karl Abraham (Abraham, 1927), des personnalités 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.

Sous l'influence de psychiatres militaires, 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 sérieusement remise en cause, elles persistent dans le DSM-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 comprenant au moins quatre des traits suivants :

- incapacité de prendre des décisions dans la vie quotidienne sans réassurance préalable ;
- s'en remettre aux autres pour assumer des responsabilités essentielles dans les domaines importants de la vie ;
- expression difficile d'un désaccord par crainte de perdre le soutien des autres ;
- rares prises d'initiatives par manque de confiance en soi ;
- volontariat pour des tâches déplaisantes ;
- malaise ou désespoir en cas de solitude ;
- recherche immédiate d'une autre relation de soutien de suppléance en cas de rupture ;
- crainte d'en être réduit à se suffire à soi-même.

Ces critères d'inclusion sont retrouvés chez 54 % des sujets déprimés et 40 % des sujets phobiques avec attaques de panique (Reich et Noyes, 1987), ce qui a pu faire planer des doutes sur leur pertinence clinique : comment faire la part du trait permanent de personnalité et de l'état pathologique transitoire en matière de dépendance psychologique à autrui ? Par ailleurs, la personnalité dépendante favorise l'apparition des troubles de l'axe I, tels que la dépression et la prédisposition aux troubles somatiques fonctionnels. C'est dire toute la difficulté d'un diagnostic qui devra s'appuyer principalement sur les données chronologiques de l'anamnèse, les informations issues des proches et la sagacité clinique du thérapeute au cours des premières étapes de la psychothérapie. Une attention particulière doit être portée aux interactions sociales, en particulier aux modes de réaction des sujets aux ruptures et à la façon dont ils sont perçus par leur entourage : on les trouve « gentils » mais un peu « collants ».

Le clinicien doit être également attentif à ses propres réactions émotionnelles (sollicitude, compassion, irritation). Les vicissitudes de la relation thérapeutique ressemblent fort à une bombe à retardement, tant ces patients donnent l'impression initiale d'une bonne alliance thérapeutique, laquelle ne tarde pas à se révéler fallacieuse et n'est qu'une forme dissimulée de soumission et de faiblesse, bientôt tyranniques. La lune de miel psychothérapeutique est de courte durée : les premières absences du psychothérapeute, pour cause de vacances ou d'indisponibilité, sont l'occasion de régressions symptomatiques spectaculaires. Le téléphone sonne à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit pour des demandes de réassurances apparemment futiles, qui finissent par avoir raison de la patience et de

la bienveillance les mieux trempées. L'idylle tourne au cauchemar d'une « réaction thérapeutique négative ». Il n'est pas exceptionnel qu'elle nécessite le recours à une institution thérapeutique, elle-même susceptible de favoriser une régression et une dépendance accrues.

C'est pourquoi, chez les personnalités dépendantes, un diagnostic précoce est indispensable en vue de peser avec circonspection les indications thérapeutiques : le style relationnel du patient est tellement envahissant qu'il imprègne profondément la relation thérapeutique, dès le premier entretien. Le clinicien avisé doit être mis en alerte par une coopération ou une bonne volonté initiale excessives, certes flatteuses pour son amour-propre professionnel, mais combien trompeuses.

Épidémiologie

Dans une étude de Morey (1988) portant sur 291 consultants externes traités pour troubles de la personnalité, 22,3 % présentaient un trouble de la personnalité dépendante, avec un chevauchement des critères d'inclusion de 50,8 % des personnalités limites et 49,2 % des personnalités évitantes. Dans une population de patients hospitalisés et de témoins appariés, Zimmerman et Coryell (1990) mettent en évidence 47 % de troubles de la personnalité dépendante évalués par le PDQ, contre 12 % par SIDP, chez 697 parents au premier degré. En comparant les échelles SIDP, PDQ et MCMI chez 170 consultants externes, Reich (1987) constate que les troubles de la personnalité dépendante sont présents chez un sujet sur quatre et prédominent chez les femmes (27 % contre 16 % chez les hommes). Dans une méta-analyse de Bornstein (1993) qui porte sur dix études et réunit 5 965 sujets, le pourcentage passe à 11 % chez les femmes et 8 % chez les hommes ($p = 0,0005$). Grant et coll., en 2004, retrouvent une prévalence de 0,49 % dans la population générale des États-Unis, et confirme la prédominance dans le sexe féminin. Pour Echeburua et coll. (2007), la personnalité dépendante est fréquente dans une population de sujets alcoolodépendants (7 %). Pour Karwautz et coll. (2003), l'anorexie mentale est souvent associée à cette personnalité.

Apparence comportementale

Dès leur entrée dans l'âge adulte, les personnalités dépendantes présentent des comportements caractéristiques de passivité et de soumission aux autres qui les conduisent à ne pas pouvoir prendre la moindre initiative concernant leur vie quotidienne sans recourir de façon excessive à de multiples conseils et réassurances. Elles préfèrent laisser les autres décider pour elles dans tous les domaines de la vie, qu'il s'agisse de décisions importantes, telles que le choix d'un logement, d'une activité professionnelle, ou de décisions mineures et quotidiennes, telles que la façon de s'habiller, le choix d'un restaurant ou d'un spectacle. Elles conservent un style immature et

enfantin (dénomination par un diminutif, vêtements évoquant l'adolescence attardée). La solitude leur fait peur et elles cherchent à l'éviter à tout prix, au risque d'être pesantes pour leur entourage. Elles redoutent les ruptures et s'efforcent de complaire de plus belle à tous ceux dont elles dépendent, s'exposant de ce fait aux rebuffades. Leur susceptibilité extrême et leur peur du rejet en font des êtres conformistes, prêts à assumer les corvées les plus pesantes et parfois les plus humiliantes, dans l'espoir, toujours précaire, d'être aimées.

Conduite interpersonnelle

Les personnalités dépendantes recherchent constamment une autorité protectrice à laquelle se soumettre pour les actes les plus élémentaires de la vie quotidienne, le plus souvent, un conjoint qui assume le rôle de protecteur et de décideur. Contrairement aux couples harmonieux qui partagent naturellement les rôles actifs et passifs, les relations de dépendance pathologique induisent un déséquilibre croissant au fil de l'histoire conjugale et débouchent sur des situations de crise, des ruptures ou des maladies refuges. Les sujets pathologiquement dépendants sélectionnent les partenaires ou les institutions propices à leur apporter protection et absence d'initiative. Ils trouvent dans ces liens routiniers une espèce de quiétude et de bonheur. Certaines formes d'esclavage privé, notamment sexuel, s'y apparentent ; l'intimité se confond avec la soumission, la complaisance avec l'amour. Le contexte socioculturel ou religieux dominant peut apporter sa bénédiction à une telle asymétrie. Le couple classique formé par un sexagénaire florissant et une jeune femme qui n'a pour toute richesse que sa beauté prête à sourire ou envie, mais rarement à opprobre.

Le renoncement à exprimer ses propres désirs, l'effacement systématique devant les besoins d'autrui, peuvent donner l'illusion de l'abnégation. En revanche, l'éventualité de la solitude alarme et conduit à se cramponner davantage à un protecteur, au risque de lasser sa patience. En cas de rupture, les personnalités dépendantes trouvent d'abord une autre figure de soutien ou de suppléance, avec laquelle elles tissent tout aussitôt le même type de relations intéressées : en effet leur « gentillesse » et leur conformisme veulent passer pour de la modestie, mais cet effacement apparent dissimule une avidité, un parasitisme affectif épuisant.

Leur besoin constant de réassurance est susceptible de pousser leurs proches à l'exaspération : un certain nombre de violences intrafamiliales sont imputables à l'accentuation des demandes de réassurance sous l'emprise de l'anxiété d'être rejeté.

Gestion des affects

La quiétude dans la soumission semble donc constituer le projet fondamental des personnalités dépendantes. Elles peuvent éprouver des

moments d'euphorie quand elles obtiennent la protection attendue, mais l'anxiété est néanmoins leur état habituel et s'insinue dans les actes les plus simples de la vie quotidienne. La moindre décision soulève des incertitudes et des appels à l'aide ; les proches sont assaillis de demandes de réassurance qui, par leur multiplicité, tendent à se disqualifier mutuellement avec une majoration consécutive de l'angoisse. L'inhibition affecte la plupart de leurs comportements. Un sentiment de malaise et d'impuissance colore les moments de solitude, avec de possibles paroxysmes d'hyperanxiété concernant le rejet et la possible rupture de la relation protectrice. Quand celle-ci, de guerre lasse, finit par céder, la dépression s'intrique à l'anxiété et aux manifestations somatoformes multiples.

Les personnalités dépendantes fournissent une part prépondérante des plaintes fonctionnelles qui viennent chercher refuge auprès des médecins généralistes ou spécialistes et autres thérapeutes paramédicaux. Ces derniers prennent le relais des protecteurs habituels et, après une phase initiale de bonne adhésion, sont, à leur tour, confrontés aux affres de la réponse thérapeutique et des demandes de réassurance répétées et usantes.

Style cognitif

Perception de soi

Les personnalités dépendantes se voient faibles, incompétentes, impuissantes. Elles ne conçoivent pas de puiser en elles-mêmes les ressources pour faire face aux problèmes de la vie quotidienne. Sans l'aide d'autrui, elles perçoivent leur capacité de résilience comme nulle. Elles ont un sentiment de dévalorisation permanent par rapport aux autres qu'elles tendent à survaloriser. Elles se sentent dépourvues de ressources et d'énergie psychique et éprouvent le besoin de « se brancher » sur une source d'énergie extérieure : dans l'écosystème des relations humaines, elles occupent la niche des relations parasitaires. Elles privilégient les stratégies d'attachement aux individus altruistes ou dominateurs auxquels elles fournissent un partenariat complémentaire.

Perception des autres

Elle est celle d'individus forts, compétents, habiles, adultes. Ce sont des protecteurs potentiels. Les figures d'autorité sont investies avec prédilection, tout particulièrement celles qui ont pour profession de « faire le bien », tels les ecclésiastiques, les médecins, volontiers idéalisés. Il en résulte une naïveté, un manque de recul critique, une crédulité et une docilité extrêmes. C'est pourquoi certaines personnalités dépendantes, bien qu'apprécient par-dessus tout le réconfort et la douceur, choisissent pour partenaires habituels, selon leur orientation sexuelle, soit des hommes virils (éventuellement agressifs, voire même sadiques), soit des femmes maternelles et dominatrices.

Croyances

Le schéma central des personnalités dépendantes est : « *Seul je suis impuissant.* »

Il en découle des schémas secondaires, tels que :

« *Je ne peux pas m'en sortir tout seul.* »

« *Je dois être aidé.* »

« *Je ne peux vivre sans soutien.* »

« *Je suis incapable de décider tout seul.* »

Les pensées automatiques, les soliloques habituels sont :

« *Je ne peux pas.* »

« *Je n'y arriverai pas.* »

« *Je suis nul.* »

« *Qu'est-ce que je suis bête !* »

« *Je suis débile !* »

Le style cognitif est dominé par le recours :

- à la pensée catastrophique : « *Qu'est ce que je vais encore faire comme bêtise ?* », « *C'est sûr qu'il va me laisser tomber, qu'est-ce que je vais devenir ?* » ;
- à la pensée dichotomique : « *Il a raison et moi tort !* ».

Hypothèses étiologiques

Il est frappant de constater que, dans sa classification de la pathologie du caractère, Kernberg (1970) situe « *la plupart des personnalités infantiles dans le niveau inférieur d'organisation, c'est-à-dire celui où dominent les mécanismes psychiques archaïques de clivage, d'idéalisation et de dévalorisation, parallèlement à un manque de tolérance à l'anxiété, de contrôle pulsionnel et de développement des voies de sublimation, comme le témoigne une inaptitude chronique au travail et à la créativité* ».

L'anxiété de séparation dans l'enfance (prévalence = 13 %, Kashani et Orvaschel, 1990) prédisposerait au développement d'une personnalité dépendante. Certains facteurs événementiels, telle une maladie physique chronique, peuvent contribuer au développement de ce trouble chez l'enfant et l'adolescent. La littérature abonde en témoignages autobiographiques ou romancés de relations de dépendance consécutives à une maladie. *La Montagne magique* de Thomas Mann est le récit d'une dépendance librement contractée par le héros, Hans Castorp, à l'occasion d'une visite à un parent éloigné dans un sanatorium : le choix d'une maladie refuge caractérise, selon cet auteur, le dernier espace de liberté de l'être humain. Certaines affections avec symptômes somatiques factices (pathomimies) constituent l'exemple extrême de dépendance et de tromperie à l'égard des figures d'autorité et de bienfaisance que sont les médecins.

Le développement de l'autonomie nécessite, de la part des parents, une certaine aptitude à tolérer et encourager l'expression par l'enfant de ses

propres besoins. Les enfants ont besoin d'être renforcés sans excès dans l'expression de leur indépendance. Ils ont besoin d'être sûrs qu'ils sont en bonne santé, qu'ils sont des individus robustes, et que le monde est relativement sans danger pour eux. Ils doivent pouvoir exprimer leurs émotions, y compris un certain degré de colère, sans être réprimandés avec une sévérité excessive. Toutes ces conditions, lorsqu'elles sont harmonieusement réunies, conduisent l'enfant à une autonomisation réussie préalable à la prise d'indépendance. En revanche, elles peuvent manquer lorsque les parents les surprotègent et grossissent des petits dangers, ce qui revient à leur donner l'image d'un monde extérieur perpétuellement menaçant. Les parents toujours inquiets, incapables de donner des responsabilités à leurs enfants sans alarme excessive, les insécurisent et leur interdisent de développer leur confiance en soi. Il est probable que les mères au foyer phobiques, qui guettent anxieusement par la fenêtre leur enfant au retour de l'école et s'alarment au moindre retard, font, elles, le lit des personnalités dépendantes. Inversement, des enfants livrés à eux-mêmes par des parents indifférents ou dépourvus de sens éducatif peuvent développer également une personnalité dépendante par manque de renforcement positif et d'encouragement à exprimer leurs émotions dans certains moments cruciaux de leur existence. Une attitude de sévérité excessive émanant de parents peu aimants, ou animés de principes éducatifs rigides ou étriqués, peut réprimer chez l'enfant l'expression des affects par peur de représailles et développer une tendance pathologique à la soumission (Young et Klosko, 1995).

Les principes de développement de la personnalité proposés par Bowlby et Mahler sont ici intéressants. Ils font appel à la situation et à la période de l'attachement, comportement de proximité avec recherche de sécurité auprès des parents. Ainsworth et Wittig (1969) ont distingué l'attachement sécurisé et les attachements évitant et anxieux ambivalent. Pour Lyddon et Sherry (2001), qui ont proposé de faire correspondre aux différentes personnalités un certain type d'attachement, la personnalité dépendante correspond à un attachement préoccupé. L'enfant développe un modèle négatif de lui-même alors que l'image des autres est régulièrement positive. Les parents, anxieux et surprotecteurs, accentuent encore cette différence.

Thérapeutiques cognitives

Les méthodes cognitives et comportementales sont les seules à inscrire dans leurs objectifs thérapeutiques l'autonomie des patients et à leur donner les moyens pratiques d'y parvenir : dans le cas des personnalités dépendantes, l'autonomie devient l'objectif thérapeutique principal.

En effet, si le recours aux psychotropes antidépresseurs ou anxiolytiques est parfois indispensable en cas de souffrance psychique intolérable, il expose au risque de pharmaco- ou psycho-pharmaco-dépendance. Cette dernière est le fruit des traitements mal conduits ou d'automédication chez ceux des patients qui effectuent une sorte de valse-hésitation entre des dosages insuffisants et des interruptions prématurées de traitement, généralement par peur

de la dépendance. L'effet rebond consécutif à l'arrêt brusque ou prématuré de médicaments psychotropes est suivi d'une reprise du traitement, bientôt abandonné, créant ainsi un effet de conditionnement.

Il est indispensable de déléguer la maintenance des traitements psychopharmacologiques à un autre praticien. Les demandes de réassurance, masquées derrière d'anodines demandes d'ajustement de doses, risquent d'envahir les séances de psychothérapie et la mettre en péril.

Les personnalités pathologiquement dépendantes sont, encore plus que les autres, susceptibles de devenir dépendantes des psychothérapies qui comportent toutes, à des degrés divers, des risques d'induction et d'accentuation des phénomènes de dépendance patient-thérapeute. Les psychothérapies de soutien les y exposent fortement et, *a fortiori*, la régression psychologique intense induite délibérément par la psychanalyse en vue de créer une névrose de transfert.

À l'inverse, au cours des thérapies cognitives, l'objectif d'autonomisation du patient est primordial : c'est pourquoi le style du travail psychothérapeutique est résolument coopératif et vise à ne pas favoriser des relations de suggestion et de sujétion. La disqualification de l'« effet gourou » doit faire partie des interventions préliminaires et doit être souvent répétée. L'accent est donc mis, dès les premières séances, sur l'autonomisation indispensable, de préférence sans utiliser les termes « indépendance » ou « autonomie », afin de ne pas effaroucher ces patients qui viennent déposer, avec confiance mais surtout inertie, leur destin entre les mains du thérapeute. Il convient de développer l'autonomie par rapport au thérapeute, dès la première séance, à partir de petits exemples concrets. Plus que jamais la tenue du carnet de bord est indispensable.

Il n'en reste pas moins que la relation thérapeutique est une véritable gageure, du début à la fin, car ces patients attendent passivement du thérapeute qu'il résolve tous leurs problèmes. C'est pourquoi il est indispensable d'élucider les pensées dysfonctionnelles relatives à la dépendance au thérapeute dès les premiers entretiens, et de les utiliser comme tout premier terrain d'expérience : leur repérage est facilité par l'enregistrement sur cinq colonnes dans le carnet de bord.

De son côté, le thérapeute doit utiliser intensément les techniques cognitives pour lui-même afin de neutraliser ses attitudes dysfonctionnelles à l'égard du patient : il doit prendre conscience de l'irruption de besoins de secours, d'assistance ou de sollicitude excessifs qui risquent de compromettre sa neutralité mais surtout son efficacité professionnelle. Les techniques cognitives vont donc comporter l'utilisation des techniques de questionnement socratique sur le mode le moins directif possible afin de ne pas donner à la relation thérapeutique un style maître-élève. Le protocole des séances de thérapie cognitive est habituellement préétabli : évaluation des tâches effectuées pendant la période écoulée, définition du programme de la séance, résolution de problèmes actuels, jeux de rôle, programmation des tâches à accomplir jusqu'à la prochaine séance et, en guise de conclusion, évaluation qualitative de la séance. Le patient dépendant est donc encouragé

à prendre en mains le déroulement de chaque séance selon ce protocole immuable. Il est incité à devenir l'ordonnateur de son propre traitement, en compagnie d'un thérapeute volontairement discret, mais attentif et prompt à renforcer positivement les petits succès sur la voie de l'indépendance. La mise en évidence des compétences personnelles (habiletés sociales) pendant les séances est l'objet de toute l'attention du thérapeute qui recourt pour cela aux techniques d'entraînement à l'affirmation de soi, selon les techniques comportementales classiques.

Le thérapeute doit donner l'exemple de la maîtrise émotionnelle et de l'habileté à ne pas être placé malgré lui en position de tuteur ou de censeur. Dans le cas contraire, la faiblesse tyrannique du patient s'avérerait plus forte que la compétence professionnelle, et les jours de la thérapie seraient comptés.

L'amorçage des tâches difficiles est initié par des tâches peu coûteuses : le mécanisme de facilitation est mis aussitôt en lumière afin que le patient puisse faire usage de son imagination et découvrir des techniques d'amorçage personnelles.

Le repérage de nouveaux critères d'évaluation d'estime de soi est plus complexe car les dépendants ont une vision si dévalorisée d'eux-mêmes qu'ils s'accrochent obstinément à leurs schémas négativistes. Toutes les occasions sont bonnes pour favoriser la prise de conscience de schémas alternatifs, de stratégies sous-utilisées. Plutôt qu'argumenter, au risque d'être contraint à ergoter sur l'inutilité de ces croyances négatives, il est plus fructueux de renforcer positivement les nouvelles aptitudes qui voient à nouveau le jour.

7 La personnalité évitante (anxieuse)

De même que la fuite, le refuge et l'attaque, l'évitement est une des principales tactiques destinées à favoriser la survie des espèces vivantes. Tout combat comporte une large part d'esquive car nul ne saurait endurer la souffrance sans limite. Dans l'écosystème des relations humaines, les personnalités évitantes occupent la niche des êtres furtifs qui ne doivent leur survie qu'à leur invisibilité, tels des guérilleros qui se contenteraient de raids de ravitaillement sans combattre, suivis d'un vif repli vers leur maquis. Les patients souffrant d'un trouble de la personnalité évitantes se tiennent constamment à l'écart des affrontements de la vie : éternels spectateurs envieux de celle des autres, ils n'accèdent qu'occasionnellement au rang d'acteurs et jouent alors plutôt des rôles de victimes. Leur retraite hors du monde n'est pas un ermitage mais un bannissement décrété par elles-mêmes. La peur des critiques, des désapprobations, du rejet et du ridicule les maintient à distance des relations sociales qu'ils n'engagent qu'avec la certitude d'être aimés, tant ils ne s'aiment pas eux-mêmes : ils sont convaincus de leur manque de valeur, d'attrait et de leur infériorité. Ils sont d'éternels vaincus par forfait.

Ces traits de caractère aussi banaux que répandus constituent néanmoins une personnalité pathologique à part entière dans les classifications DSM et ICD. La prévalence du trouble de la personnalité évitante est pourtant faible : 0,4 à 1,3 % dans l'étude de Zimmerman et Coryell (1990) qui porte sur une population générale de 697 sujets. Pour Grant et coll., en 2004, la prévalence est de 2,3 % dans la population générale des États-Unis, avec un risque plus important chez la femme que chez l'homme.

Cette catégorie est apparue pour la première fois dans le DSM-III en 1980 sur les vestiges du « caractère phobique » propre au paradigme psychanalytique et des « personnalités névrotiques évitant les contacts interpersonnels » de Karen Horney (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* ». Ensuite la taxinomie d'inspiration comportementale et biosociale de Millon et Everly (1985) conforta le concept et fut à l'origine de sa création. Cependant, diverses critiques survinrent, mettant en doute cette personnalité, considérée comme peu différente de la phobie sociale ordinaire et de la personnalité schizoïde. Les études récentes ont confirmé son autonomie et son intérêt. La phobie sociale est d'abord plus fréquente, avec une prévalence de 12 à 14 % dans la population générale, survenant tôt dans l'existence, pour Stein (2006). L'étude épidémiologique de Grant et coll. (2005) retrouve une

prévalence sur la vie entière de 5 %, un âge moyen de début de 15 ans, une durée du trouble de 16 ans. L'étude gémellaire de Reichborn-Kjennerud et coll. (2007) montre que la phobie sociale et la personnalité évitante pourraient partager un même facteur génétique, mais que les circonstances environnantes qui les déclenchent seraient différentes. Dans une étude approfondie portant sur un échantillon de malades, Hummelen et coll. (2007) établissent des différences nettes entre les deux pathologies, qui sont néanmoins souvent associées. La personnalité évitante est un trouble plus sévère que la phobie sociale, qui va de pair avec des problèmes interpersonnels et qui est volontiers associée à des troubles des conduites alimentaires, alors que la phobie sociale est plutôt comorbide avec le trouble panique. Les deux troubles sont volontiers associés avec les troubles dépressifs et les troubles anxieux, ce qui est également le cas de la personnalité dépendante (Alpert et coll., 1997 ; Grant, Hasin et Stinson, 2005).

Apparence comportementale

S'attacher aux conventions, rester dans l'ombre, ne pas sortir du rang caractérisent le comportement observable des sujets évitants. Leur devise pourrait être : « *Reste dans ton coin, sois modeste et, surtout, ne te fais pas remarquer.* » (Horney, 1945) L'évitement est leur stratégie centrale et concerne donc systématiquement :

- les situations sociales d'intimité où leur « vrai moi » pourrait être découvert ;
- les comportements susceptibles d'engendrer des pensées désagréables ;
- les cognitions potentiellement pénibles.

Les sujets évitants ne paraissent pas totalement indifférents comme les patients schizoïdes, mais bien au contraire attentifs, intéressés, quoique constamment en retrait, sur leurs gardes, comme à l'affût de tout signe de rejet.

L'hésitation et l'inhibition imprègnent chaque geste de la vie quotidienne. Leur contact visuel est médiocre : ils détournent rapidement leur regard, regardent le sol, comme s'ils étaient aux aguets ou intimidés. Leur poignée de main est furtive, accompagnée d'un mouvement de recul, et donne l'impression d'une surprise qu'on puisse leur manifester un quelconque intérêt. S'ils franchissent un seuil, c'est avec un haut-le-corps d'appréhension. Ils paraissent gauches, maladroits, s'expriment avec lenteur et embarras, rougissent dès qu'on leur parle, se confondent en excuses intempestives et finissent par rester coits, figés sur le rebord d'une chaise dans une immobilité interrompue par de brefs tortillements sur leur séant ou des ébauches de mimiques aussitôt réprimées. Leur apparence est conformiste, banale, leurs vêtements sont désuets, ternes. Ils parlent rarement d'eux-mêmes ou avec embarras, et font état de leurs défauts en riant nerveusement. Bien qu'aptes à accomplir correctement leurs fonctions professionnelles, ils n'en tirent aucune gloire. Ils ont même tendance à rater volontiers des tâches accomplies précédemment sans encombre. Ils refusent les promotions professionnelles et sont terrifiés par les compliments. Ils finissent par plonger leurs interlocuteurs dans l'embarras à force de se justifier continuellement sans raison.

Conduite interpersonnelle

Le choix de la solitude, du célibat, met durablement les sujets évitants à l'abri de toute situation sociale qui risquerait de les soumettre à des jugements, des critiques ou des vexations. Ils choisissent des emplois obscurs, protégés et sans gloire qu'ils accomplissent avec une méticulosité qui les protège des remontrances. Quand ils cherchent à faire connaissance, c'est avec prudence, circonspection, non sans avoir tâté le terrain par des manœuvres d'approche prolongées. Leurs rares tentatives de contacts sociaux semblent rythmées par une valse-hésitation et, au moindre indice d'ennui ou de rejet, ils disparaissent pour se fondre dans l'anonymat qui leur tient lieu de règle de vie. Convaincus de leur insignifiance, de leur ineptie et de leur manque d'intérêt pour quiconque, ils finissent par renoncer à toute tentative de relation et se contentent de rester à la lisière de l'existence des autres qu'ils observent avec convoitise, envie puis dépit. Ils finissent par adopter une allure renfrognée ou coupable qui leur vaut des marques d'hostilité ou d'agressivité. Ils ont vocation à devenir des souffre-douleur puisqu'à force d'effacement ils finissent toujours par attirer l'attention d'un inévitable boute-en-train pour lequel ils constituent des proies faciles. Ils sont dès lors confortés dans leur certitude que toute relation sociale est potentiellement source de désagrément. Leur susceptibilité est extrême et ils confondent plaisanterie et mépris : dépourvus de sens de l'humour, ils prennent ombrage des taquineries les plus innocentes qu'ils ressentent comme des humiliations ou affectent d'en rire avec les moqueurs.

Leur vie affective n'est guère mieux lotie. Ils sont constamment séduits puis abandonnés du fait de leur gentillesse excessive, de leur serviabilité lassante, sans comprendre pourquoi ils sont si ennuyeux. Les femmes évitantes attirent les don Juan : ceux-ci savent aisément les circonvenir dans la mesure où la feinte indifférence, qui est leur tactique de séduction préférée, respecte initialement leur hantise des contacts sociaux, favorise une entrée en matière feutrée et finit par piquer irrésistiblement au vif leur amour-propre. Le choix quasi constant d'un partenaire volage ou exerçant une profession exposée à l'infidélité contient la promesse d'un rejet à ce point redouté qu'il en paraît comme programmé. Échaudés par ces liaisons malheureuses à répétition, les évitants en viennent à renoncer à toute vie affective ou sexuelle partagée.

Expression affective

L'évitement des émotions fortes et tout particulièrement des émotions pénibles ou angoissantes régit la vie psychique des sujets souffrant d'un trouble de la personnalité évitante. Leur tolérance à la frustration est, en effet, si faible qu'ils recourent à des échappatoires chaque fois qu'ils commencent à se sentir tristes, anxieux, que la dysphorie les menace.

C'est pourquoi le refuge dans la solitude leur apporte la quiétude à laquelle ils aspirent. Contrairement aux sujets souffrant de troubles de la

personnalité à conduite d'échec ou de trouble de la personnalité dépendante, les sujets évitants fuient le plaisir comme la douleur, étant donné que cette dernière résulte fréquemment de la cessation du premier. Interrogées sur leurs sentiments, ils prétendent qu'ils ne ressentent rien, qu'ils n'éprouvent aucune émotion agréable ou désagréable. L'évitement émotionnel confine au déni.

Ils se réfugient volontiers dans un monde de rêveries mièvres où ils échauffent des idylles imaginaires. Ils affectionnent les romans-photos à l'eau de rose, les magazines consacrés aux professionnels du bonheur exhibé, les films sirupeux qui finissent bien. Ils échafaudent des amours secrètes et jamais déclarées avec des collègues de travail déjà liés, voire des inconnus, croisés régulièrement dans les transports en commun. À force de fuir les sentiments pénibles, ils cultivent un isolement sentimental qui s'apparente à un isolement sensoriel. L'envie impuissante du succès des autres, le dépit et bientôt l'aigreur font place à la quiétude des rêveries sentimentales. La dépression, l'hypochondrie, les thèmes interprétatifs, voire persécutifs, prennent la relève.

Style cognitif

La distractibilité caractérise l'état psychique habituel des sujets évitants, tant la place du rêve éveillé et de l'imagination est grande et l'emporte sur les réalités de l'existence. L'hésitation qui colore tous leurs comportements et toutes leurs émotions affecte également leur organisation cognitive. L'indécision et la perplexité anxieuse modifient notablement leurs processus cognitifs qui peuvent s'embrouiller au point d'atteindre un état quasi confusionnel, spécialement dans les situations sociales embarrassantes. Ils peuvent alors perdre tous leurs moyens intellectuels et donner l'impression d'une déficience mentale, d'une pseudo-débilité. Lorsque ces situations particulièrement redoutées adviennent, elles confirment leurs pires attentes négatives. C'est le cas lors de la recherche précipitée d'informations ou d'approbations auprès de tiers qui les rabrouent (chauffeurs de taxi irascibles, employés d'administration revêches), ce qui revient à multiplier les expériences de rejet.

Les distorsions cognitives sont chez eux à leur comble : inférence arbitraire (« *Si je lui refuse quoi que ce soit, il me laissera tomber* »), abstraction sélective (« *Il a grimacé, je le dégoûte* »), surgénéralisation (« *Ils vont tous s'apercevoir que je suis nulle* »), maximisation (« *Ma langue a fourché, ils vont me trouver stupide* »), minimisation (« *Je suis incapable de souffrir* »).

Leur faible estime de soi les empêche de se référer à eux-mêmes pour juger de leur valeur et ils sont à l'affût du moindre signe de désapprobation pour sauter aux conclusions les plus négatives. Un biais de saillance affecte en permanence la perception des objets externes : les moindres signes de désapprobation et de rejet les conduisent à rompre le contact, à battre en retraite.

Les biais de complaisance sont systématiquement inversés : « Les autres réussissent par leur mérite », « Si j'ai réussi cette fois-ci, c'est par chance », ou encore « J'ai échoué par ma faute, les autres par malchance ».

Perception de soi

Elle est profondément et constamment dévalorisée et associe un sentiment d'incapacité, d'incompétence et de vulnérabilité.

Les schémas centraux (*core schemas*) sont :

« *Je suis nul.* »

« *Je suis raté.* »

« *Je suis idiot.* »

« *Je suis moche.* »

Les prévisions qui en découlent sont :

« *Les gens vont me rejeter.* »

« *Je vais les ennuyer.* »

« *S'ils me connaissaient davantage, ils verraient mes défauts.* »

Tous les contacts sociaux sont l'occasion d'arrière-pensées pessimistes et dysfonctionnelles tels que :

« *S'ils pensent que je suis sans intérêt, cela doit être vrai.* »

« *C'est terrible d'être rejeté, je ne pourrai pas le supporter.* »

« *Je ne peux supporter d'être triste, je dois donner le change.* »

Perception des autres

Les autres sont perçus comme des êtres supérieurs, inaccessibles (« *Il est trop bien pour moi* », « *Je ne lui arrive pas à la cheville* »), ou encore pleins de commisération ou de compassion et donc humiliants (« *Il ne s'intéresse à moi que par pitié* », « *Il me parle comme à une demeurée* »), ou encore trop miséricordieux, comme aveuglés par une bienveillance de commande (« *Il fait semblant de me croire intelligente parce que je l'ai trompé sur mon compte* », « *Il va finir par s'apercevoir que je suis réellement* »). Les sujets évitants rationalisent leur solitude par des clichés et proverbes du genre : « *Il vaut mieux être seul que mal accompagné* », « *Pour vivre heureux vivons cachés* ».

Leur expérience de la solitude et du rejet les renforce dans leurs convictions négatives :

« *Je dois être réellement mauvais pour qu'on me traite si mal.* »

« *Je dois être vraiment différent des gens puisque je n'ai pas d'amis.* »

« *Mes parents ne m'ont jamais aimé : qui pourrait m'aimer ?* »

À force d'accumuler les échecs, les rebuffades et les frustrations, les sujets évitants deviennent effectivement inférieurs à ce qu'ils pourraient être et mesurent au fil des ans la disproportion croissante entre leurs capacités et leurs réalisations. Ils ne sont pas émulés mais annihilés par les qualités qu'ils admirent chez les autres. Le coût à payer pour entrer dans la compétition sociale leur paraît trop élevé :

« *De toute façon je n'y arriverai jamais.* »

« *Je suis fatigué.* »

« *Je n'y suis pas arrivé hier, ni aujourd'hui, alors à quoi bon ?* »

La démission l'emporte sur la procrastination. L'évitement marque de son sceau l'ensemble du fonctionnement cognitif. Les obstacles ne sont pas matière à agir mais à renoncer et à se réfugier dans un monde imaginaire où tout finit par s'arranger miraculeusement comme dans les romans à l'eau de rose qu'ils affectionnent, et qui sont à l'imaginaire érotique féminin ce que les revues pornographiques sont à celui des hommes (Stoller, 1989). Leurs pensées automatiques alternent entre des thèmes d'autodévalorisation et des rêveries magiques de richesse, beauté ou bonté.

Les sujets évitants passent continuellement d'une réalité médiocre à un univers de fiction idyllique. Mais ils n'ont pas rompu tout lien avec la réalité et n'adhèrent pas vraiment à leur univers imaginaire illusoire. Ils ne prennent pas leurs rêves pour des réalités. Mais, néanmoins, ils les chérissent et les manipulent à la manière dont certains enfants conversent en permanence avec un compagnon imaginaire. Ils en retirent une autostimulation qui compense leur isolement sensoriel et sentimental et atténue la douleur morale de leur désespérance apprise. L'évitement cognitif équivaut en quelque sorte à un changement rapide de programme mental, tel un téléspectateur ennuyé qui changerait toutes les secondes de chaîne de télévision, à la recherche d'un programme à sa convenance. Les sujets évitants « zappent » sans cesse à partir de monologues intérieurs négatifs, brefs parce qu'intolérables, vers des rêveries romanesques, consolatrices, prolongées et interchangeables dont ils possèdent un répertoire favori.

C'est en même temps une façon de conserver une certaine estime de soi grâce à un singulier processus d'autoperception émotionnelle qui les conduit à rationaliser de la sorte : « *Si je suis capable en imagination d'avoir du succès (de l'amour, beauté, richesse, générosité, etc.), c'est que je ne dois pas être si nul(le), mauvais(e), laid(e), pauvre, avare. Un jour ma chance viendra !* »

Le style cognitif des personnalités évitantes est donc essentiellement caractérisé par la défaillance des processus attentionnels consécutive à l'intensité des événements cognitifs, qui oscillent sans cesse entre des pensées automatiques d'autodévalorisation et des fantasmagories féériques de compensation. Il en résulte une incapacité à maintenir le fil des pensées, à se concentrer, à combiner de façon créative des codes abstraits, à concevoir l'avenir de façon autre que manichéenne, par des oscillations rapides du tragique au magique.

Étiologie des personnalités évitantes (anxieuses)

Comme pour les autres personnalités pathologiques, le rôle des facteurs biologiques ou génétiques a été invoqué mais n'a pas encore donné lieu à des résultats bien démonstratifs (Millon et Everly, 1985). Les hypothèses relatives aux facteurs psychologiques acquis, qu'ils soient liés au développement psychique, à des facteurs éducatifs ou événementiels, gardent donc toute leur pertinence.

Karen Horney (1945) avait avancé que la « crainte du succès » qui caractérisait les « personnalités névrotiques de notre temps » prenait ses racines dans la peur d'être enviées par les autres et de risquer, par la même occasion, de perdre leur affection. Les sujets évitants manifestent une aptitude à annuler rétroactivement leur succès : convaincus d'avoir réussi par hasard, ils ratent au deuxième essai, ce qui les met à l'abri de susciter l'envie des autres. Les schémas centraux négatifs d'autodévalorisation dérivent probablement d'expériences précoces et répétées de rejet et/ou de critiques de la part d'un ou plusieurs proches importants et des processus de conditionnement opérant qui en résultent.

Tous les enfants expérimentent inmanquablement des situations de réprimande ou de rejet à l'égard desquelles ils se protègent de façon variée : déni (indifférence), attribution externe (projection), opposition, accès de rage, séduction, évitement, auto-attribution, résignation.

Chez les sujets souffrant d'un trouble de la personnalité évitante, deux facteurs semblent contribuer à la pérennité des réactions d'inhibition :

- le caractère disproportionné des reproches ou critiques, le caractère excessif des moqueries parentales ou fraternelles ;
- les processus de conditionnement opérant consécutifs aux expériences répétées de rejet dans la plupart des situations sociales, scolaires, puis affectives et professionnelles.

Certains parents se réfèrent mécaniquement et sans nuances à des modèles éducatifs rigides, qui s'avèrent insécurisants pour leurs enfants. Leur absence d'empathie et de jugement les conduit à reproduire des traditions éducatives familiales sévères qu'ils jugent bonnes. Des limites strictes leur paraissent indispensables pour forger le caractère de leur enfant, mais en fait se révèlent écrasantes dans leur application automatique : elles surviennent à des moments inappropriés, de façon excessivement contraignante, sans être tempérée par un message de réconfort concernant l'estime portée à l'enfant. Les punitions sans pardon ne permettent pas à l'enfant d'entrevoir la possibilité de se racheter, de faire des efforts pour « ne plus recommencer ».

Les principes éducatifs rigoureux n'écrasent pas automatiquement les enfants, bien au contraire. C'est l'absence d'indulgence dans leur application, leur caractère implacable, incompréhensif qui peut être désastreux. Lorsque la vie de famille est ritualisée à l'excès par des règles de fonctionnement implicites, impossibles à transgresser sans représailles disproportionnées, l'immaturation psychologique de l'enfant ne lui permet pas d'intégrer harmonieusement ces réprimandes et expériences de rejet. Il est écrasé, inhibé et développe un comportement craintif et de renoncement. Attentif à ne pas déplaire, il adopte une attitude de soumission et de complaisance permanentes. C'est un enfant sage, soi-disant « sans problème ». Ses parents se réjouissent publiquement de sa soumission, confondue avec l'obéissance, ce qui ne manque pas de la renforcer. Attentif aux moindres signes de rejet, il les amplifie par un processus précoce de maximisation propre à l'imagination enfantine propice à l'amplification des dangers et des représailles.

Le conditionnement opérant est le fruit d'expériences de rejet répétées hors du milieu familial. Son inhibition déclenche l'agressivité des camarades de classe ou compagnons de jeux dont il ne partage pas l'exubérance et l'impulsivité. Il paraît différent, mal dans sa peau, et devient donc un souffre-douleur, ce qui le confirme dans son insécurité et ses comportements d'évitement. La sévérité des parents est relayée par la cruauté des enfants. Il en résulte une faible estime de soi, un sentiment de singularité en raison des processus d'hétéroperception : « *Personne ne pourra jamais m'aimer puisque ni mes parents ni les autres enfants ne m'aiment.* »

Contrairement aux sujets dépressifs, les évitants ne perdent pas tout espoir. Un proche, un voisin indulgent, un professeur qui a remarqué leurs qualités peut les aider à reprendre confiance et à ne pas sombrer dans la désespérance apprise. C'est pourquoi ils continuent à chercher des sources de renforcement positif, des marques d'attention ou d'amitié. Mais ils sont en même temps extrêmement sensibles aux plus petites expériences de rejet et n'avancent vers les autres qu'à pas comptés, rebroussant chemin au moindre signe de désapprobation. En réduisant les expériences d'exposition aux critiques d'autrui, ils réduisent le risque de souffrance.

Les premières amitiés et amours sont des expériences cruciales : être délaissée par une amie au profit d'une autre, recevoir de l'indifférence, des moqueries sont vécus comme des désastres à ne plus répéter. Les premières relations sentimentales suivent un scénario immuable : espoir de plaire, complaisance et soumission excessive, angoisse de déplaire et d'être rejeté(e), demandes de réassurances amoureuses, exaspération du partenaire, rejet, renforcement de la certitude de ne pouvoir jamais plus être aimé(e). Les aventures sentimentales se succèdent et tournent court : il en résulte plus un sentiment de perplexité, d'incompréhension sur leur incapacité à maintenir une relation durable qu'un grand choc affectif, qu'un deuil d'une relation amoureuse qui prendrait fin brusquement.

Les schémas centraux d'incompétence, d'inintérêt et d'insignifiance prennent leurs racines dans ces déconvenues précoces et répétées. Aucune d'entre elles ne constitue un traumatisme majeur par elle-même, mais leur répétition, à la manière de coups d'épingles, finit par engendrer un sentiment d'impuissance apprise et l'esquive de tout risque de souffrance.

Lorsqu'un individu se met à l'écart d'un groupe, il en devient rapidement le bouc émissaire et déclenche l'agressivité. Les sujets évitants effectuent constamment des prévisions pessimistes sur leurs relations sociales. Isolés du monde, ils accordent une importance croissante à leur univers intérieur, à leurs rêveries consolantes. La concordance émotionnelle les conduit à ne plus prêter attention qu'aux seuls signes de rejet et aux rebuffades.

Plusieurs études récentes ont confirmé ces observations cliniques. Pour Joyce et coll. (2003) et Rettew et coll. (2003), les patients souffrant d'un trouble de la personnalité évitante ont présenté des troubles anxieux au cours de leur enfance et de leur adolescence ; ils ont subi plus d'abus physiques et émotionnels qu'un groupe témoin. Pour Lyddon et Sherry (2001), ils ont développé une dimension d'attachement de type préoccupé et craintif.

Thérapeutique cognitive

Les psychothérapies des sujets souffrant d'un trouble de la personnalité évitante présentent des difficultés majeures et sont fort frustrantes pour les thérapeutes : les progrès sont très lents et infimes car ces patients ont tendance à éviter les séances et les tâches à accomplir chez soi. Ils créditent constamment les autres de jugements défavorables et tout particulièrement leur thérapeute :

« *Vous n'allez pas être content de moi, car je n'ai rien fait cette semaine.* »

« *Il ne s'est rien passé, je n'ai rien noté.* »

« *Vous devez penser que je suis inintéressant.* »

« *Vous devez me trouver idiot de pleurer comme ça, excusez-moi !* »

Les objectifs du thérapeute cognitiviste sont donc :

- l'établissement et le renforcement constant d'une relation de confiance : le cadre thérapeutique doit être un lieu de prise de conscience des pensées dysfonctionnelles. Toutes les occasions sont bonnes pour identifier les émotions liées à la peur du rejet ou du jugement d'autrui et pour enregistrer les pensées automatiques, les croyances et les comportements d'évitement qui en résultent ;
- l'accroissement du contrôle émotionnel : le but n'est pas d'éliminer la dysphorie mais d'en augmenter la tolérance, d'abord pendant les séances puis en dehors de celles-ci ;
- l'amélioration de l'affirmation de soi et des aptitudes sociales selon les protocoles comportementaux classiques avec une attention particulière à la communication non verbale (contact visuel, posture, mimique souriante) ;
- la modification des schémas centraux : après la mise au jour des sentiments d'incompétence énumérés plus haut par des techniques de questionnement socratique, il est utile d'effectuer des jeux de rôle à partir d'expériences émotionnelles infantiles. Ces situations fortement investies peuvent bénéficier d'une forme d'abréaction à l'occasion de ces jeux de rôle : ils constituent une expérience de meilleur contrôle émotionnel dans le cadre protégé et artificiel de la psychothérapie et contribuent à aider ces patients à sortir de leur désespérance apprise.

Mais ils constituent surtout une pédagogie centrée sur les prédictions funestes et leur vérification par des épreuves de réalité. La plus grande partie des séances de psychothérapie cognitive des personnalités évitantes est consacrée au travail sur les prédictions : prévision d'une situation, du jugement supposé des autres et de soi-même, comportements qui risquent d'en résulter, réactions en chaîne sous forme de renforcement par conditionnement opérant. Des schémas alternatifs sont mis au jour, évalués, pondérés puis mis à l'épreuve de la réalité.

Le thérapeute doit être attentif à ne pas sombrer dans le pessimisme concernant le sort de la thérapie. Devant des résultats si modestes, des progrès si mesurés, il pourrait s'abandonner au découragement, à des pensées telles que : « *Il ne veut rien faire* », « *Il ne s'en sortira jamais* », « *Il a raté un*

rendez-vous, il ne reviendra plus », « Elle y met de la mauvaise volonté », « De toute façon elle va tout laisser tomber, même sa thérapie », « Un autre thérapeute ferait mieux l'affaire », etc. L'utilisation pour lui-même des techniques cognitives est indispensable.

Le thérapeute doit s'efforcer de proposer des objectifs réalistes et de renforcer sans relâche les petits succès. La tenue d'un carnet de bord d'événements agréables (au besoin en s'aidant de l'échelle PES – *Pleasant Events Schedule* – de Lewinsohn) doit être encouragée. Il convient de distinguer les obstacles réels des évitements pathologiques. Il est utile d'examiner le bien-fondé des excuses fournies par le patient par un questionnement bienveillant. Les personnalités évitantes n'en finissent tellement pas de s'excuser à tout propos qu'il est souvent difficile de distinguer dans leurs allégations les évitements pathologiques des empêchements légitimes. Un retard peut être attribuable à un incident de trajet et non au désir d'écourter la séance. Les confondre peut renforcer un sentiment latent d'injustice, d'incompréhension. Inversement, le caractère injustifié d'excuses peut apparaître clairement aux yeux du patient qui n'en avait pas conscience jusque-là, sans qu'il se sente pour autant culpabilisé de cette prise de conscience.

Plusieurs études récentes ont évalué l'efficacité de ces principes thérapeutiques. Les thérapies cognitives de la personnalité évitante sont le plus souvent associées à celles d'une phobie sociale comorbide. La présence d'un trouble de la personnalité évitante accentue la sévérité de l'anxiété sociale et s'accompagne volontiers de trouble dépressif. Mais la thérapeutique est plus rapidement efficace (Borge et coll., 2010 ; Huppert et coll., 2008).

8 La personnalité borderline

Le concept de trouble de la personnalité borderline découle de la notion déjà ancienne « d'état frontière entre folie et normalité » (Hugues, 1884) qui connut de multiples avatars et servit à désigner par défaut des patients inclassables ou particulièrement difficiles à traiter. Les travaux de Kernberg (1975) contribuèrent à donner une plus grande cohérence à cette notion qui resta néanmoins assez confuse selon qu'on se réfère à la structure de personnalité ou à la symptomatologie observée. Elle demeure un cadre nosologique controversé en raison du polymorphisme symptomatique, de la coexistence avec des troubles de l'humeur cycliques, de l'intensité des manifestations anxieuses, de la survenue de manifestations psychotiques transitoires qui conduisent certains auteurs à douter de son appartenance aux troubles de la personnalité.

Certains considèrent qu'elle constitue une forme clinique particulière (*subaffective disorders*) de troubles de l'axe I (Akiskal et coll., 1985), une combinaison d'un trouble de l'humeur et de la personnalité (Frances et Widiger, 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.

Dans la classification DSM-IV, les critères diagnostiques sont au nombre de neuf contre huit dans la DSM-III-R : l'ajout principal concerne les expériences psychotiques réactionnelles brèves incluant des idées paranoïdes, de dépersonnalisation, de déréalisation et des illusions hypnagogiques.

Les huit autres critères sont brièvement résumés ci-dessous :

- instabilité et excès dans les relations interpersonnelles ;
- impulsivité dans au moins deux types de comportements (sexualité, dépenses, usage de toxiques, auto-agression) ;
- instabilité affective ;
- colères intenses ;
- menaces et comportements suicidaires ;
- perturbations de l'identité ;
- sentiments permanents de vide ou d'ennui ;
- efforts désespérés pour éviter séparations et ruptures.

La classification DSM-III (1980) apporta une définition descriptive qui a permis de multiples études épidémiologiques et étiologiques. Plus de la moitié des publications consacrées aux troubles de la personnalité concernent les personnalités borderline. Un nombre élevé de patients hospitalisés en milieu psychiatrique présente des troubles borderline (près de 50 %

pour Widiger et Weissmann, 1991). Leur vive souffrance psychique et leur jeunesse suscitent des réactions de compassion intense et, de ce fait, des problèmes techniques fort complexes. Les comportements suicidaires sont particulièrement fréquents et graves. Ils dominent le pronostic.

La production littéraire et cinématographique contemporaine privilégie les héros et héroïnes présentant des personnalités borderline et crée de nouveaux archétypes d'éternels adolescents révoltés, en proie à d'incessantes vicissitudes existentielles. En ce début de millénaire, les errances des personnalités borderline ont pris la relève des tourments romantiques du XIX^e siècle et symbolisent la situation de crise permanente des sociétés contemporaines. Pour toutes ces raisons, les personnalités borderline occupent incontestablement une position vedette parmi les personnalités pathologiques.

Apparence comportementale

Les traits saillants de la personnalité borderline sont l'intensité et l'instabilité des réactions émotionnelles, l'impulsivité des comportements agressifs ou toxicomaniaques, l'imprécision du sentiment d'identité de soi contemporain d'une sensation quasi permanente de vide intérieur, d'ennui ou de rage froide flottante. L'image de soi, l'humeur et les relations interpersonnelles sont gravement et continûment perturbées. Il en résulte une grande diversité de symptômes psychiatriques que dominent les défaillances du contrôle émotionnel : le risque de suicide ou de comportement parasuicidaire domine cette pathologie et en fait toute la gravité.

L'image de soi est imprécise, diffuse : les personnalités borderline ignorent qui elles sont, ce qu'elles veulent et ceux qu'elles aiment. Elles fluctuent violemment et, dans l'instant, d'une appréciation contrastée d'elles-mêmes et d'autrui à son contraire, sans conserver la mémoire de la précédente. Indécises sur leur propre identité, elles peuvent l'être également sur le choix du sexe d'un partenaire. Elles ignorent quel sens donner à leur vie, quelle activité entreprendre, quelles valeurs respecter, quel loisir choisir.

Elles présentent parfois des phénomènes interprétatifs ou hallucinatoires transitoires, des comportements saugrenus dont elles sont capables de critiquer rétrospectivement le caractère aberrant.

Elles choisissent volontiers des professions indépendantes car elles ne supportent ni la contrainte ni l'autorité : elles sont attirées par des professions artistiques ou complexes : musique, littérature, religion, droit, santé (Stone, 1993), mais aussi déqualifiées par rapport à leur formation.

Après une adolescence et un début d'existence convulsifs, elles connaissent parfois un apaisement, voire une amélioration définitive au cours de la troisième décennie, mais retrouvent souvent leurs tourments aux alentours de la crise du milieu de la vie, à l'occasion de ruptures affectives ou professionnelles.

Conduite interpersonnelle

Les relations interpersonnelles sont toujours précaires, instables, potentiellement conflictuelles. Les périodes d'intense admiration d'un personnage élu ou aimé alternent avec des phases de susceptibilité malade, des accès de colère. Elles paraissent en proie à un état passionnel permanent. Incapables d'établir des relations émotionnelles stables et nuancées avec leurs proches importants, elles réagissent avec dépit aux plus infimes frustrations. Elles s'abandonnent impulsivement à des représailles hétéro- ou autodestructives.

La métaphore des hérissons en hiver, de Schopenhauer, décrit parfaitement leurs relations avec le genre humain : transis dès qu'ils s'éloignent, tout rapprochement leur inflige une blessure, tant leurs piquants sont acérés. Leurs partenaires présentent des perturbations psychologiques complémentaires. Les patients borderline expriment une demande affective et une peur du rejet intenses. L'extrême souffrance psychique des patients borderline est à l'origine d'une intense demande d'aide psychothérapique, particulièrement stimulante pour les thérapeutes. La relation thérapeutique est un véritable « suspense », riche en péripéties, menacée en permanence par le risque d'interruption brusque. Les principales difficultés résident pour le patient dans l'acceptation du changement externe ou interne et, pour le thérapeute, dans la bonne distance à trouver : il doit recourir en permanence pour lui-même à des techniques cognitives en vue de renforcer son contrôle émotionnel.

Gestion des affects

L'humeur des personnalités borderline ne cesse de fluctuer entre tristesse, ennui, vacuité, colère, révolte, exaltation et abattement. L'humeur de base est dysphorique avec une irritabilité qui est la seule constante de leur caractère. L'irascibilité masque à peine un besoin de tendresse, une demande d'affection et d'attention, perceptible dans toutes leurs communications non verbales. L'expression simultanée d'affects contradictoires contribue au charme qui se dégage de leur personnalité. Ils vivent dans l'instant présent, à la façon des petits enfants qui, sous l'emprise de la douleur ou de la désillusion, pensent ne jamais pouvoir sortir de la souffrance, avec un sentiment de déréliction poignant. L'amélioration du contrôle émotionnel est donc un objectif primordial de leur psychothérapie. L'incapacité des patients limites à éprouver des sentiments autrement que dans l'instant présent serait liée à un trouble de la mémoire qui a reçu la qualification « d'amputation du cadre temporel » (Lumsden, 1993). La théorie de la concordance émotionnelle (on apprend mieux et on se remémore plus facilement les événements conformes à l'état émotionnel présent) expliquerait, selon cet auteur, les réactions émotionnelles extrêmes de ces patients. Les patients borderline accordent d'autant plus d'attention aux réactions négatives de leur entourage (désapprobation, rejet, froideur, colère) qu'ils éprouvent simultanément les mêmes émotions.

Ils sont particulièrement sensibles à toutes les attitudes mettant en cause leur faible estime de soi. Par ailleurs, leur tendance à l'idéalisation serait liée à un besoin d'augmenter leur estime de soi. Le moindre indice de dévalorisation est perçu avec une intensité extrême et annule la mémoire de l'expérience immédiatement antérieure de revalorisation de soi.

Les comportements suicidaires ou auto-agressifs, dont la fréquence élevée fait toute la gravité, correspondraient à des tentatives de réduction des tensions émotionnelles. Elles peuvent prendre aussi l'allure de conduites addictives avec consommations massives (« défonces ») d'alcool, de stupéfiants ou de nourriture sur un mode boulimique.

Style cognitif

Kernberg (1970) décrit de façon saisissante l'univers mental des patients borderline : *« Leur monde intérieur est peuplé de représentations caricaturales des aspects bons et horribles des êtres qui ont compté pour eux... De la même manière, leur perception d'eux-mêmes est un mélange chaotique d'images honteuses, menaçantes ou exaltées. »*

Le style cognitif des patients borderline se caractérise en effet par un traitement dichotomique des informations, c'est-à-dire un classement des perceptions en termes mutuellement exclusifs. C'est une pensée contrastée, en noir et blanc, subjectiviste, saturé d'émotions intenses et contradictoires : leur abondance masque une certaine pauvreté lexicale et syntaxique.

Le style de pensée dichotomique est la résultante des distorsions cognitives telles que l'abstraction sélective, l'inférence arbitraire, la maximisation, la minimisation de soi et la surgénéralisation. On retrouve chez les personnalités borderline une espèce de pot-pourri de toutes les pensées dysfonctionnelles ou automatiques, également présentes chez les personnalités hystériques, dépendantes, paranoïdes, passives-agressives, mais la caractéristique principale est l'assimilation prédominante à des schémas de rejet. Tous les schémas dysfonctionnels précoces (Young et Klosko, 1995) s'y rapportent :

« Personne ne m'aime. »

« Je serai toujours seul. »

« Je ne compte pour personne. »

« Personne ne pourra jamais m'accepter. »

Toutes les inférences courtes (heuristiques) apportent de l'eau à ce moulin :

« De toute façon je serai toujours rejeté. »

« Personne ne pourra jamais m'aimer. »

« Je suis impossible à vivre, mauvais, coupable. »

Les croyances secondaires se rattachent à ce postulat de base :

« Je ne peux m'en sortir tout seul, mais qui peut m'aider ? »

« Il ne faut pas dépendre des autres, sinon on risque de se faire rejeter. »

« Je dois contrôler à tout prix mes émotions, sinon c'est la catastrophe. »

« De toute façon, je n'arriverai jamais à me contrôler. »

La précarité est la toile de fond des personnalités borderline : elles se perçoivent comme des êtres faibles, injustement menacés, sans recours. Leur destinée leur paraît irrémédiablement funeste, quoi qu'elles fassent. C'est pourquoi leur sentiment tragique de l'existence, leur jeunesse, leur charme habituel en font des patients si émouvants.

La perception des autres obéit au même manichéisme : ils sont soit « tout bon », soit « tout mauvais ». Ils sont intensément aimés et admirés tant qu'ils sont présents, patients, tolérants, bref dignes de confiance. Mais dès la première défaillance, marque d'agacement ou de distraction, ils perdent instantanément tout crédit, telles des idoles renversées de leur piédestal et piétinées avec rage, pour n'avoir su exaucer les vœux de leurs adorateurs.

L'étude des capacités neuropsychologiques des personnalités borderline est une voie de recherche récente qui suscite un nombre croissant d'études. Judd et Ruff (1993) en ont fait la revue et effectué une étude comparée portant sur 25 patients qui met en évidence des différences hautement significatives avec les contrôles (rappel de la figure de Rey, épreuve du code à la WAIS-R, épreuve de fluence figurative de Ruff). Ces anomalies, comparables à celles observées dans certains syndromes frontaux, seraient, pour ces auteurs, à l'origine de défaillances dans les processus d'abstraction, notamment dans les relations interpersonnelles complexes. Le recours à la pensée dichotomique résulterait d'une procédure simplifiée de traitement de l'information. C'est pourquoi l'apprentissage des opérations formelles, le développement des capacités d'abstraction et des compétences linguistiques constituent un objectif important du traitement.

Épidémiologie et comorbidité

Bien étudiée et à présent mieux connue du grand public, la personnalité borderline a justifié des enquêtes épidémiologiques précises. Pour Widiger et Weissmann (1991), sa prévalence dans la population générale aux États-Unis était de 0,2 à 1,8 %. Ce pourcentage augmentait à 15 % chez les consultants externes en psychiatrie et à 50 % chez les patients hospitalisés. Pour Grant et coll. (2008), la prévalence sur la vie entière est de 5,9 %. Ces auteurs observent une égale répartition du trouble chez les hommes et les femmes. Pour Johnson et coll. (2003), la symptomatologie diffère selon le sexe. Les femmes borderline rapportent des antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance, des troubles psychotraumatiques et présentent des troubles des comportements alimentaires. Les hommes borderline abusent de substances. Pour Zimmerman et Mattia (1999), les personnalités évitantes, borderline et obsessionnelles-compulsives sont le plus souvent retrouvées parmi des consultants externes en psychiatrie, 31 % d'entre eux souffrant d'un trouble de la personnalité. La fréquence importante de l'homosexualité parmi les sujets borderline (22 %) observée par Dulit et coll. (1993) n'a pas été confirmée par la suite. Elle ne doit pas être confondue avec les troubles de l'identité qui sont polyfactoriels et souvent liés à des agressions sexuelles infantiles (Wilkinson-Ryan et Western, 2000).

La comorbidité entre les troubles dépressifs et la personnalité borderline est connue depuis plusieurs années. Elle est confirmée par des études récentes et concerne également le trouble bipolaire. Pour Gross et coll. (2002), on retrouve chez les sujets borderline un taux important de troubles de l'humeur : 21 % de troubles bipolaires, 35 % de troubles unipolaires, auxquels s'ajoutent encore 57 % de troubles anxieux. Pour Gunderson et coll. (2006), le pourcentage de troubles bipolaires est de 19 %. À l'inverse, pour Rossi et coll. (2001), on constate un taux important de personnalités borderline dans une population de patients unipolaires (30 %) et dans une population de patients bipolaires (29 %). Yen et coll. (2004) et Soloff et Fabio (2008) soulignent la fréquence des gestes suicidaires et leurs liens avec certains symptômes : l'instabilité affective et la mauvaise insertion sociale. Wilson et coll. (2007) confirment le caractère impulsif et hostile de la dépression chez ces sujets. D'autres comorbidités sont retrouvées : les attaques de panique, la phobie sociale, le stress post-traumatique, les troubles obsessionnels-compulsifs, les troubles des conduites alimentaires, les troubles somatoformes pour Zimmerman et Mattia (1999), le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité pour Philipsen et coll. (2008). En dépit de différences symptomatologiques importantes, certains auteurs ont voulu considérer que la pathologie borderline n'était qu'une variante des troubles de l'humeur. Cette position est sans doute excessive. Néanmoins, les troubles de l'humeur atypiques peuvent se colorer d'une pathologie plus riche qui les fait ressembler aux troubles borderline. Perugi et Akiskal (2002) ont ainsi plaidé pour un élargissement des troubles de l'humeur, incluant ces variantes et dénommé spectre de la pathologie de l'humeur.

Dans le même ordre d'idées, certains auteurs signalent la présence de troubles de l'humeur – dépression unipolaire, trouble bipolaire, trouble dysthymique – chez les proches du premier degré de patients borderline ; mais les mêmes auteurs font état de troubles anxieux, d'alcoolodépendance, d'usage de drogues, de syndrome post-traumatique, de troubles somatoformes dans la même population ; les personnalités antisociale, histrionique, narcissique et sadique sont également présentes (Zanarini et coll., 2009). Cependant, pour Galione et Zimmerman (2010), si la pathologie borderline est associée chez les patients à des accès dépressifs précoces, des troubles anxieux et l'usage de drogues, il n'existe pas de relations familiales nettes avec le trouble bipolaire.

L'évolution du trouble de la personnalité borderline, que certains appellent aussi trouble borderline, a fait l'objet de plusieurs études, consacrées principalement à des patients traités. Paris et Zweig-Frank, en 2001, avaient publié une étude rétrospective sur 27 ans montrant une amélioration progressive des troubles, 8 % des sujets demeurant pathologiques de façon chronique. Ils observaient un taux de suicide de 10 %. Zanarini et coll. (2006) et McGlashan et coll. (2005) ont publié des études prospectives qui montrent une amélioration progressive de la pathologie chez des patients présentant divers troubles de la personnalité. McGlashan et coll. (2005) ont observé 201 patients borderline sur 2 ans. Les symptômes ont été réduits de 25 à 30 %, les plus

stables étant l'instabilité affective, les colères et les comportements impulsifs. Zanarini et coll. (2006) ont suivi 290 patients sur 10 ans. Au terme de cette période, 88 % des sujets étaient améliorés, avec une évolution progressive, 39 % dans les 2 premières années, puis 22 % dans les 2 années suivantes, puis 21 % les 2 années suivantes, puis 12 % les 2 années suivantes. L'évolution des symptômes montre que les comportements impulsifs et les gestes suicidaires et auto-agressifs ont tendance à s'effacer assez vite, alors que la dysphorie, les sentiments de solitude, de dépendance et d'abandon sont plus durables (Zanarini et coll., 2007). Les facteurs prédictifs d'une bonne évolution sont les suivants : le jeune âge, l'absence d'abus sexuels dans l'enfance, l'absence d'abus de substances dans la famille, une insertion professionnelle satisfaisante, l'absence de trouble de la personnalité dans le cluster C, un névrosisme bas et une agréabilité élevée au NEO-PI-R (Zanarini et coll., 2006).

Étiologie du trouble de la personnalité borderline : la place du psychotraumatisme

À partir de 1988, date des premières publications de Links à ce sujet, plusieurs études ont été consacrées aux antécédents traumatiques chez les sujets souffrant d'un trouble de la personnalité borderline. Les premières études, celles de Links et coll. (1988), Zanarini et coll. (1989), Ogata et coll. (1990) Shearer et coll. (1990) et Westen et coll. (1990), retrouvent des antécédents d'agression sexuelle infantile de la part d'un proche survenues dans 26 à 33 % des cas et des agressions physiques dans 25 à 52 % des cas. Cependant, ces études ne montrent pas toujours une différence significative avec un groupe témoin. Celle-ci n'est retrouvée que dans les études de Links et de Zanarini. Si l'on prend en compte les agressions sexuelles de toutes origines, les pourcentages s'élèvent (40 à 71 %), ainsi que les différences significatives. En 2002, Zanarini et coll. publièrent une vaste étude portant sur les antécédents de 290 sujets présentant un trouble de la personnalité borderline. L'agression sexuelle, les agressions de toute nature et la négligence au cours de l'enfance furent retrouvées chez 50 % des sujets.

Plusieurs études récentes ont confirmé cette corrélation entre les traumatismes au cours de l'enfance, avec abus sexuel, physique ou émotionnel, et le développement d'une personnalité borderline (Grover et coll., 2007 ; Tyrka et coll., 2009 ; Lobbestael et coll., 2010).

Cependant, d'autres études montrèrent que les agressions infantiles jouent un rôle dans l'étiologie d'autres troubles de la personnalité. Ainsi, pour Bierer et coll. (2003), les traumatismes infantiles sont retrouvés chez 68 % des sujets présentant un trouble de la personnalité, certes dans le trouble de la personnalité borderline, mais également chez les paranoïaques et les sujets psychopathiques. De la même façon, Battle et coll. (2004) retrouvent des antécédents d'agression dans l'enfance dans 73 % des cas, et de négligence dans 82 % des cas, dans une population de 600 sujets présentant un trouble de la personnalité.

Certains auteurs recherchent les traumatismes au sens large, incluant, outre l'abus sexuel, la violence, les séparations d'avec les parents et les maladies infantiles. Seuls, alors, 6,4 % des sujets borderline échappent à ce traumatisme élargi, contre 61,5 % des témoins (Bandelow et coll., 2005). Il faut alors se poser la question des facteurs associés aux agressions infantiles, facteurs qui peuvent jouer un rôle étiologique. L'étude de Nickel et coll. (2004), à partir de 936 patients vus en consultation, a retrouvé 250 sujets victimes d'agression sexuelle infantile, pratiquée dans 29 % des cas par des personnes étrangères à la famille. Mais on observe parallèlement, chez les parents, un taux important de conflits, d'alcoolisme et d'infidélités.

Il apparaît ainsi que les traumatismes infantiles sont nettement liés au trouble de la personnalité borderline. Mais ils ne concernent pas que ce trouble de la personnalité, et ils vont de pair avec d'autres facteurs de déséquilibre : violence intrafamiliale, négligence, instabilité, séparations.

Les auteurs ont également recherché si la présence d'un traumatisme infantile accentue certains symptômes chez les sujets souffrant d'un trouble de la personnalité borderline. On trouve ainsi une corrélation entre l'agression infantile et les comportements suicidaires (Soloff et coll., 2002 ; Soderberg et coll., 2004), les douleurs et les plaintes somatiques (Sansone et coll., 2006). Pour McLean et Gallop (2003), la pathologie est d'autant plus grave que le traumatisme est précoce. La comorbidité entre le trouble de la personnalité borderline et le stress post-traumatique apparaît assez importante. Pour Pagura et coll. (2010), 30 % des sujets qui présentent une personnalité borderline souffrent d'un état de stress post-traumatique ; inversement, 24 % des sujets présentant un état de stress post-traumatique ont un diagnostic de personnalité borderline. À partir de sujets souffrant de stress post-traumatique, Pietrzak et coll. (2010), dans une étude épidémiologique, retrouvent des prévalences notables de personnalités borderline, schizotypique et narcissique.

L'état de stress post-traumatique complexe ainsi que le trouble lié à un stress extrême non spécifié (*Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified* ou DESNOS), deux pathologies voisines, ont été décrits récemment et semblent comporter des symptômes qui les rapprochent de la pathologie borderline. On observe en effet des difficultés relationnelles avec perte de confiance et agressivité, des difficultés mnésiques et des troubles dissociatifs, des troubles somatoformes, des comportements impulsifs hétéro- et auto-agressifs, une perte de l'estime de soi avec honte et culpabilité, des troubles sexuels, une tendance à idéaliser l'agresseur et des conduites de revictimation. Ces pathologies sont observées après des traumatismes graves de l'enfance, avec agression sexuelle ou physique avant ou après quatorze ans, ou après des catastrophes naturelles (Van der Kolk et coll., 2005 ; Cloitre et coll., 2009). La question d'une identification complète de ces pathologies traumatiques à la personnalité borderline a été posée, sans être résolue. Les auteurs s'en tiennent pour l'instant à un recouvrement plus ou moins important de ces entités qui comportent des étiologies communes (Driessen et coll., 2002 ; McLean et Gallop, 2003).

Psychothérapie cognitive

Les approches thérapeutiques des personnalités borderline se caractérisent par leur multiplicité et leurs difficultés. Nous ne nous étendrons pas sur les traitements psychotropes, symptomatiques et non spécifiques (Balant et coll., 1991), ni sur les psychothérapies d'inspiration psychanalytique, qui ont fait l'objet de nombreuses communications à la suite des travaux de Stone et surtout de Kernberg : cet auteur a introduit des modifications techniques très directives passant par l'établissement d'un contrat préalable destiné à limiter les comportements suicidaires, auto-agressifs, toxicomaniaques et les appels téléphoniques intempestifs (Selzer et coll., 1987).

Le déroulement des psychothérapies cognitives des personnalités limite varie selon l'orientation théorique des auteurs.

Theodore Millon (1981) intervient de façon prioritaire sur le sens de l'identité de soi. La technique de Young et Klosko (1995, 2005) comporte un travail cognitif s'intéressant d'emblée aux schémas dysfonctionnels. Young et Klosko (2005) décrivent dix-huit schémas précoces inadaptés qui s'installent chez le sujet quand les besoins fondamentaux n'ont pas été satisfaits. Face au schéma précoce inadapté, le sujet peut adopter trois attitudes : soumission, évitement ou compensation. Concernant le trouble de la personnalité borderline, Young retrouve quatre modes, ou regroupement de schémas : l'enfant abandonné, l'enfant coléreux et impulsif, le parent punitif, le protecteur détaché. La thérapeutique consiste alors à repérer, dans la vie courante, les attitudes réactionnelles qui correspondent à ces modes. Le sujet est invité à en prendre conscience et à les moduler. Ensuite, Young propose des jeux de rôle qui consistent à revivre les situations infantiles douloureuses qui ont servi de point de départ à ces modes. Le patient jouera tour à tour son mode, puis celui du parent dysfonctionnel, puis celui d'un parent sain. Marsha Linehan (2000) intègre de façon éclectique les approches psychanalytiques, cognitives, systémiques et transactionnelles : elle privilégie le contrôle émotionnel et l'amélioration des compétences sociales grâce à un protocole thérapeutique minutieux qui associe systématiquement une prise en charge individuelle et un travail de groupe.

Il s'agit d'abord de démystifier et de contrôler le domaine émotionnel. Les émotions ne sont ni stupides ni aléatoires. Elles ont une origine et un déroulement qu'il faut mieux connaître. Le sujet est invité à les observer, à les baliser d'images, de mots et de ressentis. Chaque émotion est ensuite étudiée en détail. Des techniques sont proposées pour repérer et contrôler les réactions excessives, en particulier les attitudes violentes et destructrices.

Beck et Freeman (1990) préconisent la séquence suivante :

- renforcement de la coopération thérapeutique ;
- réduction de la pensée dichotomique ;
- amélioration du contrôle émotionnel ;
- renforcement du sens de l'identité de soi ;
- abord cognitif des schémas.

Renforcement de la relation thérapeutique

Le style de relation si particulier des patients borderline influence toute la relation thérapeutique et nécessite une vigilance de chaque instant. Il est indispensable de pouvoir établir une relation de confiance, une forme d'intimité qui ne puisse pas être ressentie comme intrusive. Le patient borderline, continuellement tiraillé par des sentiments ambivalents, partagé entre sa demande d'aide massive et sa crainte du rejet et de la dépendance, doit pouvoir prendre conscience, dans le cadre de sa thérapie, qu'il existe au moins une personne avec laquelle il est apte à établir une relation durable. Le style de la thérapie est thérapeutique par son exemplarité. C'est pourquoi le thérapeute doit se montrer fiable, moins par des déclarations de bonnes intentions, toujours susceptibles d'augmenter la suspicion du patient, qu'en étant sincère, clair, assertif.

L'autre problème crucial concerne la bonne distance à établir pour maintenir une relation thérapeutique viable : trop de réserve peut être ressentie comme un rejet ; trop de chaleur, de proximité physique, notamment visuelle, comme une intolérable familiarité, une forme de voyeurisme potentiellement dangereuse, à l'instar des situations d'abus physiques vécues dans l'enfance.

Lorsque les patients éprouvent de violentes émotions, en particulier en début de thérapie, il est essentiel de mettre au jour leurs pensées automatiques et dysfonctionnelles, et de procéder à une analyse fonctionnelle.

Il importe de différencier émotions primaires et secondaires (Greenberg et Safran, 1987). Les premières ont un rôle adaptatif (besoin d'être aimé inconditionnellement). Selon Linehan, elles doivent être identifiées et validées. L'invalidation consisterait à confronter les patients borderline à l'anachronisme de ces émotions, tout comme, à l'inverse, les accepter inconditionnellement. La confrontation tourne à la polémique et l'acceptation inconditionnelle à l'intrusion (fusion \Rightarrow rejet). La validation consiste à reconnaître la pertinence des émotions primaires dans certains contextes, à les considérer comme des hypothèses valables et, dans un deuxième temps, construire des épreuves de réalité alternatives.

Quant aux émotions secondaires, elles sont réactionnelles aux précédentes et généralement dysfonctionnelles. Elles constituent la partie visible de la chaîne émotionnelle et sont renforcées par les facteurs de maintien. C'est pourquoi elles motivent habituellement la demande de soins en raison de leur caractère ego-dysfonctionnel. Les patients cherchent intensément à comprendre pourquoi ils répètent des comportements et des émotions si manifestement contraires à leurs propres intérêts.

La validation comporte l'identification, la reformulation et l'acceptation des émotions, ce qui conduit le patient à prendre un peu de distance par rapport au thérapeute et à rééquilibrer de lui-même sa position.

Les thérapeutes sont souvent confrontés à leurs propres réactions émotionnelles intenses qui peuvent aller de la colère à l'angoisse, de l'espoir à la compassion, de l'exaspération à l'attirance, notamment quand ils sont

soumis à des comportements de séduction destinés à les mettre à l'épreuve. Il est donc essentiel de conserver une attitude calme, quasi flegmatique, pour faire face à tous ces orages émotionnels.

D'autres obstacles surgissent en cours de thérapie, notamment l'angoisse du changement : comment abandonner les vieilles habitudes, dysfonctionnelles mais ayant fait la preuve de leur relative efficacité, pour de nouvelles méthodes, certes plus cohérentes mais aux résultats encore incertains ? Quel *tempo* adopter pour la thérapie ? Comment ne pas aller trop vite ou trop lentement ? Les patients doivent être régulièrement questionnés sur ces points majeurs. Ils doivent pouvoir conserver un sentiment de contrôle sur le cours de la thérapie, se sentir libres de continuer ou pas, d'effectuer ou non les tâches proposées. Plutôt que d'engager des épreuves de force, il est plus efficace de les interroger sur les « pour » et les « contre » du choix d'un comportement de non-changement. La fin de la thérapie peut également être un facteur angoissant qu'il importe de mettre précocement en lumière pour en envisager les moyens pratiques. L'observation d'un programme thérapeutique méthodique va permettre de contenir les états de crise et ne pas se laisser entraîner dans le tourbillon des péripéties de la vie quotidienne.

Choix des interventions initiales

Il est particulièrement délicat, compte tenu de la multiplicité des problèmes concomitants. Comment sélectionner les bonnes interventions initiales, ne pas se laisser entraîner d'un sujet à l'autre, au gré des événements, des émotions contradictoires ? Comment maintenir le cap sur des objectifs qui paraissent pertinents ou intéressants ? Le thérapeute peut être tenté d'appliquer, à chaque catégorie de troubles successivement exprimés, des techniques diverses puisées dans son expérience clinique, comme autant de « recettes ». Cette approche risque d'être rapidement mise en échec, et c'est pourquoi Beck préconise l'usage initial de la technique dite de la « découverte guidée » (*guided discovery*) pour rester au plus près des problèmes du patient, découvrir leur spécificité, rester en alerte face à des symptômes apparemment banaux. La découverte guidée permet au patient de se découvrir lui-même avec plus d'acuité, de compétence linguistique et d'autonomie.

Affaiblissement de la pensée dichotomique

Le style de pensée dichotomique des patients borderline est tellement puissant qu'il constitue une sorte de tache aveugle : rien ne sert de les y confronter, même de façon répétée, car ils ne comprennent pas qu'il soit possible ou utile de penser autrement. Beck préconise d'en favoriser la prise de conscience et surtout le changement par l'usage systématique de la méthode du « continuum ». Le patient est invité à établir une hiérarchie de personnes, de situations, d'émotions, en fonction des sentiments qu'il

leur porte et dont les pôles extrêmes peuvent être par exemple : confiance-défiance, peur-réconfort, plaisir-déplaisir. Il est amené progressivement à classer de façon nuancée ces situations et sentiments relativement les uns aux autres. La puissance du questionnement socratique trouve ici matière à s'illustrer. Cette technique a l'avantage d'être à la fois pédagogique et thérapeutique et de permettre au patient de découvrir en lui-même certaines potentialités émotionnelles et intellectuelles jusque-là peu utilisées. Elle évite la confrontation, peu ou prou humiliante, avec les limitations intellectuelles de la pensée dichotomique, que le patient finit par identifier lui-même et traiter par la méthode du continuum.

Accroissement du contrôle émotionnel

L'affaiblissement du mode de pensée dichotomique s'accompagne constamment d'une amélioration thymique, avec une diminution des sautes d'humeur, mais ne résout pas tous les problèmes émotionnels des patients borderline. L'appréhension d'un rejet consécutif à l'expression d'émotions violentes conduit certains patients à exercer sur elles un contrôle excessif. Ils peuvent être très angoissés par l'incitation du thérapeute à les manifester, même dans le cadre artificiel et sans repréailles prévisibles de la thérapie. C'est pourquoi les techniques d'abréaction émotionnelle ne sauraient être employées qu'avec la plus extrême prudence chez ces patients. Beck préconise de les questionner fréquemment à propos leur état émotionnel et d'apporter par une attitude d'acceptation, de tolérance et de bienveillance, la démonstration concrète que l'expression des émotions ne comporte pas tous les dangers imaginés.

L'amélioration du contrôle de l'impulsivité constitue un autre volet de la maîtrise émotionnelle. Là encore, le thérapeute ne saurait être le représentant de la société qui impose sa morale et ses normes. Il convie, en revanche, le patient à réfléchir aux avantages et inconvénients, aux conséquences des actes impulsifs, en l'incitant, sans relâche, à tenir compte de son propre intérêt. Un meilleur contrôle des impulsions passe par l'identification des signes avant-coureurs, l'inhibition de la réponse automatique par l'exploration des « pour » et des « contre », l'identification des solutions alternatives, et l'exploration de leur faisabilité, la sélection d'une réponse appropriée, la prédiction des conséquences, du coût émotionnel à payer, l'évaluation de la réponse qui inflige le plus souvent un démenti aux prédictions funestes ou apporte des dénouements inattendus.

Renforcement du sens de l'identité

Pour Beck et Freeman (1990), l'amélioration du sens de l'identité est une sorte d'« effet secondaire » de la thérapie, grâce à la prise de conscience progressive par le patient de ses propres buts, aptitudes et capacités de succès. S'il est souhaitable de les renforcer, c'est avec prudence et sincérité car la susceptibilité des patients borderline les conduit à se méprendre sur les

encouragements : ils sont prompts à déceler du mépris sous la félicitation, de la flagornerie sous le compliment. Le thérapeute doit donc veiller à être mesuré et parfaitement sincère dans toutes ses rétroactions positives.

Abord des schémas

Il constitue le point d'orgue de toutes les thérapies cognitives. Dans le cas des personnalités borderline, la force des croyances dysfonctionnelles est telle que seules des épreuves de réalité peuvent en venir à bout. C'est pourquoi, il vaut mieux ne pas approcher les schémas sur le mode de la controverse dialectique, comme dans les thérapies cognitives de la dépression, en raison du risque de tomber dans l'impasse de la rationalisation. Il est préférable de programmer précocement des épreuves de réalité qui vont permettre la confrontation entre les prédictions et les résultats, tant sur le plan des faits que des émotions. Mieux que les mots, les faits, à savoir les succès remportés par les patients dans leurs épreuves de réalité, invalident progressivement les schémas secondaires tels que : « *Je ne peux m'en sortir tout seul* », « *Je dois me contrôler à tout prix, sinon c'est la catastrophe* », « *De toute façon je suis incapable de me contrôler* ». Les schémas centraux tels que « *Je serai toujours seul* », « *Je ne compte pour personne* », « *Personne ne pourra jamais m'accepter* » sont progressivement démentis par le renforcement de la relation thérapeutique : il existe au moins une personne à laquelle pouvoir se confier, exprimer progressivement ses sentiments les plus intimes, les plus honteux, sans courir le risque d'être rejeté, méprisé. Certes, la vie ne se réduit pas à une relation thérapeutique, mais celle-ci peut constituer pour les personnalités borderline l'ébauche, le prototype de relations ultérieures plus nuancées, plus tolérantes, plus ouvertes sur l'imprévisibilité de l'existence.

Résultats

L'évaluation des résultats des thérapies des troubles de la personnalité est particulièrement difficile, du fait non seulement de la pluralité des variables, mais encore du taux élevé de co-occurrence avec d'autres traits ou troubles de la personnalité et de comorbidité avec des troubles de l'axe I. Il existe également des variations temporelles indépendantes du traitement, tout particulièrement chez les personnalités borderline.

C'est pourquoi, au stade préliminaire d'évaluation de nouvelles indications thérapeutiques des psychothérapies comportementales et cognitives, la méthodologie des essais comparés est réductrice (Linehan, 1997). Le recours à des essais ouverts, sans groupe contrôle, est légitime à condition d'utiliser les outils statistiques adéquats (analyse en composantes principales) et le maximum de rigueur dans le choix des instruments d'évaluation.

C'est pourquoi l'*American Psychiatric Association* a élaboré une liste de critères standardisés des thérapies empiriquement validées (EVT, 1995) :

définition des populations cliniques, objectifs thérapeutiques précis et utilisation de manuels thérapeutiques en constituent les trois pôles.

Seule la thérapie cognitivo-comportementale dialectique de Linehan satisfait à la quasi-totalité de ces critères, ce qui lui vaut le label de « thérapie probablement validée de façon expérimentale ». Elle comporte la sélection de patients borderline présentant des comportements suicidaires et parasuicidaires, la réduction de ces comportements pour objectif principal, le tirage au sort entre psychothérapies « comme d'habitude » et thérapie cognitivo-comportementale dialectique (une heure de psychothérapie individuelle quotidienne et une séance hebdomadaire de psychothérapie de groupe). Les patients poursuivent de façon concomitante leurs psychothérapies habituelles, quel qu'en soit le type. Ces études prospectives ont mis en évidence une réduction de la fréquence et de la gravité des comportements parasuicidaires, des suicides, des accès de colère et du nombre de jours d'hospitalisation. Plusieurs études confirment l'efficacité des thérapies cognitives et comportementales (Davidson et coll., 2006, 2010 ; Linehan, 1993 ; Linehan et coll., 1993, 2006 ; McMain et coll., 2009 ; Harned et coll., 2010 ; Kliem et coll., 2010).

Parallèlement, l'*American Psychiatric Association* (2001) a élaboré des recommandations pratiques pour le traitement des patients borderline, à l'instar des recommandations pratiques pour les troubles bipolaires (1994), schizophréniques (1997), paniques (1998), dépressifs majeurs (2000) et du comportement alimentaire (2000). Les commissions d'experts concluent que la psychothérapie est, quel qu'en soit le type, l'indication thérapeutique primordiale dans les troubles de la personnalité borderline complétée par une pharmacothérapie symptomatique en cas de nécessité. Ce consensus rejoint la tradition empirique. Le détail de ces recommandations comporte un mélange d'interventions d'inspiration psychanalytique et cognitivo-comportementale (définition claire du rôle de chaque intervenant de santé mentale, objectifs thérapeutiques clairement établis et adhésion aux objectifs prioritaires, gestion soigneuse et constante du risque suicidaire, accessibilité du thérapeute pendant les périodes de risque suicidaire élevé, supervision des thérapeutes, traitement des troubles actuels, identification des limites personnelles du thérapeute, souplesse de l'approche thérapeutique, rééquilibrage des responsabilités du patient par la validation émotionnelle et l'empathie).

9 La personnalité narcissique

Les principales caractéristiques des personnalités narcissiques sont l'infatuation, le besoin constant d'admiration, l'intolérance à la critique, la certitude de mériter un statut privilégié, l'indifférence aux autres et la tendance à les exploiter. Comment de tels traits de caractère, aussi communément partagés que le bon sens, s'assemblent-ils pour constituer une personnalité pathologique et qu'est-ce qui peut bien conduire des individus apparemment très satisfaits d'eux-mêmes à rechercher une aide psychologique ?

La souffrance psychique des sujets narcissiques résulte des déconvenues répétées de l'existence imputables aux perturbations de leur personnalité : elle seule motive une demande d'aide psychiatrique à l'occasion d'accès dépressifs à dominante hypocondriaque, d'impuissance sexuelle, d'abus de toxiques ou d'une énième rupture sentimentale favorisant la prise de conscience douloureuse que la vision grandiose de soi-même est loin d'être partagée par les autres.

Après une phase d'ascension sociale, favorisée par leur bonne opinion d'eux-mêmes, l'indifférence à autrui et l'absence habituelle de scrupules, les personnalités narcissiques commettent des erreurs de jugement liées à la surestimation de leurs propres compétences et qualités. Elles connaissent des échecs cuisants qui les amènent à rabattre de leur superbe. Elles vieillissent mal. Le regard neuf des jeunes générations, aux valeurs esthétiques différentes, brille moins que celui de leur public habituel, lequel finit d'ailleurs par se lasser de n'être convié qu'à célébrer leurs mérites sans contrepartie. Elles s'alarment alors de leur santé physique dont l'altération supposée vient à point nommé pour expliquer leurs défaillances. C'est donc par le biais de la médecine interne ou de spécialité que les personnalités narcissiques sont le plus souvent conduites à consulter un psychiatre non sans quelques réticences et attitudes de prestance quelque peu condescendantes.

Les illusions de richesse et de succès des personnalités narcissiques contrastent en effet avec la pauvreté de leur vie affective, l'échec de leur vie privée. Narcisse traite le genre féminin avec un tel mépris qu'il finit par déclencher la juste colère de Némésis : elle le condamne à tomber amoureux de son propre reflet car il a réduit au désespoir la nymphe Écho condamnée à renvoyer éternellement les paroles des autres. Tel est le destin des personnes proches des individus narcissiques : initialement fascinées par les attributs majestueux qui stimulent leurs propres aspirations de grandeur ou de protection, elles sont bientôt réduites à l'état de spectatrices passives. Elles sont obligatoirement admiratives, comme interdites d'éprouver d'autres sentiments que ceux imposés par le tyran qu'elles ont élu. Tant qu'elles participent au concert de louanges, elles peuvent chérir l'illusion d'être elles-mêmes

admirables d'admirer. Mais il n'en va plus de même quand l'inévitable concert de reproches ou de lamentations leur fait place. Elles éprouvent alors le sentiment pénible d'avoir été exploitées puis rejetées après usage.

Le concept de narcissisme, initialement utilisé par Freud de façon restrictive pour expliquer le choix d'objet homosexuel masculin, a été étendu à l'ontogenèse. Il a subi tant d'avatars qu'il est devenu passe-partout et dénué de toute spécificité. À mesure que les psychanalyses des pathologies de caractère hystérique, obsessionnel et 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, connaissaient un intérêt croissant, notamment dans les œuvres de Kernberg (1975) et Kohut (1975), au point d'accéder au rang des meilleures indications de la psychanalyse. Le concept de narcissisme, en dépit de son flou, reste donc solidement ancré dans le langage psychiatrique et subsiste dans la classification DSM, malgré sa connotation étiologique.

Dans le groupe 2 de l'axe II du DSM-IV, 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.

Les Caractères abondent de portraits d'orgueilleux dont La Bruyère excelle à peindre l'allure grotesque pour l'opposer à la vraie grandeur : la noblesse du cœur et de l'esprit. De nos jours, les Narcisse ne sont pas moins nombreux qu'à la cour du Roi Soleil, mais tous peuvent désormais prétendre à la notoriété car la puissance des médias leur offre une audience quasi illimitée. Ces derniers célèbrent sans discontinuer le culte du succès, de la richesse et de la beauté qui tendent à s'imposer comme normes sociales dominantes. Comment différencier les personnalités narcissiques de cette toile de fond, de cette foire aux vanités, et faire la part de ce qui est pathologique et de ce qui appartient à l'« esprit des mœurs » ? Aucun La Bruyère, aucun Molière ne répondent aujourd'hui, et ils nous manquent cruellement.

La mission des psychiatres n'est certes pas de combler ce vide, mais de prendre en compte la souffrance ressentie ou infligée à leurs proches par les personnalités narcissiques et de leur apprendre les moyens pratiques et efficaces de les alléger. C'est l'objectif principal des thérapies cognitives : c'est pourquoi les personnalités narcissiques constituent une excellente indication aux thérapies cognitives à condition que les comportements d'exploitation d'autrui ou de transgression ne soient pas trop prépondérants.

Apparence comportementale

La recherche acharnée d'un statut spécial, la nécessité impérieuse de tout contrôler afin de parvenir à leurs fins, quels qu'en soient les moyens, résument le comportement habituel des personnalités narcissiques. Elles recherchent activement l'admiration d'autrui et sont intolérantes à la critique.

Une susceptibilité aux aguets se dissimule derrière toutes les nuances de l'autosatisfaction, de l'absence de modestie jusqu'à l'arrogance en passant par la vantardise, la prétention, la suffisance, les airs pompeux, la morgue. Intarissables sur leurs qualités ou leurs prouesses, elles semblent exclusivement préoccupées par le spectacle d'elles-mêmes auquel elles convient les autres.

Leur apparence est recherchée, élégante sans être forcément tapageuse, ou encore nonchalante, soigneusement négligée, témoignant d'une désinvolture qui ne manque pas de s'exercer aux dépens de ceux qui succombent à leur charme.

Elles sont jalouses de leurs propres biens et envieuses de ceux des autres qu'elles affectent de mépriser. Seules leur propre richesse, leur beauté et leur renommée semblent les intéresser : elles recherchent la compagnie des célébrités du jour afin de se placer sous les projecteurs ou dans le champ de la caméra. Il n'est pas de personnage en vue qui ne devienne prétendument leur ami si ce n'est leur obligé. Elles affectionnent traitements de faveur, passe-droits, marques d'attention spéciales ou de servilité qui sont leur ordinaire. Exceptions vivantes aux règles qui assujettissent le commun des mortels, les personnalités narcissiques prétendent aux mêmes privilèges dans l'adversité. Promptes à s'alarmer au moindre souci de santé, elles consultent derechef les sommités du temps qui deviennent prétendument leurs amies.

Relations interpersonnelles

Les alternances d'admiration et de mépris rythment toutes les relations sociales des personnalités narcissiques. Les autres doivent être le reflet de leur propre grandeur : elles utilisent tous les registres de la flatterie à la flagornerie pour y parvenir. L'adversité ne les stimule pas à la différence des personnalités antisociales dont elles partagent le manque de scrupule. Elles préfèrent exploiter la faute, la susciter habilement plutôt qu'affronter directement l'adversaire.

Contrôler les autres à leurs propres fins constitue leur activité principale : elles font preuve à cet égard d'un talent particulier d'autant plus que les nombreux succès remportés auprès de ceux qui en ont été dupes leur confèrent une certaine habileté dans la manipulation et les renforcent dans leur conviction d'être dans leur bon droit. Au besoin, elles rémunèrent les marques d'admiration par des cadeaux somptueux, des pourboires exorbitants destinés à épater la galerie, non sans mépriser simultanément la vénalité de leurs bénéficiaires.

Indifférentes aux sentiments d'autrui qu'elles sont dans l'incapacité de percevoir (absence d'empathie), elles exploitent sans vergogne leurs ressources et leurs qualités pour briller davantage. Affables jusqu'à l'obséquiosité avec les puissants, elles rudoient les petits et les faibles.

Aucune société humaine permanente ou temporaire n'est épargnée par ces prédateurs et ceci de tout temps : toutes peuvent offrir un cadre propice, une niche écologique où ils s'adaptent et se perpétuent, qu'il s'agisse des sociétés

savantes ou sportives, d'organisations de travail ou de loisirs. Les lieux où l'on s'affiche, les milieux du spectacle, de la mode, des médias ont leur préférence mais ils ne dédaignent pas les compagnies plus humbles où ils peuvent briller sans péril de concurrence et faire des conquêtes à peu de frais. À la recherche constante d'un public admiratif, les personnalités narcissiques sélectionnent leurs relations sociales dans ce but unique et rejettent sans état d'âme tous ceux et celles qui ont cessé d'applaudir ou de leur servir de faire-valoir. C'est dire que leur cercle d'admirateurs s'amenuise au fil des ans, réduits à quelques familiers successivement flattés, stipendiés et méprisés. Les propos blessants et les humiliations finissent par faire le vide autour d'eux.

La solitude et la dépression s'installent. Les plaintes hypocondriaques font place aux autocélébrations grandiloquentes : loin d'émouvoir et d'attirer les regards, elles finissent par user la patience de leurs derniers fidèles. La maladie organique ou le suicide peuvent conclure un parcours solitaire à force d'illusions.

Gestion des affects

Demeurer sous les projecteurs, rester le point de mire de regards admiratifs ou envieux constituent des sensations fortes dont la recherche motive de façon permanente les personnalités narcissiques. Leur humeur habituelle est donc enjouée, charmeuse mais contrôlée, comme sur le qui-vive, à l'affût des proies potentielles. La froideur et le calcul percent sous l'aménité de façade. La bonne humeur et la nonchalance affectées dissimulent l'angoisse de ne pas plaire, d'être critiquées, rejetées, ce qui advient inévitablement. Des accès de colère, de rage froide, hautaine, font alors place à la bienveillance feinte. L'impuissance sexuelle, la dépression, les angoisses hypocondriaques succèdent aux moments d'euphorie ou sanctionnent des conduites addictives ou à risque effectuées sous l'emprise du sentiment d'invulnérabilité et d'impunité. Elles témoignent d'une estime de soi particulièrement fragile, contrastant avec les forfanteries habituelles. Leur flegme apparent masque en fait des fluctuations d'humeur rapides, des oscillations d'euphorie et d'abattement : le sentiment de triomphe et de maîtrise qui salue le succès de leurs manipulations contraste avec l'accablement qui résulte d'échecs en apparence bénins. Les personnalités narcissiques encaissent mal les coups du sort et tout particulièrement du vieillissement et de la maladie : habituées à s'inspecter sans relâche, elles en guettent les signes avant-coureurs. Leur obsession de perfection en fait des malades surinformés. Après avoir usé de toutes les jouissances de l'existence, y compris des plus perverses, les personnalités narcissiques trouvent dans la manipulation gourmande du jargon médical propre à l'hypocondrie une compensation à leur vertu, désormais obligatoire.

Style cognitif

Toute l'activité psychique des personnalités narcissiques est accaparée par des thèmes de grandeur, envahie par des rêveries grandioses où elles

s'octroient la meilleure place. Des fantaisies de richesse, puissance et beauté se succèdent et s'alimentent du spectacle des célébrités du temps. La dimension visuelle et l'importance accordée à l'apparence prédominent dans l'analyse de la réalité. Elles se comparent automatiquement aux autres en termes de supériorité-infériorité, singularité-banalité, puissance-faiblesse, richesse-pauvreté, beauté-laideur. Le traitement des informations est dichotomique. Il en résulte des distorsions perceptives, un appauvrissement du registre cognitif, une incapacité à accéder à des critères d'évaluation plus complexes, notamment à percevoir chez les autres des sentiments plus délicats, des valeurs morales, spirituelles, culturelles, lesquelles sont méprisées avec cynisme.

L'activation permanente des processus d'auto-attribution en termes de grandeur régit toute leur activité mentale et les conduit à enjoliver leurs récits, à mentir de façon pathologique et ce par intérêt, plaisir ou habitude, au point de finir par croire en leurs propres mensonges. Ces processus ressemblent aux pseudologies fantastiques des pathologies factices. Ils perturbent considérablement leur jugement et les conduisent à des erreurs par forfanterie.

Les processus attentionnels peuvent également être perturbés par l'invasion de fantasmes de grandeur qui gênent les apprentissages ou par des sentiments envieux à l'encontre des figures professorales intensément enviées et dévalorisées. Les études secondaires ou supérieures peuvent être brillantes si elles sont associées à un statut privilégié, à des marques d'admiration. Mais les critiques sont mal reçues ; les déceptions succèdent aux débuts prometteurs.

La confrontation de leurs propres qualités surévaluées à l'épreuve de la réalité inflige souvent aux personnalités narcissiques des démentis pénibles. En dépit de leur souci d'indépendance, elles s'attachent volontiers à des personnages tout-puissants et idéalisés qui peuvent s'avérer des prédateurs tout aussi coriaces sinon plus qu'elles-mêmes. Elles cèdent alors à des pensées catastrophiques, au doute sur leur propre valeur, à l'angoisse. Il leur est donc indispensable de se rassurer en recueillant sans délai ni relâche des témoignages d'admiration.

Les blessures d'amour-propre, les brusques dévaluations de l'estime de soi conduisent à la consommation solitaire ou conviviale de toxiques qui favorisent l'évasion dans un monde irréel. L'angoisse y est abolie et les conduites à risque, les passages à l'acte effectués avec un sentiment d'impunité (prodigalités, harcèlements sexuels, violences, conduite automobile imprudente ou en état d'ivresse).

La *perception de soi* des individus narcissiques est caractérisée par un sentiment d'unicité, d'exception. À la différence des personnalités antisociales, ils ne considèrent pas que les lois soient forcément mauvaises et injustes, mais destinées aux autres et contournables à leur profit. L'immunité narcissique se cumule volontiers avec d'autres.

La devise, le schéma central des individus narcissiques, est : « *Je suis spécial.* »

Toutes les croyances secondaires découlent de ce postulat fondamental d'exception :

- « *Puisque je suis spécial, j'ai le droit à des privilèges.* »
- « *Je dois être admiré.* »
- « *Ceux qui ne m'admirent pas doivent être punis.* »
- « *Ceux qui me critiquent m'en veulent, sont jaloux.* »
- « *Mes besoins passent avant ceux des autres.* »
- « *Je suis au-dessus des lois.* »

La *perception des autres* est manichéenne : ils ne peuvent être qu'admirés ou admirateurs, méprisés ou contempteurs, utiles ou usagés. Le sentiment d'être seul contre tous résulte d'une méfiance née des déconvenues antérieures, de la tendance à attribuer à autrui leurs propres traits de caractère.

Il est bien évident que l'objectif des thérapies cognitives n'est pas d'extirper des convictions aussi profondément enracinées mais d'en atténuer la tyrannie en restaurant une capacité de jugement plus nuancée et en leur apprenant à respecter davantage les sentiments d'autrui.

Le narcissisme malin

À côté d'une forme courante de trouble de la personnalité narcissique qui reste socialement adaptée et peut consulter en psychiatrie, Kernberg (1989, 2007) décrit une forme maligne de narcissisme avec attitude antisociale, associée à une organisation de type borderline et résistant aux thérapeutiques. Reprenant ce concept dans le cadre d'une enquête sur les contes de fées, Goldner-Vukov et Moore (2010) isolent un noyau narcissique fondamental, associé à des tendances paranoïaques, antisociales et sadiques.

Épidémiologie

D'abord décrit par le psychanalyste Kernberg au sein d'une clientèle new-yorkaise, le trouble de la personnalité narcissique n'a pas d'emblée donné lieu à des recherches en population générale. Dans leur synthèse établie en 2002, Charitat et Schmitt donnent une prévalence de 1 % dans la population générale. De façon contrastée, Stinson et coll. (2008) proposent une prévalence sur la vie beaucoup plus importante, 6,2 %, dans le cadre d'une vaste enquête épidémiologique pratiquée aux États-Unis. Plus fréquente chez l'homme que chez la femme (7 % *versus* 4 %), la personnalité narcissique se trouve particulièrement présente chez les Noirs, les Hispaniques et les célibataires. Elle est associée aux troubles de l'humeur, au stress post-traumatique et à une certaine marginalité. Le lien avec le stress post-traumatique est également noté par Pietrzak et coll. (2010). De façon plus médicale, Zimmerman et coll. (2005) ont pratiqué une enquête chez des patients consultant en psychiatrie. La fréquence du trouble de la personnalité narcissique est alors de 2 %. La personnalité narcissique est également signalée dans les populations criminelles, en particulier chez le pédophile hétérosexuel familial (Proulx et coll., 1999).

Étiopathogénie

L'étiopathogénie des personnalités narcissiques a fait couler beaucoup d'encre. Pour Kernberg (1970), il s'agit d'une pathologie située au « niveau inférieur d'organisation » de la pathologie du caractère dont la thérapeutique nécessite des ajustements techniques aussi directifs que pour les personnalités limites.

Kohut (1975) est plus indulgent et décèle dans certaines de leurs pulsions exhibitionnistes un « narcissisme sain » qu'il convient de distinguer du pathologique en aidant le « Soi » à se restaurer.

Millon (1981), dans une perspective radicalement comportementale, met l'accent sur les facteurs éducatifs et renforcements positifs inappropriés émis par les parents ou les proches au cours de la petite enfance : lorsque les parents répondent à leur enfant par une admiration exagérée, ils perturbent la perception de sa propre valeur en regard de la réalité. Il s'agit pour cet auteur d'une distorsion de l'image de soi, souvent accentuée par « modelage social » sur la propre infatuation des parents.

La pertinence clinique de la théorie proposée par Frances (1985) est plus satisfaisante : tous les enfants uniques ou gâtés ne deviennent pas forcément narcissiques, tant s'en faut. En revanche, certains enfants défavorisés ou « spéciaux », en raison d'un statut différent (ethnique, économique, handicap) le deviennent volontiers. Ils développent des sentiments d'infériorité et d'envie qu'ils compensent par des fantaisies grandioses et l'attachement à des personnalités outrecuidantes ou cyniques qui sont révérees et imitées. Certaines expériences d'humiliations précoces à l'occasion des premières expériences affectives ou scolaires peuvent avoir un rôle déterminant et focaliser toute l'organisation ultérieure de la personnalité autour de rapports de supériorité-infériorité, domination-soumission. Une pathologie psychotraumatique est d'ailleurs retrouvée par certains auteurs chez les sujets narcissiques (Bierer et coll., 2003 ; Grover, 2007).

Bien évidemment, toutes ces données résultent d'études de cas individuels peu nombreuses et ne sauraient être extrapolées à l'ensemble et à la diversité des personnalités narcissiques.

Thérapeutique cognitive

Les personnalités narcissiques constituent probablement une des meilleures indications des thérapies cognitives, après les histrioniques, à condition que les comportements d'exploitation et les conduites addictives ne soient pas prépondérants. Les patients narcissiques mettent au service de la thérapie leur goût de l'excellence mais s'avèrent fort sensibles aux expériences émotionnelles susceptibles d'amoindrir leur estime de soi. La relation thérapeutique est donc gratifiante au début mais devient rapidement difficile, car ces patients tolèrent mal la frustration ou transgressent volontiers les conventions thérapeutiques. Les thérapeutes doivent être particulièrement attentifs à leurs propres réactions émotionnelles et utiliser pour eux-mêmes de façon

intensive les techniques cognitives en vue de maintenir leur estime de soi. Ces patients sont en effet prompts à les dévaloriser après les avoir flagornés. Les thérapeutes doivent garder à l'esprit que le style cognitif des patients narcissiques s'exprime en termes de supériorité-infériorité et que la relation thérapeutique ne saurait y échapper. Le maintien d'un cadre thérapeutique strict est donc indispensable et nécessite de faire face aux tentatives de séduction ou de transgression destinées à obtenir un statut privilégié (fumer pendant les séances, modifier sans cesse les horaires à sa guise).

Les objectifs de la thérapie cognitive sont :

- maintenir une bonne coopération thérapeutique, difficile chez ces patients susceptibles et exigeants ;
- minimiser les affects pénibles liés aux jugements négatifs des autres, élargir le registre cognitif, prendre conscience des nuances dans les jugements ;
- développer des capacités d'empathie et amoindrir des comportements d'exploitation d'autrui.

Les techniques cognitives consistent dans le repérage des situations problématiques. La succession des *situations* → *émotions* → *cognitions* → *comportements* doit être notée sur un carnet de bord afin d'établir une liste de problèmes concrets sur lesquels revenir souvent.

Le recadrage cognitif consiste à affaiblir les sentiments de supériorité en imaginant des croyances alternatives du type « *Chacun est spécial à sa manière* », « *Les choses ordinaires peuvent avoir du bon* », « *L'esprit d'équipe peut avoir des avantages* », « *Je peux être heureux sans être perpétuellement admiré* », « *La supériorité et l'infériorité varient sans cesse, selon les époques, les gens : il s'agit de simples jugements de valeur* », etc.

Sous leur trivialité apparente, ces croyances alternatives contribuent à rassurer les patients narcissiques sur leur estime de soi toujours en péril : ils en pèsent les avantages et les inconvénients, d'abord d'une façon théorique qui concorde avec leur penchant pour la rationalisation, puis d'une façon pratique grâce à des jeux de rôle et des épreuves de réalité.

Le développement de la capacité de questionnement des autres passe par des épreuves de réalité telle que l'agréable pêche aux compliments puis la sollicitation des avis et critiques : par exemple, le thérapeute propose, à titre d'expérience d'exposition dans le cadre de la séance, d'émettre des commentaires, d'abord bienveillants, puis plus acerbes sur la personne du patient. Le renversement des rôles contribue à activer les mécanismes de compréhension des jugements des autres et à en améliorer progressivement la tolérance.

L'amoindrissement des comportements d'exploitation d'autrui (harcèlements sexuels), d'agressivité (conduite automobile imprudente) et d'abus toxiques (états d'ivresse) est une des ambitions du traitement : le patient est invité à établir un carnet de bord en forme d'argumentaire où noter quotidiennement les avantages et les inconvénients liés à ces pratiques. Grâce à l'évaluation répétée des gains qui résultent du renoncement aux activités

à risque ou de la non-consommation de toxiques, l'adhésion des patients peut être obtenue progressivement. Les défaillances prévisibles sont anticipées, débattues, afin que le patient prenne conscience que l'attitude du thérapeute ne saurait être celle d'un censeur, même à son insu.

Les techniques cognitives comportent donc de nombreuses interventions comportementales destinées à modifier les comportements problématiques de façon à alléger la souffrance des personnalités narcissiques ou de leur entourage. Ce dernier peut être également convié à participer au traitement soit par la participation à une thérapie cognitive de couple, soit en effectuant un travail cognitif concomitant.

10 La personnalité antisociale (ou psychopathique)

Définitions, épidémiologie

Familière, répandue, connue des littéraires et des cinéphiles, la personnalité antisociale a justifié plus de travaux que d'autres personnalités pathologiques. Malgré cela, elle reste mal définie, mal comprise par le grand public, justifiant des attitudes thérapeutiques qui demeurent boiteuses, discutées. L'antisocial, ou mieux le psychopathe, dupe nos classifications comme il dupe dans la vie le vulgaire pékin. Comment en sommes-nous arrivés là ? Une première raison ancestrale de cet égarement est que ce client particulier se voit traité par au moins trois institutions – la police, la justice et la médecine –, lesquelles adoptent à son endroit des attitudes disparates. Ce sont déjà plusieurs discours. Une autre raison, plus psychiatrique, est que trois traditions historiques, française, germanique et anglaise, en proposent des analyses notoirement diverses. Les Français d'autrefois, Magnan et Morel, faisaient du psychopathe un dégénéré constitutionnel portant dans son capital héréditaire son déséquilibre. Ce dernier terme 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.

L'école anglaise, avec Pritchard (1835) et Maudsley (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 réduisait, dans le DSM-III-R, à une énumération quasi policière 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. Une telle description, extérieure et sociale, très fragile au gré des époques et des pays, apparaît comme frustrante et sommaire, niant toute psychologie. Dans la pratique, elle a eu l'inconvénient de laisser inclure dans la catégorie des personnalités antisociales des troubles, éventuellement circonstanciels, qui avaient une autre origine. Vivement critiquée par plusieurs auteurs, elle a été remaniée pour aboutir dans le DSM-IV à une définition plus large et plus psychologique (Widiger et Corbitt, 1993). Au comportement de délinquance, ce manuel ajoute l'inconséquence, avec incapacité à maintenir des engagements, le manque de scrupules vis-à-vis des autres, le mépris du danger – pour soi et pour les autres. L'impulsivité est une dernière caractéristique, bien classique.

L'école germanique, avec K. Schneider, 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, etc. Les psychopathes instables correspondent à ceux qui nous intéressent dans ce chapitre. 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. Le terme est réutilisé aujourd'hui, en particulier par R.D. Hare qui a proposé une échelle graduée de psychopathie, la *Hare's Psychopathy Checklist*, en vingt items (Hare, 1980, 1991). Cette échelle se décompose en deux facteurs. Le premier facteur rassemble les traits suivants : narcissisme, égoïsme, orgueil, charme superficiel, absence de remords et d'empathie. Le second facteur est plus antisocial, avec un comportement de délinquance, de l'agressivité et une intolérance à la frustration.

Sous ce terme de trouble psychopathique, le tableau se complète et prend une plus grande rondeur psychologique. Il a l'intérêt, déjà présent chez Schneider, de situer une compréhension du trouble qui se trouve ailleurs que dans les agissements du sujet, et de restaurer ainsi la position du psychiatre par rapport à celle, empirique, du policier, pour lequel l'antisocial n'est rien d'autre qu'un sujet qui manifeste un comportement antisocial – comme le toxicomane n'est rien d'autre qu'un sujet qui consomme de la drogue. Mais il faut alors trouver les clés qui ouvrent la boîte noire. Elles sont peu nombreuses malgré les recherches attentives des psychologues, des neurophysiologistes et des généticiens. Une fois de plus, les cognitivistes sont attendus avec impatience.

Avant d'aborder notre réflexion, posons d'emblée les axes de la perspective cognitive. Il n'est pas question ici de prendre comme dimension première de cette personnalité la transgression des lois sociales, caractéristique culturelle, acquise ou imprégnée par imitation et par conséquent non naturelle. Nous devons situer les dysfonctionnements en amont, la délinquance s'en proposant ensuite comme une suite logique. Trois traits de personnalité peuvent nous servir de repères. Le premier est la facilité à agir, quel que soit le domaine de cette action : « *J'agis, donc je suis.* » C'est un élément bien classique qu'il faut comprendre comme une toxicomanie comportementale, prenant la place de la réflexion, de l'imagination et de l'anticipation. Le deuxième est l'obsession de s'affirmer de façon solitaire et téméraire, en méprisant la douleur, l'émotion, l'introspection, en laissant de côté les conseils des autres. Le psychopathe avance et ne s'écoute pas. Cette particularité est mise en avant par des auteurs récents tels que Millon et Everly (1985), Kagan (1986) et Beck et Freeman (1990). Un troisième trait fondamental est le mépris des émotions tendres qui sont considérées comme des marques de

faiblesse. Il en résulte une prédilection pour le mal et la douleur, plutôt infligés que subis, avec une attitude de triomphe dans la perversité que Kernberg qualifie de narcissisme malin (Kernberg, 1989, 2007).

L'épidémiologie a varié avec les époques, les contrées et les méthodes. La prévalence de 0,2 % estimée par Maier et coll. (1992) en Allemagne avec le SCID (cité par de Girolamo et Reich en 1993) contraste avec des prévalences sur la vie entière qui se stabilisent autour de 2 et 3 % pour des auteurs récents. Pour Grant et coll. (2004) qui ont mené une enquête épidémiologique aux États-Unis portant sur l'ensemble des troubles de la personnalité, la personnalité antisociale apparaît comme la plus fréquente, avec une prévalence à 3,6 %. La même équipe constate une comorbidité importante avec l'usage de drogues et d'alcool, observé dans 60 % des cas, particulièrement chez les hommes jeunes, vivant seuls, de bas niveau socio-économique (Compton et coll., 2005 ; Goldstein et coll., 2007). Dans une population de patients consultant en psychiatrie, la fréquence de ce trouble de la personnalité est de 3,6 % pour Zimmerman et coll. (2005). Pour Nestadt et coll. (2010), cette personnalité est stable sur une durée de douze à dix-huit ans. Plusieurs auteurs ont remarqué une comorbidité manifeste entre le trouble de la personnalité antisociale et le déficit de l'attention avec hyperactivité, corrélation également observée chez les délinquants et prisonniers de sexe masculin ou féminin (Semiz et coll., 2008 ; Goldstein et coll., 2010 ; Rösler et coll., 2009). Rappelons également la corrélation avec le trouble oppositifiel avec provocation observé chez l'enfant (Burke et coll., 2010).

Comportement et stratégie interpersonnelle

Le psychopathe passe à l'acte : c'est un de ses comportements principaux. L'action est chez lui une habitude, une idéologie qui prend la place de la réflexion, de l'émotion, des projets. Devant toute anxiété qui s'ébauche, incertitude qui se profile, menace qui rôde, le psychopathe répond par une décision impulsive qui est sentée tout résoudre, même si elle est absurde, hasardeuse ou violente. L'acte réalisé n'a souvent une signification qu'après coup. Il se déclenche au hasard, sans direction particulière : c'est une fugue, un geste violent ou délictueux, la rupture rapide d'une relation, l'absence inopinée lors d'un engagement concerté à plusieurs.

Ce désir de trancher se renouvelle de façon compulsive, s'auto-alimentant de sa propre jouissance, sans considération particulière pour le résultat. Limité par l'horizon court du passage à l'acte, le psychopathe ne prend pas le temps de la réflexion, de l'imagination, de l'hypothèse. Il se déploie sans tenir compte des usages, des opinions des autres. Ses comportements transgressent volontiers les lois, sans qu'il s'en soucie ou s'en rende compte. Cette méconnaissance donne à son impulsivité un caractère à la fois naïf et conformiste. Pour inventer ou créer, il faut s'appuyer sur des fantasmes ou des rêveries que le psychopathe n'a guère le temps d'ébaucher ; ses improvisations ne dépendent que du hasard ou d'un modèle convenu.

Cette toxicomanie de l'agi explique aisément l'instabilité et l'inconséquence. Certes, le psychopathe bâtit, à la va-vite, des plans et des projets mais de façon peu cohérente, inadaptée, et qui seront bouleversés par des impulsions ultérieures. Ce qu'il ressent est aussi urgent et volatil que ce qu'il mobilise, d'où des inspirations et des engouements qui accentuent encore son impatience et son insatisfaction.

La méconnaissance des lois et l'absence de référence culturelle n'expliquent pas toutes les transgressions du psychopathe. Il est facilement violent et agressif, prêt à se battre à la moindre alerte. C'est qu'il tient à s'affirmer par les moyens les plus élémentaires, les plus physiques. Il croit en lui, il méprise les autres et ne leur fait pas confiance ; il y a là une morale simplissime, bâtie depuis longtemps et largement éprouvée, une morale de jungle, sans tendresse aucune. C'est une éthique solitaire, qui ne demande ni ne donne, qui se veut réaliste, pragmatique, débarrassée des subtilités ou des sentiments. Les lois, les engagements, les impôts, les limitations de vitesse : tout cela le gêne. De la même façon, il ne s'encombrera pas de souvenirs, de remords, de chichis ; il fonce, il veut bâtir ; telle est son unique loi.

Derrière elle tout s'efface, en particulier les autres, dont il n'imagine jamais la position ou la souffrance ; lui-même n'en éprouve guère. Le mensonge, dans lequel il se dupe lui-même, ne le dérange pas car, en permanence, la fin justifie les moyens. De même, il joue sans remords tel ou tel personnage qu'il n'est pas, s'improvise, se coule dans un mimétisme fascinateur qui contredit pour un temps son désir d'originalité. Sa morale, non indexée sur la culture, l'émotion ou l'altruisme, est égoïste, personnelle, irréaliste. Pris la main dans le sac, le psychopathe invoque des raisonnements alambiqués, incompréhensibles pour le quidam : « *Elle n'avait pas qu'à se trouver là, elle m'a provoqué, c'est elle qui le souhaitait, elle n'a rien senti, elle exagère, une fracture du maxillaire, c'est pas bien grave...* » Derrière le rempart bétonné de cette justification unique, le psychopathe évacue sans cesse la culpabilité ; il ne veut pas la voir. Cela tient à sa fondamentale affirmation de lui-même, à son incapacité à imaginer la situation de l'autre.

Ce trouble de l'imaginaire et cette pauvreté culturelle peuvent être reliés au vécu temporel du psychopathe. Il vit dans l'instant, conçoit mal l'avenir et le passé. C'est une existence peu articulée, peu représentée, sensorimotrice qui ne fait guère appel aux antécédents et aux conséquents. Ce vécu fait de réflexes intuitifs va de pair avec une très classique naïveté qui tranche avec une protestation répétée de réalisme. Chacun, cependant, a sa conception du réalisme. Pour les bonnes gens, dont nous faisons partie, le réalisme implique une connaissance des usages et une prise en compte des conséquences émotionnelles de nos actes. Pour le psychopathe, le réalisme est un utilitarisme borné aux limites strictes de la personne.

Gestion des émotions

Les psychopathes se méfient des émotions, ils ont tendance à les refouler ou à les ignorer. D'une part, à travers le parti pris de courage et d'affirmation de

soi qu'ils ont développé, ils ignorent la souffrance. Dans ce même mouvement, ils l'ignorent chez les autres, méprisant avec une morgue prosaïque leur désarroi ou leurs mésaventures. D'autre part, ils redoutent les sentiments tendres et chaleureux qui sont pour eux synonymes de faiblesse et qui risqueraient d'entraver leur progression sociale. Cette analgésie, loin d'être une force dans l'existence, apparaît bientôt comme un handicap, car la perception des émotions et des souffrances est un mode de connaissance des autres et de soi-même.

En contrepartie, les psychopathes expriment de façon urgente des besoins impérieux qu'ils consomment sans grand plaisir. Il a été dit que le psychopathe est guidé par le plaisir. Cela n'est pas exact. Le plaisir va de pair avec une appréciation polysensorielle, intégrée culturellement, prévue, goûtée puis revécue qui n'est pas le véritable mode de satisfaction du psychopathe. Celui-ci connaît mal le langage culturel du plaisir, souvent convivial et diffusé selon une vaste sémantique. La jouissance du psychopathe est étroite, serrée dans le temps, mais aussi dans le champ de ses associations. Ce manque de distillation des éprouvés pourrait conditionner une évidente insatisfaction, soit de sensations que signalent Hare et Millon.

Style cognitif

Le psychopathe pense comme il agit, à coup de formules outrancières et prosaïques dont la logique est peu démontrée. Il est tourné vers le dehors, appliqué à sa stratégie, guère occupé à s'analyser. Pensée concrète, utilitariste, elle comporte peu d'alternatives, de débats ou d'hésitations. L'autre n'est pas toléré, ni en dehors de soi, ni en soi dans le contexte d'un dialogue intérieur. D'où forcément une impression de prison, de chemin étroit et des dialogues assez pauvres. C'est dans ce contexte que se développe la morale personnelle de l'antisocial, morale de jungle, à la fois réaliste selon son point de vue parce qu'elle méprise les illusions, mais irréaliste pour le sens commun parce qu'elle ignore l'avis des autres. Le point de vue personnel est parfois tellement exacerbé que la confrontation avec les représentants de la loi se déroule comme un dialogue de sourds.

Cette sélection personnelle est aussi celle de la mémoire. Reprenant la formule d'un héros de Stevenson, le psychopathe a une très bonne mémoire pour oublier. Peu animé par le remords, il classe définitivement les dossiers fâcheux au point de les ignorer bien vite. Cette ardoise magique vaut pour le passé comme pour le futur où, là encore, tout est sélectionné, lissé, dans le mépris des difficultés et des entraves. Au bout du compte, le psychopathe développe un univers téméraire, peu intégré, peu rassemblé, où les hauts faits et les anecdotes personnelles prennent le pas sur les connaissances générales et sociales.

Confirmant ces impressions cliniques, plusieurs auteurs ont mis en évidence des troubles sémantiques chez les psychopathes. Ceux-ci se révèlent moins efficaces que des sujets normaux à des épreuves de classements de mots ou d'images. Le manque d'appréciation de certaines caractéristiques

émotionnelles – par exemple « bon » ou « mauvais » – pénalise ce type d'épreuves. De la même façon, dans des épreuves de reconnaissance rapide, les mots à contenu plus émotionnel sont moins bien identifiés par rapport au groupe témoin (Williamson et coll., 1991). Pour Hare (1991), il existe chez les psychopathes un déficit d'indexation de l'information en termes d'abstractions et d'émotions. Chez ces sujets, les connotations gestuelles qui accompagnent l'expression linguistique sont pauvres et stéréotypées quand ils abordent des domaines abstraits ou chargés en émotions.

Le style cognitif du psychopathe peut se résumer à sa pauvreté législative. Certes, sociopathe, il intègre peu le monde social et culturel, ses lois, ses usages. Mais il ne cultive pas non plus, en lui-même, le sens des conséquences, les comparaisons et les résumés. Sa pensée personnelle ne comporte pas de légendes, de mythes ou de références. Elle n'est faite que de représentations d'actes et d'expériences brutes. Le vécu dans le présent et le peu d'indexations émotionnelles accentuent encore ce schématisme.

Perception de soi

Les psychopathes se considèrent comme forts, autonomes, conquérants, dominateurs. Réalistes, durs, insensibles à la douleur, ce sont des personnages combattants, qui se vantent de leurs exploits et s'enorgueillissent d'écraser les autres. Ces attitudes, qui recherchent peu un réel assentiment, sont souvent infantiles, basées sur des anecdotes et des exploits conjoncturels. Elles n'impressionnent pas vraiment le corps social, et c'est souvent d'ailleurs la rupture flagrante entre ce qui est prétendu et ce qui est entendu qui amène la décompensation et l'état dépressif. Mais celui-ci est souvent de courte durée, car le moindre petit succès, par exemple auprès d'un autre malade, suffit à relancer le système d'autovalorisation.

Perception des autres

Pour le psychopathe, les autres sont des outils dont il peut user à sa guise. Ils sont vulnérables, exploitables, « plumables ». Pour parler le langage adéquat, ce sont des « caves » ou des « pigeons ». Ce mépris et cette non-culpabilité pourraient être dus, dans la conception de Millon et Everly (1985), à des déceptions éprouvées par le sujet au cours de son enfance, de la part de ses parents, mais aussi de la part d'autres enfants. Il n'existe plus alors vis-à-vis des autres d'espoir, de représentations et de fantasmes. Le mépris n'est pas sous-tendu, comme chez le paranoïaque, par l'envie ou l'ambivalence ; il n'est fait que d'écrasement. C'est un mépris total.

Nous savons cependant que malgré ces grands principes de base, le psychopathe peut tomber en prosternation devant un modèle idéal. Il existe alors une identification massive, plus fusionnelle que respectueuse. Elle est en général de courte durée. Le psychopathe peut aussi être charmeur, faire illusion, passer pour un histrionique. Mais il n'est pas alors dupe de son propre jeu ; la tendance profonde de domination est toujours présente et se révèle brutalement vis-à-vis du Petit Chaperon rouge : « *C'est pour mieux te manger, mon enfant.* »

Croyances

Les croyances de base proposées par Beck et Freeman (1990) se réfèrent à plusieurs domaines. Elles concernent d'abord l'affirmation de soi : « *Je dois être sur mes gardes* » ; « *Si je ne pousse pas les autres, les autres me pousseront* » ; « *J'ai été traité de façon désagréable et j'obtiens ce qui me revient* » ; « *Si je veux quelque chose, je l'obtiens par n'importe quel moyen* ». Elles concernent ensuite la morale générale : « *Nous sommes dans la jungle et ce sont les plus forts qui survivront* » ; « *Il n'est pas important de tenir ses promesses et d'honorer ses dettes* » ; « *Il faut être astucieux, c'est la meilleure manière d'obtenir ce que l'on veut* ». Enfin, les croyances concernent les autres : « *Ce que les autres pensent de moi n'a guère d'importance* » ; « *Si les autres ne sont pas capables de se défendre, c'est leur problème* ».

Le caractère général de ces différents adages ne doit pas nous échapper. Le psychopathe ne se réfère pas beaucoup à lui-même, à son histoire ; il exprime des idées générales d'une grande brutalité. Beck insiste sur le caractère court et non justifié des croyances psychopathiques. Le psychopathe désire plus qu'il n'a un but, il pense plus qu'il ne croit, il sent plus qu'il n'observe. La thérapie tentera à partir de ces données brutes d'établir des raisonnements.

Psychopathologie et étiologie

Il existe une étiologie périphérique de la personnalité psychopathique qui date de près de 30 ans, qui n'est qu'à peine démontrée et qui a fait long feu. Il s'agirait d'un bas niveau de vigilance (Quay, 1965) et d'un besoin de stimulation (Petrie, 1967), termes que l'on retrouve encore dans les conceptions récentes de Millon. De la même mouvance, il faut citer la très classique basse réponse du système nerveux autonome à des stimuli anxiogènes (Ruilman et Gulo, 1950) (tous ces auteurs sont cités par Hare, 1970). Ces diverses approches ont pu être rafraîchies grâce à de nouveaux concepts, en particulier l'hyperactivité avec déficit de l'attention. On peut alors invoquer un trouble du système d'attention et de supervision (*supervisory attentional system*) défini par Norman et Shallice (1986). Pham et coll. (2003) ont dans cette perspective étudié l'attention sélective et les fonctions exécutives de sujets présentant une personnalité psychopathique diagnostiqués avec la PCL-R (*Psychopathy Checklist-Revised*) de Hare. Les résultats des tests montrent que les patients font plus d'erreurs que les sujets contrôles pour certaines épreuves (D-II *cancellation test* et labyrinthes de Porteus). On attribue au système d'attention et de supervision une responsabilité dans la planification des actions, la correction des erreurs, l'inhibition des réponses impulsives, la résistance aux stimuli attractifs. Sans aller jusqu'à réduire le trouble de la personnalité antisociale à cette impulsivité et à cette fluctuation de l'attention, la considération de ces difficultés peut être fort utile quant à l'approche thérapeutique.

Millon et Beck proposent chacun de leur côté des éléments psychopathologiques que nous allons synthétiser. Millon décrit un syndrome de rejet

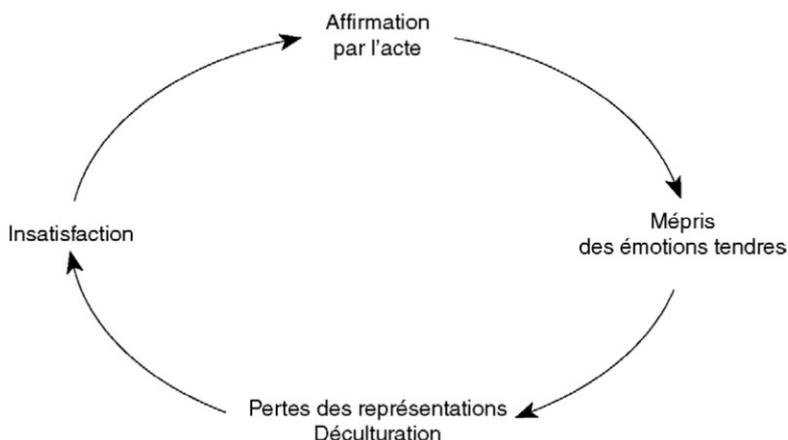
de la part des parents ou du corps social qui, chez l'enfant, déclenche un phénomène d'endurcissement avec mépris des autres, combat solitaire et rejet des émotions tendres et chaleureuses. L'affirmation par l'acte, répétée de façon compulsive, chasse l'angoisse et prend la place des réflexions et des représentations. L'existence est présentifiée, ne tenant plus compte des antécédents et des conséquences. Déculturisé, le plaisir se vide de ses contenus pour devenir un besoin mal satisfait. Le sujet, lancé, ivre de sa propre affirmation, perd de vue les références socioculturelles. Celles-ci deviennent floues parce qu'il ne les intériorise pas, mais aussi parce que personne ne les indique de façon claire. La morale de jungle s'installe dans cette dérive. Plusieurs publications signalent la présence de traumatismes survenus dans l'enfance des futurs psychopathes. L'agression sexuelle et l'agression physique chez l'enfant, garçon ou fille, augmentent les risques de voir survenir un trouble de la personnalité psychopathique à l'âge adulte (Bierer et coll., 2003 ; Bernstein et coll., 1998 ; Bergen et coll., 2004 ; Haller et Miles, 2004 ; Jonson-Reid et coll., 2010). Ces psychotraumatismes augmentent les risques ultérieurs de tentatives de suicide (Poynthress et coll., 2006) et d'abus de substances (Bergen et coll., 2004).

Cette morale est renforcée par deux phénomènes qui vont raviver le mépris des autres. D'une part, le psychopathe est confirmé par un cortège d'admirateurs qui se glissent dans la brèche audacieuse de ses passages à l'acte. Ces comparses consensuels sont déjà d'idéales victimes. D'autre part, ceux qui résistent, se vengent ou lui indiquent durement les limites renforcent son mépris et son exclusion. Comme le dit bien Beck : « *Le psychopathe méprise les autres, et les autres méprisent le psychopathe.* » Cette morale d'adversité et de rupture qui s'installe alors fait rentrer la violence dans le système. Le psychopathe passe sur une orbite supérieure ; ce n'est plus seulement l'acte qui le mobilise, mais l'acte qui brise. Nous observons ainsi un renforcement de la destinée du psychopathe ; les thérapeutes devront savoir s'insérer à ces étapes cruciales.

Cette existence est vite stérilisante. Dans une ambiance d'urgence et de fuite, le sujet n'a plus de temps ni pour le fantasme, ni pour la réflexion. C'est sans fantaisie, sans art qu'il adopte des modèles conformistes quand la meute de ses poursuivants le laisse un instant en repos. Ce vide représentationnel accentue son insatisfaction qui le tourne à nouveau vers l'acte comme seule issue hédonique.

Le trouble de la personnalité sadique a été proposé dans l'annexe A « Propositions de catégories diagnostiques demandant des études supplémentaires » du DSM-III-R (1987). Ce diagnostic a ensuite été retiré des classifications psychiatriques car certains avocats risquaient d'en user pour disculper leurs clients, particulièrement dangereux. Ce trouble doit être évoqué ici parce qu'il avoisine la personnalité antisociale, dont il partage sans doute certains éléments psychopathologiques.

Les critères de la personnalité sadique se rapportent pour la plupart à des comportements de violence et de cruauté accomplis dans le but de dominer, d'humilier ou de dégrader les autres. Le sujet, par définition,



prend plaisir aux souffrances physiques et psychologiques des êtres vivants, animaux et humains. Il aime tenir les autres sous son emprise et restreindre leur autonomie, cela par la terreur, l'intimidation et l'interdiction. Le sujet sadique ment facilement ; il est fasciné par la violence, les armes, les arts martiaux, la torture. La tendance générale du sujet à rechercher une position plus forte par des moyens brutaux et amoraux apparaît ainsi comme un point commun avec les personnalités antisociales. On peut concevoir que les deux troubles comportent des origines communes avec des maltraitances et des humiliations dans l'enfance. Delescluse et Pham (2005) ont recherché la personnalité sadique dans une population de sujets antisociaux incarcérés. Ce trouble a été retrouvé chez 25 % d'entre eux. Cette proportion était plus élevée, 75 %, dans l'étude de Spitzer et coll., en 1991. Pour Berger et coll. (1999) qui ont pratiqué une analyse factorielle des critères des deux personnalités, sadique et antisociale, dans une population de 70 agresseurs sexuels de type masculin, les résultats ne confirment pas que le trouble la personnalité sadique constitue une entité distincte du trouble de la personnalité antisociale. Cet auteur suggère de distinguer plutôt deux types de troubles de la personnalité antisociale : un type sadique agressif, avec tendance à la cruauté et au besoin impérieux de domination, et un type hétérogène comportant des sujets moins violents, mais ayant tendance à agir dans leur strict intérêt. Des corrélations ont été constatées par Delescluse et Pham entre certains items du PCL-R de Hare et certains critères du DSM-III-R de la personnalité sadique : entre mensonge et affectivité superficielle, entre cruauté et versatilité criminelle. Plusieurs travaux, cités par ces auteurs, signalent les prévalences nettes de certaines personnalités parmi les personnalités sadiques : paranoïaque, narcissique, antisociale, borderline, passive-agressive, schizotypique. L'affirmation de soi primaire, avec attitude virile, mégalomanie, narcissisme et sensibilité paranoïaque se trouve ainsi associée à ces personnalités violentes ou spectaculaires.

Thérapeutique

Les thérapies et les mesures éducatives traditionnelles destinées aux sujets antisociaux consistent à contrecarrer leurs comportements impulsifs ou agressifs par divers moyens – la persuasion, l’encadrement ou la répression –, ce qui les prive de leur seul moyen d’expression et remet en question leur principale source de valorisation. Après un temps illusoire de soumission, ces recadrages aboutiront au résultat contraire, avec une trahison violente du thérapeute ou de l’éducateur. Il convient de respecter l’arrière-plan d’orgueil de ces patients. Et il faudra donc, d’emblée, valoriser ce qui est valorisable afin de conserver un climat d’ambition et d’affirmation de soi.

Cela dit, les thérapeutes souhaitent obtenir une meilleure planification de l’action et une réduction de l’impulsivité. Ils poursuivront ces buts par des moyens indirects en proposant à plusieurs niveaux des attitudes alternatives. Il s’agit ainsi d’amener le sujet à remplacer une émotion par une autre, puis une cognition par une autre, en suggérant que ces nouvelles positions sont plus exactes et plus efficaces. On parviendra ainsi à enrichir son répertoire émotionnel. Novaco, en 1997, a proposé une meilleure gestion de la colère. Il s’agit de faire prendre conscience au sujet des émotions qui avoisinent cette réaction : anxiété, échec, humiliation, frustration, déception, tristesse, lesquelles impliquent une mise en cause de sa toute puissance. Ces émotions seront reconnues, authentifiées, explicitées puis acceptées, et alors conçues comme tout aussi nobles que la colère. Toutefois, elles sont susceptibles d’amener des résultats à la fois plus efficaces et moins coûteux. Dans la même perspective, le sujet est amené à se familiariser avec d’autres sentiments qui lui sont étrangers : la confiance, la confiance, la sympathie, l’humour, l’ironie, l’autodérision, qui lui apparaîtront comme des moyens fort utiles pour faire évoluer son affirmation brutale vers une attitude plus fine et plus rentable. Le domaine sentimental, en général peu pratiqué aux dépens d’une séduction intuitive et rapide, avec un choix naïf de partenaires conquises sans avoir été appréciées à leur juste valeur, peut être travaillé dans un même esprit. Les projections sur l’objet d’amour sont volontiers caricaturales, l’engouement fantasmatique amenant bientôt des déceptions et des ruptures dont le sujet est aussi souvent l’auteur que la victime. Une appréciation attentive des sentiments éprouvés, de part et d’autre, fera l’objet d’entretiens avec le psychothérapeute.

Ross et Fabiano, en 1985, ont insisté sur le déficit de ces sujets dans le domaine des cognitions sociales. Il s’agit là d’un euphémisme. L’irréalisme et la mauvaise foi se côtoient sans cesse dans les propos du psychopathe. Le thérapeute devra dépister les distorsions cognitives qui émaillent les récits des exploits anciens et les projets irraisonnés. Dans une ambiance d’objectivité détendue, il faudra repérer le déni des responsabilités, leur attribution externe, le flou, la naïveté et la rapidité des projets, l’absence de stratégies multiples dans la résolution d’une difficulté, les généralisations abusives à l’égard de certaines catégories sociales. L’introduction de solutions alternatives, le travail sur l’enchaînement des événements, l’appréciation des conséquences devraient amener le sujet à une meilleure connaissance de

la société. Une reconstitution de sa biographie, considérant certains événements cruciaux, certaines attitudes ponctuelles et certains drames familiaux réels, peut être utile. Puis l'on s'attachera à la résolution des problèmes interpersonnels, lesquels ne manquent pas, les psychopathes versant volontiers dans la revendication paranoïaque (Hollin, 1993).

Toute cette démarche vise en partie à nouer un contact avec le patient. Après une période de méfiance rétive, le psychopathe peut *a contrario* tomber dans une dépendance anormale vis-à-vis du thérapeute. Il faudra s'en méfier et l'amener à structurer des projets personnels et investis, une cohérence entre affects et pragmatisme apparaissant tôt ou tard. La valorisation narcissique ne sera jamais abandonnée, bien qu'elle soit amenée à changer de repères. Ultérieurement, une fois établie une position plus ferme et quelques succès ayant été obtenus, le thérapeute pourra aborder les schémas cognitifs de base et leurs liens avec des expériences anciennes dont on rediscutera les significations. Les croyances de base faisant référence à la brutalité, à la ruse, à l'égoïsme primaire et à l'affirmation outrancière seront rediscutées à la lumière des premières expériences déjà acquises.

Compte tenu de l'habituelle instabilité des psychopathes, une telle thérapie peut donner une impression d'irréalité digne du savant Cosinus. Ce ne sera pas le cas si elle est proposée dans le cadre modeste de l'expérience et dans une ambiance de sympathie chaleureuse. La régularité, la patience, la compréhension validant des réactions impulsives souvent méprisées par le corps social rassurent le patient. L'habituation à la confiance est en effet un but implicite de la relation régulière avec le thérapeute. Celui-ci doit savoir contrôler ses réactions, le bon sens allant de pair avec la bonne humeur au long d'un parcours qui comporte souvent des incidents et des mises à l'épreuve. Mais peu à peu se tisse un lien qui sera le prototype d'autres relations.

11 La personnalité schizoïde

Introduction et épidémiologie

Parmi les personnalités pathologiques, les personnalités schizoïdes sont comparables à ces planètes lointaines, difficilement visibles et dont on devine seulement l'existence à partir de leur influence sur d'autres objets célestes. Il s'agit, en effet, de sujets solitaires, froids, distants, tournés sur eux-mêmes, qui paraissent ne pas en souffrir et, de ce fait, semblent ne pas avoir de motivation particulière pour consulter un psychiatre. Sans amitiés ni fréquentations, ils s'adonnent à des passe-temps solitaires et exercent avec indépendance leurs activités professionnelles. Ils paraissent flegmatiques, inaptes à la tendresse comme à la colère, indifférents aux éloges et aux critiques, apparemment déconnectés de leur environnement social, sans pour autant être marginaux ou anticonformistes, bien au contraire. Parfois, leur cercle relationnel se résume à quelques individus (un parent proche, une amie, à l'égard desquels ils maintiennent un contact distant par crainte de l'invasion). Ce sont donc plutôt ces derniers qui viennent rechercher une aide psychologique à force de déconvenues et d'interrogations sur la nature des sentiments qu'on leur porte. Plus rarement, ils paraissent souffrir de la singularité de leur isolement et de leur froideur émotionnelle, d'autant que leur attachement aux conventions sociales les amène à ressentir inconfortablement leur particularité. Leur conformisme objectif dissimule une étrangeté subjective. C'est pourquoi ils constituent une des personnalités pathologiques dont le diagnostic est le plus rare, peut-être en raison d'un biais de recrutement.

En dépit de sa rareté, cette catégorie diagnostique a résisté aux différents avatars de la classification DSM et persiste dans l'ICD-10. Le concept de personnalité schizoïde est, en effet, un grand classique qui 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. La fréquence de la pathologie non psychotique dans la proche famille évoquait, pour le père fondateur de la nosographie psychiatrique, un tempérament prédisposant.

Bluler forgea 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.

Kretschmer insista sur la contradiction entre une apparente froideur et une hypersensibilité intérieure avec une exaltation de la vie imaginaire, un refuge dans un monde d'abstractions et de rêveries plus ou moins désincarnées, caractéristiques qui n'ont pas été retenues dans le DSM-IV-TR, mais persistent dans l'ICD-10.

Cette longue tradition clinique, jointe à l'absence d'argument clinique décisif en faveur de sa suppression, explique la survie de la catégorie « Personnalités schizoïdes » dans le DSM-IV-TR, en dépit des controverses sur sa pertinence clinique. L'existence d'un continuum avec les personnalités évitantes et schizotypiques avec lesquelles elles partagent des critères de retrait social est douteuse, en raison de la vive souffrance psychique des premières et des bizarreries des secondes.

Dans l'étude épidémiologique de Grant et coll. (2004), pratiquée aux États-Unis avec une interview structurée fondée sur le DSM-IV, la prévalence du trouble de la personnalité schizoïde dans la population générale est de 3,13 %. L'étude pratiquée par Zimmerman et coll. (2005) sur des patients suivis en psychiatrie montre que la personnalité schizoïde est présente chez 1,4 % d'entre eux. Cette personnalité est également retrouvée de façon notable, 6,4 %, dans une population de patients consultant pour un syndrome de fatigue chronique (Nater et coll., 2010). Même s'ils sont peu exprimés, les troubles de la personnalité de type schizoïde sont à l'origine d'une vive souffrance psychique souvent occultée par une indifférence de façade, mais toujours ressentie par les proches importants qui en font les frais. On est donc souvent conduit à utiliser les techniques cognitives « par procuration », pour aider les victimes d'une quête affective infructueuse, confrontées à l'indifférence de leur destinataire.

Enfin, il est nécessaire de différencier la permanence des traits de personnalité schizoïde et le caractère transitoire ou récent des réactions aiguës d'allure schizoïde, qui peuvent être consécutives à une transplantation géographique ou à l'usage de toxiques.

Apparence comportementale

Les individus schizoïdes paraissent mous, léthargiques, peu actifs. Leur expression verbale est rare et monocorde, leur mimique, impassible. Ils donnent une impression de manque de vitalité démentie par un état général florissant. Ils semblent continuellement préoccupés, peu réactifs aux sources de stimulation, distraits, guindés, maladroits, ennuyeux. Ils font bande à part et sont préoccupés par des passe-temps solitaires (micro-informatique, collections), ou des centres d'intérêts abstraits, des spéculations complexes qui contribuent à les isoler davantage de la société. Ils affectionnent notamment les sciences humaines, la philosophie, mais de façon désincarnée, sans pratique sociale concomitante : ils peuvent ainsi devenir des érudits en théologie sans jamais pratiquer aucune religion, être des encyclopédies psychanalytiques ambulantes sans s'être jamais allongés sur un divan, mais non sans décrypter tous les propos ou les actes de leurs proches

dans un réseau d'interprétations irréfutables. Ils révèrent ou s'adonnent à des formes d'art hermétiques dont ils jouissent solitairement et veillent à préserver le secret de leurs œuvres, quitte à les détruire lorsqu'on les presse trop de les exhiber.

Conduite interpersonnelle

Le splendide isolement, le refuge dans la tour d'ivoire, la prise de distance à l'égard de tout contact humain, constituent des stratégies permanentes des individus schizoïdes. Leur impassibilité témoigne d'une incapacité à percevoir les sentiments d'autrui ou à les prendre en compte. Il en résulte une incapacité aux échanges et à la réciprocité dans les interactions sociales. Ils répondent rarement aux salutations conventionnelles, paraissent absents, amériques pendant les échanges, sans qu'un hochement de tête permette de déceler leur approbation éventuelle. Ils ne détournent pas pour autant leur regard, mais celui-ci paraît lointain, songeur, comme absorbé en lui-même. Ils répondent par monosyllabes, ou de façon laconique, aux questions pressantes, à moins qu'ils ne restent enfermés dans un mutisme qui peut d'abord paraître oppositionnel, avant d'être perçu comme le témoin d'une froideur incompréhensible. Ils se montrent incapables de recevoir ou de donner de l'affection, imperméables aux sentiments amoureux. Ils paraissent se suffire à eux-mêmes et, de ce fait, exercent paradoxalement une certaine fascination. Certaines femmes romantiques s'éprennent volontiers d'individus schizoïdes dont la froideur exerce sur elles le même attrait irrésistible que la feinte indifférence d'un don Juan. Ce cercle vicieux passionnel est loin d'être rare ou un pur cas de fiction littéraire. Il motive même la plupart des demandes d'aide psychothérapique émanant des partenaires de personnalités schizoïdes malencontreusement élues pour âmes sœurs. Plus la quête d'affection se fait pressante, plus l'intéressé devient inaccessible par peur de l'invasion, ce qui ne manque pas d'exacerber l'ardeur déçue, l'intensité du siège amoureux et de donner lieu à des péripéties plus ou moins tragiques. Les rares relations sexuelles, dépourvues de tendresse, se déroulent mécaniquement, telle une formalité hygiénique. Leurs partenaires en conçoivent une vive frustration mais leurs griefs se heurtent à une incompréhension glaciale.

Expression émotionnelle

L'humeur habituelle des individus schizoïdes est donc régulière, plate, monotone. Ils vaquent paisiblement à leurs activités solitaires sans éprouver d'états d'âme. Leur registre émotionnel est réduit, imperméable à la joie comme à la tristesse. Leur sang-froid permanent est moins l'indice d'un caractère bien trempé qu'une marque d'insensibilité, douloureusement ressentie par leur entourage. Incapables d'enthousiasme, comme de colère, ils traversent l'existence comme ces personnages mystérieux qui, de *L'Étranger* de Camus aux héros somnambuliques de Modiano, n'ont cessé de fasciner les écrivains.

Cette perpétuelle indifférence peut, en fait, masquer une réelle souffrance, qu'il s'agisse d'un état de tension consécutif à l'obligation de contacts sociaux ou d'une humeur dépressive liée à la prise de conscience d'une singularité qui discord avec leurs aspirations conformistes. Plus rarement, ils peuvent exprimer des accès de rage froide lorsqu'ils ont l'impression que leur espace vital risque d'être envahi par un tiers importun.

Style cognitif

Les individus schizoïdes sont aussi avars de leurs émotions que de leurs pensées : celles-ci paraissent rares, pauvres, alors même que la vie imaginative est envahie de rêveries complexes et incessantes. Au cours des thérapies cognitives, la récolte des pensées automatiques est difficile, moins par réticence que par pénurie. Ces patients semblent éprouver de grandes difficultés à les identifier et préfèrent arguer de leur absence. Grâce aux techniques de questionnement socratique ou de « flèche descendante », il est néanmoins possible de mettre à jour le schéma central, « *Je suis à part, je suis seul* », masqué par une nébuleuse de pensées floues qui s'apparentent à des banalisations du style « *À quoi bon !* », « *Quelle importance ?* », « *Ça m'est égal* », ou à des clichés tels que « *Il vaut mieux être seul que mal accompagné* ».

Les croyances secondaires sont plus rigides : « *La vie serait moins compliquée sans les autres* », « *Rien ne m'intéresse* », « *Les gens sont source de problèmes* », « *Cela ne vaut pas la peine de se compliquer la vie* », « *Il vaut mieux que je fasse cela par moi-même* ».

Les sujets schizoïdes peuvent donner l'illusion d'un contentement de soi, mais bien souvent ils se sentent sans vie, maladroits, ennuyeux, ratés. Leur apparente autosuffisance n'est pas de l'autosatisfaction. Les pensées dysfonctionnelles les plus fréquemment retrouvées sont « *Je me sens vide* », « *Je n'ai envie de rien* », « *Je suis différent* », « *Je fais semblant de m'intéresser aux autres, mais dans le fond ils m'ennuient* », et témoignent d'une perception de soi dévalorisée. Les autres sont perçus comme intrusifs, importuns, sans gêne, cherchant à exercer leur emprise : « *Les gens cherchent toujours à me mettre le grappin dessus* » ; « *Je préfère rester seul* » est la conclusion de ce constat amer.

Étiopathogénie

Peu de données cliniques sont disponibles pour étayer les différentes hypothèses selon lesquelles les personnalités schizoïdes résultent de processus constitutionnels ou acquis par les relations précoces.

Du côté génétique, une étude gémellaire de Kendler et coll. (2007), pratiquée sur un échantillon de 1 386 paires de jumeaux, évalués avec le SIDP-IV, permet de constater une certaine héritabilité des troubles de la personnalité du groupe A, à savoir les troubles de la personnalité paranoïaque, schizoïde et schizotypique. Deux études familiales, dont l'une avec adoption, confirment

la présence de troubles de la personnalité schizoïde parmi les proches du premier degré de sujets schizophrènes (Chang et coll., 2002 ; Tienari et coll., 2003). Dans l'étude de Chang, le pourcentage de sujets schizoïdes dans cette population est évalué entre 1,3 et 3,4 %, en fonction des critères utilisés. Wolff et Barlow (1979) ont émis l'hypothèse que les enfants schizoïdes utilisaient un nombre réduit de « *constructs* » en raison des déficiences de stimulation et d'apprentissage par des parents eux-mêmes inhibés, froids et distants. L'étude de Johnson et coll. (2006) confirme cette impression, une éducation peu affective augmente le risque de survenue de certains troubles de la personnalité, en particulier le trouble de la personnalité schizoïde.

Enfin, le trouble de la personnalité schizoïde n'échappe pas à l'étiologie traumatique. Pour Lobbstaël et coll. (2010), cette pathologie est associée à l'abus sexuel subi au cours de l'enfance.

Thérapeutique

Peu de sujets schizoïdes formulent spontanément une demande de traitement. Des modifications majeures de leur personnalité sont hautement improbables (Millon, 1981), aussi les objectifs resteront modestes : réduire l'isolement social, développer des compétences sociales, abandonner progressivement le style de pensée vague et global, accorder une plus grande importance aux émotions.

Ils se voient recommander la simulation d'émotions, tant positives que négatives, à l'occasion de jeux de rôle, si possible en groupe, en vue de faire concrètement l'expérience de contacts humains et d'accroître leurs compétences sociales. Les conséquences de l'isolement social sont examinées avec leurs avantages et leurs inconvénients. Les pensées automatiques vagues et dysfonctionnelles sont enregistrées (« *À quoi bon ?* », « *Quelle importance ?* », « *Quel intérêt ?* »). Les détails émotionnels sont identifiés. Un programme d'activités agréables et récréatives est programmé en s'aidant des techniques comportementales de Lewinson (échelle d'événements agréables).

Le maintien d'une relation thérapeutique satisfaisante est un véritable défi à la patience du thérapeute, non seulement parce que la motivation au changement paraît faible, mais aussi à cause du retrait, de la réticence de ces patients qui ont tendance à percevoir les interventions du thérapeute comme une intolérable ingérence dans leur territoire privé. Il est donc indispensable, pour le thérapeute, d'utiliser intensivement pour lui-même les techniques cognitives, de s'efforcer de ne pas porter de jugements de valeur sur les réactions du patient, et de renforcer systématiquement toutes les interactions positives à l'égard desquelles il doit être à l'affût.

12 La personnalité schizotypique

Définitions et épidémiologie

La personnalité schizotypique a été décrite par Rado en 1953 pour individualiser certains troubles traduisant une prédisposition génétique à la schizophrénie, troubles bien différents de ceux qui caractérisent la personnalité schizoïde. Par la suite, plusieurs auteurs, en particulier Kendler, Gruenberg et Strauss (1981) 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 pauci-symptomatiques retrouvés chez les schizotypiques pourraient constituer l'amorce fondamentale du trouble schizophrénique lui-même.

Si l'on reprend les différentes définitions données par les DSM, les traits spécifiques de la personnalité schizotypique sont les croyances étranges et les perceptions inhabituelles. Sous le terme d'étrangeté, ces traits psychologiques ne concernent pas seulement des attitudes déviantes par rapport à un groupe défini culturellement, mais des expériences psychiques qui se situent en dehors des habitudes naturelles de penser. Le schizotypique n'est pas un hippie, un original ou un marginal qui adopterait, par goût ou par provocation, une idéologie excentrique, c'est un individu qui, sans doute pour des raisons neuropsychologiques, se trouve soumis à des débordements intellectuels incontrôlables.

Visionnaire, illuminé, inspiré, le schizotypique se trouve pris dans des phénomènes de déréalisation et de dépersonnalisation intenses qui lui font douter de la réalité habituelle et qui l'amènent à développer des croyances surnaturelles. L'étrange ou le surprenant, les sentiments de déjà-vu et de déjà-vécu réalisent des ambiances, des illuminations – au sens rimbaldien du terme – qui rivalisent avec le quotidien ordinaire. Les souvenirs s'imposent avec force, l'avenir paraît vécu en direct, un autre monde se réalise qui prime sur les permanences sensorielles. Ces états de rêveries trop fortes peuvent être identifiés comme tels, s'apparenter à l'évocation poétique ou à la création romanesque. À un stade de plus, cependant, le schizotypique va construire sur ces exaltations non contrôlées des croyances plus structurées qu'il tente de faire partager aux autres : il croit revenir à une époque antérieure, communique avec une personne disparue, pressent l'avenir, développe des rapprochements superstitieux ; il est un devin, un mage, un visionnaire que l'intuition dirige. À un stade de plus encore, le schizotypique attribue ces différentes sensations à une autre personne. Nous entrons dans le domaine des communications extrasensorielles : télépathie, influence, devinement de la pensée, impression de ne plus être soi-même, de ne plus

s'appartenir. C'est la durée des phénomènes en question, leur caractère récurrent, contrôlable ou imposé, qui vont en déterminer la nature plus ou moins pathologique.

Ces expériences étranges peuvent être recherchées par le poète – le *voyant* au sens de Rimbaud –, le mystique ou le toxicomane. Elles peuvent s'imposer de façon forte, mais temporaire, tout en générant des croyances permanentes, spiritistes ou parascientifiques, et il s'agit alors d'un trouble schizotypique. Elles peuvent enfin prendre un caractère chronique et retentir de façon importante sur l'insertion sociale ; le trouble est alors schizo-phrénique.

Il en va de même dans l'ordre du langage qui se surcharge de métaphores, de digressions et de détails inutiles. Le soliloque est fréquent tout comme le maniérisme, parfois surchargé de stéréotypes et de rires automatiques. Le cursus scolaire et l'insertion sociale sont difficiles mais non douloureux. Le sujet, occupé par son théâtre intérieur, se consacre à des tâches personnelles, bricolages ou collections, éruditions ou talents, à caractère ésotérique. Il n'est pas forcément timide et, à l'occasion, répand sans retenue ses expériences intérieures, confiance que ne bride aucun souci de reconnaissance. Se sentant lui-même étranger, le schizotypique ne poursuit guère l'illusion de convaincre ou de partager. Il en résulte de faciles ruptures, peu d'attachements, et bien souvent des errances marginales, sans toit ni loi, qui sont à la limite du voyage pathologique. Plusieurs personnages romanesques, souvent décrits au début du siècle, à une époque où les flux de populations faisaient sortir du fond de leur monde intérieur ces papillons de nuit, ont illustré ces trajectoires fascinantes. Le prince Muichkine, *L'Idiot* de Dostoïevski, Johan Nagel, le héros de *Mystères* de Knut Hamsun, et le *Loup des Steppes* d'Herman Hesse en sont quelques exemples.

Autour de ce noyau central que constituent les croyances étranges et les perceptions inhabituelles, d'autres troubles retrouvés chez le schizotypique sont à la fois moins spécifiques et plus apparents. Ils concernent trois domaines : les relations sociales, qui sont perturbées, le sujet étant solitaire, distant, marginal ; la logique mentale et le langage qui sont complexes et inhabituels ; l'affectivité qui est inappropriée et réservée.

L'ensemble de ces troubles doit être considéré, pour des raisons étiologiques, comme proche de la schizophrénie et leur compréhension psychopathologique se fera dans le champ de cette affection. Selon l'étude évolutive pratiquée par Fenton et McGlashan (1989), 16 % parmi 105 sujets schizotypiques ont été considérés comme schizophrènes lorsqu'ils ont été réexaminés 15 ans après le premier diagnostic. Enfin, les personnalités schizotypiques sont fréquentes chez les proches du premier degré des sujets schizophrènes : 14,6 % contre 2,1 % dans des familles de témoins avec l'échelle SADS pour Baron et coll. (1985). Le pourcentage retrouvé chez les proches des schizophrènes est néanmoins beaucoup plus bas dans l'étude de Chang et coll. (2002) : 2,6 à 4,7 %, selon les critères utilisés.

Étudiée dans la population générale, la personnalité schizotypique se révèle assez fréquente. Elle avait été retrouvée avec une prévalence de 0,6 %

avec le SCID en Allemagne par Maier et coll. (1992). Les études épidémiologiques récentes, pratiquées aux États-Unis, montrent des chiffres plus élevés. L'enquête épidémiologique américaine réalisée dans le cadre d'une étude nationale sur l'alcoolisme montre une prévalence sur la vie de la personnalité schizotypique égale à 3,9 %, plus fréquente chez l'homme (4,2 %) que chez la femme (3,7 %) (Pulay et coll., 2009). Elle est plus fréquente chez les femmes noires, les personnes à petits revenus et vivant seules, et est plus rare chez les sujets d'origine asiatique. Elle est volontiers associée au trouble bipolaire, à la phobie sociale, aux abus de substance, au stress psychotraumatique, ce dernier point étant confirmé par Pietrzak et coll. (2010). Les différences de prévalence observées pourraient dépendre de l'époque, des lieux et des cultures.

Une étude sociologique réalisée en France par Guy Michelat en 1993 nous montre que 55 % des sujets croient à la transmission de pensée et aux guérisons par un magnétiseur, et que 46 % croient à l'explication du caractère par l'astrologie (Michelat, 1993). Ces croyances sont en augmentation par rapport à une étude semblable pratiquée 10 ans auparavant, elles sont plus fréquentes chez les femmes et chez les jeunes, chez les employés par rapport aux ruraux. Elles vont de pair avec une mauvaise insertion sociale et avec l'intérêt pour la science. Elles sont moins fréquentes chez les sujets qui pratiquent une religion officielle.

La personnalité schizotypique a été étudiée de façon plus attentive grâce au questionnaire de personnalité schizotypique (SPQ) élaboré par Raine en 1991 (Raine, 1991) et qui comportent soixante-quatorze items. Le même auteur a pratiqué en 1994 une analyse factorielle qui révèle trois facteurs : un trouble cognitif et perceptuel (idées de référence, pensée magique, perceptions inhabituelles, idées de persécution), un déficit dans les relations interpersonnelles (anxiété sociale, amitiés rares, restriction de l'affectivité, idées de persécution), et une désorganisation (pensées et discours bizarres). Cette structure factorielle a été retrouvée dans plusieurs populations, chez des patients psychiatriques (Vollema et Hoijsink, 2000), chez des apparentés de sujets schizophrènes (Bergman et coll., 2000), et dans une population générale de l'île Maurice où elle transcende les variations culturelles (Reynolds et coll., 2000). On retrouve ainsi à travers cette analyse factorielle une ébauche des oppositions observées dans la schizophrénie entre les signes positifs et les signes négatifs.

Comportement et stratégie interpersonnelle

Plus qu'isolé et distant, le schizotypique est excentrique, bizarre, anormal. Il vit dans une crainte sensitive des autres, mais celle-ci est plus faite d'incompréhension mutuelle que de persécution. Le schizotypique vit en effet dans un système où l'étrange et l'anormal sont sans cesse premiers par rapport au sens commun. Original, il ne l'est pas par goût mais parce qu'il n'arrive pas à savoir – du fait des perceptions inhabituelles qui brisent sans cesse la banalité – de quoi est faite la normalité. Autrement dit, le sujet, sans cesse

sollicité par son ivresse intérieure, n'a guère le temps ni le loisir de se documenter sur l'opinion des autres. D'où des accoutrements, des mimiques et des ameublements qui se situent entre l'extravagance, l'à-côté, l'incurie et la stéréotypie.

Gestion des émotions

Les affects du schizotypique se développent en vase clos, de soi à soi, au cours de dialogues imaginaires. Sans expériences externes, sans accès à une culture commune des émotions, ces affects sont inappropriés, jaillissant de façon excessive à travers de maigres relations sociales qu'ils brisent au lieu de les étayer. Ainsi, les colères irrationnelles, les émotions indicibles, les tendresses mal à propos alternent avec les rires inattendus et les mimiques grimacières – toutes expressions qui n'attendent guère de retour de la part d'un partenaire plus étonné que compatissant.

Ces bizarreries éloignent le schizotypique du monde social, accroissent son incompetence, sa maladresse, son enfermement en lui-même. Désinvesti, distrait, bientôt insensible à toute relation suivie, il risque de passer progressivement de l'anxiété sensitive à la persécution.

Style cognitif

Le domaine cognitif rassemble les symptômes les plus spécifiques de la personnalité schizotypique.

Les perceptions inhabituelles constituent le symptôme le plus évident. Il s'agit moins d'hallucinations que d'illusions, de sentiments de déréalisation et de dépersonnalisation. Ce sont des irruptions d'ambiance, des sensations de déjà-vu, des présences, des atmosphères qui charrient des souvenirs, évoquent l'avenir et s'imposent de façon prégnante. Le sujet, par exemple, a l'impression de sentir près de lui une personne pourtant absente ou décédée. Ou il croit se retrouver dans une époque révolue, vivre une ambiance théâtrale. Ces états étranges sont décrits, on le sait, lors des auras des crises d'épilepsie. Limités dans le temps, critiqués, ils ne paraissent pas entraîner de croyances délirantes.

Il en va tout autrement chez les schizotypiques qui vont greffer sur ces perceptions étranges diverses croyances. Ces sujets paraissent en effet privilégier l'invisible par rapport au visible, le surnaturel par rapport au naturel. Ils ont le goût du mystère, de l'énigme, de l'au-delà. Animés de pressentiments, ils prévoient l'avenir, décèlent les pensées des autres par télépathie. Ils communiquent avec les morts, croient aux coïncidences et à l'astrologie. Superstitieux, ils refusent le hasard.

À un degré de plus, ils attribuent aux autres l'origine des sentiments incontrôlés qui les animent. Nous entrons alors dans le syndrome d'influence qui peut se produire dans deux sens : ce qui se passe en moi provient de l'action d'une autre personne ; ce qui se passe chez une autre personne

provient de moi. La personnalisation, proposée par Beck, le concernement, décrit par Grivois (1995), s'attachent à des phénomènes similaires que l'on peut résumer de la façon suivante : il existe un lien entre ce qui se passe à l'extérieur de moi-même et mes mouvements intérieurs. Dans la personnalisation, le lien est la responsabilité ; dans le concernement, le lien est d'être désigné, interprété, requis par les autres pour une mission dont le sens est initialement inconnu.

Beck propose un autre mécanisme : le raisonnement émotionnel. Cette fois-ci, les émotions intérieures, les perceptions inhabituelles sont d'une telle puissance qu'elles s'affichent comme des certitudes et prennent le pouvoir par rapport aux événements extérieurs ; plus précisément, ceux-ci n'en sont plus que les conséquences. C'est donc le règne consacré de l'intuition, qui s'impose sans recours à la moindre logique.

Une telle primauté des certitudes intuitives peut expliquer le caractère incompréhensible des raisonnements exprimés par les schizotypiques. La pensée de ces patients est considérée comme peu claire, caractérisée par des glissements, des interférences, des métaphores originales, des détails peu démonstratifs. Les raisonnements sont personnels, ne partageant pas la logique commune. Ils sont sans doute perturbés par des barrages et des incohérences liés au caractère tumultueux du flux de conscience.

Perception de soi

Les sujets schizotypiques, sans cesse remis en question par leurs perceptions inhabituelles, se connaissent et s'analysent mal. Ils se sentent étrangers à eux-mêmes comme à la société qui les environne. Leur originalité extrême les éloigne en effet des autres qui ne les intéressent pas et qu'ils n'intéressent pas non plus. Ils n'ont guère l'occasion de s'affirmer et d'être reconnus. De ce fait, ils se sentent particulièrement faibles, vides, incertains. Aussi leur existence est-elle composée d'une alternance d'exaltations indicibles et de tristesse solitaire.

Perception des autres

Le sujet schizotypique envie et redoute les autres qui lui paraissent vivre dans le confort et la facilité. Il les sent alternativement lointains, incompréhensibles, puis soudain intrusifs, disponibles. Ce sont alors des confidences surabondantes, émouvantes, disproportionnées. À cette trop grande proximité succèdent la méfiance, bilatérale, l'éloignement et la déception. Ces relations trop compliquées amènent le plus souvent le sujet à rentrer dans sa solitude et à renforcer sa citadelle intérieure.

Croyances

Les croyances fondamentales du schizotypique s'orientent autour d'un point majeur : « *L'important est ce que je sens et que je ne vois pas.* » À partir de là, les différentes croyances comportent les formulations suivantes : « *Je sens*

qu'un événement dramatique va survenir », « *Je sens qu'ils ne vont pas m'aimer* », « *Je sais ce qu'il pense* ».

La même ambiance d'agissements impalpables et invisibles amène des croyances ésotériques. Le schizotypique croit à la télépathie, aux revenants, à l'astrologie, etc. Il donne une signification aux coïncidences : « *Il y a des raisons pour tout, rien n'arrive par hasard.* » Dans la même perspective, il est sur ses gardes : « *On ne peut pas se fier aux apparences.* » Derrière ce qui se montre, il *sent* d'autres réalités, malveillantes.

Psychopathologie et étiologie

La personnalité schizotypique étant par définition reliée à la schizophrénie, c'est vers ce syndrome que nous allons nous tourner pour aborder l'étiologie cognitive de ce trouble. Pour Christopher Frith (1992), la schizophrénie comporte des déclenchements automatiques ou involontaires de pensées, de paroles, de gestes ou de sensations qui ne sont pas perçus par le sujet comme provenant de lui-même. Le champ de conscience du schizophrène est ainsi envahi en permanence par des éléments intrusifs qui désorganisent sa logique et ses représentations du monde. Les stéréotypies, le syndrome d'influence et l'automatisme mental se situent dans ce contexte. Ne pouvant expliquer ces intrusions anormales par des phénomènes naturels – ou médicaux –, les sujets les attribuent à des puissances extérieures : voisins, ondes, divinité. Les croyances délirantes se greffent sur ces raisonnements. D'une façon générale, les phénomènes étranges, situés au-delà, deviennent plus obsédants que la quotidienneté régulière. Aussi bien les connaissances culturelles, sémantiques, que la logique comparative, hiérarchisée, référant au bon sens, s'en trouvent ébranlées.

Pour expliquer ces phénomènes, Frith suppose que chacune de nos actions, pensées, paroles, sensations comporte une copie de réafférence qui renseigne la conscience – ou un moniteur central – sur ce que le sujet effectue ; c'est ce que l'on appelle aussi le *feed-back*. Le phénomène est bien connu pour l'oculo-motricité. Quand nous tournons rapidement les yeux d'un côté à l'autre, notre monde ne vacille pas parce que les muscles oculomoteurs renseignent notre cortex visuel quant à ces mouvements. Mais cela ne se produit pas quand avec notre doigt nous mobilisons notre globe oculaire ; dès lors notre monde est ébranlé.

L'incontrôle – pulsionnel, émotionnel, gestuel – est le fait d'une grande partie de la pathologie psychiatrique, qu'il s'agisse d'anxiété, de dépression ou de personnalités pathologiques. C'est le sentiment de non-appartenance à soi de ces impulsions qui fait la spécificité de la schizophrénie et des personnalités schizotypiques. Les troubles du raisonnement et de l'organisation de la pensée évoluent en parallèle et pourraient s'expliquer, en partie, par l'isolement social.

Reste à démêler l'origine véritable de ces troubles. On peut avec Millon les considérer comme secondaires à un isolement sensoriel et social. Hypostimulés, peu sollicités par des stimuli venant de l'extérieur, la réticulée

ascendante et le système limbique se verraient envahis par les rêveries intérieures qui prendraient le pouvoir. Dans certains cas, une attitude hostile de l'entourage renforcerait ce processus en y ajoutant une note paranoïde. Plusieurs études soulignent à quel point une éducation malencontreuse peut susciter un trouble de la personnalité schizotypique. Pour Johnson et coll. (2006), un environnement parental affectivement pauvre peut favoriser cette personnalité. Yen et coll. (2002) et Marzillier et Steel (2007) remarquent l'importance des traumatismes infantiles dans l'enfance de sujets présentant un trouble de la personnalité schizotypique. Lentz et coll. (2010) retrouvent ces antécédents traumatiques infantiles et remarquent les décompensations dépressives et les comportements suicidaires présentés par ces sujets. Ces pathologies rapprochent la personnalité schizotypique des personnalités borderline et narcissique qui lui sont volontiers associées. Conséquence vraisemblable de ces traumatismes, le trouble dissociatif se trouve souvent associé à cette personnalité (Giesbrecht et coll., 2007). Confronté à des menaces ou à des persécutions récurrentes, le sujet aurait tendance à se réfugier dans un monde irréel et imaginaire, faisant appel à des personnages mythiques, ayant recours à des vœux ou des exorcismes magiques. Il pourrait aussi adopter des attitudes clownesques ou excentriques pour attirer ou distraire son persécuteur. L'anesthésie apportée par ces décalages oniriques, le succès ou l'illusion de succès des pratiques ésotériques, la séduction entraînée par l'attitude excentrique renforceraient ces attitudes et généreraient des croyances fondées sur une apparence d'utilité. À côté de cette étiologie psychologique, une autre perspective, éventuellement compatible avec la première, met l'accent sur l'origine génétique des troubles. Elle a l'avantage d'être appuyée par des résultats objectifs (Baron et coll., 1985).

Thérapeutique

Ces approches étiologiques variées n'empêchent pas la thérapeutique que Beck aborde courageusement. La première étape du traitement est comportementale. Il faut inviter le schizotypique à nouer des relations sociales, à s'y adapter, c'est-à-dire à répondre aux sollicitations des autres par des réponses appropriées. Cette invitation aux bonnes mœurs et à une présentation plus conforme a surtout pour but de réduire l'agressivité qui pourrait se manifester à l'égard du patient. On peut espérer qu'il sera mieux accueilli. Il faut ensuite travailler sur les pensées automatiques en amenant le schizotypique à faire un tri serré entre tout ce qui concerne l'imaginaire, l'intuitif et le supposé d'une part, et ce qui est objectif et vérifié d'autre part. De la même façon, les raisonnements émotionnels et impulsifs seront ralentis, domestiqués, soumis à l'exigence de la preuve ou de la démonstration. Ainsi les idées de malveillance, les procès d'intention et les soupçons seront-ils amenés. Mais il sera difficile d'évacuer l'ésotérisme qui offre – ou plutôt qui vend – dans le champ médiatique ses sectes et ses prophètes. Le thérapeute amènera enfin le schizotypique à hiérarchiser les détails qu'il observe dans

l'environnement. Il devra faire le tri entre ce qui est important, majeur, culturellement signifiant, et ce qui n'a que des résonances personnelles ou poétiques. Des thérapies de groupe ont été proposées (Leszcz, 1989), ainsi qu'une approche attentive et dépassionnée des expériences précoces qui doit couper progressivement tout lien magique avec un abuseur ancien (Benjamin, 1993).

13 La personnalité passive-agressive

Définitions

Peu connue, sans doute moins répandue que d'autres personnalités pathologiques, 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. Par la suite, sa nature et sa réalité furent discutées, certains auteurs ne conférant pas à ce qu'ils considéraient comme un simple comportement le statut de personnalité (Malinow, 1981). À l'inverse, Millon (1981) considère que l'attitude d'opposition – essentiellement décrite par les neuf critères du DSM-III – ne suffit pas à définir cette personnalité. Le négativisme, l'irritabilité, l'impulsivité et l'incertitude s'ajoutent à ce symptôme pour lui donner une signification plus riche, moins automatique. Certains ont même proposé d'élargir le concept à celui de personnalité négativiste, incluant alors les personnalités à conduite d'échec et la personnalité sadique (Millon et Davis, 1996). L'attitude d'opposition frappe par son caractère sournois, hypocrite et détourné. Le sujet passif-agressif, maussade, boudeur et persifleur, n'obéit pas vraiment aux consignes, remet au lendemain, agit avec lenteur, fait de l'obstruction sans déclarer de façon officielle son adversité.

Décrite officiellement en 1945, la personnalité passive-agressive correspond à une tradition littéraire et psychiatrique assez ancienne. Bonne observation, *Le Misanthrope* de Molière est un portrait exemplaire de l'aigri qui allie la critique, la réticence et la timidité. Dans le champ psychiatrique, cette personnalité est décrite aux marges des tempéraments dépressifs. Kraepelin (1913), avec la « disposition irritable », évoque des sujets qui ont une vision régulièrement négative des événements ; Aschaffenburg (1922) décrit les personnalités insatisfaites, « mécontentes et toujours blessées » ; Hellpach (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, Kurt Schneider (1955) 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 » (auteurs cités par Schneider).

La personnalité passive-agressive est assez fréquente. Dans une population générale d'adultes d'Oslo, sa prévalence ponctuelle est de 1,7 % pour Torgersen et coll. (2001). Mais elle est également présente chez les adolescents âgés de treize ans (4 %) et alors volontiers associée à la consommation de drogues (Cohen et coll., 2007). Pour Hopwood et coll. (2009), la personnalité

passive-agressive présente une cohérence valide et peut être conçue comme une sous-catégorie de la personnalité narcissique à laquelle elle est volontiers associée, ainsi qu'à la personnalité borderline. Une association avec le déficit de l'attention avec hyperactivité a été retrouvée chez l'adulte par Cumyn et coll. (2009).

Aussi bien Millon et Everly (1985) que Beck et Freeman (1990) ont insisté pour ne pas limiter la personnalité passive-agressive à un simple comportement agressif. Selon ces auteurs, une vision négative de soi-même et du monde va de pair avec l'attitude opposante. Pour Millon, l'hésitation, le doute et le vacillement jouent un rôle central. Il est donc commode de rassembler l'ensemble des symptômes sous les trois termes d'opposition, de négativisme et d'hésitation, lesquels vont se manifester dans différents domaines : comportemental, affectif, cognitif. L'opposition du passif-agressif est sournoise, hypocrite, rampante, utilisant la ligne de moindre résistance, évitant les risques et les conflits ouverts. Elle va de pair avec un désir permanent d'autonomie mal abouti qui alterne avec des comportements de dépendance. L'hésitation imprègne les différents domaines psychologiques, amenant une instabilité de l'humeur et des comportements impulsifs. Les idées et les réflexions sont également alternantes, d'où une mauvaise connaissance de soi et peu d'esprit de synthèse. Le négativisme, généralisé, participe de l'opposition au contexte social mais s'accompagne aussi des sentiments d'envie, d'amertume et de rancune. L'ensemble donne évidemment l'impression d'un ratage, d'une ambition déçue à laquelle le sujet ne peut pas parvenir et qu'il tente d'approcher par des moyens misérables.

Comportement et stratégie interpersonnelle

Le sujet passif-agressif manifeste un comportement d'opposition. Cette opposition est passive, silencieuse, sans heurts ni déclarations hostiles. Elle est particulièrement significative dans le domaine professionnel, mais elle est présente également dans le milieu familial. Le sujet « oublie » certaines tâches, les accomplit avec une lenteur délibérée, les remet au lendemain – ce qui se nomme procrastination. Son activité professionnelle est inefficace, irrégulière, peu investie. Si, finalement, son supérieur le met au pied du mur et l'oblige à s'exécuter, il se met en colère, adopte une attitude cassante. À cette obstruction matérielle s'ajoute une humeur maussade. Le passif-agressif fait du mauvais esprit, critique, se moque et persifle, fait des allusions. S'il est en position de responsabilité ou de direction, cette attitude négative brise l'élan de ses collègues qui ne sont guère gratifiés. À cet ensemble déjà hostile se rajoutent encore des comportements impulsifs qui explosent après des périodes de doute ; elles achèvent de désorienter l'entourage.

Les relations sociales et amicales sont minées par l'irritabilité, l'hésitation et les plaintes. Le passif-agressif a une fâcheuse tendance à culpabiliser les autres, à les rendre responsables alors que lui-même ne s'engage pas et ne joue pas le jeu. Il reste imperméable et insensible aux conseils et aux confidences. Les relations sociales s'appauvrissent, le sujet se fragilise et il est

ainsi ballotté entre des périodes d'autonomie plutôt agressives et le retour dans un état de dépendance dépressive.

Style cognitif

La pensée des passifs-agressifs est dominée par l'ambivalence, le sujet changeant sans cesse de perspective et de projets. De plus, méfiants vis-à-vis de l'opinion générale, ces sujets adoptent volontiers des attitudes originales et irréalistes qu'ils ne critiquent pas. Ces incertitudes et ces méfiances entraînent un système de croyances anarchique et peu fiable. Il en est de même pour la connaissance de soi, le sujet s'analysant mal et refusant de se mettre en question. Il existe ainsi une dissonance cognitive, le passif-agressif ressentant et exprimant des attitudes qui sont en réalité l'inverse de ses sentiments profonds. Comme dans le domaine précédent, cette instabilité fera osciller le sujet entre des audaces irréalistes et des replis conformistes, sans réelle créativité.

Expression affective

L'affectivité du passif-agressif est instable, irrégulière ; elle est facilement exprimée. Une grande sensibilité, une faible tolérance à la frustration, la crainte du jugement des autres et le pessimisme constituent une toile de fond générale devant laquelle fluctuent des sentiments plus volatils. Parfois enthousiastes, les passifs-agressifs sont plus souvent découragés, distraits, puis obstinés, raisonneurs et rancuniers. Irritables, ils se mettent en colère, se plaignent, sont impatientes, fort exigeants vis-à-vis des autres. L'ensemble donne une impression d'instabilité électrique, difficile à comprendre et à supporter.

Perception de soi

Les passifs-agressifs se veulent autonomes et responsables, mais ne parviennent pas à ce but et se plaignent. Ils pensent qu'ils n'ont pas eu de chance, qu'ils portent malheur, qu'ils n'ont pas été compris. Ils se considèrent comme des victimes, rejetés et mal appréciés par leurs proches. La plainte est chez eux un élément majeur qui prend volontiers appui sur des souffrances physiques. Sur le plan moral, la revendication peut alterner avec la culpabilité et, d'une façon générale, le monde n'est pas comme il devrait être. Mais l'on sent combien ces affirmations forcées cachent une perpétuelle impatience, une perpétuelle insatisfaction – prête à se donner sans réflexion au plus offrant.

Perception des autres

Le passif-agressif considère que les autres sont intrusifs, envahissants et dominateurs. Ce sont, au sens de Molière, des fâcheux ou encore des « empêcheurs de tourner en rond ». Ces jugements péjoratifs n'empêchent pas

les passifs-agressifs d'être envieux, jaloux, haineux. Ils critiquent l'autorité, méprisent ceux qui ont réussi, dévalorisent les règles morales – auxquelles ils ne croient plus. Ainsi, par exemple, ils pourront penser que le travail et le courage n'apportent pas la réussite sociale, que celle-ci n'est due qu'au hasard ou aux intrigues. L'agressivité va ici de pair avec une perte des valeurs.

Croyances

Beck a mis en évidence les pensées automatiques et les croyances des sujets passifs-agressifs.

Les pensées automatiques sont défensives : « Je ferai ce que j'ai envie de faire », « Les gens profitent de moi », « On devrait me traiter avec plus de respect », « Personne ne s'intéresse à ce que je fais ».

Les croyances dysfonctionnelles expriment une morale de désillusion : « Les gens profitent de vous si vous les laissez faire », « Être direct avec les autres peut être dangereux », « Ce que vous faites n'a aucune importance », « Les règles sont arbitraires et m'étouffent ».

Sur cette thématique proposée par Beck, nous pouvons à l'évidence broder à l'infini en fonction des contextes, et l'attitude agressive correspond à la destruction d'une morale préalable qui avait sa logique, ses attendus, ses résultats – et qui a trahi le sujet ou ne lui a pas donné ce qu'il attendait.

Psychopathologie et étiologie

Millon attache une grande importance à l'ambivalence et la place en amont des autres troubles. Elle entraînerait des frustrations et des émotions, situées au bord de la conscience, à l'origine elles-mêmes d'impulsions et de souffrances négativistes. Mais c'est aussi dans ce contexte d'ambivalence, d'hésitation et de vacillement que se produiraient des déplacements – ou des attributions – pathologiques. Tel sujet frustré par son patron dirige son agressivité sur un collègue ou sur sa famille. La revendication ne peut pas se diriger de plein front, elle utilise des voies latérales. Il en est de même concernant d'autres sentiments, de l'ordre de l'amour, du désir ou de la demande qui sont attribués à des cibles latérales. L'émotion peut également changer de nature, l'agressivité se transformant par exemple en plainte hypochondriaque.

Ces mécanismes comportent une économie. Les émotions sont contrôlées, cadrées dans les bornes de la crainte, moins douloureuses. La stratégie d'hésitation et de déplacement permet aussi de mieux contrôler les autres, de les maintenir à merci sans rompre avec eux – au moins dans l'immédiat. Le passif-agressif est un sujet caméléon qui adopte plusieurs rôles successifs – le martyr, l'effronté, le travailleur – en fonction des changements de décor. D'un autre côté, l'hésitation peut être considérée comme une conséquence de changements brutaux d'humeur difficiles à gérer.

L'étiologie de la personnalité passive-agressive pourrait comporter un aspect génétique. Une étude gémellaire de Coolidge et coll. (2001) fait état

d'une héritabilité à 0,50. Une autre étude gémellaire montre un recouvrement avec les personnalités paranoïaque, borderline et schizoïde (Czajkowski et coll., 2008).

Pendant, l'influence de l'entourage familial est importante. Selon Millon et Everly (1985), la personnalité passive-agressive peut être rattachée à une attitude peu claire de parents eux-mêmes ambivalents, faisant succéder de façon incompréhensible l'affection et le rejet. Ces situations suscitent chez l'enfant des hypothèses diverses et alternatives. Finalement, chaque sentiment, chaque idée font automatiquement apparaître leur contraire comme une éventualité. Par crainte d'être toujours déçu, le passif-agressif choisit de rester dans une position intermédiaire d'attente, position économique, mais position frustrante. Il n'en sort que par des décisions impulsives, aveugles, mal réfléchies.

Les situations de divorce, les conflits familiaux, les dilemmes pirandelliens où les vérités s'opposent de façon paradoxale constituent autant de raisons supplémentaires de développer cette ambivalence. Johnson et coll. (2006) observent que la personnalité passive-agressive est corrélée avec une attitude hostile et sévère des parents. Pour Grover et coll. (2007), cette personnalité est corrélée avec les traumatismes infantiles.

Traitement

Ce domaine a été abordé par Beck et Freeman (1990). Le plus souvent, les sujets passifs-agressifs consultent pour une autre pathologie, un état dépressif par exemple. Ils n'admettent pas en général les troubles de la personnalité décelés par les thérapeutes. Ceux-ci devront user de la plus grande diplomatie pour entreprendre un travail plus profond. L'autonomie, l'insertion sociale, l'épanouissement d'une existence jusque-là restreinte peuvent constituer des objectifs séduisants.

Le travail se fera ensuite sur les pensées automatiques qui entretiennent le négativisme et la susceptibilité. Une réflexion s'amorcera sur les raisons et les buts véritables de l'attitude du patient. Vous souhaitez être autonome ? Dans quel but ? Vous souhaitez l'insertion sociale, les amitiés, les contacts ? Dans ces conditions, il est nécessaire de considérer les autres avec plus de réalisme. Êtes-vous bien sûr qu'ils soient systématiquement hostiles, que la société est si cruelle ? Si vous souhaitez vraiment vous insérer, songez aux conséquences de vos actes, de vos réactions, de vos paroles. Pensez que les autres sont peut-être aussi sensibles que vous, malgré les apparences.

Peu à peu, le thérapeute aborde les croyances fondamentales, met à l'épreuve l'anti-morale du sujet et son caractère défaitiste. Il analyse l'ambivalence, ses causes, son utilisation automatique – réflexe – dans des moments particulièrement sensibles. Le patient devra alors apprendre à trancher de façon plus claire, d'abord dans des domaines accessoires. Il constatera dans la pratique les conséquences bénéfiques de ces décisions, pour lui et pour les autres, ce qui lui permettra de s'enhardir et d'aborder des choix plus essentiels.

Ainsi, au-delà de ses automatismes, le patient va mieux discerner ses véritables buts – une autonomie plus concrète – et les moyens précis d’y aboutir. Il sort de ses attitudes velléitaires, de ses interprétations approximatives, de ses idées toutes faites. Ainsi le thérapeute aura infléchi l’ensemble de la personnalité passive-agressive, en jouant sur le négativisme et l’ambivalence, mais sans aborder de front le point sensible, l’agressivité, qui devrait se diluer progressivement dans le renouveau d’activités agréables investies sans appréhension.

14 La personnalité dépressive

Introduction

La personnalité dépressive correspond à une tradition de la médecine de l'Antiquité. Dans le *Corpus Hippocraticum*, se trouve décrit le *melancholicos*, c'est-à-dire le type bilieux, le *typus* à la bile noire. Ces sujets sont exposés à contracter la maladie appelée *melancholia*. Par la suite, ces expressions et ces conceptions se sont installées dans le langage courant, les termes de mélancolique et d'atrabilaire étant utilisés comme adjectif et comme substantif. *Le Misanthrope*, la pièce de Molière, est sous-titrée : *L'Atrabilaire amoureux*.

Plus près de nous, dans le champ de la psychiatrie, Karl Abraham, Ernst Kretschmer et surtout Hubertus Tellenbach ont insisté sur la personnalité particulière des sujets dépressifs entre les épisodes. Abraham (1927) avait remarqué que la pathologie de ces patients se rapprochait de la névrose obsessionnelle. Il notait en particulier que ces sujets avaient tendance à surinvestir leur activité professionnelle pour « *sublimiser la libido qu'ils ne peuvent pas diriger vers son but naturel* ». Kretschmer a décrit des tempéraments cycloïdes parmi lesquels le *typus* triste qui caractérise des sujets calmes, sensibles, facilement accablés. Fonctionnaires ou employés, ils sont assidus, dévoués, consciencieux et supportent mal les périodes troublées et inhabituelles qui amènent la décompensation dépressive.

Pendant, le travail de Tellenbach domine de très haut ces diverses conceptions. Ce psychiatre allemand, phénoménologue, a posé de façon très claire, sous l'appellation de *typus melancholicus*, les caractéristiques fondamentales d'un état prédépressif – qu'il ne veut pas appeler personnalité parce qu'il se contente d'observer – et a proposé une psychopathologie qui permet de comprendre le passage vers la décompensation mélancolique (Tellenbach, 1979). Sa réflexion est fondée sur des observations cliniques bien établies. Le sujet *typus melancholicus* est attaché à l'ordre, en particulier dans le domaine du travail. Il recherche la meilleure rentabilité en qualité et en quantité ; il néglige les loisirs et la détente. Il s'investit socialement, se dévoue pour ses proches, accepte mal que les autres lui rendent service sans les récompenser. Dans ce culte d'un équilibre dynamique dans les relations et le travail, le sujet *typus melancholicus* supporte mal les accrocs et les disputes qu'il souhaite toujours réparer pour revenir à un état d'équilibre. Il existe ainsi en permanence une peur de faillir et une culpabilité sous-jacente qui s'établissent par rapport à un fonctionnement optimal, à définition sociale. La morale de ces sujets s'est ainsi fondée sur des valeurs qui sont mises en pratique et qui ne sont pas issues de consignes purement culturelles.

Le passage à la mélancolie s'accomplit à partir du moment où le système s'enraye, par les deux constellations de l'includence et de la rémanence. Qu'il existe une modification du rythme de l'existence liée à une promotion

professionnelle ou à un déménagement, que se présentent une épreuve, physique ou morale, un cas de conscience, une injustice, dès lors, tout le système de défense du *typus* se renforce et s'exacerbe. Le sujet travaille encore plus, accentue ses efforts, se culpabilise, cherche à se dépasser pour faire face aux épreuves. Cependant, il s'épuise, travaille finalement moins bien et se trouve débordé, ce qui accentue de façon dramatique son anxiété face à ses critères personnels de rentabilité. Il est dans la constellation de rémanence, en retard sur son programme habituel, et dans la constellation d'includence, ne parvenant pas à maîtriser l'ensemble de ses tâches, soudain excessives. Les perspectives pessimistes s'accumulent alors et l'évolution vers la mélancolie est une suite logique. Des culpabilités annexes, parfois fantasmatiques, sont attirées dans ce maelström.

Les cliniciens contemporains oublient ou négligent volontiers le *typus melancholicus* qui n'est ni recherché ni retrouvé dans les études systématiques. Souvent, ce comportement de surinvestissement professionnel se trouve intégré dans le cadre de la personnalité obsessionnelle qui, elle-même, apparaît comme un facteur prédisposant à la dépression. Or, le *typus melancholicus* et la personnalité obsessionnelle sont des concepts distincts. Nous retrouvons dans les deux cas le surinvestissement professionnel et le souci de la précision, mais ces attitudes sont adoptées pour des raisons différentes. L'obsessionnel, fort égoïste, obéit à des lois sociales et personnelles ; ses scrupules ne renvoient qu'à des transgressions. Le sujet *typus melancholicus* est en relation, en dette et en devoir vis-à-vis des autres ; faillir, décevoir, abandonner sont pour lui des fautes graves eu égard à une morale fondamentale de projection sur l'autre. L'obsessionnel impose aux autres ses conceptions et ses contraintes ; il est persuadé de détenir la vérité, de connaître pour toute difficulté le meilleur remède. Le sujet *typus melancholicus* ne cesse de rechercher l'avis de l'autre, dont il guette d'ailleurs avec soin les réactions – ce dont l'obsessionnel n'a cure.

L'époque contemporaine a précisé ces premières recherches en mettant à l'épreuve dans plusieurs contextes des critères cliniques de personnalité dépressive. Hagop Akiskal, étudiant dans les années 1980 les dépressions chroniques, à présent dénommées trouble dysthymique, en a dégagé deux sous-groupes distincts en fonction de leur sensibilité à un traitement antidépresseur tricyclique. La dysthymie subaffective réagit aux antidépresseurs tricycliques, comporte des antécédents familiaux de dépression uni- ou bipolaire, et ne se trouve pas associée de façon fréquente à une perte d'objet dans l'enfance. Le caractère du spectre dysphorique (*character spectrum disorder*) ne réagit pas aux antidépresseurs, ne comporte pas d'antécédents familiaux de dépression uni- ou bipolaire mais plutôt des antécédents d'alcoolisme ou de sociopathie, se trouve associé de façon plus fréquente à une perte d'objet ou à des traumatismes dans l'enfance (Akiskal, 1983). On retrouve ainsi une opposition entre des dysthymies de nature plutôt biologique et des dysthymies de nature plutôt réactionnelle, à la clinique plus atypique. Les deux entités peuvent nouer des relations avec des troubles de la personnalité, ce que nous allons revoir plus loin.

Par la suite, Akiskal, établissant une équivalence entre dysthymie sub-affective et personnalité, a proposé des critères de personnalité dépressive (Akiskal, 1989) :

- sombre, pessimiste, sérieux, incapable de joie et de relaxation ;
- calme, passif, indécis ;
- sceptique, hypercritique, se plaignant ;
- se tourmentant, broyant du noir ;
- attaché au devoir, consciencieux, autodiscipliné ;
- doutant de soi, autocritique, se faisant des reproches, autodérogatoire ;
- préoccupé par l'insuffisance, les échecs, les événements négatifs ;
- somnolence, tendance à la passivité, avec une aggravation dans la matinée.

La personnalité dépressive apparut ensuite dans l'annexe B du DSM-IV, puis du DSM-IV-TR, en tant qu'outil destiné à la recherche. Il s'agit d'un mode envahissant de cognitions et de comportements dépressifs apparaissant à l'âge adulte et présent dans divers contextes. Les critères sont alors les suivants :

- l'humeur habituelle est avant tout abattue, morose, sombre, triste ou sans joie ;
- l'image de soi repose sur la croyance de ne pas être à la hauteur, sur des idées de dévalorisation et sur une faible estime de soi-même ;
- est critique envers soi-même, se fait des reproches et se déprécie ;
- propension à ruminer et à se faire du souci ;
- vision négative, critique et réprobatrice d'autrui ;
- pessimisme ;
- tendance à éprouver de la culpabilité ou des remords.

Il est bien souligné que cet état ne survient pas exclusivement pendant les épisodes dépressifs majeurs et qu'il n'est pas mieux expliqué par un trouble dysthymique. Si le DSM-IV, dans son actuelle version révisée, maintient ce cadre dans son annexe B, l'ICD-10, à l'inverse, ne la reconnaît pas et ne conserve que le trouble dysthymique.

Toutefois, on notera qu'à travers ces définitions, la personnalité dépressive s'est peu à peu séparée de la dépression chronique. Il s'agit d'un mode de vie, d'une façon d'être et de considérer le monde qui, d'ailleurs, n'épargne guère les proches et l'environnement immédiat. À une simple tonalité pessimiste, négative et coupable s'ajoute ici une sévérité amère et réprobatrice. Nous sommes dans le domaine d'un ascétisme austère qui se propose comme une doctrine, voire comme un modèle susceptible d'être promu et proposé. Le parti du bonheur draine les naïfs et les paresseux, la vision pessimiste est plus forte, plus ambitieuse. Il y avait déjà un peu de cela chez le *typus melancholicus*, chevalier noir dans le style de Dürer, samouraï abandonné en quête de cause. Le renoncement au bonheur pourrait ainsi se concevoir comme une solution à la fois économique et valeureuse, destin de misère noble et fanée, alors que le déprimé ordinaire, même chronicisé, demeure hanté par l'existence bienheureuse dont il se souvient et dont il espère le retour.

Utilisé par divers auteurs, le diagnostic de personnalité dépressive a été appliqué à des populations de sujets déprimés.

Donald Klein (1990), utilisant les critères de personnalité dépressive d'Akiskal, a recherché les troubles dépressifs dans une population de sujets présentant ce diagnostic. Il a retrouvé une association significative entre la personnalité dépressive et le trouble dysthymique, sans fréquence notable de troubles dépressifs uni- ou bipolaire. Le même auteur, en 1993, a pris comme échantillon une population d'étudiants. Ceux qui présentaient une personnalité dépressive avaient un antécédent de trouble de l'humeur (61 contre 18 % pour les témoins) ou de trouble dysthymique (19 contre 1 % pour les témoins). Hirschfeld et Holzer en 1994 ont utilisé plusieurs définitions de la personnalité dépressive (les critères du DSM-IV, les critères d'Akiskal, les critères du *Diagnostic interview for depressive personality* de Gunderson). Parmi les patients qui sont définis comme ayant une personnalité dépressive pour l'une ou l'autre de ces définitions, 75 % ont souffert d'un trouble dépressif majeur, 51 % ont présenté un trouble dysthymique. Parmi 54 sujets présentant des éléments dépressifs légers et persistants, Phillips et coll. (1998) ont distingué 30 sujets répondant aux critères de personnalité dépressive. Soixante-trois pour cent d'entre eux ne présentent pas les critères de dysthymie, 60 % n'ont pas ceux de dépression majeure. Enfin, McDermut et coll. (2003) ont étudié la pathologie psychiatrique de sujets présentant une personnalité dépressive. Ils retrouvent plus de diagnostics sur les deux axes que dans le groupe témoin, ainsi qu'un dysfonctionnement psychosocial plus important.

Nous constatons ainsi que la personnalité dépressive et le trouble dysthymique apparaissent comme deux entités qui ne se recouvrent pas complètement, et il existe ainsi une place pour la personnalité dépressive isolée, ce qui justifie son maintien en tant que diagnostic dans le DSM-IV-TR. Cela dit, le voisinage de la personnalité dépressive et des troubles thymiques a justifié maints modèles théoriques qu'évoquent Klein, Wonderlich et Shea (1993). On peut en effet considérer que personnalité et trouble dépressifs n'ont aucun rapport, proviennent d'une cause commune, génétique ou traumatique, que l'un prédispose à l'autre, que l'un se situe dans le spectre de l'autre, ou encore que l'un et l'autre aboutissent finalement à un mélange des deux, l'un colorant ou influençant l'autre : dépression avec des troubles de personnalité dépressive, ou personnalité dépressive avec troubles dépressifs fréquents.

Au-delà de ces travaux objectifs et théoriques, les réflexions cliniques de Millon et Davis (1996) et les travaux épidémiologiques menés à propos des troubles dépressifs tels qu'ils sont exposés par Tousignant (1992) permettent d'amplifier et de préciser la connaissance de la personnalité dépressive, pathologie qui mérite une approche thérapeutique approfondie et la prise en compte des événements de vie anciens et récents.

Apparence comportementale

Le sujet dépressif est à la fois sombre, sentencieux, désolé, abattu et découragé. Critiqueur et maussade, il manque d'initiative et de spontanéité. Sa

parole est monotone, lointaine, ses propos négativistes, et il donne l'impression de ne rien faire pour sortir de ce marasme. Il est volontiers désabusé, revenu de tout, sans illusions, et gâche par ses remarques pessimistes les enthousiasmes de ses proches qu'il va considérer comme naïfs et insouciant. Il est cependant émotif et sensible, victime, abandonné, se plaignant des aventures douloureuses qu'il a traversées et au cours desquelles il s'est laissé faire sans résistance. À cet endroit, il sera susceptible, réagissant avec vivacité si l'on aborde certains sujets.

Contacts interpersonnels

Les contacts interpersonnels sont marqués par la passivité. Le sujet dépressif est sans défense, vulnérable. Il a tendance à se plaindre, à évoquer sa misère, sa faiblesse, son infériorité, ses défauts. Il dira volontiers : « *Je ne vauds rien, je suis incapable, j'ai eu tort, j'aurais dû faire ceci ou faire cela, mes travaux et mes réalisations sont illusoire.* » Ces attitudes, systématiquement répétées, semblent avoir pour but de se faire plaindre, mais elles renforcent aussi l'impression d'incapacité et de fuite des responsabilités. Elles mettent le monde à distance, cantonnent le sujet dans un austère renoncement. Des causes lointaines justifient tout cela. Le sujet a été abandonné, traumatisé, trompé, ridiculisé. Une subtile accusation traîne à travers ces plaintes, mettant mal à l'aise l'interlocuteur, rapidement culpabilisé. Toutefois, on ne rencontre pas ici le sentiment d'injustice du paranoïaque, plus tonique, ou la revendication bruyante de l'histrionique, plus sociale. Le sujet dépressif maîtrise son agressivité car il redoute d'être rejeté et à nouveau méprisé. Il craint d'entreprendre quelque action ou projet de peur de rencontrer l'échec et il en reste donc à sa traînerie boudeuse. Il vit dans la plainte et la demande d'assistance, ne veut pas gêner, ni encombrer, s'excuse et se fait petit, mais tout en même temps occupe le terrain et ne donne rien en échange. Il s'avère bien vite incapable de réaliser les conseils et les propositions que pourtant il sollicite sans cesse. L'entourage, évidemment ému et compatissant, s'empresse autour de lui mais réalise bientôt l'inefficacité de ses démarches. La culpabilité du sujet survient ensuite, lancinante et douloureuse, soulignant son allergie au moindre effort, proclamant la démission, décourageant les proches qui se disent une fois de plus qu'ils auraient mieux fait de ne rien suggérer. Cette stratégie de surplace qui promet la faute et la passivité et finit par diffuser alentour est particulièrement éprouvante. Elle est à différencier de celle du sujet dépendant qui, à être pauvre et sans initiative, tout au moins s'exécute sans mot dire alors que le dépressif résiste et obstrue.

Gestion des affects

La tristesse est l'affect central de la personnalité dépressive. Cette humeur dépressive, présente souvent à bas bruit, occulte les autres sentiments que le sujet redoute et finit par ignorer. Ni l'amour, ni la joie, ni même l'agressivité ou la jalousie ne peuvent plus se manifester, sentiments hors

de propos, à la fois dérisoires et inaccessibles. L'humeur dépressive occupe tout et tient lieu de tout. Les relations avec les autres vont s'en trouver conditionnées, les demandes, les échanges et les refus utilisant sans cesse ce domaine. Ainsi va se créer un système dépressif qui dévore et assimile les mouvements de la vie. Le sujet continue à travailler, à fréquenter les autres, à boire de l'alcool, à partir en vacances, à fréquenter des personnages médiocres ou en dessous de sa condition afin que son humeur dépressive et sa culpabilité ne s'aggravent pas plus, afin de donner le change, de laisser paraître un semblant d'existence normale que charpentent encore quelques principes rigides. Toutefois, l'humeur dépressive peut connaître quelques variantes. Elle est volontiers amère et désagréable ; le sujet est irritable, ronchon ; il multiplie les petits conflits, les caprices, les revendications. Rien ne l'intéresse et il dévalorise sans cesse les élans de ses proches. On perçoit alors le ressentiment et l'envie, alimentés par une constante impuissance ou par des projets velléitaires. L'humeur dépressive peut aussi se teinter d'indifférence. Le dépressif est désabusé, démissionnaire, noyant les contours de son existence, atténuant les valeurs et les contrastes : toutes choses ont une égale inimportance. Cet abrasement de tous les reliefs, cet ensablement dans les moyennes et les à-peu-près jouent, même s'il est aimable, un rôle séditieux et destructeur auprès des proches. Une existence erratique peut en résulter : on fait n'importe quoi, on fréquente n'importe qui parce que, de toute façon, c'est toujours la même chose. Les dépenses, les drogues et les alcools, les pseudo-engouements passifs et sans lendemain, le laisser-aller, les aventures peu glorieuses, décadentes, de la personnalité dépressive sont aussi ruineuses que celles du maniaque. Enfin, à l'inverse, ainsi que le suggèrent Millon et Davis (1996), il existe une place pour l'humeur dépressive rétive. La tristesse se mêle ici à l'anxiété pour réaliser une ambiance instable où alternent l'irritabilité, la revendication et les passages à l'acte. La demande violente armée de menaces, la vengeance, les représailles constituent l'arrière-plan d'une humeur dépressive souvent bien installée sur une biographie riche en drames et en déceptions. Toutefois, cette agitation dramatisée demeure stérile et peu sociale, se différenciant de la personnalité histrionique, plus productive et surtout plus hédoniste.

Style cognitif

Le dépressif est pessimiste. Sa vision du monde et de lui-même est négative, biaisée, interprétative, sélectionnant ce qui va dans le sens de la tristesse et méprisant les occasions de joie et de contentement. La pensée est rigide, systématique, ennuyeuse et monotone par son ton conventionnel. Assez impérieuse et fermée, elle écarte avec mépris les espoirs, les audaces et les solutions positives. Ces attitudes qui sont affichées avec une sobriété pauvre mais péremptoire démolissent l'entourage. On verra le père de famille dire à ses enfants : *« Tu ne seras pas reçu à ce concours, ce voyage n'est pas intéressant, tu paies trop cher cette voiture ou cette maison, ton camarade ne m'inspire pas confiance, méfie-toi, ce jeune homme est un coureur de jupons,*

cette jeune fille n'est pas de notre milieu. » Ces dénigrements trouvent dans l'austérité leur meilleure justification. Ils s'accordent à merveille avec les conventions bourgeoises et l'ascétisme religieux où ils vont se dissimuler. Le renoncement au bonheur et à la joie peut être ainsi promu comme une éthique et son caractère pathologique s'en trouver ignoré. L'autocritique, les punitions, les confessions et les flagellations prennent le pas sur les récompenses et les satisfactions, considérées comme des facilités. On pourra trouver ici des points de ressemblance avec la personnalité obsessionnelle. Mais n'oublions pas que celle-ci, tout en respectant la loi et le devoir, prend pour principes de base l'efficacité, la rentabilité et l'autonomie. L'obsessionnel ressemble à une fourmi ou à un écureuil, têtus et réguliers, alors que le dépressif est un sinistre corbeau, noir et coassant. Des légendes et des récits dramatiques viennent illustrer et soutenir cet état d'esprit : un parent est mort pendant l'enfance du sujet, un père était alcoolique et terrorisait son épouse, un grand-père a fait faillite laissant la famille dans la misère, un autre a tout perdu au jeu, un oncle s'est déshonoré avec une maîtresse indigne dont il a eu plusieurs enfants bâtards. Le sujet lui-même a pu vivre une série de catastrophes qui se sont enchaînées les unes les autres : deuils, abandons, trahisons, échecs inattendus, ruine injuste, exploitations scandaleuses dignes des romans populaires, souvent édifiants, du XIX^e siècle. Le patient supporte avec stoïcisme ces sombres mélodrames dont il fait une pitoyable légende et qu'il faut à présent racheter par une vie de pénitence, même si, apparemment, il n'en est pas responsable. De façon plus large et plus insidieuse, les idées de fatalité et de malédiction pèsent sur le sujet et sa famille. Les uns et les autres n'ont plus droit à une existence épanouie, et il faut se figer dans une rigidité instantanée, au risque de dévaler plus bas, d'être repris par le destin maléfique.

La crainte de la joie et de la fantaisie, l'attitude morale, sévère et sentencieuse constituent dès lors un ensemble impressionnant, doctrine conservatrice qui promeut l'immobilisme et se prend très au sérieux. Toutefois, cette position de repli altier n'est pas pour autant réaliste et mature. Elle peut tout au contraire se révéler infantile, schématique et même dangereuse. Régressé, le sujet dépressif imagine des solutions magiques, des retournements, des coups de théâtre salvateurs. Il attribue aux autres, en particulier au thérapeute, des pouvoirs considérables. Il se livre au premier personnage qui l'impressionne, abandonnant toute direction personnelle de son existence. C'est ainsi que le dépressif peut se trouver sous la coupe d'un individu maléfique qui l'utilisera de façon plus ou moins malhonnête à des travaux ingrats, à des actes dégradants, sans qu'il ose désormais protester ou se plaindre, de crainte d'une pire situation. Car, en effet, c'est toujours le malheur et ses hiérarchies plus ou moins monstrueuses qui constituent la mesure de son existence. On verra donc apparaître la doctrine suivante : tout plutôt que le pire, sans concevoir qu'il existe d'autres univers, parés de gaîté ou de plaisirs, mais définitivement trompeurs et auxquels il n'a plus droit. Le malheur est ainsi devenu une doctrine centrale avec ses thèmes, l'échec et la culpabilité, son ambiance noire, ses raisonnements, son fatalisme, et son style, un style austère, à la fois rigide et fragile.

Perception de soi-même et des autres

Le sujet dépressif se considère comme sans valeur, incapable, dépassé, stérile, impuissant. Plus gravement, il se sent inadapté, exclu du monde social. La vraie vie est au-delà, ailleurs, composée d'événements, de mouvements, de sentiments agis et ressentis par des personnes normales et heureuses dont à l'évidence il ne fait pas partie. Le dépressif est tombé du train de la vie, oublié en chemin. Il ne connaît plus aucun repère précis pour se définir ou s'identifier. Plus exactement, il ne se connaît plus que par le sentiment dépressif et les légendes tourmentées qui l'entretiennent et qu'il raconte sans fin. Nous sentons ici des proximités avec la personnalité borderline, quand certains sujets traumatisés ne sont plus qu'une histoire tragique, celle de viols répétés pendant l'enfance, celle d'un deuil précoce, d'un abandon, d'une maladie physique. Toutefois, les sujets présentant une personnalité borderline croient encore à l'amour et se jettent vers les autres dont ils attendent le secours et l'affection. Le dépressif est plus lointain, moins authentique, moins affectif.

L'autre du dépressif est inaccessible, difficile à comprendre et à pratiquer. Le contact s'établit mal dans l'hésitation et la crainte d'être rejeté. Le dépressif n'est pas intéressant, il le sait bien, il a peur de gêner, d'encombrer, de solliciter. Il se fait discret dans un environnement qui lui semble éphémère et inaccessible. Il cherche le repos, à se mettre à l'écart, dans une position point trop douloureuse, plausible, demandant à peine, obtenant encore moins. Dans ces conditions, la relation qu'il tente d'esquisser avec les autres, surplombée par la crainte de décevoir et d'être déçu, s'entame tout juste, tourne court, ne parvenant pas à la plus élémentaire ouverture. Elle se différencie donc de l'attitude hystérique qui ose demander, qui croit encore sinon à la richesse de l'autre tout au moins à sa capacité de l'admirer.

Croyances

Les croyances et les schémas cognitifs de base du sujet dépressif vont concerner son mode de fonctionnement et sa biographie. Bien souvent, un événement a cristallisé un ensemble de doctrines qui s'établissent pour déterminer une attitude et un rôle social. Le renoncement joue ici un rôle considérable : je ne serai plus ce que j'ai été, je n'atteindrai plus cette position, je ne vivrai plus de tels instants. L'attitude est dichotomique. Ce renoncement demeure ambivalent, mêlé d'un espoir douloureux qui côtoie parfois une solution magique éventuellement représentée par la thérapeutique. Mais l'audace d'une amélioration va de pair avec la crainte d'être déçu ou rejeté à nouveau. Ainsi, la position dépressive est aussi une position de défense économique, un repli stratégique : c'est le moindre mal. La culpabilité et la dévalorisation jouent un rôle important : « *Il vaut mieux que je m'accuse avant que les autres le fassent* » ; « *Si je me dévalorise, on ne me confiera guère de tâches ou de responsabilités* ». La position de victime peut s'y rajouter. Cette fois-ci, la faute vient d'un autre. Là encore, c'est un sentiment ambivalent, car le sujet aurait pu se défendre mieux, car il a été

contaminé par son persécuteur dont il partage certains traits, car d'autres personnes auraient pu l'aider. Le malheur, le mal et la médiocrité ont peu à peu envahi le monde.

On verra donc les croyances suivantes : « *Je ne vauds rien* », « *Tout est de ma faute* », « *Le pire est toujours sûr* », « *Je suis incapable de me défendre* », « *Je me laisse faire* », « *Je suis incapable de trouver du plaisir* », « *Les autres réussissent mieux que moi* », « *Les autres profitent de moi* », « *Quoi que je fasse, c'est toujours le même résultat* », « *Je ne suis pas digne de ce métier, de cette relation* », « *Si j'exprime ma tristesse, on s'intéressera à moi* », « *Si j'essaie de changer, la situation va s'aggraver* », « *Le monde est mauvais, les individus sont décevants, médiocres* », « *Si je m'amuse on ne me prendra plus au sérieux* », « *La plupart des gens sont futiles et sans profondeur* ». Mais on trouvera aussi des croyances plus personnelles, plus dramatiques, ancrées sur des événements de vie : « *Ma vie est ratée* », « *Tout va mal depuis que mon ami m'a abandonnée, depuis que j'ai été recalé à ce concours, depuis que nous avons subi cet accident, depuis ce procès, ce divorce, ce cambriolage, ce viol...* ». On remarquera en conséquence des généralités tournées vers l'avenir : « *Je ne me marierai pas, ma vie restera marquée à jamais, je suis incapable de passer un examen, nous sommes maudits* », « *Rien ne changera jamais, je n'y peux rien, c'est la fatalité* ». Le regret peut porter sur des domaines moins dramatiques mais lancinants : « *J'aurais dû épouser X, si j'avais plutôt fait ma médecine au lieu de m'ennuyer dans une compagnie d'assurance, quelle erreur mon père a faite de vendre cette maison de campagne...* ». Nous trouvons là le doute à rebours, le « *J'aurais dû* », dit encore shouldisme, de l'anglais *should*, qui mine le temps présent du dépressif et sous-entend une sourde dichotomie opposant les malheurs du temps présent et le réservoir de bonheur du passé. Non seulement celui-ci est nostalgique, mais il aurait pu être meilleur encore et accoucher d'une histoire de soi plus épanouie.

Psychopathologie

La psychopathologie de la personnalité dépressive est à l'évidence une zone sismique où continuent de s'affronter biologistes et psychogénistes. Rien n'est plus facile ici que d'utiliser l'humeur, tube de pommade explicative idéalisée qui rendrait compte de tout. Une dépression de nature biologique éprouvée au cours de la jeunesse pourrait inspirer une idéologie dépressive répandue sur toute l'existence. Mais nous savons qu'il existe des sujets présentant une personnalité dépressive qui ne souffrent pas d'épisodes dépressifs. Certains sont au reste assez actifs, et même productifs, et même reconnus.

Considérons donc d'abord les modèles explicatifs n'utilisant pas l'humeur.

Les auteurs de l'époque contemporaine qui ont étudié la psychopathologie de la dépression en reviennent sans cesse à deux systèmes psychologiques qui s'opposent : d'un côté le désir d'autonomie et de responsabilité, qui finit par épuiser le sujet par des efforts surhumains (c'est la situation du *typus melancholicus*) ; d'un autre côté, la demande et la revendication par le biais d'une plainte douloureuse fondée sur la tristesse et la dépendance (c'est

la situation de la classique dépression névrotique). La biographie du sujet et son éducation rentrent souvent en jeu pour justifier l'un ou l'autre de ces deux systèmes. Pilkonis (1988) oppose ainsi les sujets qui pratiquent le style anxio-évitant, avec autonomie compulsive, et les sujets qui pratiquent le style anxio-ambivalent, anxieusement attachés, dépendants. Beck et coll. (1979) opposaient de leur côté les deux croyances de base : « *C'est affreux si personne ne m'aime* » et « *Si je commets une erreur, je suis une personne sans valeur* ». Pour Benjamin (1974), les comportements sont plus directement appris, auprès d'un tiers ou d'un milieu familial : dévouement, assistance aux autres, honnêteté ou, au contraire, plaintes et revendications.

Ces systèmes, classiques, outre qu'ils portent plus sur les dépressions que sur les personnalités dépressives, se limitent à des comportements et à des croyances. Il faut tenter des conceptions plus larges, vers les représentations, les schémas, les rôles et les styles de vie. Ces domaines ont été mieux explorés par Young et Klosko (1995) et par Millon et Davis (1996). En effet, le sujet présentant une personnalité dépressive a tout le temps de se constituer un rôle social, connu et apprécié par lui-même et par les autres, et par conséquent renforcé. Il s'agit d'un état permanent qui suppose une économie, une pratique, un fonctionnement. Parmi les schémas proposés par Young et Klosko, certains peuvent s'appliquer à la personnalité dépressive. Ce seront : le schéma « carence affective » (« *Mes besoins d'affection ne seront jamais comblés* »), le schéma « sentiment d'imperfection » (« *Je ne vaudrais rien* »), le schéma « sentiment d'échec » (« *Ma vie est un échec* »). L'un ou l'autre entraînera à la fois des attitudes de plainte et d'autodévalorisation qui déboucheront sur une existence passive, peu productive, meublée par de tristes légendes, narrations d'échecs ou de malheurs. Millon et Davis ont proposé des formes cliniques de personnalité dépressive qui sont autant de psychopathologies. La personnalité dépressive avec mauvaise humeur est marquée par une attitude d'apitoiement sur soi, égoïste, agressive, vengeresse, se réjouissant du malheur des autres et n'attendant rien d'eux, officiellement. Il existe une irritabilité quérulente, des plaintes physiques, une agitation dramatique, qui recèlent sans doute une demande sous-jacente non formulée. La personnalité dépressive à la mode, ou mondaine (*voguish depressive*), est un style de vie, une présentation, une mise en scène destinée à plaire, à attirer l'attention. Cette attitude désabusée, boudeuse, moqueuse et amère, tout à fait défensive, finit par emprisonner le sujet qui ne peut plus s'en détacher. On peut en rapprocher la somberrie hystérique évoquée par Pierre-Étienne Schmit et qui prend pour exemple *Un Beau ténébreux* de Julien Gracq (Schmit, 2004). Enfin, la personnalité dépressive autodérogatoire suppose un abaissement volontaire, au sens de la perte de son rang, de son titre de noblesse, de sa position. Cette humiliation qui va de pair avec une culpabilité affichée a un caractère manipulateur et défensif. À s'accuser, on ne redoute plus les accusations des autres, on se met à l'abri de leurs critiques : on n'est jamais mieux dévalorisé que par soi-même. Plus subtilement, ces attitudes dépressives et masochistes sont agressives ; elles visent à impliquer les autres et à les faire basculer dans la même culpabilité. Le parti du malheur fait ainsi du prosélytisme. On retrouvera ici le ressentiment ténébreux, humiliant et

négativiste décrit par Nietzsche. À travers l'une ou l'autre de ces attitudes, les sujets dépressifs s'établissent un rôle de malheur qui, d'une façon ou d'une autre, renonce au bonheur, le dénigre ou le considère comme inaccessible. La vie en pénitence apparaît ainsi comme une position défensive, un renoncement équilibré qui propose son économie.

Nous pouvons considérer à présent les modèles faisant appel à l'humeur.

Un modèle cognitivo-comportemental strict devrait laisser de côté des entités floues telles que l'humeur et l'anxiété. Divers travaux, dont ceux de Schachter, ont montré que les émotions pouvaient être considérées comme des sensations physiques peu spécifiques qui tiennent leur signification, joyeuse ou pessimiste, des états cognitifs – pensées, représentations, perspectives – auxquels ils sont attribués. Dire par conséquent qu'un affect comme la tristesse colore de façon négative une situation ou une représentation, c'est raisonner à l'inverse des principes cognitifs.

C'est néanmoins cette voie qu'ont utilisée Siever et Davis (1991), leur position étant toutefois nuancée. Pour ces auteurs, quatre dimensions psychobiologiques contribuent au développement de la personnalité : l'organisation cognitive, la régulation affective, le contrôle des impulsions et la modulation de l'anxiété. Ces dimensions interagissent les unes avec les autres. En particulier, les états d'humeur de l'enfant vont agir comme des filtres, ou comme des relais, pour indexer telle ou telle expérience, par exemple une expérience de frustration, de séparation ou de punition. À partir de là, certaines stratégies vont se développer, pour éviter ces situations si elles sont douloureuses ou les rechercher si elles sont euphorisantes. De la même façon se développent l'image de soi, l'image des autres, etc. Ce modèle confère à l'affect un rôle majeur d'indexation qui influence ensuite les comportements, les stratégies, les rôles et les concepts, ce qui constitue sans doute une théorie trop simple mais qui a le mérite de vouloir établir un lien entre l'humeur et les représentations.

Cloninger (1987) a mené une démarche parallèle en tentant d'accoupler les affects et les émotions à des stratégies comportementales auxquelles il suppose une origine biologique ancestrale, issue de l'évolution. Trois grands comportements seraient à l'origine de notre psychologie : la recherche de nouveauté, l'évitement du mal et la dépendance à la récompense. Ces trois stratégies vont de pair avec des affects : l'anxiété somatique accompagne la recherche de nouveauté ; l'anxiété cognitive, visant à prévoir des circonstances désagréables, connote l'évitement du mal ; la dysphorie, couplée à la recherche de l'assentiment des autres, au souci de l'insertion sociale, est parallèle à la dépendance à la récompense. Les personnalités se structurent également à partir de ces stratégies. Plusieurs personnalités pathologiques comportent un mauvais contrôle du système de récompense : cyclothymique, histrionique, passive-agressive, dépendante. Chez les cyclothymiques, le dérèglement de l'humeur est l'élément marquant qui accompagne ce pattern. En revanche, chez l'histrionique, la recherche de récompense s'accouple avec la recherche de nouveauté. Chez les sujets passifs-agressifs et dépendants, cette stratégie va de pair avec l'évitement

du mal. Chez l'état limite, la recherche de nouveauté est supérieure à la recherche de récompense.

L'intérêt de la conception de Cloninger est de mettre en place de grands accouplements de stratégies, la dysphorie étant l'affect associé à la récompense, et cet affect étant ensuite diversement associé à tel ou tel comportement selon les personnalités. L'hystérique se déprime s'il manque de nouveauté et le dépendant si sa sécurité est menacée. De la sorte, l'humeur dépressive constitue un repère – lui-même issu de la récompense – qui connote différentes stratégies selon différentes personnalités. À travers une synthèse plus récente, Cloninger (1993) a élargi son point de vue pour y intégrer des sentiments plus abstraits, comme le sentiment d'autonomie, le sentiment d'appartenance à une société, le sentiment d'appartenance à l'univers.

Ces conceptions ont l'intérêt de ne pas limiter la réaction dépressive aux seules personnalités dépressives traditionnelles, ce qui répond à une indiscutable réalité clinique. Elles ont la faiblesse d'utiliser naïvement le concept d'humeur, ce qui n'est pas cognitivement correct.

Traitement

La psychothérapie de soutien traditionnelle, attribuant au thérapeute et à ses psychotropes un pouvoir magique, est certainement la plus mauvaise méthode pour faire évoluer la personnalité dépressive. Autant elle peut paraître justifiée dans le cas d'une dépression aiguë, pour passer un cap, autant elle ne fera que renforcer le système d'une position longuement établie. Nous risquons de voir s'accroître les plaintes, les légendes douloureuses, la dévalorisation et les revendications du patient cependant que le psychothérapeute incarne au mieux l'aisance et l'agrément du monde normal d'où il a chuté et qu'il méprise de plus en plus. Le sujet dépressif se trouve environné par une population réprobatrice, parfois lassée et désagréable, qui le méprise et qu'il méprise. Ce sont deux domaines qui ne parlent plus le même langage. Si le déprimé aigu conserve un système moral harmonieux, le sujet souffrant d'une personnalité dépressive a établi une doctrine selon laquelle il se trouve incapable et dévalorisé mais authentique, cependant que les autres vivent dans un rêve insouciant qui s'appuie sur des sentiments naïfs, la joie, l'humour, la confiance, la récompense, le bonheur, l'amour, qui ne sont pour lui que des illusions. De surcroît, les proches, à la fois mal à l'aise et mal informés, ont tendance à prodiguer des conseils expéditifs, à la cantonade, qui sont à la fois irréalistes et superficiels, ce qui ne fait qu'accroître le fossé d'incompréhension qui les sépare du patient. Plutôt que de se présenter comme un héros invulnérable qui pratique des transfusions du moi, le thérapeute doit au contraire descendre au sein des affects négatifs du patient pour les accueillir et les reconnaître, alors que, dans son temps ordinaire, ces sentiments sont à la fois réprouvés et méprisés par les autres, et par conséquent honteusement vécus et cachés.

La première étape s'adresse donc au domaine affectif. Le thérapeute engagera le patient à exprimer toutes ses émotions, les plus négatives et les

plus médiocres soient-elles : tristesse, jalousie, mépris, haine, impulsivité suicidaire, vengeance, honte, négativisme, pessimisme. Sans encourager ces sentiments, on en reconnaîtra la réalité, le caractère naturel et justifié compte tenu des antécédents et des raisonnements qui se sont mis en place à certaines époques. Il s'agit donc de dédramatiser ce domaine, de le rendre plus humain, plus naturel, afin que le patient en ait moins peur et qu'il puisse l'exprimer sans difficulté au thérapeute et peut-être plus tard à certaines personnes bien choisies. On lui signalera aussi que ces sentiments sont plus répandus qu'il ne le croit dans la population générale, mais qu'ils sont soigneusement dissimulés. À ce régime, apprivoisés, ils s'atténueront et se banaliseront, puis le thérapeute prendra soin de les expliciter, de les rattacher à des domaines cognitifs, à des habitudes de pensée concernant soi-même et les autres qui se sont mis en place depuis longtemps. Ainsi s'esquisse la restructuration cognitive, étape ultérieure de la psychothérapie. Pour l'instant, il s'agit d'identifier ces émotions négatives, de leur donner un nom, de les rattacher à certains événements et traditions, de mieux les supporter, et bien sûr de tenter de les moduler. Afin d'apaiser au mieux le patient, il faut les valider, c'est-à-dire en reconnaître le caractère naturel dans certaines situations et certains contextes relationnels – mais pas dans toutes les occasions, ni à n'importe quel propos. Toute cette approche vise, on le voit, à nuancer les réactions émotionnelles, à en faire bon usage : elles peuvent être licites, elles ne le sont pas toujours. Le thérapeute conçoit que le sujet méprise ou rejette certains personnages odieux, certains événements, mais pas d'autres. En revanche, point très important, il s'agira désormais de tout faire pour que les actes, les stratégies, les attitudes ne découlent pas automatiquement de ces états émotionnels. Le comportement s'établira en fonction de buts précis qui auront été réfléchis dans un contexte valorisant, mais ils ne dépendront pas directement des affects. L'aspect positif de cette démarche est important. Nous y reviendrons.

Une fois les émotions négatives mieux maîtrisées, il s'agit de se réhabituer aux émotions positives, lesquelles ont été évitées de longue date de façon quasi phobique et superstitieuse. Le patient doit réapprendre l'humour, la fantaisie, l'amitié, le sourire, la joie, la confiance, tout en constatant que la fréquentation de ces attitudes n'entraîne pas de catastrophes. Comme précédemment, l'approche de ces émotions sera armée de raisonnements logiques et de validations qui les justifieront dans certaines circonstances précises. Ce retour des sentiments positifs est donc conçu de façon adaptée, sans recours à une solution magique, et bien plutôt à l'occasion de rencontres aimables qui vont se présenter. Ainsi, le patient redécouvre la variété et la richesse des affects, certains moments sont heureux, d'autres plus pénibles. L'examen des événements de la vie, récents et ordinaires, plus anciens et plus exceptionnels, confirmera le bon emploi des sentiments.

Le cœur même de la thérapeutique concerne le domaine cognitif. Le thérapeute va repérer les pensées négatives automatiques qui surviennent en parallèle des émotions douloureuses. Ces pensées ou ces images ont un caractère de reviviscence obsédante qui peut se rapporter à des événements

douloureux survenus de façon plus ou moins récente. La personnalité dépressive est volontiers associée à des psychotraumatismes qui ont pu s'enchaîner à la façon d'un mélodrame. La psychothérapie s'efforce alors d'enrayer ces automatismes cognitifs en proposant des pensées alternatives, plus positives ou plus neutres. On tentera de les confirmer par des événements réels et des exemples concrets. Il s'agit ici de nuancer les réflexes, devenus trop systématiques et irrationnels. Dans un temps ultérieur, la thérapeutique aborde les croyances de base, présentes de longue date, et qui portent sur la valeur de soi et la récurrence de l'échec, sur la carence affective, sur des idées de malédiction, d'exclusion et de fatalité à caractère héréditaire. Les malheurs et les outrages vécus dans l'enfance, soulignés par le champ médiatique contemporain qui fait commerce de drames, sont souvent obsédants. Il faut également considérer le système général des valeurs, le déprimé adoptant un négativisme qui touche l'ensemble de la société. Plutôt que de tenter de convaincre de façon velléitaire le patient par des idées opposées aux siennes, il s'agit de lui faire retrouver et fructifier les quelques domaines d'intérêt qu'il conserve encore, issus de sa jeunesse, de ses loisirs. La fréquentation d'amis, d'autres patients, d'associations et de groupes thérapeutiques peut lui ouvrir de nouvelles perspectives. Le thérapeute procédera par comparaisons, amenant le patient à admettre qu'il préfère fréquenter plutôt tel groupe que tel autre, aller vers un loisir plutôt qu'un autre. Un système de récompense se met en place, les efforts apportant des satisfactions. Peu à peu les conceptions de soi et de la société vont s'élargir, concurrençant la nébuleuse dépressive.

Le domaine comportemental est délicat. Le déprimé n'a pas cessé d'entendre des conseils lassés et lassants commençant par « Tu devrais » qui l'ont dégoûté de toute entreprise et ont finalement chargé d'un signe négatif les domaines les plus aimables. Le thérapeute fera mieux, dans un premier temps, de stigmatiser les attitudes négatives en signalant qu'elles entretiennent la souffrance dépressive, qu'il s'agisse du soin, du vêtement, de la mimique et des propos, lesquels envahissent le champ relationnel et peuvent nuire à la psychothérapie elle-même. On s'essaiera par exemple à ne plus parler de mort ou de suicide. Les comportements positifs plus ambitieux seront étudiés avec soin. Ils doivent venir du patient, lequel validera lui-même ses investissements. On soulignera à nouveau que ceux-ci ne doivent pas répondre aux mouvements d'humeur mais se situer dans une stratégie générale de reconquête, plus rationnelle, plus thérapeutique. Il faudra également se situer en dehors des dichotomies radicales, laisser de côté les positions idéales anciennes, et donc retrouver un nouveau système de valeurs.

Personnalités pathologiques rencontrées chez les sujets déprimés

Plusieurs études ont été consacrées à l'axe II chez les sujets dépressifs ou maniaco-dépressifs. Elles nous montrent un taux variable de personnalités pathologiques, entre 3 et 87 % selon les auteurs (Debray, 2004 ; Guelfi et coll., 1999).

L'étude de Pilkonis et Frank (1988), portant sur 119 patients, décèle 48 % de troubles de la personnalité, parmi lesquels 30 % de personnalités évitantes, 18 % de personnalités compulsives, et 15 % de personnalités dépendantes. Une analyse factorielle portant sur l'ensemble des réponses à la *Hirschfeld-Klerman Personality Battery* permet d'extraire trois facteurs. Le premier facteur met en évidence des traits de personnalité significatifs du groupe B des personnalités pathologiques du DSM-III-R, c'est-à-dire les personnalités ayant tendance à dramatiser (histrionique, limite, antisociale, narcissique). Le second facteur met en évidence des éléments qui évoquent des positions dépendante et évitante. Le troisième facteur évoque des aspects compulsif et schizoïde.

Pour Brieger et coll. (2003), qui étudient 117 patients unipolaires et 60 patients bipolaires, la comorbidité avec les troubles de la personnalité est importante, s'élevant à 51 % et 38 % respectivement, les personnalités obsessionnelle, borderline, narcissique et évitante étant les plus fréquentes. Néanmoins, pour Melartin et coll. (2010), ces comorbidités s'atténuent sous traitement, le diagnostic de personnalité catégoriel s'avérant plus fragile que la mesure dimensionnelle. Enfin, pour Pepper et coll. (1995) qui étudient cette fois-ci la comorbidité entre dysthymie et troubles de la personnalité – avec parallèlement un groupe témoin de sujets souffrant d'un épisode dépressif majeur – la pathologie de la personnalité est plus importante chez les dysthymiques avec une prédominance des personnalités des groupes B et C, en particulier borderline, histrionique et à conduite d'échec.

L'ensemble de ces résultats nous montre que la plupart des personnalités pathologiques peuvent aller de pair avec une décompensation dépressive. La dimension histrionique et dramatique apparaît de toute façon en tant que trait majeur dans les analyses factorielles. Ainsi, les deux grands éléments majeurs de la psychopathologie – la demande histrionique et revendicatrice d'un côté, les éléments phobique et obsessionnel de l'autre – apparaissent comme des contrepoints à la dépression ; cependant, ils n'expliquent pas tout.

Synthèse

Depuis le début de cette réflexion, nous observons que la dépression paraît liée à une remise en question, brutale ou insidieuse, d'un système de référence, et en particulier d'un système impliquant une valeur personnelle. Autrement dit, c'est une altération de l'image de soi, ou d'un certain modèle de croyance en soi, qui paraît amener la dépression. D'une façon qui paraît consécutive le plus souvent, mais pas toujours, la défaillance de l'image de soi va de pair avec la défaillance de l'image du monde.

Comme l'a très bien montré Tellenbach, c'est bien le vacillement des principes de base sur lesquels se fonde la personnalité du *typus melancholicus* – le dévouement, le travail, la réussite – qui amène la surcharge, puis l'épuisement, puis la culpabilité mélancolique. Pour une grande majorité des individus de l'Occident actuel, l'image positive de soi paraît liée au

dévouement et à une réussite qui implique les proches. C'est le renforcement obsédant de ces traits qui pourrait être la base d'une personnalité prédépressive, non douloureuse, mais susceptible d'une décompensation rapide lors d'une mise à l'épreuve particulière, parfois répétitive.

Dans d'autres cas, cependant, le credo de l'image de soi ne correspond pas à cette attitude de dévouement. Nous trouverons d'autres principes : histrionique (« *Je séduis* »), dépendant (« *Les autres doivent m'aider* »), paranoïaque (« *Je suis le plus fort* »), narcissique (« *Je suis admirable* ») ou psychopathique (« *Je transgresse* »). Cette fois-ci, la remise en question de ces systèmes, dont la mécanique se casse un beau jour, va amener l'état dépressif. Ainsi, la plupart des personnalités pathologiques se présentent comme des personnalités prédépressives parce que leur système de fonctionnement est trop rigide pour s'adapter en cas de difficultés.

Mais il ne faut pas ici confondre les personnalités prédépressives – *typus melancholicus* et personnalités pathologiques – avec la personnalité dépressive. Celle-ci s'est fondée dans un système à part qui exclut l'hédonisme et la valorisation de soi, renonce au monde, et imagine, à tort, qu'une position de refus et d'absence d'espoir la rend plus solide. Cela bien sûr est faux, les dépressifs pouvant d'un jour à l'autre se livrer naïvement à des solutions magiques. Cela renvoie à une tradition qui confond de longue date la tristesse et la sagesse. Démissionnaire et revenu de tout, on serait plus riche et plus profond, et l'on bouderait avec mépris l'agitation superficielle des « imbéciles heureux ». Cet orgueil de la noirceur, ténébreux, en a ensorcelé plus d'un, provenant de personnages plus banalement hystériques qui utilisaient le drapé romantique comme un moyen assez simple de séduction. Tout un ensemble culturel et littéraire se propose ici pour justifier ces patients. C'est dire que le thérapeute aura fort à faire s'il veut s'attaquer réellement à la souffrance des personnalités dépressives.

15 La personnalité à conduite d'échec

À plusieurs reprises, contestée dans sa cohérence et sa validité, la personnalité à conduite d'échec a fait une brève apparition dans l'annexe A du DSM-III-R. Elle a disparu dans le DSM-IV et subsiste dans l'ICD-10 comme apparentée à la personnalité dépendante. Il s'agit pourtant d'une attitude, sinon d'une personnalité, qui a été repérée et décrite par les psychiatres les plus prestigieux : Freud, Reich, Horney, Kernberg. Une étude de Nurnberg et coll. (1993) nous la montre présente chez 14 % de 110 consultants psychiatriques.

La personnalité à conduite d'échec telle qu'elle a été décrite dans le DSM-III-R comporte huit critères élaborés à partir de réflexions et d'études pratiquées par Kass et coll. (1989). Ces huit critères s'organisent autour de trois pôles. Plusieurs d'entre eux – critères 1, 3, 5, 6 – témoignent d'un tropisme particulier pour les situations difficiles et douloureuses, cependant que les circonstances heureuses et profitables sont évitées ou provoquent un sentiment dépressif. Dans le même mouvement, le sujet à conduite d'échec manque d'accomplir des tâches essentielles dont il est capable et qui amélioreraient sa situation. Selon une deuxième perspective, il est enclin à se sacrifier spontanément et de façon excessive pour des personnes qui ne lui ont rien demandé. Enfin, un troisième groupe de critères décrit les relations interpersonnelles ; elles sont marquées par le refus maussade de toute tentative d'altruisme à l'égard du sujet. Il est même capable de provoquer la colère et le rejet de la part de l'autre puis de se sentir humilié et blessé.

L'étude de validité de la personnalité à conduite d'échec pratiquée par Skodol et coll. (1994) sur 200 patients avec le SCID-II et le PDSE nous montre que ces sont les critères du premier groupe et le critère de sacrifice qui sont les plus caractéristiques, soit par leur sensibilité, soit par leur spécificité. La tendance chronique chez ces sujets à choisir les situations douloureuses et humiliantes par rapport à l'épanouissement heureux doit donc être considérée comme centrale. Les relations interpersonnelles agressives et rejetantes sont moins typiques.

Le même auteur remarque un recouvrement assez net entre cette personnalité et les personnalités limites et dépendantes. La comorbidité avec les troubles de l'humeur – 17 % – est significative mais n'est pas considérable. Pour Nurnberg et coll. (1993), la comorbidité avec les troubles de l'humeur est du même ordre : 18 % ; mais il existe aussi des troubles anxieux, 14 %, et des troubles des conduites alimentaires, 12 %. Le recouvrement avec d'autres personnalités pathologiques touche cette fois-ci les personnalités évitante et obsessionnelle. Huprich et coll. (2006) constatent une comorbidité de la personnalité à conduite d'échec avec les personnalités dépressive, évitante

et borderline ainsi qu'avec les troubles dépressifs et anxieux. Cette personnalité n'échappe pas à l'étiologie traumatique. Des antécédents d'abus sexuels sont retrouvés de façon significative chez des patients présentant ce diagnostic dans l'étude de Viviano et Schill (1996) et une attitude rejetante des parents, le père et la mère, est rapportée par les patients dans l'étude de Rubino et coll. (2004).

Ces éléments rendent encore plus difficile et délicat l'abord psychothérapeutique de ces sujets. Si nous raisonnons selon les termes de la psychologie classique, les deux sentiments que nous retrouvons en arrière-plan de cette personnalité sont la culpabilité et le narcissisme. La conduite d'échec est facilement conçue comme le contrepoint d'un sentiment de culpabilité par rapport à une faute réelle ou imaginaire. Le sujet entre dans un comportement d'humilité et d'ascèse qui vise à racheter ses fautes ; il cherche à se faire bien voir, à faire oublier ses écarts. Cette attitude contrôlée, repliée et prudente est classique chez le maniaco-dépressif qui, en phase mélancolique, regrette ses débordements maniaques. Dans d'autres cas, la conduite d'échec n'est pas liée à la culpabilité mais à l'abandon brutal des valeurs qui ont été bafouées au cours d'une dépression réactionnelle très douloureuse. À la suite d'une catastrophe – deuil, faillite, outrage, homicide –, un monde bienheureux s'est trouvé brutalement remis en question, une personne aimée a été déshonorée, un personnage respecté s'est révélé indigne. Une sorte de superstition s'installe alors et contamine de sa hantise tout souvenir lumineux, tout élan affectif, tout projet mobilisateur. Seuls l'abandon et l'inconfort ne portent plus malheur.

À côté de ces psychopathologies dépressives, le narcissisme est une autre racine des conduites d'échec. Cette fois-ci, dans un contexte familial ou culturel, une tradition s'est établie pour associer de façon schématique la douleur et la réussite, ou la douleur et la considération. Ainsi en était-il autrefois dans certains collèges ou internats religieux, dans certains bataillons disciplinaires. Au sein des familles traditionnelles, à l'abondante fratrie élevée dans le climat rigoureux de l'intégrisme, les parents développaient volontiers cette morale de combat, surmontée par la formule : « marche ou crève ». Dans le sous-entendu de ces formules fortes gisaient l'aurole de la considération et l'espoir d'une récompense, parfois obtenue. Ces doctrines spartiates ont été relayées de nos jours par un climat médiatique imprégné d'apitoiement qui voit se succéder sur les écrans et les affiches les mourants, les exclus et les victimes. Ce n'est plus vraiment la douleur qui fait recette, mais la plainte quand elle est exprimée avec talent. Une telle morale de valorisation dans l'abaissement se déploie de la même manière en comités restreint, au sein des couples et des familles, dans les consultations aussi.

Une fois reconnue et magnifiée, la personnalité à conduite d'échec se renforce et s'organise ; elle est lancée, dans son dramatisme et son monolithisme, stéréotypée, répétitive, attribuant sans cesse aux autres et à la société une situation parfaitement autogérée. Le manque d'introspection, enfoui sous les manifestations théâtrales et les passages à l'acte, est une

des marques de ce caractère vite ridicule mais qui noue avec les autres des liens difficiles à rompre. La situation d'échec ou d'humiliation permet au sujet d'évacuer toute culpabilité – « *Je n'y suis pour rien* » –, de fortifier sa demande et de rester au contact quelle que soit l'attitude de l'autre. Que celui-ci s'énerve et agresse, et le sujet en conduite d'échec se trouvera persécuté ; il ira, meurtri à nouveau, se faire plaindre ailleurs ; que le partenaire abonde dans son sens et s'apitoie, et il contrôlera la situation jusqu'au moment où, craignant quelque mise à distance, il provoquera derechef l'humiliation.

Cette algèbre complexe où, le plus souvent, moins multiplié par moins égale plus, équivaut à une inversion des valeurs qui peut se comprendre en termes cognitifs et comportementaux. Les univers classiques du bonheur, pourtant largement distribués dans les consciences contemporaines, suscitent soudain des anticorps, surtout s'ils s'associent à un conflit, à un échec. Tout un arsenal de représentations qui vont de la bouderie élégante au grand guignol le plus sinistre se met alors en place. Au sein de cette noirceur se dissimule, comme une tache aveugle, un infime besoin de reconnaissance ; mais le besoin de maintenir le personnage souffrant est le plus fort. Le partenaire est dans une situation impossible : agresser ou consoler. Dans les deux cas, il renforce l'attitude du sujet.

À qui aurait à résoudre un tel dilemme dans la vie courante, il faudrait conseiller la plus grande neutralité afin de ne pas être attiré dans un maelström pervers.

Le thérapeute ne peut hélas pas adopter la même attitude. Son rôle est de faire évoluer une situation qu'il ne maîtrise pas toujours et dans laquelle il est amené à supporter toutes les provocations sans pouvoir répondre. En l'occurrence, l'absence d'agressivité et de rejet vis-à-vis de la personne à conduite d'échec est ressentie de façon particulièrement humiliante pour elle ; d'où des surenchères et des passages à l'acte qui ne font qu'intensifier les projections et les dépendances. Comment sortir de ce « guêpier » ?

Kantor (1992) a abordé cette thérapeutique d'un point de vue comportemental et cognitif, et prodigue quelques conseils.

Il est d'abord indispensable de rester calme, d'apaiser toute violence, de maîtriser toute réaction d'agressivité vis-à-vis du patient, sans toutefois être indifférent. Il est conseillé de maintenir le lien. Il faut ensuite comprendre que derrière ces attitudes masochistes se cache le désir d'être reconnu et considéré. Toutefois, il faut progressivement expliquer au malade que la voie qu'il a choisie pour cela – l'échec et l'humiliation – n'est peut-être pas la meilleure, et qu'il existe au fond de lui des forces vives et valeureuses qu'il lui faudrait développer. Il faut donc rassurer le sujet concernant ses qualités et l'estime que les autres lui portent. Toutefois, il faut nuancer cette valorisation, la poser plus dans la profondeur et la régularité que dans l'éclat immédiat et superficiel. Bref, les voies habituelles de valorisation narcissique du patient seront détournées vers d'autres cibles, plus simples, plus sages. Chez le dépressif, il faudra trouver le talent de jeunesse caché, oublié, qui a survécu aux naufrages ; chez le narcissique masochiste, il faudra avoir, comme avec le paranoïaque, un raisonnement réaliste : pensez-vous *vraiment* qu'avec un tel comportement quelqu'un va s'intéresser à vous ?

Nous abordons alors la thérapie cognitive et la discussion des croyances dysfonctionnelles : pensez-vous vraiment que la souffrance et l'humiliation favorisent la promotion sociale ? Pensez-vous vraiment que la douleur aille de pair avec la supériorité morale ou physique ? D'où vous viennent ces croyances ? Qui vous les a apprises ? Peu à peu, ces doctrines et ces apprentissages seront démontés, examinés, remis en question. La thérapie comportementale va de pair. Le patient doit prendre conscience de son agressivité, de son impatience et de son désir de violence. Il doit apprendre à maîtriser et à canaliser ces tendances, par la relaxation, le sport, les distractions, les émotions fortes et licites, artistiques ou culturelles. Il faut également l'inciter à être moins dépendant, plus solitaire, à atténuer les relations trop fortes qu'il entretient avec certaines personnes. Les voyages, la méditation et la lecture lui permettront d'organiser un peu de place pour que naissent des plaisirs simples et anodins, inoffensifs, apprivoisables.

16 Aspects étiologiques des troubles de la personnalité

La connaissance des facteurs étiologiques des troubles de la personnalité est un enjeu majeur de santé mentale des prochaines décennies. Les études épidémiologiques citées plus haut établissent la prévalence élevée des troubles de la personnalité dans la population psychiatrique : ils constituent des facteurs de risque majeurs des troubles de l'axe I, en favorisent la survenue et en aggravent le tableau clinique et le pronostic. Ils modifient l'adhésion et la persévérance dans les projets thérapeutiques. Ils sont habituellement sous-diagnostiqués et constituent les principaux facteurs d'échecs thérapeutiques et de chronicisation des troubles de l'axe I. Ils sont au carrefour de nombreux troubles psychiques tels que la consommation abusive d'alcool et de psychotropes et leurs corollaires d'accidents du travail et de la circulation. Ils sont à l'origine de violences familiales et publiques, de conduites addictives avec toutes les complications médico-sociales qui en découlent.

Les difficultés occasionnées par les troubles de la personnalité concernent également les maladies somatiques en raison des problèmes d'observance qu'ils déterminent et en particulier toutes les maladies qui réclament des mesures d'hygiène ou des régimes (maladies cardio-vasculaires, diabète, asthme, etc.), d'où l'importance des mesures éducatives qui sont les seules à pouvoir permettre des gains notables dans la prise en charge de ces maladies chroniques. Ceux de la pharmacothérapie sont amoindris par les facteurs d'observance négatifs, parmi lesquels les troubles de la personnalité occupent une place prépondérante, sinon la première.

Problèmes méthodologiques

La classification DSM, par définition, se prête mal à la recherche étiologique car c'est une taxonomie phénotypique. Elle permet l'évaluation et la comparaison des symptômes, favorise les communications scientifiques mais n'intègre pas des données étiologiques susceptibles d'être pertinentes.

De surcroît, la pertinence des catégories diagnostiques est de plus en plus contestée. Les études génétiques ne parviennent pas à mettre en évidence une héritabilité des troubles de la personnalité définis de manière catégorielle mais seulement une héritabilité des traits de personnalité définis de façon dimensionnelle. L'absence de pertinence des classifications catégorielles limite donc de façon notable l'intérêt des études d'épidémiologie descriptive des troubles de la personnalité.

L'épidémiologie étiologique appliquée aux troubles de la personnalité pose des questions encore plus complexes. Elle a pour but de rechercher les causes des problèmes de santé, le rôle des facteurs susceptibles d'intervenir dans l'apparition des maladies, et procède par comparaison de l'incidence de l'affection étudiée dans des groupes de sujets différemment exposés à ces facteurs.

Les facteurs de risque incriminés dans les troubles de la personnalité sont les traumatismes précoces, notamment les maltraitements sexuelles et psychiques, les séparations et les pertes, l'existence d'une pathologie mentale chez les parents, les interactions parents-enfants perturbées telles qu'une inactivité ou une hyperprotection limitant l'autonomisation de l'enfant.

La validité de ces facteurs de risque potentiels est sujette à caution car ils reposent pour la plupart sur des enquêtes rétrospectives. La fiabilité de l'évaluation du rôle des événements de vie par des enquêtes rétrospectives est faible, en raison des biais attentionnels, émotionnels et mnésiques propres à chaque individu.

Les facteurs des risques ne deviennent étiologiques que lorsqu'ils précèdent le développement de la maladie et lui sont associés de façon permanente et spécifique. Or, corrélation ne signifie pas cause.

La probabilité de survenue d'une évolution pathologique est beaucoup plus élevée lorsque plusieurs risques s'associent pour produire une réaction en chaîne d'expériences traumatisantes, et lorsque celles-ci sont prolongées. Toutefois, les facteurs de risque psychologiques et sociaux sont d'autant plus pathogènes qu'ils surviennent sur un terrain fragilisé par une vulnérabilité biologique particulière (hérédité).

Facteurs biologiques et génétiques

L'étiologie biologique des troubles de la personnalité demeure globale et indirecte, aucune étude n'ayant pu saisir de façon claire et spécifique un risque pertinent attaché de façon régulière à l'une ou l'autre de ces entités cliniques. Les études génétiques fondées sur la méthode des jumeaux sont anciennes pour la plupart. Plus récemment, Kendler et coll. (2008), reprenant la population des jumeaux identifiés en Norvège de 1967 à 1979, ont réalisé une enquête efficace et précise. 2 794 jumeaux ont été examinés à l'aide du SIDP-IV. L'hérédité des différents troubles de la personnalité a ainsi été évaluée. Elle est importante, variant entre 20 % pour la personnalité schizotypique et 40 % pour la personnalité antisociale. Cependant, on observe des corrélations croisées. Les auteurs distinguent ainsi plusieurs facteurs génétiques qui englobent plusieurs diagnostics, lesquels ne correspondent pas aux groupes A, B et C. Le premier facteur concerne les personnalités paranoïaque, histrionique et narcissique. On peut le considérer comme lié à une dérégulation émotionnelle. Le deuxième facteur rassemble les personnalités borderline et antisociale. Il rappelle les études familiales classiques consacrées à ces troubles. Il paraît lié à une impulsivité agressive. Le troisième facteur regroupe les personnalités schizoïde et évitante.

Il pourrait s'inclure dans le voisinage du spectre de la schizophrénie. Enfin, un quatrième facteur, d'allure plus hétérogène, rassemble les personnalités schizotypique, obsessionnelle-compulsive et dépendante. Il pourrait être lié à un comportement dyssocial. Les auteurs rapprochent dans leur article ces facteurs de certaines dimensions du NEO-PI-R. Le deuxième facteur serait lié à un bas niveau de conscience et d'agréabilité, le troisième facteur à un bas niveau d'extraversion.

À côté de ces recherches génétiques globales, il faut signaler les études plus particulièrement consacrées à certaines personnalités.

Personnalité antisociale

L'article du DSM-IV-TR consacré aux facteurs familiaux des personnalités antisociales fait mention d'une plus grande fréquence chez les parents biologiques de premier rang que dans la population générale ; le risque génétique est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Il est avéré que les enfants adoptés ressemblent d'avantage à leurs parents biologiques qu'à leurs parents adoptifs. Enfin, qu'ils soient adoptés ou non, les enfants dont les parents présentent une personnalité antisociale ont un risque plus élevé de présenter cette personnalité.

Depuis Lombroso, un nombre considérable d'études a été consacré à l'hérédité des personnalités antisociales. Nous ne retiendrons que la plus démonstrative et la plus récente étude génétique (Gottesman et Goldsmith, 1994) qui rassemblent les données de sept études de jumeaux pratiquées en Allemagne, en Amérique du Nord, au Danemark, au Japon et en Norvège : 229 jumeaux monozygotes, un taux de concordance de personnalité antisociale égal à 51,5 % contre 23,1 % chez 316 jumeaux hétérozygotes, définissant une héritabilité globale de 56 %. La méta-analyse de Ferguson (2010) confirme ces données. Cinquante-six pour cent de la variance seraient dus au facteur génétique, 11 % à un mixte entre génétique et non génétique, 31 % aux influences non génétiques.

Personnalités schizoïde et schizotypique

La plupart des études familiales de probants schizophrènes (Kendler et coll., 1981, 1984 ; Baron et coll., 1985 ; Chang et coll., 2002 ; Tienari et coll., 2003) ont mis en évidence le risque élevé de personnalités schizotypique, mais aussi paranoïde et schizoïde. La personnalité schizotypique découle principalement des études génétiques. Elle a été étudiée de façon approfondie par la méthode des jumeaux (Torgersen et coll., 1993 ; Kendler et coll., 2007). Elle serait plus fréquente chez les parents biologiques de probants schizophrènes que chez les jumeaux témoins de probants déprimés majeurs. Ces études demandent répllication.

Autres corrélations

En annexe de ces enquêtes génétiques, il faut signaler le lien de certaines personnalités avec des troubles d'allure constitutionnelle ou congénitale.

Les personnalités histrionique, paranoïaque, borderline, passive-agressive et dépendante sont observées chez les parents d'enfants hyperkinétiques (Burket et coll., 2005). L'hyperactivité avec déficit de l'attention observée chez l'enfant ou chez l'adulte est volontiers associée à des troubles de la personnalité borderline, antisociale, narcissique, évitante, obsessionnelle et passive-agressive (Miller et coll., 2008 ; Cumyn et coll., 2009). Enfin, la personnalité antisociale est liée avec le trouble oppositionnel avec provocation observé chez l'enfant (Burke et coll., 2010).

La relation entre les troubles de la personnalité et les troubles de l'humeur a été maintes fois discutée. Cette comorbidité ne se discute véritablement qu'avec la personnalité borderline qui se trouve de toute façon liée à une nébuleuse pathologique où l'on trouve aussi les troubles anxieux, l'usage de drogues et les troubles somatoformes (Zanarini et coll., 2009). Les comorbidités des personnalités passive-agressive et à conduite d'échec avec le domaine dépressif ont été signalées.

Facteur traumatique

Les traumatismes psychiques vécus au cours de l'enfance avant 15 ans jouent un rôle important dans l'étiologie des troubles de la personnalité. Il s'agit d'abus, ou d'agressions, sexuels et physiques, d'agression ou de négligence de nature émotionnelle. Mais les deuils précoces, avec perte brutale de l'un des deux parents, les accidents, les catastrophes, les séparations et l'exil peuvent jouer un rôle équivalent. On sait que les séparations et les deuils sont parfois tout aussi douloureux par l'éloignement par rapport à la famille d'origine que par l'accueil défavorable au sein d'une famille d'adoption ou d'une institution (Tousignant, 1992). De la sorte, un syndrome de stress post-traumatique est souvent associé à un trouble de la personnalité. L'étiologie traumatique d'une grande part des personnalités borderline est à présent démontrée ; elle est mentionnée dans le DSM-IV-TR en tant que caractéristique associée. Mais nous retrouvons également cette étiologie traumatique à l'origine des personnalités paranoïaque (Grover et coll., 2007 ; Tyrka et coll., 2009 ; Lobbetael et coll., 2010), antisociale (Jonson-Reid et coll., 2010), narcissique (Grover et coll., 2007). Elle est également signalée à l'origine de personnalités moins impulsives comme les personnalités obsessionnelle (Battle et coll., 2004 ; Caspi et coll., 2008 ; Tyrka et coll., 2009), évitante (Joyce et coll., 2003 ; Rettew et coll., 2003), schizoïde (Lobbetael et coll., 2010) et schizotypique (Lentz et coll., 2010). Enfin, les personnalités proches de la dépression sont également concernées, telles que les personnalités passive-agressive (Grover et coll., 2007) et à conduite d'échec (Viviano et Schill, 1996).

Facteur familial et facteur social

L'environnement familial joue un rôle majeur dans la détermination d'un trouble de la personnalité. Les observations cliniques traditionnelles ne

trouvent pas toujours aujourd'hui leur formalisation statistique mais elles peuvent être rappelées. Pour Millon et Davis (1996), les histrioniques ont été exposés dès leur enfance à des sources de renforcement diversifiées. Entourés de parents, de grands-parents, d'oncles et de tantes, de frères et sœurs parfois rivaux, il leur a fallu plaire à tout le monde. Adulés, gâtés, récompensés, ils ont guetté sans cesse le meilleur moyen d'attirer l'attention et d'éveiller le plaisir de l'autre. La séduction est devenue addictive, amenant instabilité et attitude superficielle. Il en est de même avec la personnalité narcissique. Les parents du sujet ne cessent de l'admirer et de favoriser son ambition par tous les moyens. Mais cette flagornerie s'accomplit dans une ambiance froide et distante qui exclut la sympathie et l'échange amical. Les autres deviennent ainsi des outils de la promotion sociale. Nous avons vu plus haut que la personnalité paranoïaque peut répondre à plusieurs configurations. L'environnement familial peut soumettre le sujet à des humiliations et des mauvais traitements, éteignant toute possibilité d'échange affectif et suscitant sa méfiance et son agressivité. Il peut aussi développer son orgueil, parfois dans l'admiration d'un père lui-même mégalomane.

La personnalité obsessionnelle se développe volontiers dans une famille déjà perfectionniste et soucieuse d'une respectabilité sociale irréprochable (Millon et Everly, 1985). Cela n'exclut pas l'éventualité de traumatismes soigneusement dissimulés et recouverts par une apparente innocence, récemment observés (Battle et coll., 2004 ; Tyrka et coll., 2009). Les personnalités évitantes et dépendantes sont liées à une attitude surprotectrice et dominante des parents, eux-mêmes anxieux, pessimistes et guère gratifiants. Nous retrouvons ici le modèle de l'attachement préoccupé et craintif développé par Lyddon et Sherry (2001) pour les troubles de la personnalité à partir des principes d'Ainsworth et Wittig (1969).

Nous avons vu plus haut à quel point la personnalité borderline peut être conditionnée par des traumatismes infantiles. L'environnement familial et social est souvent lui-même très défavorable, avec une grande fréquence d'alcoolisme, d'usage de drogues, de chômage et de troubles somatoformes (Widom et coll., 2009 ; Zanarini et coll., 2009). Toutefois, les parents ne sont pas toujours responsables et les traumatismes ont pu se situer en dehors de leur contrôle, dans le milieu scolaire ou le voisinage urbain. On trouvera une constellation semblable dans l'entourage familial des personnalités antisociales. Les attitudes incohérentes, paradoxales et incompetentes des parents sont fréquentes à l'égard des futurs psychopathes, de même que les séparations, placements et deuils (Patterson et coll., 1989 ; Zanarini et coll., 1989). L'enfance des sujets schizoïdes et schizotypiques est volontiers solitaire dans un cadre peu affectif, ce qui favorise le rêve et le vagabondage intellectuel (Johnson et coll., 2006).

Le facteur social et le facteur culturel ont été souvent évoqués à l'origine des troubles psychiatriques (Tousignant, 1992). Ils se confondent souvent avec le facteur familial qui en dépend. Concernant les troubles de la personnalité, il a surtout été étudié à propos des personnalités antisociales et borderline pour souligner l'influence du contexte sur les schémas cognitifs et l'impulsivité (Calvete et Orue, 2010).

Conclusion personne et société

La psychologie a été poursuivie par Kant et par Nietzsche ; elle est rattrapée par Wittgenstein. « *La signification c'est l'usage* », nous dit ce philosophe. Et Putnam renchérit : « *La signification n'est pas dans la tête.* » Tout nous viendrait donc du dehors, par l'ouï-dire et le communiqué. Comme voudrait nous le démontrer Putnam, nous faisons confiance à des experts qui nous renseignent sur le monde extérieur pour nous expliquer que les ormes et les hêtres sont des espèces d'arbres différentes. Notre connaissance est apprise et elle constitue notre psychologie. Ce chemin est séduisant mais jusqu'où pouvons-nous le mener ? L'enfant qui se brûle ou se pince n'est pas informé par un expert de ce qui déclenche ses pleurs ; celui-ci, cependant, après l'avoir apaisé et soigné, lui expliquera comment il faut faire pour éviter de réitérer cette fâcheuse circonstance. La douleur alors n'est plus seule, elle s'accompagne du contrepoids rassurant d'un personnage salvateur. L'attribution est le maître mot de la psychologie cognitive. Les affects, les émotions, les comportements ont des racines instinctives mais ils sont accouplés à des représentations et à des théories ; et c'est l'ensemble qui constitue une signification. Les représentations et les théories proviennent de l'expérience personnelle et du champ social. Ce sont des domaines qui cherchent sans fin leur cohérence et qui sont en perpétuel remaniement.

Ce schéma est satisfaisant, peut-être agréable ; il n'est pas forcément évident. Il n'était guère aisé de rendre compte d'une psychologie kantienne où les notions de bien et de mal avaient un caractère inné et transcendantal. Il n'était guère non plus facile de rendre compte d'une psychologie pulsionnelle et inconsciente. Il n'est pas plus simple d'aborder une psychologie de l'imitation ou de l'imprégnation sociale. Longtemps, des mots et des expressions simples ont voulu expliquer la psychologie : instinct, intelligence, affectivité, hérédité, conditionnement. Ces grandes valises aimables ne nous suffisent plus aujourd'hui ; cherchons des mécanismes plus précis.

Trois théoriciens exemplaires ont proposé leur explication de l'anxiété. Pour William James, tout vient de la périphérie : ce sont les réactions neurovégétatives instinctives qui nous apprennent la peur et que nous associons avec les circonstances qui les déclenchent. Ainsi, les événements qui suscitent ces réactions physiques vont être considérés comme terrorisants. Pour Cannon, le schéma est inverse : tout vient du centre et des représentations, la peur est un phénomène intellectuel, raisonné, dont les échos périphériques ne sont que des épiphénomènes. Enfin, Schachter et les auteurs qui l'ont suivi – Mandler, Leventhal – proposent une théorie plus complexe où les réactions physiques, peu spécifiques, prennent un sens en fonction de circonstances actuelles et de schémas cognitifs qui correspondent à une

expérience personnelle et culturelle. Nous sommes alors devant une théorie bi- ou tricomponentielle des états mentaux.

La psychologie personnelle d'un sujet, avec ses principales composantes, amour, haine, jalousie, ambition, peut emboîter le même pas. Le jeune homme dont le cœur palpite quand son regard croise avec insistance celui d'une ravissante et récente camarade attribue cette tachycardie à un contexte familial et social : vision de ses parents, romans-photos, téléfilms, légendes. Dans la signification qui s'élabore, point n'est besoin d'aller chercher un élément premier ; tout se fond aussitôt pour générer ce sentiment autour duquel on brodera à l'infini. Comme le cœur, la psychologie sociale a ses raisons et l'on sait qu'elles ne sont guère raisonnables. Tout ce qui ressort ici de l'outrance, du schématisme, des oppositions sommaires prend le pas sur les nuances. Les psychologues sociaux, Nisbett et Ross, Jean-Léon Beauvois et coll. (1990), ont mis en évidence les biais inhérents à ce domaine. La concrétude, l'accessibilité, la récence, la répétition, la durée d'exposition des informations les rendent plus prégnants. Les publicitaires et les dictateurs le savent bien. Les stéréotypes proposés par le champ social constituent des cadres normatifs, des catégories auxquels les sujets, par économie, ont tendance à se référer ; d'où les brillantes théories de la consistance et de la dissonance cognitive de Festinger (1957) qui rendent mieux compte des raisonnements communs qu'une logique plus abstraite. Quant aux heuristiques sociales, elles sont souvent liées à des enchaînements de comportements dont la consécution prend un caractère rationnel. Enfin, l'origine d'un comportement est volontiers attribuée à des circonstances extérieures par le sujet lui-même alors qu'elle semble due à ses dispositions personnelles pour un observateur externe (Nisbett et Ross, 1980).

Ainsi, le jeune homme amoureux voit-il se déployer au-dessus du sentiment qu'il éprouve, l'amour, une superstructure sociale, « l'amour », avec ses légendes et ses romans-photos. De domaine en domaine – amour, amitié, ambition, rivalité –, une psychologie personnelle se constitue, sans cesse contrainte par une psychologie sociale, extérieure, dont chacun reconnaît le caractère sommaire mais qui pèse par ses principes partagés. Chacun négocie à sa façon entre les lois internes et les lois externes. Avides de s'intégrer et de se faire reconnaître, les histrioniques conjuguent « l'amour », « l'orgueil », « l'ambition » au point d'ignorer toute logique intérieure ; les obsessionnels, les schizoïdes et les schizotypiques tiennent au contraire à générer un univers séparé.

Mais qu'en est-il de la personnalité ? L'identification à un modèle, comportementale ou symbolisée, a été le leitmotiv de la psychologie contemporaine. C'est un paradigme intéressant mais court. Plus ambitieux, Max Scheler (1955) et les philosophes personnalistes ont proposé une psychogenèse qui prend en compte un modèle idéalisé, plus abstrait, centré sur des valeurs : la bonté, l'amour, l'honnêteté, etc. Nous n'aimons pas une personne mais l'amour qu'elle porte et qu'elle symbolise. À partir de là nous recherchons cette ambiance, ce domaine. Plus près de nous, Darryl Bem (1972), comportementaliste, propose une théorie autoperceptive de la personnalité. Le sujet se comprend comme il comprendrait un

autre, en observant ses comportements : « *Je me suis mis en colère, donc je suis un coléreux.* » La psychologie sociale, l'observation et les déductions portées sur le monde extérieur, selon les principes « scientifiques » de Georges Kelly, finissent par s'appliquer à soi. Cette perspective séduisante, assez cynique, ne nous paraît pas encore suffisante. Il faut faire quelques pas de plus. La personnalité ne se structure pas que dans le champ humain, individu contre individu, individu contre personne commune ou contre stéréotype. Des domaines plus larges, plus abondamment cognitifs mettent leur épée dans la balance. Ce qui fascine les histrioniques, c'est le monde facile, rose, pur et sensoriel de l'enfance idéale. Ce qui hante les états limites, c'est le drame, la violence et les moments intenses qui renversent l'univers. Ce qui obsède le psychopathe, c'est l'héroïsme, le courage et les actes qui brisent. À chaque personnalité peut correspondre une atmosphère, représentationnelle, qui constitue un domaine clé par lequel tout peut se comprendre et se résoudre. Celui-ci peut se définir comme un simple pattern comportemental ; mais il s'accompagne d'un monde plus large qui amène ses figures et ses heuristiques, ses tentations et ses contraintes. La société, avec ses infinies variantes culturelles, nous offre ces domaines bigarrés où certains plongent sans retenue et que d'autres goûtent du bout des lèvres mais avec délice.

Annexe I

Classification DSM-IV-TR des troubles de la personnalité

Groupe A : les sujets paraissent souvent bizarres ou originaux.

- 301.00 Personnalités paranoïaques
- 301.20 Personnalités schizoïdes
- 301.22 Personnalités schizotypiques

Groupe B : les sujets manifestent une dramatisation, une émotivité ou des conduites excentriques.

- 301.7 Personnalités antisociales
- 301.83 Personnalités borderline
- 301.80 Personnalités histrioniques
- 301.81 Personnalités narcissiques

Groupe C : les sujets apparaissent anxieux et inhibés

- 301.82 Personnalités évitantes
- 301.6 Personnalités dépendantes
- 301.4 Personnalités obsessionnelles-compulsives
- 301.9 Troubles de la personnalité non spécifiés ou mixtes

II

Classification ICD-10 des troubles de la personnalité

F60 Troubles spécifiques de la personnalité

F60.0 Personnalités paranoïaques

F60.1 Personnalités schizoïdes

F60.2 Personnalités dyssociales

F60.3 Personnalités émotionnellement labiles :

.30 type implusif

.31 type *borderline*

F60.4 Personnalités histrioniques

F60.5 Personnalités anankastiques

F60.6 Personnalités anxieuses (évitantes)

F60.7 Personnalités dépendantes

F60.8 Autres troubles spécifiques de la personnalité

F60.9 Troubles de la personnalité, sans précision

F61 Troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité

F61.0 Troubles mixtes de la personnalité

F61.1 Modifications gênantes de la personnalité, non classables en F60 ou F62

F62 Modifications durables de la personnalité, non attribuables à une lésion ou à une maladie cérébrale

F62.0 Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe

F62.1 Modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique

F62.8 Autre modification durable de la personnalité

F62.9 Modification durable de la personnalité sans précision

Annexe III Les questionnaires d'évaluation des troubles de la personnalité

S. Kindynis¹

Les instruments d'évaluation de la personnalité, utilisés au début de la thérapie, vont contribuer à l'établissement de la ligne de base et à l'analyse fonctionnelle préalable à toute thérapie comportementale et cognitive. Cette évaluation va faciliter la définition des objectifs du traitement en ciblant les aspects dysfonctionnels de la personnalité du patient. Il s'agira d'atténuer ou de modifier ces attitudes, tout en repérant les aspects positifs qui seront renforcés.

Entretiens structurés de personnalité selon les critères du DSM-IV : le SCID-II et le SIDP-IV

Il s'agit d'instruments d'évaluation catégorielle permettant d'identifier la pathologie du sujet en fonction des diagnostics de troubles de la personnalité du DSM-IV, selon qu'elle répond ou non aux critères proposés par cette classification. Si le trouble de la personnalité est retenu comme pathologique, nous pouvons préciser s'il s'agit d'un trouble indifférencié (plusieurs critères dispersés sur plusieurs troubles de la personnalité sans réunir le nombre requis pour l'un d'entre eux) ou bien d'un trouble spécifique de la personnalité. Dans ce dernier cas, la pathologie observée remplit un nombre suffisant de critères d'un des dix troubles de personnalité définis actuellement par le DSM-IV : évitante, histrionique, etc.

L'intérêt thérapeutique majeur d'un entretien structuré de personnalité est de permettre au patient, durant la passation, puis pendant la restitution des résultats avec l'évaluateur, de mieux prendre conscience de ses stratégies comportementales, souvent utilisées de manière excessive et rigide, donc des aspects dysfonctionnels de sa personnalité, qui constitueront alors des cibles de traitement. Le patient est le plus souvent intéressé par le diagnostic de personnalité et il se sent davantage pris en compte et actif dans sa thérapie une fois qu'il est familiarisé avec notre vocabulaire. De plus, il se sent rassuré (comme c'est le cas avec l'utilisation des autres types de questionnaires

1 Sophie Kindynis est psychologue et psychothérapeute en service de psychiatrie universitaire à l'AP-HP (Paris)

psychologiques) de constater que des mots peuvent définir ce qui le caractérise et ce qu'il ressent ; il comprend que d'autres personnes partagent ses difficultés, lesquelles ont fait l'objet d'études statistiques et scientifiques. Cet aspect pédagogique et ces informations renforcent l'alliance thérapeutique.

Le SCID-II (First et coll., 1997, traduction française : Cottraux et coll.), entretien structuré de personnalité selon les critères du DSM-IV, se fait en deux temps. L'auto-questionnaire en vrai/faux (119 questions) sert de base à l'entretien clinique qui demande environ 45 minutes. Les critères des dix troubles de personnalité (ainsi que ceux des troubles additionnels : personnalités passive-agressive, dépressive et à comportement d'échec) sont évoqués à travers les différents items qui composent le questionnaire. Puis l'évaluateur revient sur les items cotés « vrai » par le patient pour les valider si le critère du trouble est présent, c'est-à-dire s'il est durable, envahissant (dans plusieurs contextes) et pathologique (s'il entraîne une gêne ou une souffrance significative pour le sujet ou son entourage).

Préalablement à l'étude de la personnalité, il faut prendre en compte l'influence de troubles temporaires (de l'axe I) comme la dépression ou l'alcool-dépendance, ce type de troubles interférant avec le fonctionnement au long cours de la personnalité. Ces troubles psychiatriques peuvent s'étendre sur une longue durée (présents parfois depuis plusieurs années), sont susceptibles de modifier la personnalité de base, ne faisant qu'un avec elle, et risquent de perturber le diagnostic de personnalité.

Le SIDP-IV (Pfohl et coll., 1995, traduction Pham et Guelfi) est également un entretien structuré de personnalité selon les critères du DSM-IV ; il se base sur 110 questions qui demandent environ 60 à 90 minutes de passation et 20 minutes de correction. Le SIDP présente l'intérêt d'être organisé par sections thématiques plutôt que par troubles, d'où un entretien plus naturel. Les thèmes abordés sont variés et couvrent l'ensemble des comportements d'un individu : ses centres d'intérêt et types d'activités, ses attitudes face au travail, ses relations sociales en général, ses relations proches, sa manière d'exprimer ses émotions, etc.

Là encore, l'évaluateur va préciser avec le patient si le critère DSM-IV abordé par la question est rempli, c'est-à-dire s'il est durable, envahissant et pathologique ou bien s'il est absent ou seulement présent sous forme de tendance. Ainsi, le patient, aidé par l'évaluateur, pourra mieux cerner ce qui, dans son fonctionnement de personnalité, entraîne une gêne ou une souffrance notables pour lui ou pour son entourage, et cette perturbation pourra alors fournir une cible thérapeutique. Ici, à nouveau, il faut être attentif à distinguer du fonctionnement habituel de la personnalité ce qui revient aux troubles psychiatriques épisodiques qu'il faudra traiter en priorité, d'autant plus qu'ils ont pour effet d'amplifier et de pérenniser les troubles de personnalité.

NEO-PI-R, inventaire de personnalité révisé

Le NEO-PI-R, inventaire de personnalité révisé (Costa et McCrae, 1990, traduction Rolland et Petot) est un outil d'évaluation dimensionnelle selon

le modèle de la personnalité en cinq facteurs. C'est une auto-évaluation à 240 questions avec cinq choix de réponses de « Fortement en désaccord » à « Fortement d'accord ».

Les cinq facteurs représentent des dimensions essentielles sous-jacentes aux traits de personnalité que l'on retrouve à la fois dans le langage courant et dans les questionnaires psychologiques. Ces cinq domaines sont : le névrosisme, l'extraversion, l'ouverture, l'agréabilité et la conscience. Ces cinq dimensions sont composées chacune de six facettes. Le névrosisme (N) comprend les facettes suivantes : anxiété, colère-hostilité, dépression, timidité sociale, impulsivité et vulnérabilité ; l'extraversion (E) : chaleur, grégarité, assertivité, activité, recherche de sensations et émotions positives ; l'ouverture (O) : aux rêveries, à l'esthétique, aux sentiments, aux actions, aux idées et aux valeurs ; l'agréabilité (A) : confiance, droiture, altruisme, complaisance, modestie et sensibilité ; la conscience (C) : compétence, ordre, sens du devoir, recherche de réussite, autodiscipline et délibération.

La correction du NEO-PI-R aboutit à un profil de personnalité, représentation graphique commentée et discutée avec l'évaluateur, ce qui permet au patient de visualiser les différents aspects de son tempérament. Il peut ainsi critiquer les attitudes excessives par rapport à la norme et celles qui sont sous-développées, ce qui orientera les objectifs thérapeutiques. À noter que, ne s'agissant pas ici de psychopathologie mais de psychologie générale, certaines dimensions (agréabilité, ouverture) et en particulier certaines facettes (sensibilité, ouverture aux idées, altruisme, etc.) ont une connotation positive qui peut encourager le patient dont les difficultés ont pu être précédemment stigmatisées par diverses évaluations psychiatrique, psychologique ou sociale, péjoratives et dévalorisantes

Questionnaires des schémas précoces inadaptés de Young (YSQ)

Les questionnaires des schémas précoces inadaptés de Young (YSQ), qui comportent des versions longues et des formes abrégées (Bouvard, 2009), présentent un intérêt de premier plan dans la thérapie des troubles de personnalité centrée sur les schémas. Le YSQ-S1 forme abrégée en 75 items et 15 schémas est particulièrement maniable et utile.

Les schémas précoces inadaptés (SPI) sont des modes de croyance dysfonctionnels et durables sur soi, autrui et le monde qui se développent durant les premières années de la vie et découlent de la frustration de besoins fondamentaux (besoin de sécurité, d'expression, de limites, etc.). Les SPI sont façonnés et renforcés par les expériences difficiles et traumatisantes rencontrées au cours de la vie d'un individu. Les SPI s'activent dans des situations spécifiques qui rappellent les frustrations de besoins fondamentaux et ils se traduisent par des troubles psychopathologiques.

L'utilisation du YSQ au début de la thérapie permet au patient et au thérapeute d'identifier les SPI dont souffre le patient et de définir des

objectifs pour les changer en les assouplissant. Le YSQ permet également une réévaluation des schémas en cours du traitement. Ainsi un travail psychothérapeutique, en TCC individuelle ou de groupe, centré sur tel ou tel schéma, permet de le désactiver progressivement, ce qui atténue la souffrance du patient. Par exemple, un SPI initial « sentiment d'isolement » pourra être désactivé au bout de plusieurs séances de thérapie de groupe, à la faveur notamment du partage émotionnel avec les autres membres du groupe et de la restructuration cognitive enrichie par les participants.

Les 15 schémas précoces inadaptés évalués par le YSQ-S1 sont :

- items 1 à 5 : carence affective (ed) ;
- items 6 à 10 : abandon (ab) ;
- items 11 à 15 : abus, méfiance (ma) ;
- items 16 à 20 : isolement social, exclusion sociale (si) ;
- items 21 à 25 : imperfection (ds) ;
- items 26 à 30 : échec (fa) ;
- items 31 à 35 : dépendance et incompetence (di) ;
- items 36 à 40 : vulnérabilité (vh) ;
- items 41 à 45 : relation fusionnelle (em) ;
- items 46 à 50 : assujettissement (sb) ;
- items 51 à 55 : sacrifice de soi (ss) ;
- items 56 à 60 : contrôle émotionnel à outrance (ei) ;
- items 61 à 65 : exigences élevées (us) ;
- items 66 à 70 : tout m'est dû (et) ;
- items 71 à 75 : manque d'autocontrôle (is).

On peut éventuellement ajouter l'inventaire des attitudes parentales de Young qui permet au patient de définir, selon ses souvenirs, ses relations parentales, ainsi que le questionnaire des attitudes d'évitement et le questionnaire des attitudes de compensation (Young, 2005) qui peuvent préciser les attitudes du patient face à ses schémas (capitulation, évitement, contre-attaque).

Questionnaire de coping (WCC-R)

Le questionnaire de coping (WCC-R, *Ways of Coping Checklist-Revised*) (Vitaliano 1985, traduction Paulhan, 1994) est un autoquestionnaire à 29 items qui permet d'évaluer les stratégies d'ajustement utilisées face aux situations stressantes. Il présente l'avantage d'être court et de permettre une évaluation du changement (en pré- et post-traitement).

Cinq facteurs sont évalués : la recherche d'une solution au problème : le sujet établit un plan d'action afin de trouver des solutions ; l'évitement : c'est la fuite face à la situation, le refuge dans la nourriture, l'alcool, les médicaments, les drogues ; la recherche de soutien social : c'est la recherche d'informations, d'aide morale et matérielle afin de résoudre le problème ;

la réévaluation positive : le sujet considère la situation stressante comme l'ayant rendu plus fort ; l'auto-accusation : le sujet a tendance à se rendre coupable de tout.

Questionnaire des événements de vie traumatiques (THQ)

Le questionnaire des événements de vie traumatiques (THQ) (Green, 1996) passe en revue en 24 items les événements potentiellement traumatiques qu'un sujet peut rencontrer au cours de sa vie comme les deuils, les désastres naturels, la maltraitance physique ou sexuelle. La réponse aux items est en oui ou non et, pour chaque événement vécu, il s'agit de préciser l'âge du sujet à l'époque du traumatisme et son caractère plus ou moins récurrent. Ce questionnaire permet d'évoquer des événements de vie particulièrement difficiles que le patient n'aurait peut-être pas osé aborder en début de thérapie et dont il n'a parfois jamais parlé à personne. Dans ce cas, la révélation au thérapeute, par le biais du questionnaire, d'événements douloureux peut apporter un soulagement émotionnel au patient et contribuer à renforcer l'alliance thérapeutique.

Références

- BOUVARD M. – *Questionnaire et échelles d'évaluation de la personnalité*, (3^e édition). Paris, Masson, 2009.
- COTTRAUX J., BLACKBURN I.M. – *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité*, (2^e édition). Paris, Masson, 2006.
- COSTA P.T., McCRAE R.R. – Personality disorders and the big five model of personality, *J Pers Disord*, 4, 362-371, 1990.
- FIRST M.B., Gibbon M., Spitzer L. et coll. – *User's guide for structural clinical interview for DSM-IV axis I personality disorders*. Washington, American Psychiatric Press, 1997.
- GREEN B.L. – Mesure of stress trauma and adaptation. In : D.H. Staum, E.M. Varra, M.D. Luttermil, *Trauma History Questionnaires*, Towson, MD, Sidran Press, 1996.
- Paulhan I., Nuissier J., Quintard B. et coll. – La mesure du coping. Traduction et validation française de l'échelle de Vitaliano et coll., 1985. *Annales Médico-Psychologiques*, 152, 292-299, 1994.
- PFHOL B., BLUM M., ZIMMERMAN M. – *Structured interview for DSM-IV personality disorders (SIDP-IV)*. Iowa City, University of Iowa, 1995.
- ROLLAND J.P. – *Manuel du NEO PI-R*. Paris, Éditions du Centre de psychologie appliquée, 1998.
- YOUNG J.E., LINDERMAN M.D. – An integrative schema-focused model for personality disorders, *J Cogn Psychother*, 6, 11-23, 1992.
- Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. – *Schema therapy. A practitioners's guide*. The Guilford Press, 2003. Traduction B. Pascal, Bruxelles, Éditions De Boeck Université, 2005.

Bibliographie

- ABRAHAM K. – *Psycho-analytical studies on character formation. Selected papers on psycho-analysis*. Londres, Hogarth Press, 1927.
- AINSWORTH M.D., WITTING B.A. – Attachment and exploratory behavior of one-year old in a strange situation. In : B.M. Foss, *Determinants of infant behavior*, vol. 4, London, Methuen, 1969.
- AKISKAL H.S. – Dysthymic disorder : psychopathology of proposed chronic depressive subtypes, *Am J Psychiatry*, 140, 11-20, 1983.
- AKISKAL H., CHEN S., DAVIS G. – Borderline : an adjective in search of a noun, *J Clin Psychiatry*, 46, 41-48, 1985.
- AKISKAL H.S. – Validating affective personality types. In : L. Robins, J. Barrett, *The validity of psychiatric diagnosis*, 1989.
- ALPERT J.E., UEBELACKER L.A., MCLEAN N.E. et coll. – Social phobia, avoidant personality disorder and atypical depression : co-occurrence and clinical implications, *Psychol Med*, 27, 627-633, 1997.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – *Practice guideline for the patients with borderline personality disorders*, *Am J Psychiatry*, 158, 1-52, 2001.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR – *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e édition révisée), Paris, Masson, 2003.
- BAER L., JENIKE M.A. – Personality disorders in obsessive compulsive disorder, *Psychiatr Clin North Am*, 15, 803-812, 1992.
- BALANT L.P., BALANT-GORGIA A.E., KOLATTE E. – Troubles de la personnalité et pharmacothérapie : la personnalité limite, *Médecine et Hygiène*, 49, 2376-2378, 1991.
- BANDELOW B., KRAUSE J., WEDEKIND D. et coll. – Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors inpatients with borderline personality disorder and healthy controls, *Psychiatry Res*, 134, 169-179, 2005.
- BARGH J.A., LOMBARDI W., HIGGINS E.T. – Automaticity of chronically accessible constructs in person in situation effects on person perception : it's just a matter of time, *J Pers Soc Psychol*, 55, 437-439, 1988.
- BARON M., GRUEN R., ASNIS L. – Familial transmission of schizotypal and borderline personality disorders, *Am J Psychiatry*, 142, 927-934, 1985.
- BARON M., RAINER J.D., KANE J. – A family study of schizophrenic and normal control probands : implication for the spectrum concept of schizophrenia, *Am J Psychiatry*, 142, 447-454, 1985.
- BATTLE C.L., SHEA M.T., JOHNSON D.M. et coll. – Childhood maltreatment associated with adult personality disorders : findings from the collaborative longitudinal personality disorders study, *J Pers Disord*, 18, 193-211, 2004.
- BEAUVOIS J.L., DESCHAMPS J.C. – Vers la cognition sociale. In : R. Ghiglione, C. Bonnet, J.F. Richard, *Traité de psychologie cognitive*, tome 3. Paris, Bordas, 1990.
- BECK A.T. – Thinking and depression : I. Idiosyncratic content and cognitive distortions, *Arch Gen Psychiatry*, 9, 324-333, 1963.
- BECK A.T., RUSH A.J., SHAW B.F. – *Cognitive therapy of depression*. New York, The Guilford Press, 1979.
- BECK A.T., FREEMAN A. – *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, The Guilford Press, 1990.
- BEJEROT S., EKSELJUS L., VON KNORRING L. – Comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and personality disorders, *Acta Psychiatr Scand*, 97, 398-402, 1998.

- BEM D.J. – Self-perception theory. In : L. Bercowitz, *Advances in experimental social psychology*, vol. 6, New York, Academic Press, 1972.
- BENJAMIN L.S. – Structural analysis of social behavior, *Psychol Rev*, 81, 392-425, 1974.
- BENJAMIN L.S. – *Interpersonal and treatment of personality disorders*. New York, Guilford press, 1993.
- BERGEN H.A., MARTIN G., RICHARDSON A.S. et coll. – Sexual abuse, antisocial behaviour and substance use : gender differences in young community adolescents, *Aust NZJ Psychiatry*, 38, 34-41, 2004.
- BERGER P., BERNER W., BOLTERAUER J. et coll. – Sadistic personality disorder in sex offenders : relationship to antisocial personality disorder and sexual sadism, *J Pers Disord*, 13, 175-186, 1999.
- BERGMAN A.J., SILVERMAN J.M., HARVEY P.D. et coll. – Schizotypal symptoms in the relatives of schizophrenia patients : an empirical analysis of the factor structure, *Schizophr Bull*, 26, 577-586, 2000.
- BERNARD M., ZIMMERMAN M., FAVEZ N. – Quelle place pour la psychologie positive dans le champ de la psychothérapie ? Perspectives théoriques et empiriques, *Pratiques psychologiques*, 15, 405-413, 2009.
- BERNSTEIN D.P., STEIN J.A., HANDELSMAN L. – Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders : effects of childhood maltreatment, *Addict Behav*, 23, 855-868, 1998.
- BIERER L.M., YEHUDA R., SCHMEIDLER J. et coll. – Abuse and neglect in childhood : relationship to personality disorder diagnoses, *CNS Spectr*, 9, 737-754, 2003.
- BOR W., MCGEE T.R., HAYATBAKHSH R. et coll. – Do antisocial femal exhibit poor outcome in adulthood ? An Australian cohort, *Aust NZJ Psychiatry*, 44, 648-657, 2010.
- BORGE F.M., HOFFART A., SEXTON H. – Predictors of outcome in residential cognitive and interpersonal treatment for social phobia : do cognitive and social dysfunction moderate treatment outcome ? *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 41, 212-219, 2010.
- BORGE F.M., HOFFART A., SEXTON H. et coll. – Pre-treatment predictors and in-treatment factors associated with change in avoidant and dependent personality disorders traits among patients with social phobia, *Clin Psychol Psychother*, 17, 87-99, 2010.
- BORNSTEIN R.F. – *The dependent personality*. New York, The Guilford Press, 1993.
- BRIEGER P., EHRT U., MARNEROS A. – Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders, *Compr Psychiatry*, 44, 28-34, 2003.
- BRUCE P., GREEN P. – *La perception visuelle*, Presses Universitaires de Grenoble, 1993.
- BRUNER J.S. – Les processus de préparation à la perception. In : J.S. Bruner, F. Bresson, *Études d'épistémologie génétique, logique et perception*, VI. Paris, PUF, 1958.
- BURKE J.D., WALDAM I., LAHEY B.B. – Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder : implications for the DSM-V. *J, Abnormal Psychol*, 119, 739-751, 2010.
- BURKET R.C., SAJID M.W., WASIAK M., MYERS W.C. – Personality comorbidity in adolescent females with ADHD, *J Psychiatr Pract*, 11, 131-136, 2005.
- CALVETE E., ORUE I. – Cognitive schemas and aggressive behavior in adolescents : the mediating role of social information processing, *Span J Psychol*, 13, 190-201, 2010.
- CAMERON N. – Paranoïd conditions and paranoïa. In : S. Ariety, E. Brody, *American handbook of psychiatry*, New York, Basic Books, 1974.
- CASPI A., VISHNE T., SASSON Y. et coll. – Relationship between childhood sexual abuse and obsessive-compulsive disorder : case control study, *Isr J Psychiatry Rekat Sci*, 45, 177-182, 2008.
- CHADWICK P., BIRCHWOOD M., TROWER P. – *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoïa*. Chichester, John Wiley et Sons, 1996.

- CHANG C.J., CHEN W.J., LIU S.K. et coll. – Morbidity risk of psychiatric disorders among the first degree relatives of schizophrenia patients in Taiwan, *Schizophr Bull*, 28, 379-392, 2002.
- CHARITAT H., SCHMITT L. – Épidémiologie des troubles de la personnalité. In : A. Féline, J.D. Guelfi, P. Hardy, *Les troubles de la personnalité*, Paris, Flammarion, 2002.
- CHERTOK L. – Faut-il débaptiser l'hystérie ? *Concours Médical*, 98, 6847-6852, 1976.
- CLOITRE M., STOLBACH B., HERMAN J.L. et coll. – A developmental approach to complex PTSD : childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity, *J Trauma Stress*, 22, 1-10, 2009.
- CLONINGER C.R., GUZE S.B. – Hysteria and parental psychiatric illness, *Psychological Medicine*, 5, 27-31, 1975.
- CLONINGER C.R. – Asystematic method for clinical description and classification of personality variants, *Arch Gen Psychiatry*, 44, 573-588, 1987.
- CLONINGER C.R. – A psychobiological model of temperament and character, *Arch Gen Psychiatry*, 50, 975-990, 1993.
- CODOL J.P. *Qu'est-ce que le cognitif ?* Psychologie ordinaire et sciences cognitives, Hermes 3, Éditions du CNRS, 172-178, 1988.
- COHEN P., CHEN H., CRAWFORD T.N. et coll. – Personality disorders in early adolescence and the development of later substance use disorder in the general population, *Drug Alcohol Depend*, 88, S71-84, 2007.
- COLBY K.M. – Modeling a paranoid mind, *The Behavioral and Brain Science*, 4, 515-560, 1981.
- COLES M.E., PINTO A., MANCEBO M.C. et coll. – OCD with comorbid OCPD : a subtype of OCD ? *J Psychiatr Res*, 42, 289-296, 2008.
- COMPTON W.M., CONWAY K.P., STINSON P.S. et coll. – Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States results from the national epidemiological survey on the alcohol and related conditions, *J Clin Psychiatry*, 66, 677-685, 2005.
- COOLIDGE E.L., THEDE L.L., JANG K.L. – Heritability of personality disorders in childhood : a preliminary investigation, *J Pers Disord*, 15, 33-40, 2001.
- COSTA P.T., MCCRAE N. – Facet scales for agreeableness and conscientiousness : a revision of the NEO personality inventory, *Personality and Individual Differences*, 12, 887-898, 1991.
- CUMYNN L., FRENCH L., HECHTMAN L. – Comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder, *Can J Psychiatry*, 54, 673-683, 2009.
- CZAJKOWSKI N., KENDLER K.S., JACOBSON K.C. et coll. – Passive-aggressive (negativism) personality disorder : a population-based twin study, *J Pers Disord*, 22, 109-122, 2008.
- DAVIDSON K., NORRIE J., TYRER P. et coll. – The effectiveness of cognitive behaviour therapy for borderline personality disorder : results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial, *J Pers Disord*, 20, 450-465, 2006.
- DAVIDSON K.M., TYRER P., NORRIE J. et coll. – Cognitive therapy V. usual treatment for borderline personality disorder : prospective 6-year follow-up, *Br J Psychiatry*, 197, 456-462, 2010.
- DE GIROLAMO G., REICH J.H. – *Personality disorders. Epidemiology of mental disorders and psychosocial problems*. Geneva, World Health Organisation, 1993.
- DEBRAY Q. – *Vivre avec une dépression*. Paris, Éditions du Rocher, 1992, réédition 2004.
- DELESCUSE C., PHAM T.H. – Évaluation du trouble de la personnalité sadique en relation avec la psychopathie auprès de patients internés en hôpital psychiatrique sécuritaire, *L'Encéphale*, 31, 683-691, 2005.

- DENNETT D.C. – *La Stratégie de l'interprète*. Paris, Gallimard, 1990.
- DIACONNU G., TURECKI G. – Obsessive-compulsive personality disorder and suicidal behavior : evidence for a positive association in a sample of depressed patients, *J Clin Psychiatry*, 70, 1551-1556, 2009.
- DOLLARD J., MILLER N.E. – *Personality and psychotherapy : an analysis in terms of learning, thinking and culture*. New York, McGraw Hill, 1950.
- DRIESSEN M., BEBLO T., REDDEMANN L. et coll. – Is the borderline personality disorder a complex post-traumatic stress disorder ? *Nervenartz*, 73, 820-829, 2002.
- DULIT R.A., FYER M.R., MILLER F.T. – Gender differences in sexual preference and substance abuse of impatient with borderline personality disorder, *J Pers Disord*, 7, 182-185, 1993.
- ECHEBURUA E., DE MEDINA R.B., AIZPURI J. – Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders : a comparative study, *Alcohol Alcohol*, 42, 618-622, 2007.
- EDENS J.F., MARCUS D.K., MOREY L.C. – Paranoid personality has a dimensional latent structure : taxometric analyses of community and clinical sample, *J Abnormal Psychol*, 118, 543-553, 2009.
- ELLIS A. – New approaches to psychotherapy techniques, Brandon VT, *J Clin Psychol*, 11, monograph supplement, 1955.
- EVT – Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments : report and recommendations. Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23, 1995.
- FAVA M., ALPERT J.E., BORUS J.S. et coll. – Patterns of personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression, *Am J Psychiatry*, 153, 1308-1312, 1996.
- FENTON W.S., MCGLASHAN – The likelihood of schizophrenic outcome among borderline and schizotypal personality disorders, *Am J Psychiatry*, 146, 1280-1284, 1989.
- FERGUSON C.J. – Genetic contributions to antisocial personality and behavior : a meta-analytic review from an evolutionary perspective, *J Soc Psychol*, 150, 160-180, 2010.
- FESTINGER L. – The relation between behaviour and cognition. In : J. Brunner, et coll. – *Contemporary approaches to cognition*, Cambridge, Mass, Harvard University Press, 1957.
- FODOR J. – *La modularité de l'esprit*. Paris, Éditions de Minuit, 1986.
- FRANCES A. – *DSM-III Personality disorders*. New York, BMA Audio Cassettes, 1985.
- FRANCES A., WIDIGER T. – A critical review of four DSM-III personality disorders : borderline, avoidant, dependant and passive-agressive. In : G. Tischler, *Diagnosis and classification in psychiatry*, Cambridge University Press, 1987.
- FREUD S. – *Lettre à Fliess 21 septembre 1897. La naissance de la psychanalyse*. Paris, PUF, 190-192, 1956.
- FRITH C. – *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove, LEA, 1992.
- GABBARD O.G. – *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1994.
- GALIONE J., ZIMMERMAN M. – A comparison of depressed patients with and without borderline personality disorder : implications for interpreting studies of the validity of the bipolar spectrum, *J Pers Disord*, 24, 763-772, 2010.
- GARYFALLOS G., KATSIGIANNOPOULOS K., ADAMOPOULOU A. et coll. – Comorbidity of obsessive-compulsive disorder with obsessive-compulsive personality disorder : does it imply a specific subtype of obsessive-compulsive disorder ? *Psychiatry Res*, 177, 156-160, 2010.
- GIESBRECHT T., MERCKELBACH H., KATER M., SLUIS A.F. – Why dissociation and schizotypy overlap : the joint influence of fantasy proneness, cognitive failures, and childhood trauma, *J Nerv Ment Dis*, 195, 812-818, 2007.

- GODT K. – Personality disorders in 545 patients with eating disorders, *Eur Eat Disord Rev*, 16, 94-99, 2008.
- GOFFMAN E. – *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris, Éditions de Minuit, 1973.
- GOFFMAN E. – *Les rites d'interaction*. Paris, Éditions de Minuit, 1974.
- GOLDNER-VUKOV M., MOORE L.J. – Malignant narcissism : from fairy tales to harsh reality, *Psychiatr Danub*, 22, 392-405, 2010.
- GOLDSTEIN R.B., COMPTON W.M., PULEY A.J. et coll. – Antisocial behavioral syndromes and DSM-IV drug use disorders in the United States : results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions, *Drug Alcohol Depend*, 90, 145-158, 2007.
- GOLDSTEIN R.B., COMPTON W.M., GRANT B.F. – Antisocial behavioral syndromes and additional psychiatric comorbidity in posttraumatic stress disorder among US adults : results from the wave 2 of the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions, *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 16, 145-165, 2010.
- GOLIER J.A., YEHUDA R., BIERER L.M. et coll. – The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events, *Am J Psychiatry*, 160, 2018-2024, 2003.
- GOTTESMAN I.I., GOLDSMITH H.H. – Genetic of personality disorders : perspectives from personality and psychopathology research, *Psychological Bulletin*, 115, 365-370, 1994.
- GRANT B.F., HASIN D.S., STINSON F.S. et coll. – Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States : results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions, *J Clin Psychiatry*, 65, 948-958, 2004.
- GRANT B.F., HASIN D.S., BLANCO C. et coll. – The epidemiology of social anxiety disorder in the United States : results from the National Epidemiological Survey in alcohol and related conditions, *J Clin Psychiatry*, 66, 1351-1361, 2005.
- GRANT B.F., HASIN D.S., STINSON F.S. et coll. – Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US : results from the national epidemiologic survey of alcohol and related conditions, *J Psychiatr Res*, 39, 1-9, 2005.
- GRANT B.F., STINSON F.S., HASIN D.S. et coll. – Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders : results from the National Epidemiological Survey on alcohol and related conditions, *J Clin Psychiatry*, 66, 1205-1215, 2005.
- GRANT B.F., CHOU S.P., GOLDSTEIN R.B. et coll. – Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder : results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions, *J Clin Psychiatry*, 69, 533-545, 2008.
- GRATZ K.L., TULL M.T., REYNOLDS E.K. et coll. – Extending extant models of the pathogenesis of borderline personality disorder to childhood borderline personality symptoms : the roles of affective dysfunction, disinhibition, and self- and emotion-regulation deficits, *Dev Psychopathol*, 21, 1263-1291, 2009.
- GREENBERG L.S., SAFRAN J.D. – *Emotion in psychotherapy*. New York, Guilford Press, 1987.
- GRILLO C.M., STOUT R.L., MARKOWITZ J.C. et coll. – Personality disorders predict relapse after remission from an episode of major depressive disorder : a 6-yr prospective study, *J Clin Psychiatry*, 71, 1629-1635, 2010.
- GRIVOIS H. – De l'individuel à l'universel : la centralité psychotique. In : H. Grivois, J.P. Dupuis, *Mécanismes mentaux, mécanismes sociaux*, Paris, Éditions La Découverte, 1995.
- GROSS R., OLIFSON M., GAMEROFF M. et coll. – Borderline personality disorder in primary care, *Arch Intern Med*, 162, 53-60, 2002.

- GROVER K.E., CARPENTER L.L., PRICE L.H. et coll. – The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms, *J Pers Disord*, 21, 442-447, 2007.
- GUELF J.D., CORRUBLE E., DURET C. et coll. – *Personnalité et troubles de l'humeur*. Paris, Doin, 1999.
- GUNDERSON J.G. – *DSM-III diagnoses of personality disorders in current perspectives on personality disorders*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1983.
- GUNDERSON J.G., WEINBERG I., DAVERSA M.T. et coll. – Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder, *Am J Psychiatry*, 163, 1173-1178, 2006.
- GUZE S. – The validity and significance of the clinical diagnosis of hysteria (Briquet's syndrome), *Am J Psychiatry*, 132, 138-141, 1975.
- HALLER D.L., MILES D.R. – Personality disturbances in drug-dependent women : relationship to childhood abuse, *Am J Drug Alcohol Abuse*, 66, 111-119, 2004.
- HARE R.D. – *Psychopathy : theory and research*. New York, John Wiley et Sons, 1970.
- HARE R.D. – A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations, *Personality and Individual Difference*, 1, 111-117, 1980.
- HARE R.D. – *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Multi-Health Systems, Inc, 1991.
- HARE R.D., HART S.D., HARPUR T.J. – Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder, *J, Abnorm Psychol*, 100, 391-398, 1991.
- HARNED M.S., JACKSON S.C., COMTOIS K.A., LINEHAN M.M. – Dialectical behavior therapy as a precursor to PTSD treatment for suicidal and/or self-injuring women with borderline personality disorder, *J Trauma Stress*, 23, 421-429, 2010.
- HASIN D.S., GOODWIN R.D., STINSON F.S., GRANT B.F. – Epidemiology of major depressive disorder : results from the National Epidemiological Survey on alcoholism and related conditions, *Arch Gen Psychiatry*, 62, 1097-1106, 2005.
- HEIDER F. – *The psychology of interpersonal relations*. New York, John Wiley et Sons, 1958.
- HIRSCHFELD R.M.A., HOLZER C.E. – Depressive personality disorder : clinical implications, *J Clin Psychiatry*, 55, 10-17, 1994.
- HOLLIN C.R. – Advances in the psychological treatment of delinquent behavior, *Criminal Behaviors and Mental Health*, 3, 142-157, 1993.
- HOPWOOD C.J., MOREY L.C., MARKOWITZ J.C. et coll. – The construct validity of passive-aggressive personality disorder, *Psychiatry*, 72, 256-276, 2009.
- HORNEY K. – *Neurosis and human growth*. New York, Norton, 1945.
- HUGUES M. – Borderline psychiatry record, prodromal symptoms of physical impairments, *Alienist and Neurologist*, 5, 85-90, 1884.
- HUMMELEN B., WILBERG T., PEDERSEN G., KARTERUD S. – The relationship between avoidant personality disorder and social phobia, *Compr Psychiatry*, 48, 348-356, 2007.
- HUPPERT J.D., STRUNK D.R., LEDLEY D.R. et coll. – Generalized social anxiety disorder and avoidant personality disorder : structural analysis and treatment outcome, *Depress Anxiety*, 25, 441-448, 2008.
- HUPRICH S.K., ZIMMERMAN M.A., CHELMINSKI I. – Should self-defeating personality disorder be revisited in the DSM ? *J Pers Disord*, 20, 388-400, 2006.
- JANET P. – *L'état mental des hystériques*. Rueff et Cie, Paris, 1894.
- JOHNSON D.M., SHEA M.T., YEN S. et coll. – Gender differences in borderline personality disorders : findings from the collaborative longitudinal personality disorders survey, *Compr Psychiatry*, 44, 284-292, 2003.
- JOHNSON J.G., COHEN P., CHEN H. et coll. – Parenting behaviours associated with risk for offspring personality disorder during adulthood, *Arch Gen Psychiatry*, 63, 579-587, 2006.

- JONES H.H., DAVIS K.E. – From acts to dispositions : the attribution process in person perception. In : L. Berkowitz, *Advances in experimental social psychology*, Vol. 2, New York, Academic Press, 1965.
- JONSON-REID M., PRESNALL N., DRAKE B. et coll. – Effects of child maltreatment and inherited liability on antisocial development : an official records study, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 49, 321-332, 2010.
- JOYCE P.R., MCKENZIE J.M., LUTY S.E. et coll. – Temperament, childhood environment and psychopathology as risk factors for avoidant and borderline personality disorders, *Aust NZJ Psychiatry*, 37, 756-764, 2003.
- JUDD P.H., RUFF R.M. – Neuropsychological dysfunction in borderline personality disorder, *J Pers Disord*, 7, 275-284, 1993.
- KAGAN R. – The child behind the mask : sociopathy as a developmental delay. In : W. Reid, D. Dorr, J. Walker, *Unmasking the psychopath*, New York, Norton, 1986.
- KAHNEMAN D., TVERSKY A. – On the psychology of prediction, *Psychol Rev*, 80, 237-251, 1973.
- KANTOR M. – *Diagnosis and treatment of the personality*. St Louis et Tokyo, Ishiyaku Euro America Inc, 1992.
- KARWAUTZ A., TROOP N.A., RABE-HESKETH S. et coll. – Personality disorders and personality dimensions in anorexia nervosa, *J Pers Disord*, 17, 73-85, 2003.
- KASHANI J.H., ORVASCHEL H. – A community study of anxiety in children and adolescents, *Am J Psychiatry*, 147, 313-318, 1990.
- KASS F., SPITZER R.L., WILLIAMS J.B.W. et coll. – Self defeating personality disorder and DSM III R : development of the diagnostic criteria, *Am J Psychiatry*, 146, 1022-1026, 1989.
- KELLETT S. – A time series evaluation of the treatment of histrionic personality disorder with cognitive analytic therapy, *Psychol Psychother*, 80, 389-405, 2007.
- KELLEY H. – Attribution theory in social psychology. In : L. Levine, *Nebraska symposium on motivation*, Lincoln, University of Nebraska Press, 1967.
- KELLY G.A. – *The psychology of personal constructs*. New York, Norton, 1955.
- KELLY G.A. – The language of hypothesis : man's psychological instrument, *Journal of Individual Psychology*, 20, 137-152, 1964.
- KENDLER K.S., GRUENBERG A.M., STRAUSS J.J. – An independent analysis of the Copenhagen sample of the Danish Adoption Study of schizophrenia. The relationship between schizotypal personality disorder schizophrenia, *Arch Gen Psychiatry*, 38, 982-984, 1981.
- KENDLER K.S., GRUENBERG A.M. – Genetic relationship between paranoid personality disorder and the "schizophrenic spectrum" disorders, *Am J Psychiatry*, 139, 1185-1186, 1982.
- KENDLER K.S., MASTERSON C.C., UNGARO R. et coll. – A family history study of schizophrenic related personality disorders, *Am J Psychiatry*, 141, 424-427, 1984.
- KENDLER K.S., MCGUIRE, GRUENBERG A.M. et coll. – The Roscommon Family Study. III. Schizophrenia-related personality disorders in relatives, *Arch Gen Psychiatry*, 50, 781-788, 1993.
- KENDLER K.S., GRUENBERG A.-M., KINNEY D.K. – Independent diagnoses of adoptees and relatives as defined by DSM-III in the provincial and national samples of the Danish Adoption Study of Schizophrenia, *Arch Gen Psychiatry*, 51, 456-468, 1994.
- KENDLER K.S., MYERS J., TORGENSEN S. et coll. – The heritability of cluster A personality disorders by both personal interview and questionnaire, *Psychol Med*, 37, 655-665, 2007.
- KENDLER K.S., AGGEN S.H., CZAJKOWSKI N. et coll. – The structure of genetics and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders : a multivariate twin study, *Arch Gen Psychiatry*, 65, 1438-1446, 2008.

- KERNBERG O. – Borderline personality organisation, *J Am Psychoanalysis Assoc*, 15, 641-685, 1967.
- KERNBERG O. – A psychoanalytic classification of character pathology. *J Am Psychoanal Assoc*, 18, 800-822, 1970.
- KERNBERG O. – *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York, Jason Aronson, 1975.
- KERNBERG O. – *La personnalité narcissique*. Toulouse, Privat, 1980.
- KERNBERG O. – *Severe personality disorders*. New Haven, Yale University Press, 1984.
- KERNBERG O.F. – The narcissistic personality disorder and the differential diagnosis of antisocial personality behavior, *Psychiatr Clin North Am*, 12, 553-570, 1989.
- KERNBERG O.F. – The almost untreatable narcissistic patients, *J Am Psychoanal Assoc*, 55, 503-539, 2007.
- KLEIN D.N. – Depressive personality : reliability, validity and relation to dysthymia, *J Abnorm Psychol*, 99, 413-421, 1990.
- KLEIN D.N., MILLER G.A. – Depressive personality in non clinical subjects, *Am J Psychiatry*, 150, 1718-1724, 1993.
- KLEIN M.H., WONDERLICH S., SHEA M.T. – Models of relationships between personality and depression : toward a framework for theory research. In : M.H. Klein, D.J. Kupfer, M.T. Shea, *Personality and depression*, New York, The Guilford Press, 1993.
- KLIEM S., KRÖGER C., KOSFELDER J. – Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder : a meta-analysis using mixed-effects modeling, *J Consult Clin Psychol*, 78, 936-951, 2010.
- KOERNER K., LINHENAN M.M. – Research on dialectical behaviour therapy for patients with borderline personality disorder, *Psychiatric Clin North Am*, 23, 151-167, 2000.
- KOHUT H. – *Le soi. La psychanalyse des transferts*. Paris, PUF, 1975.
- KROLL J. – Use of no-suicide contracts by psychiatrists in Minnesota, *Am J Psychiatry*, 157, 1684-1686, 2000.
- LARSSON J.O., HELLZÉN M. – Patterns of personality disorders in women with chronic eating disorders, *Eat Weight Disord*, 9, 200-205, 2004.
- LECOMTE J. – *Introduction à la psychologie positive*. Paris, Dunod, 2009.
- LEICHSENRING F., LEIBING E. – The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behaviour therapy in the treatment of personality disorders : a meta-analysis, *Am J Psychiatry*, 160, 1223-1232, 2003.
- LENTZ V., ROBINSON J., BOLTON J.M. – Childhood adversity, mental disorder comorbidity, and suicidal behavior in schizotypal personality disorder, *J Nerv Ment Dis*, 198, 795-801, 2010.
- LENZENWEGER M.F., LORANGER A.W., KORFINE L., NEEF C. – Detecting personality disorders in a non clinical population, *Arch Gen Psychiatry*, 54, 345-351, 1997.
- LENZENWEGER M.F., LANE M.C., LORANGER A.W., KESSLER R.C. – DSM-IV personality disorders in the national comorbidity survey replication, *Biol Psychiatry*, 62, 553-564, 2007.
- LESZCZ M. – Group therapy. In : T. Karasu, *Treatments of psychiatric disorders*, Washington DC, American Psychiatric Press, 1989.
- LEWIS C.F. – Childhood antecedents of adult violent offending in a group of female felons, *Behav Sci Law*, 28, 224-234, 2010.
- LILLIENFELD S.O., VAN VALKENBURG C.V., LARNTZ K., AKISKAL H.S. – The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatisation disorders, *Am J Psychiatry*, 143, 718-722, 1986.
- LILLIENFELD S.O., CALE E.M. – Histrionic personality disorder and antisocial personality disorder : sex-differentiated manifestations of psychopathy, *J Pers Disord*, 16, 52-72, 2002.

- LINDBERG B.J. – The histeroïd personality attitude. Does it exist ? *Acta Psychiatr Scand*, 39, 223-225, 1963.
- LINEHAN M. – Skills training manual for treating Borderline Personality disorders. New York, The Guilford Press, 1993.
- LINEHAN M.M., HEARD H., ARMSTRONG H.E. – Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically suicidal borderline patients, *Arch Gen Psychiatry*, 50, 971-974, 1993.
- LINEHAN M. – Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité limite. Genève, *Médecine et Hygiène*, 2000.
- LINEHAN M.M. – Special feature : theory and treatment development and evaluation. Reflections on Benjamin's model for treatment, *J Pers Disord*, 11, 325-335, 1997.
- LINEHAN M.M., SCHMIDT H., DIMEFF L.A. et coll. – Dialectical behaviour therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence, *Am J Addict*, 8, 279-292, 1999.
- LINEHAN M.M., COMTOIS K.A., MURRAY A.M. et coll. – Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behaviour therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder, *Arch Gen Psychiatry*, 63, 757-766, 2006.
- LINKS P.S., STEINER M., OFFORD D.R. et coll. – Characteristics of borderline personality disorder : a Canadian study, *Can J Psychiatry*, 33, 336-340, 1988.
- LOBBESTAEL J., ARNTZ A., BERNSTEIN D.P. – Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders, *J Pers Disord*, 24, 285-295, 2010.
- LUMSDEN E.A. – Borderline personality disorder : a consequence of experiencing affect within a truncated time frame, *J Pers Disord*, 7, 265-274, 1993.
- LYDDON W.J., SHERRY A. – Developemntal personality styles : an attachment theory conceptualization of personality disorders, *J Counsil Dev*, 79, 405-412, 2001.
- MAIER W., LICHTERMANN D., KLINGER T. – Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community, *J Pers Disord*, 6, 187-196, 1992.
- MALINOW K.L. – Passive-aggressive personality. In : J.R. Lion, *Personality disorders : diagnosis and management*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1981.
- MARZILLIER S.L., STEEL C. – Positive schizotypy and trauma related intrusions, *J Nerv Ment Dis*, 195, 60-64, 2007.
- MASUD KHAN R. – La rancune de l'hystérique. In : « Aux limites de l'analysable », *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 10, 151-158, 1974.
- MATSUNAGA H., KIRIIEKE N., MIYATA A. et coll. – Personality disorders in patients with obsessive-compulsive disorder in Japan, *Acta Psychiatr Scand*, 98, 128-134, 1998.
- MCDERMUT W., ZIMMERMAN M., CHELMINSKI I. – The construct validity of depressive personality disorder, *J, Abnorm Psychol*, 112, 49-60, 2003.
- MCGLASHAN T.H., GRILLO C.M., SANISLOW C.A. et coll. – Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders : toward a hybrid model of axis II disorders, *Am J Psychiatry*, 162, 883-889, 2005.
- MCLEAN L.M., GALLOP R. – Implication of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder, *Am J Psychiatry*, 160, 369-372, 2003.
- MCMAIN S.F., LINKS P.S., GNAM W.H. et coll. – A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder, *Am J Psychiatry*, 12, 1365-1374, 2009.
- MEAD G.H. – *Mind, self and society*. Chicago, University of Chicago Press, 1934.
- MEHRAN F. – *Psychologie positive et personnalité*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2010.

- MELARTIN T.K., HAUKKA J., RYTSALA H.J. et coll. – Categorical and dimensional stability of comorbid personality disorder symptoms in DSM-IV major depressive disorder : a prospective study, *J Clin Psychiatry*, 71, 287-295, 2010.
- MICHELAT G. – Parasciences, sciences et religion, *Le Débat*, 90-100, mai-août 1993.
- MILLER C.J., FLORY J.D., MILLER S.R. et coll. – Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and the emergence of personality disorders in adolescence : a prospective follow-up study, *J Clin Psychiatry*, 69, 1477-1484, 2008.
- MILLON T. – *Disorders of personality : DSM-III, Axis II*. New York, John Wiley et Sons, 1981.
- MILLON T., EVERLY G.S. – *Personality and its disorders : a biosocial approach*. New York, John Wiley et Sons, 1985.
- MILLON T., DAVIS R.R. – *Disorders of personality, DSM-IV and beyond*. New York, John Wiley et Sons, 1996.
- MOREY L.C. – Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R : convergence, coverage and internal consistency, *Am J Psychiatry*, 145, 573-578, 1988.
- MORISSON J. – Adult psychiatric disorders in parents of hyperactive children, *Am J Psychiatry*, 137, 825-827, 1980.
- NATER U.M., JONES J.F., LIN J.M. et coll. – Personality features and personality disorders in chronic fatigue syndrome : a population-based study, *Psychother Psychosom*, 79, 312-318, 2010.
- NESTADT G., ROMANOSKI A.J., CHAHAL R. et coll. – An epidemiological study of histrionic personality disorder, *Psychol Med*, 20, 413-422, 1990.
- NESTADT G., DI C., SAMUELS J.F. et coll. – The stability of DSM personality disorders over twelve to eighteen years, *J Psychiatry Res*, 44, 1-7, 2010.
- NICKEL M.K., TRITT K., MITTERLEHNER F.O. et coll. – Sexual abuse in childhood as psychopathologically relevant life occurrence : cross-sectional survey, *Croat Med J*, 45, 483-489, 2004.
- NISBETT R., ROSS L. – *Human inference : strategies and shortcomings of social judgment*. New York, Prentice-Hall, 1980.
- NORMAN D.A., SHALLICE T. – Attention to action : willed and automatic control of behavior : center for human information processing. In : R.J. Davidson, G.E. Schwartz, D. Shapiro, *Consciousness and self regulation : advance in research*, New York, Plenum Press, 1986.
- NOVACO R.W. – Remediating anger and aggression with violent offenders, *Legal and Criminological Psychology*, 2, 77-88, 1997.
- NÜRNBERG H.G., SIEGEL O., PRINCE R. et coll. – Axis II comorbidity of self-defeating personality disorder, *J Pers Disord*, 7, 10-21, 1993.
- OGATA S.N., SILK K.R., GOODRICH S. et coll. – Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder, *Am J Psychiatry*, 147, 1008-1013, 1990.
- PAGURA J., STEIN M.B., BOLTON J.M. et coll. – Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the US population, *J Psychiatr Res*, 44, 1190-1198, 2010.
- PARIS J., ZWEIG-FRANCK H. – A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder, *Compr Psychiatry*, 42, 482-487, 2001.
- PATTERSON G.R., DEBARYSHE B.D., RAMSEY E. – . *American Psychologist*, 44, 329-335, 1989.
- PEPPER C.M., KLEIN D.N., ANDERSON R.L. et coll. – DSM-III-R axis II comorbidity in dysthymia and major depression, *Am J Psychiatry*, 152, 239-247, 1995.
- PERUGI G., AKISKAL H.S. – The soft bipolar spectrum redefined : focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions, *Psychiatr Clin North Am*, 25, 713-737, 2002.

- PETERSON C., SELIGMAN M.E.P. – *Character strengths and virtues : an handbook and classification*, Oxford University Press, 2004.
- PHAM T.H., VANDERSTUKKEN O., PHILIPPOT P., VANDERLINDEN M. – Selective attention and executive functions deficits among criminal psychopaths, *Aggressive Behavior*, 29, 393-405, 2003.
- PHILIPS K., GUNDERSON J.G., TRIEBWASSER J. et coll. – Reliability and validity of depressive personality disorder, *Am J Psychiatry*, 155, 1044-1048, 1998.
- PHILIPSEN A., LIMBERGER M.F., LIEB K. et coll. – Attention deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder, *Br J Psychiatry*, 191, 118-123, 2008.
- PIAGET J. – *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1936.
- PIETRZAK R.H., GOLDSTEIN R.B., SOUTHWICK S.M., GRANT B.F. – Personality disorders associated with full and partial posttraumatic stress disorder in the US population : results from wave 2 of the National Epidemiological Survey on alcohol and related conditions, *J Psychiatr Res*, , Oct. 14, 2010.
- PILKONIS P. – Personality prototypes among depressives : theme of dependency and autonomy, *J Pers Disord*, 2, 144-152, 1988.
- PILKONIS P., FRANK E. – Personality pathology in recurrent depression : nature, prevalence and relationship to treatment response, *Am J Psychiatry*, 145, 435-441, 1988.
- PONTALIS J.B. – L'idée de guérison : une idée incurable, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 17, 5-12, 1978.
- POYTHRESS N.G., SKEEM J.L., LILIENFELDT S.O. – Associations among early abuse, dissociation, and psychopathy in an offender sample, *J Abnorm Psychol*, 115, 288-297, 2006.
- PROULX J., PERREAULT C., OUIMET M. et coll. – Les agresseurs sexuels d'enfants : scénarios délictuels et troubles de la personnalité. In : J. Proulx, M. Cusson, M. Ouimet M, *Les violences criminelles*, Québec, Presses de l'Université Laval, 1999.
- PULAY A.J., STINSON F.S., DAWSON D.A. et coll. – Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV schizotypal personality disorder : results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions, *Prim Care Companion, J Clin Psychiatry*, 11, 53-67, 2009.
- RAINE A. – The SPQ : a scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria, *Schizophren Bull*, 17, 555-564, 1991.
- RAINE A., REYNOLDS C., LENCZ T. et coll. – Cognitive-perceptual, interpersonal and disorganized features of individual differences in schizotypal personality in the general population, *Schizophren Bull*, 20, 191-201, 1994.
- RAMKLINT M., VON KNORRING A.L., VON KNORRING L., EKSELUS L. – Child and adolescent psychiatric disorders predicting adult personality disorder : a follow-up study, *Nord J Psychiatry*, 57, 23-28, 2003.
- REES L. – Constitutional factors and abnormal behavior. In : H.J. Eysenck, *Handbook of abnormal psychology*, Londres, Pitman Medical, 1973.
- REICH J. – Sex distribution of 170 outpatients with DSM-III personality disorders according three standardized instruments, *Am J Psychiatry*, 144, 485-488, 1987.
- REICH J., YATES W., NGUADUBA M. – Prevalence of DSM-III personality disorders in the community, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 24, 12-16, 1989.
- REICH J., BRAGINSKY Y. – Paranoid personality traits in a panic disorder population : a pilot study, *Compr Psychiatry*, 35, 260-264, 1994.
- REICH J.H., NOYES R. – A comparison of DSM-III personality disorders in acutely ill panic and depressed patients, *J Anxiety Disord*, 1, 123-131, 1987.

- REICH J.H., NOYES R., TROUGHTON E. – Dependant personality disorder associated with phobic avoidance in patients with panic disorder, *Am J Psychiatry*, 44, 323-326, 1987.
- REICHBORN-KJENNERUD T., CZAJKOWSKI N., TORGENSEN S. et coll. – The relationship between avoidant personality disorder and social phobia : a population-based twin study, *Am J Psychiatry*, 164, 1722-1728, 2007.
- RETTEW D.C., ZANARINI M.C., YEN S. et coll. – Childhood antecedents of avoidant personality disorder : a retrospective study, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42, 1122-1130, 2003.
- REYNOLDS C.A., RAINE A., MELLINGEN K. et coll. – Three-factors model of schizotypal personality : invariance across culture, gender, religious affiliation, family adversity, and psychopathology, *Schizophren Bull*, 26, 603-618, 2000.
- ROBINS E., PURTELL J.J., COHEN M.E. – Hysteria in men, *N Engl J Med*, 246, 667-685, 1952.
- RODRIGO C., RAJAPAKSE S., JAYANANDA G. – The “antisocial” person : an insight in to biology, classification and current evidence on treatment, *Ann Gen Psychiatry*, 9, 31, 2010.
- ROSS R.R., FABIANO E.A. – *Time to think : a cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation*. Johnson City, TN, Institute of Social Sciences and Arts, 1985.
- ROSSI A., MARINANGELI M.G., BUTTI G. et coll. – Personality disorders in bipolar and depressive disorders, *J Affect Disord*, 65, 3-8, 2001.
- RÖSSLER M., RETZ W., YAQOOBI K. et coll. – Attention deficit/hyperactivity disorder in female offenders : prevalence, psychiatric comorbidity and psychosocial implications, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 259, 98-105, 2009.
- RUBINO I.A., PEZZAROSA B., DELLA ROSA A., SIRACUSANO A. – Self-defeating personality and memories of parents’ child-rearing behavior : a replication, *Psychol Rep*, 94, 733-735, 2004.
- SAMUELS J.F., NESTADT G., ROMANOSKI A.J. et coll. – Validating structured DSM-III-R personality disorders in the community, *Am J Psychiatry*, 151, 1055-1062, 1994.
- SANDERSON C., SWENSON C., BOHUS M. – A critic of the American psychiatric guideline for the treatment of patients with borderline personality disorders, *J Pers Disord*, 16, 122-129, 2002.
- SANISLOW C.A., LITTEL T.D., ANSELL E.B. et coll. – Ten-Year stability and latent structure of the DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *J, Abnorm Psychol*, 118, 507-519, 2009.
- SANSONE R.A., POLE M., DAKROUB H., BUTLER M. – Childhood trauma, borderline personality symptomatology, and psychophysiological and pain disorders in adulthood, *Psychosomatics*, 47, 158-162, 2006.
- SCHELER M. – *Le formalisme en éthique et l'éthique matérielle des valeurs*. Paris, Gallimard, 1955.
- SCHMIT P.E. – *La somnolence hystérique*, Colloque de l'école française de psychanalyse, Université Paris-VII, 5 juin 2004.
- SCHNEIDER K. – *Les personnalités psychopathiques*. Paris, PUF, 1955.
- SELIGMAN M., RASHID T., PARKS A.C. – Positive psychotherapy, *American Psychologist*, 61, 774-778, 2006.
- SELZER M.A., KOENIGSBERG H.W., KERNBERG O.F. – The initial contract in the treatment of Borderline patients, *Am J Psychiatry*, 144, 927-930, 1987.
- SEMIZ U.B., BASOGLU C., ONER O. et coll. – Effects of diagnostic comorbidity and dimensional symptoms of attention-deficit-hyperactivity disorder in men with antisocial personality disorder, *Aust NZJ Psychiatry*, 42, 404-413, 2008.
- SHAPIRO D. – *Neurotic styles*. New York, Basic Books, 1965.

- SHAPIRO D. – *Autonomy and rigid character*. New York, Basic Books, 1981.
- SHEARER S.L., PETERS C.P., QUAYTMAN M.S. et coll. – Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients, *Am J Psychiatry*, 147, 214-216, 1990.
- SIEVER L.J., DAVIS K.L. – A psychobiological perspective on the personality disorders, *Am J Psychiatry*, 148, 1647-1658, 1991.
- SKODOL A.E., OLDFHAM J.M., GALLAHER P.E. et coll. – Validity of self-defeating personality disorder, *Am J Psychiatry*, 151, 560-567, 1994.
- SKODOL A.E., GRILO C.M., PAGANO M.E. et coll. – Effects of personality disorders on functioning and well-being in major depressive disorder, *J Psychiatr Pract*, 11, 363-368, 2005.
- SNYDER C.R., LOPEZ S.J. – *Handbook of positive psychology*, Oxford University Press, 2005.
- SODERBERG S., KULLGREN G., SALANDER RENBERG E. – Childhood sexual abuse predicts poor outcome seven years after parasuicide, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 916-920, 2004.
- SOLOFF P.H., LYNCH K.G., KELLY T.M. – Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder, *J Pers Disord*, 16, 201-214, 2002.
- SOLOFF P.H., FABIO A. – Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two to five year follow-up, *J Pers Disord*, 22, 123-134, 2008.
- SPITZER R.L., FEISTER S., GAY M., PROHL B. – Results of a survey of forensic psychiatrists on the validity of the sadistic personality disorder diagnosis, *Am J Psychiatry*, 148, 875-879, 1991.
- STEIN M.B. – An epidemiologic perspective on social anxiety disorder, *J Clin Psychiatry*, 67(suppl. 12): 3-8, 2006.
- STINSON F.S., DAWSON D.A., GOLDSTEIN R.B. et coll. – Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder : results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions, *J Clin Psychiatry*, 69, 1033-1045, 2008.
- STOLLER R.J. – *L'imagination érotique telle qu'on l'observe* (traduction Colette Chiland). Paris, Le Fil Rouge, PUF, 1989.
- STONE M.H. – Long-term outcome in personality disorders, *Br J Psychiatry*, 162, 299-313, 1993.
- STRELAU J., EYSENCK H.J. – *Personality dimensions and arousal*. New York, Plenum Press, 1987.
- SVARTBERG M., STILES T.C., SELTZER M.H. – Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders, *Am J Psychiatry*, 161, 810-817, 2004.
- TELLENBACH H. – *La mélancolie*. Paris, PUF, 1979.
- TIENARI P., WYNNE L.C., LÄSKY K. et coll. – Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum : evidence from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia, *Am J Psychiatry*, 160, 1549-1553, 2003.
- TORGENSEN S., ONSTAD S., SKRE I. et coll. – True" schizotypal personality disorder: a study of co-twins and relatives of schizophrenic probands, *Am J Psychiatry*, 150, 1661-1667, 1993.
- TORGENSEN S., KRINGLEN E., CRAMER V. – The prevalence of personality disorder in a community sample, *Arch Gen Psychiatry*, 58, 590-596, 2001.
- TOUSIGNANT M. – *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*. Paris, PUF, 1992.
- TURKAT I.D. – Formulation of paranoïd personality disorder. In : Behavioral case formulation. New York, Plenum Press, 1985.

- TYRKA A.R., WYCHE M.C., KELLY M.M. et coll. – Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms : influence of maltreatment type, *Psychiatr Res*, 28, 281-287, 2009.
- VAN DER KOLK B.A., ROTH S., PELCOVITZ D. et coll. – Disorders of extreme stress : the empirical foundation of a complex adaptation to trauma, *J Trauma Stress*, 18, 389-399, 2005.
- VAN RILLAER J. – *Les illusions de la psychanalyse*. Liège, Pierre Mardaga, 1980.
- VIVIANO T.F., SCHILL T. – Relation of reports of sexual abuse to scores on self defeating personality scale, *Psychol Rep*, 79, 615-617, 1996.
- VOLLEMA M.G., HOJTINK H. – The multidimensionality of self-report schizotypy in a psychiatric population : an analysis using multidimensional Rasch models, *Schizopohren Bull*, 26, 565-575, 2000.
- WEBB C.T., LEVINSON D.F. – Schizotypal and paranoid personality disorders in the relatives of patients with schizophrenia and affective disorder : a review, *Schizophr Res*, 11, 81-92, 1993.
- WESTEN D., LUDOLPH P., MISLE B. et coll. – Physical and sexual abuse in adolescent girl with borderline personality disorder, *Am J Orthopsychiatry*, 60, 55-66, 1990.
- WESTON S.C., SIEVER L.J. – Biologic correlates of personality disorders, *J Pers Disord*(supplement): 129-148, 1993.
- WIDIGER T.A., WEISSMAN M.M. – Epidemiology of borderline personality disorder, *Hosp Community Psychiatry*, 42, 1015-1021, 1991.
- WIDIGER T.A. – Validation strategies for the personality disorders, *J Pers Disord*, 7, 34-43, 1993.
- WIDIGER T.A., CORBITT E.M. – Antisocial personality disorder : proposals for DSM-IV, *J Pers Disord*, 7, 63-77, 1993.
- WIDOM C.S., CZAJA S.J., PARIS J. – A prospective investigation of borderline personality disorder in abused and neglected children followed up into adulthood, *J Pers Disord*, 23, 433-446, 2009.
- WILKINSON-RYAN T., WESTEN D. – Identity disturbance in borderline personality disorder : an empirical investigation, *Am J Psychiatry*, 157, 528-541, 2000.
- WILLIAMSON S., HARPUR T., HARE R.D. – Abnormal processing of affective words by psychopaths, *Psychophysiology*, 28, 260-273, 1991.
- WILSON S.T., STANLEY B., OQUENDO M.A. et coll. – Comparing impulsiveness, hostility, and depression in borderline personality disorder and bipolar II disorder, *J Clin Psychiatry*, 68, 1533-1539, 2007.
- WOLFF S., BARLOW A. – Schizoïd personality in childhood : a comparative study of schizoïd, autistic and normal children, *J Child Psychol Psychiatry*, 20, 29-46, 1979.
- YEN S., SHEA M.T., BATTLE C.L. et coll. – Traumatism exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorder : findings from the collaborative longitudinal personality disorder, *J Nerv Ment Dis*, 190, 510-518, 2002.
- YEN S., SHEA M.T., SANISLOX C.A. et coll. – Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behaviour, *Am J Psychiatry*, 161, 1296-1298, 2004.
- YOUNG J.E., KLOSKO J.S. – *Je réinvente ma vie*. Paris, Les Éditions de l'Homme, 1995.
- YOUNG J.E., KLOSKO J.S., WEISHAAR M.E. – *La thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de la personnalité*. Paris, De Boeck, 2005.
- ZANARINI M.C., GUNDERSON J.G., MARINO M.F. et coll. – Childhood experiences of borderline patients, *Compr Psychiatry*, 30, 18-25, 1989.
- ZANARINI M.C., YONG L., FRANKENBURG F.R. et coll. – Severity of reported childhood abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline, *J Nerv Ment Dis*, 190, 381-387, 2002.

- ZANARINI M.C., FRANKENBURG F.R., HENNEN J. et coll. – Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder, *Am J Psychiatry*, 163, 827-832, 2006.
- ZANARINI M.C., FRANKENBURG F.R., REICH D.B. et coll. – The subsyndrome phenomenology of borderline personality disorder : a 10year follow-up study, *Am J Psychiatry*, 164, 929-935, 2007.
- ZANARINI M.C., BARISON L.K., FRANKENBURG F.R. et coll. – Family history study of familial coaggregation of borderline personality disorder with axis I and nonborderline dramatic cluster axis II disorders, *J Pers Disord*, 23, 357-369, 2009.
- ZIMMERMAN M., CORYELL W.H. – Diagnosing personality disorders in the community : a comparison of self-report and interview measures, *Arch Gen Psychiatry*, 47, 527-531, 1990.
- ZIMMERMAN M., MATTIA J.I. – Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder, *Compr Psychiatry*, 40, 245-252, 1999.
- ZIMMERMAN M., ROTHSCHILD L., CHELMINSKI I. – The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients, *Am J Psychiatry*, 162, 1911-1918, 2005.

Index des auteurs

A

Abraham, 13, 137
Adler, 7, 8
Akiskal, 81, 138
Alain, 3

B

Bandura, 10
Beck, 18, 19, 23, 24, 26, 28, 36, 40, 42, 46,
48, 51, 57, 59, 89, 91, 92, 106, 111, 112,
127, 129, 132, 134, 135, 146
Bem, 37, 164
Bernard (Claude), 7
Binet, 5
Bleuler, 117
Boll, 6
Bowlby, 67
Bruner, 19

C

Camus, 119
Cattell, 5, 6
Cloninger, 6, 147
Constant (Benjamin), 4
Costa, 13, 172

D

Davis, 20
Delmas, 6
Dennett, 10
Descartes, 4
Dostoïevski, 124
Dupré, 3

E

Ellis, 18, 23
Empédocle, 3
Erikson, 8
Eysenck, 4, 6, 18

F

Festinger, 164
Fodor, 6, 11

Frances, 101

Freud, 8, 13, 41, 42, 51, 96, 153

G

Galien, 2, 3
Gall, 5
Goffman, 9
Grivois, 127
Guze, 33

H

Hamsun, 124
Heider, 19
Hesse, 124
Heymans, 5
Horney, 13, 18, 23, 71, 72, 77, 153
Hume, 1

J

Janet (Pierre), 33, 48
Jones, 20
Jung, 6, 7

K

Kagan, 106
Kahneman, 21
Kant, 1, 4, 163
Kelley, 20
Kelly (Georges), 18, 22, 165
Kernberg, 7, 13, 28, 51, 61, 66, 81, 84, 89,
96, 100, 101, 107, 153
Kohut, 96, 101
Kraepelin, 38, 51, 117, 131
Kretschmer, 3, 51, 118, 137

L

La Bruyère, 1, 2, 96
Lewinsohn, 80
Linehan, 31, 89, 90, 94
Locke, 1

M

Magnan, 3, 105

Mann (Thomas), 66

Maslow, 10

Maudsley, 105

Mead, 9

Mill (Stuart), 1

Millon, 13, 38, 42, 47, 51, 59, 71, 76, 81, 89, 101, 106, 109–111, 121, 128, 131, 132, 134, 135, 140, 142, 146, 161

Modiano, 119

Molière, 96, 131, 133, 137

Morel, 3, 105

Murray, 6

N

Nietzsche, 9, 163

Nisbett, 20

O

Orwell, 46

P

Paris, 86

Piaget, 18, 24

Pritchard, 105

R

Racine, 1, 4

Reich, 41, 42, 153

Ribot, 4

Rimbaud, 124

Rogers (Carl), 10

Ross, 20

S

Sartre, 8, 9

Scheler, 164

Schneider, 2, 5, 34, 106, 131

Schopenhauer, 83

Stevenson, 109

Stone, 82, 89

Sullivan, 8, 41

T

Taine, 4, 5

Tversky, 21

W

Wechsler, 5

Wiensa, 5

Wittgenstein, 163

Y

Young, 14, 61, 67, 84, 89, 146, 173

Z

Zola, 3

Index

A

- Abstraction, 22
 - sélective, 53
- Accommodation, 26
- Alliance thérapeutique, 29
- Amorçage, 19
- Analyse
 - diachronique, 27
 - factorielle, 20
 - fonctionnelle, 27
 - synchronique, 27
- Assimilation, 21, 26
- Attachement, 67
- Attentes dysfonctionnelles, 23
- Attribution(s), 19, 134
 - erronées, 23
 - externes, 21
 - internes, 21
- Auto-attribution, 99
- Autoperception, 76

B

- Beck Depression Inventory*, 24
- Biais
 - attributifs, 22
 - cognitifs, 21
 - de complaisance, 20, 74
 - de saillance, 74

C

- Caractère, 2
- Catégorie, 19
- Catégorisation, 18
- Causalité, 22
- Cognition, 18
- Concept trait, 19, 22
- Concernement, 127
- Concordance émotionnelle, 78, 83
- Conditionnement opérant, 78
- Conduites addictives, 84
- Consistance cognitive, 18
- Constructivistes, 23

Les personnalités pathologiques

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

- Continuum, 91
- Conversion, 34, 36
- Corrélation, 22
- Croyances irrationnelles, 23

D

- Découverte guidée, 91
- Défauts de raisonnement, 23
- Discrimination, 18
- Distorsions
 - cognitives, 53
 - mnésiques, 24
- Divergence acteur-observateur, 20

E

- Émotions, 25
 - comme signal, 28
- Encodage, 19
- Épreuves de réalité, 26, 27
- Erreur fondamentale, 20
- Évaluation, 171

F

- Facteurs de risque, 158
- Fixed role therapy*, 23
- Flèche descendante, 26, 39, 120
- Fonctionnalisme, 10

H

- Héritabilité
 - catégorielle, 157
 - dimensionnelle, 157
- Hétéro-attribution, 20
- Hétéroperception, 78
- Heuristiques, 21, 84
- Homosexuel, 96
- Hystérie, 33, 34

I

- Illusions hypnagogiques, 81
- Indications thérapeutiques, 29
- Intentionnalité, 9, 57

L

Ligne de base, 27

M

Manuels thérapeutiques, 24

Masochisme, 20

Mémoire à long terme, 26

Moments de forte émotion, 28

Must, 23

N

Narcissisme malin, 100

Neuropsychologie, 17

Neurosciences cognitives, 17

O

Objectifs thérapeutiques, 28

P

Paradigme, 17

Pensée

– automatique, 24

– catastrophique, 66

– dichotomique, 66, 84, 91, 92

– dysfonctionnelle, 24

– inconsciente, 25

– irrationnelle, 23

– volontaire, 24

Personal constructs, 23

Personnalisation, 127

Personnalité

– à conduite d'échec, 153

– antisociale, 31, 105

– borderline, 31, 81

– dépendante, 30

– dépressive, 137

– évitante (anxieuse), 71

– évitante, 30

– histrionique, 30, 33

– narcissique, 31, 95

– obsessionnelle-compulsive, 30

– paranoïaque, 30

– passive-agressive, 131

– schizoïde, 31, 117

– schizotypique, 31, 123

Psychologie cognitive, 17

Psychologie positive, 14

Psychologisation, 22

Psychothérapie cognitive, 18

Q

Questionnaire, 171

Questionnement socratique, 24, 27, 68, 120

R

Raisonnement émotionnel, 127, 129

Réassurances, 37

Récence, 21

S

Sabordage, 24

Saillance, 21

Schémas, 19, 24

– centraux, 39

Schématisation, 19

Should, 23

Shouldisme, 145

Stabilité, 12

Stéréotypies, 22

– sociales, 18

Style névrotique, 28

Surgénéralisation, 53

T

Tempérament, 2

Thérapies cognitives, 27

Traumatismes psychiques infantiles, 160

Triade de Beck, 19

Trouble

– des conduites, 12

– oppositionnel, 107