

A. Canuto

Les troubles de la personnalité chez le sujet âgé : une entité à découvrir

La question des troubles de la personnalité chez le sujet âgé s'inscrit dans le débat plus général sur la définition et la nosographie de ces entités cliniques. Le choix d'un modèle soit catégoriel soit dimensionnel reflète les différentes visions du problème. Les troubles de la personnalité chez le sujet âgé sont des entités cliniques souvent sous-diagnostiquées malgré le rôle important qu'elles peuvent avoir non seulement en psychiatrie mais aussi dans la pratique clinique quotidienne.

La difficulté d'établir le diagnostic est due, entre autres, à l'utilisation de critères catégoriels peu adaptés à la population âgée qui ne tiennent pas suffisamment compte des changements psychosociaux inhérents à cette phase de la vie. Le rôle clé que ces troubles peuvent avoir dans la compréhension de situations complexes et dans l'élaboration de stratégies thérapeutiques chez la personne âgée est mis en évidence à travers l'illustration de deux cas cliniques.

Mots-clés :

- âge
- nosographie
- personnalité

Personality disorders in the elderly : an entity to discover

Personality disorders in the elderly should be discussed in the light of the current large debate regarding the nosographic definition of personality. The categorical and dimensional approaches used to describe personality reflect two radically different theoretical viewpoints. Personality disorders in old age are frequently underdiagnosed despite their important role in daily clinical practice both in psychiatry and primary care. The difficulty in establishing a valid diagnosis is due to the use of inappropriate categorical criteria which do not take into account sufficiently the psychosocial changes inherent to aging process. Two case reports illustrate the key role of personality disorders in the understanding of complex clinical situations and elaboration of therapeutic strategies in old age.

Med Hyg 2002 ; 60 : 1161-3

Introduction

Le terme « personnalité » se réfère étymologiquement au masque du théâtre grec utilisé pour caractériser un personnage qui avait un type particulier de voix. Ce même terme évoque celui de caractère, c'est-à-dire la marque, la gravure que l'extérieur opère sur le sujet et l'intime réaction que celui-ci a vers ou contre l'extérieur. Il devient alors plus facile de comprendre la grande difficulté que la nosographie a eu pour classer les troubles de la personnalité de manière univoque. En raison de la grande variabilité interindividuelle et des différentes facettes qu'un masque de théâtre peut représenter, le désir d'établir des catégories discrètes et nettement séparées est confronté à l'aspect réducteur que cette démarche implique.

La question des troubles de la personnalité chez le sujet âgé s'inscrit dans le débat plus général qui, depuis une vingtaine d'années, est en cours autour de la définition des troubles de personnalité ainsi que de la nosographie la plus adaptée pour les décrire. Le choix entre un modèle de classification basé sur des catégories et celui basé sur des dimensions se réfère à deux concepts radicalement différents : celui des troubles en tant qu'entités nettement séparées par des cut-off précis, par opposition à celui du continuum décrit par des traits communs qui s'expriment à des degrés différents entre normalité et pathologie. En 1993, Ekselius et coll.¹ ont montré que les différents troubles de la personnalité classifiés dans le DSM-III-R ont un référentiel théorique très hétérogène et ceci malgré l'approche supposée athéorique de ce système nosographique. Par exemple, les troubles obsessionnel-compulsif et narcissique sont basés sur le modèle dynamique introduit par Freud et Abraham ; la personnalité antisociale se réfère plutôt à un modèle sociologique et la personnalité schizotypique à un modèle plutôt neurobiologique. Par respect de la tradition médicale et

psychiatrique et en analogie avec l'Axe I, les troubles de la personnalité sont présentés comme des catégories, malgré le fait que plusieurs supports empiriques soient en faveur d'une approche dimensionnelle. Suite à l'étude de 564 sujets avec et sans pathologie psychiatrique, ces auteurs concluaient qu'aucun des troubles de la personnalité ne satisfait les critères fournis par Kendell pour une entité clinique séparée. Les résultats de l'étude seraient plutôt en faveur d'une continuité entre les traits exprimés par une personnalité normale et leur intensité majorée qui caractériserait les expressions psychopathologiques.

Dans ce sens, depuis environ une dizaine d'années, de nombreuses études se sont intéressées à la formalisation d'un modèle dimensionnel de la personnalité, ce qui a amené Wiggins et Pincus² en 1992 à considérer les *big-five-factors* comme le modèle le plus apte à résumer le fonctionnement de la personnalité normale. Ces facteurs (extraversion, amabilité, contrôle, névrotisme, originalité) représentent les différentes dimensions à travers lesquelles les personnalités normale et pathologique peuvent être décrites. Le succès de ce modèle est en partie dû au rationnel dont il découle. Il a été développé sur la base du fait que les traits de personnalité les plus importants peuvent être identifiés à travers l'analyse empirique (lexicale) du langage naturel.³ En 1982, Goldberg affirmait que « toutes les différences individuelles qui sont les plus significatives dans les transactions quotidiennes d'une personne avec les autres sont codées dans son langage ».⁴

Troubles de la personnalité et âge

Ruegg et Frances,⁵ dans une révision de la littérature sur les travaux de recherche depuis 1992, parue en 1995, définissent la re-

cherche sur les troubles de la personnalité chez la personne âgée comme «un champ nouveau et excitant, en train de définir ses méthodes et lui-même». Agronin et coll.⁶ mettent en évidence que malgré la croissance importante de la recherche en psychiatrie gériatrique, sur plus de 350 articles publiés dans le *Journal of Personality Disorders* entre 1987 et 1997, seuls six font référence à des sujets de plus de 65 ans. Ce phénomène ne peut pas être attribué à la rareté du trouble chez le sujet âgé. La méta-analyse faite par Abrams et Horowitz⁷ sur onze études incluant des personnes de plus de 50 ans avec et sans troubles psychiatriques diagnostiqués montre une prévalence des troubles de la personnalité de 10%. Cette valeur n'est que légèrement inférieure à celle de la population générale qui, selon les études, se situe entre 10 et 18%.^{8,9}

Mais pourquoi dans la pratique clinique quotidienne, et pas seulement en psychiatrie, est-il si important de prendre en considération le type et éventuellement les troubles de la personnalité dans la prise en soins du patient ?

Cas cliniques

Mme S. a 78 ans et vit seule à son domicile. Ayant d'importants problèmes somatiques, elle est devenue progressivement de plus en plus dépendante et nécessite un encadrement important; elle bénéficie d'une aide à la toilette, d'une aide ménagère ainsi que de passages infirmiers réguliers. Elle a exercé jusqu'à la retraite une profession à grande responsabilité qui lui a demandé un investissement personnel soutenu et «à cause» de laquelle elle n'a pas voulu se marier ni avoir d'enfants. Mme S. n'a pas d'antécédents psychiatriques majeurs, hormis un épisode dépressif moyen au moment de la retraite, pour lequel elle n'a pas consulté un spécialiste. Le médecin traitant est souvent sollicité par les intervenants à domicile en raison de la mauvaise compliance de la patiente aux soins, y compris médicamenteux. La patiente consulte souvent des spécialistes sans en parler à son médecin traitant et gère par la suite les traitements en automédication. Suite à la difficulté de l'équipe soignante à faire face à la situation, l'hypothèse d'un placement est évoquée et une demande de consultation psychiatrique est formulée. Lors d'une réunion de réseau avec les intervenants, plusieurs d'entre eux verbalisent les contre-attitudes que cette patiente suscite, entre autres le sentiment d'impuissance et l'impression de ne pas avoir un quelconque impact sur la situation tout en étant constamment sollicités par les multiples demandes et plaintes de la patiente. Dans cette situation, l'identification d'un trouble de la personnalité de type narcissique a permis dans un premier temps de donner des clés de lecture clinique aux différents intervenants. Les pertes sur le plan profession-

nel, social et existentiel, mais aussi la difficulté à exprimer ses propres besoins de façon authentique caractérisent le parcours existentiel de cette femme. Au cours de la prise en soins psychothérapeutique, elle pourra verbaliser sa crainte de devenir une «vieille parmi d'autres», une assistée sans aucune valeur sociale. La modalité relationnelle caricaturée par l'idée du «mieux vaut être détestée que susciter l'indifférence» va devenir plus consciente et lui permettre de tisser des liens avec les personnes qui s'occupent d'elle sans pour autant se sentir menacée par la peur de l'abandon. De la même manière, la compréhension du fonctionnement psychique de la patiente permettra aux soignants de rencontrer la partie plus souffrante et aussi plus authentique de celle-ci et d'établir des contacts plus empathiques.

M. D a 68 ans; il est marié, père de deux enfants indépendants depuis environ deux ans, et grand-père d'une petite fille de 6 mois. Il a travaillé jusqu'à la retraite dans une entreprise en qualité de mécanicien de précision. Il est en bonne santé physique et consulte régulièrement son médecin traitant pour des contrôles de santé. Un jour, le médecin traitant reçoit la visite de son épouse qui lui exprime les difficultés présentes depuis plusieurs mois à la maison. Son mari passe beaucoup de temps devant la télévision, s'intéresse peu aux activités extérieures, semble également moins concerné par les changements qui interviennent dans la vie familiale. Elle se sent de plus en plus délaissée, «plus seule que quand il travaillait toute la journée». Ses tentatives pour le stimuler se soldent souvent par un échec et plus récemment par des conflits familiaux. M. D. accepte de se rendre à une consultation avec son épouse. Il n'a pas l'impression d'avoir changé, il reconnaît qu'il a de la peine à investir les activités en famille ou à l'extérieur de la manière souhaitée par son épouse et il s'engage à faire des efforts. Après quelques mois, la situation restant plutôt stationnaire le médecin traitant décide d'introduire un traitement antidépresseur qui améliore légèrement la situation sans pour autant diminuer les conflits conjugaux. Un bilan complet afin d'exclure un processus démentiel débutant s'avère négatif.

Sous la pression de son épouse, M.D. accepte de consulter un psychiatre, sans par ailleurs investir particulièrement cette démarche. Le contact est plutôt distant sans pour autant être froid. Il se décrit comme une personne solitaire depuis l'adolescence, avec un ou deux amis avec lesquels il a gardé contact jusqu'au moment du mariage et de la rentrée dans le monde professionnel. Son épouse est la deuxième relation sentimentale qu'il a eue, la première s'étant terminée par «lassitude, mais sans trop de douleur». Il n'a pas l'impression d'avoir changé, il dit aimer sa famille mais se sentir plus à l'aise

dans un cercle restreint de personnes. Il regrette la période professionnelle quand il pouvait «doser» les moments sociaux en famille et le besoin d'être plus seul au travail.

Au fil des entretiens, des traits de personnalité schizoïde deviennent plus évidents, sous forme d'un repli sur soi, d'une pauvreté des relations sociales, et d'une intériorisation des affects. Au cours des entretiens de couple, on retrouve ces mêmes éléments comme étant présents «depuis toujours», mais actuellement mal supportés par le fait que le couple, depuis la retraite de M.D., «doit passer toute la journée ensemble». Une prise de conscience partielle de M.D. par rapport à son fonctionnement et à ses besoins, lui permet de trouver une occupation bénévole durant laquelle il effectue de petites réparations dans un atelier. Ceci permettra au couple de surmonter la crise et à M.D. de retrouver un rôle socialement utile en suivant mieux ses inclinations.

Agronin⁶ identifie trois problèmes qui pourraient expliquer la difficulté des chercheurs à s'occuper des troubles de la personnalité chez l'âge :

1. *La difficulté à obtenir une histoire de vie précise.* Cet élément est actuellement nécessaire pour utiliser correctement les critères du DSM-IV. Contrairement à l'axe I basé sur la présence actuelle des différents symptômes et signes qui permettent de définir un diagnostic, l'axe II (celui des troubles de la personnalité) prévoit que le trouble doit être présent depuis l'adolescence ou le début de l'âge adulte. Or, il s'avère souvent assez difficile de collecter une histoire de vie détaillée qui couvre 50 ou 60 ans et qui puisse être suffisamment fiable pour établir un diagnostic.

2. *Les méthodes diagnostiques, et plus particulièrement l'utilisation des entretiens structurés.* Les questions que l'examineur doit poser ne sont pas toujours adaptées aux changements de comportement ou de style de vie de la population âgée. Par exemple, les questions concernant les critères de la personnalité passive-agressive ou obsessionnelle-compulsive font souvent référence à l'activité professionnelle en cours. Ou encore, les sujets âgés qui ont une limitation des interactions sociales en raison de la perte du conjoint ou des amis proches ou à cause d'une diminution de la mobilité physique, peuvent remplir les critères pour un trouble de personnalité évitant ou schizoïde.

3. *L'utilisation du DSM-IV comme instrument nosographique basé sur un modèle catégoriel.* Cette classification ne tient pas suffisamment compte des changements associés à l'âge tels que l'impact des pathologies physiques associées, les troubles cognitifs possibles ou l'adoption de nouveaux rôles sociaux.

Abrams et coll.¹⁰ mettent en évidence comment les symptômes associés à un trouble de personnalité peuvent être utilisés comme prédicteurs d'un changement dans le fonctionnement global des patients âgés et déprimés. Un an après la rémission d'un épisode dépressif, les patients avec des symptômes associés au cluster B montraient une péjoration significative de leur fonctionnement global ainsi que de leur qualité de vie. Une des hypothèses faites par les auteurs est que les patients avec un trouble narcissique de la personnalité sont moins tolérants face à la perte du rôle social ou professionnel et que cette vulnérabilité accrue induit une diminution de la qualité de vie, surtout dans le contexte d'un épisode dépressif. Dans le même ordre d'idées, une étude de Solomon¹¹ a révélé que les individus avec un trouble de personnalité caractérisé par la labilité affective et comportementale s'améliorent avec l'âge en développant des traits hypochondriaques tandis que les individus caractérisés par un contrôle exagéré des affects et des impulsions restent stables ou se péjorent.

Conclusions

Les personnes âgées ont forgé leur personnalité au cours du temps, leur caractère est marqué par un fonctionnement qui leur est familier. Cependant, la vie leur demande de faire face à des situations nouvelles, à des changements sur plusieurs fronts. Ne pas prendre en compte l'aspect du trouble de personnalité fait courir le risque d'oublier une part indispensable à la compréhension des situations cliniques complexes dans lesquelles la résistance aux traitements, la difficulté à accepter la prise en soins, la mise en échec des projets thérapeutiques peuvent en être un épiphénomène. Par ailleurs, une nosographie basée plutôt sur des dimensions que sur des catégories, ainsi qu'une révision des critères diagnostiques en fonction de l'âge sont des points importants qui, à l'avenir, devraient être davantage considérés. ■

Bibliographie

- 1 Ekselius L, Lindstrom E, von Knorring L, et al. Personality disorders in DSM-III-R as categorical or dimensional. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88: 183-7.
- 2 Wiggins JS, Pincus AL. Personality: Structure and assessment. *Ann Rev Psychol* 1992; 43: 473-504.
- 3 Widiger TA. Personality disorders in the 21st century. *J Personal Disord* 2000; 14: 3-16.
- 4 Goldberg LR. From ace to zombie: Some explorations in the language of personality. In Spielberg CD and Butcher JN eds. *Advances in personality assessment*. Hillsdale NJ: Erlbaum, 1982; 203-34.
- 5 Rugg R, Frances A. New research in personality disorders. *J Personal Disord* 1995; 9: 1-48.
- 6 Agronin ME, Maletta G. Personality disorders in late life. Understanding and overcoming the gap in research. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000; 8: 4-18.
- 7 Abrams RC, Horowitz SV. Personality disorders after age 50: A meta-analysis. *J Pers Disord* 1996; 10: 271-81.
- 8 De Girolamo G, Reich JH. Personality disorders. *World Health Organization*, Geneva Switzerland, 1993.
- 9 Phillips KA, Gunderson JG. Personality Disorders. In: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA eds., *Textbook of Psychiatry*, 2nd edition, Washington DC: American Psychiatric Press, 1994; 701-28.
- 10 Abrams RC, Alexopoulos GS, Spielman LA, et al. Personality disorders symptoms predict declines in global functioning and quality of life in elderly depressed patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9: 67-71.
- 11 Solomon K. Personality disorders in the elderly. In: Lion JR ed. *Personality disorders, diagnosis and management*. Baltimore, MD, 1981; 310-38.

Adresse de l'auteur :

Dr Alessandra Canuto
Clinique de psychiatrie
gériatrique
Département de psychiatrie
Belle-Idée
Hôpitaux universitaires de
Genève
2, Chemin du Petit-Bel-Air
1225 Chêne-Bourg
Alessandra.Canuto@hcuge.ch

Implications pratiques

- Les troubles de la personnalité doivent être pris en considération comme facteurs importants dans les situations cliniques complexes chez l'âge
- Les troubles de la personnalité sont sous-diagnostiqués chez le sujet âgé
- Dans les situations de résistance au traitement ou de diminution du fonctionnement global chez une personne âgée, on doit suspecter un trouble de la personnalité

Mise au point

Les troubles de la personnalité chez le sujet âgé : une entité à découvrir

A. Canuto

Med Hyg 2002 ; 60 : 1161-3

La question des troubles de la personnalité chez le sujet âgé s'inscrit dans le débat plus général sur la définition et la nosographie de ces entités cliniques. Le choix d'un modèle soit catégoriel soit dimensionnel reflète les différentes visions du problème. Les troubles de la personnalité chez le sujet âgé sont des entités cliniques souvent sous-diagnostiquées malgré le rôle important qu'elles peuvent avoir non seulement en psychiatrie mais aussi dans la pratique clinique quotidienne. La difficulté d'établir le diagnostic est due, entre autres, à l'utilisation de critères catégoriels peu adaptés à la population âgée qui ne tiennent pas suffisamment compte des changements psychosociaux inhérents à cette phase de la vie. Le rôle clé que ces troubles peuvent avoir dans la compréhension de situations complexes et dans l'élaboration de stratégies thérapeutiques chez la personne âgée est mis en évidence à travers l'illustration de deux cas cliniques.