Document generated on 07/06/2025 2:46 p.m.

Santé mentale au Québec

Difficultés conceptuelles des troubles de personnalité
Conceptual difficulties in personality disorders
Dificultades conceptuales de los desôrdenes de la personalidad

Suzane Renaud and Jacques Cloutier

Volume 24, Number 1, Spring 1999

Schizophrénie, délires et thérapie cognitive

URI: https://id.erudit.org/iderudit/031594ar
DOI: https://doi.org/10.7202/031594ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Renaud, S. & Cloutier, J. (1999). Difficultés conceptuelles des troubles de personnalité. *Santé mentale au Québec*, *24*(1), 245–271. https://doi.org/10.7202/031594ar

Article abstract

This article examines the debate surrounding the concepts of personality disorders through a review of the Medline literature on personality disorders definitions, psychometric studies, etiologies, categorical versus dimensional as well as trait-state issues and stability of diagnosis. It is suggested that clinicians will gain better diagnosis accuracy and more refined treatment planning if they understand the conceptual difficulties belonging to personality disorders. Beyond the knowledge of DSM diagnostic criteria, they should familiarise themselves with notions of traits, dimensions and temperament as these paradigms help to follow current developments in personality etiology research.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1999

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Difficultés conceptuelles des troubles de personnalité

Suzane Renaud*
Jacques Cloutier**

Grâce à l'étude d'aspects comme les définitions multiples du trouble de personnalité, les données de la psychométrie, la différence entre approche catégorielle et dimensionnelle, l'étiologie, la question du trait et de l'état et celle de la stabilité du diagnostic, il est suggéré qu'une meilleure connaissance des débats entourant la définition du trouble de personnalité permettra au clinicien d'apporter les subtilités nécessaires à l'établissement d'un diagnostic et d'un plan de traitement. Au delà de la connaissance des critères catégoriels du DSM, le clinicien aura avantage à se familiariser avec les notions de traits, dimensions et tempérament pour mieux saisir les développements de la recherche sur l'étiologie du trouble de personnalité.

En 1972, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande de standardiser la classification et l'épidémiologie des troubles de personnalité en utilisant un système multiaxial ou multidimensionnel et de proposer une méthode pour décrire la sévérité des troubles (de Girolameo et Reich, 1993). Répondant à ce souhait, la formulation multiaxiale du troisième manuel diagnostique de l'American Psychiatric Association (DSM-III) (APA, 1980) a l'effet d'un stimulant sur les cliniciens et les chercheurs.

En effet, les troubles de personnalité que l'on retrouve à l'axe II sont des paramètres importants de la psychopathologie et peuvent modifier de façon significative le pronostic à l'axe I (Charney et al., 1981; Frank et al., 1987; Koenisburg et al., 1985; Leblanc et al., 1994; Papp et al., 1990; Pilkonis et Frank, 1988; Reich et Vasile, 1993). Plusieurs questions concernant la validité et la fidélité des concepts reliés à ce trouble demeurent en suspens (Frances, 1982; Gorton et Akhtar, 1990; Widiger, 1988). La révision du DSM-III (APA, 1987, 335-374) suscite

* M.D., psychiatre-psychanalyste au Centre de Santé Mentale Communautaire de l'hôpital St-Luc (CHUM), et professeur adjoint de clinique au Département de Psychiatrie, à l'Université de Montréal.

** M. ps, psychologue au Service externe de Psychiatrie de l'Hôpital du Haut-Richelieu.

plusieurs critiques concernant l'identification des troubles de personnalité et la fidélité des critères catégoriels utilisés (Wetzler et Dubro, 1990); le nombre considérable des critères (plus de 100 pour 11 troubles de personnalité) et la multiplication des diagnostics pour un même individu créent une certaine confusion.

Le DSM-IV (APA, 1994, 629-673) conserve la même structure diagnostique mais apporte des corrections au DSM-III-R (First et al., 1993; Morey, 1988) : chaque trouble a une description suivie de critères polythétiques (plusieurs combinaisons possibles) avec un quota minimum pour poser le diagnostic (Oldham, 1994). Le DSM-IV tente néanmoins de renforcer la validité discriminative et la fidélité de chaque trouble de personnalité.

La création d'un axe II au DSM permet de mieux étudier les troubles de personnalité mais plusieurs interrogations subsistent à l'examen des publications sur le sujet (recherchées grâce à *Medline*). Les principales critiques concernent les nombreuses modifications de la nosographie et l'absence de formulation théorique portant sur l'étiologie des troubles de personnalité. Cette dernière problématique concerne l'absence de position théorique du DSM qui d'emblée a proposé des concepts diagnostiques sans en avoir déterminé l'étiologie, la validité et la consistance. Depuis, des études ont été publiées sur la validité conceptuelle du trouble narcissique (Perry et Perry, 1996) ou du groupe A (paranoïde, schizoïde et schizotypique) (Livesley et Schroeder, 1990, Siever, 1994), par exemple.

Les théories neurobiologiques, psychodynamiques, cognitives ou sociales offrent des explications étiologiques de ces troubles, et la recherche permettra éventuellement de mieux circonscrire leur contribution respective. Lenzenweger et Clarkin (1996, 1-36) insistent sur la nécessité de formuler des modèles autres que simplement descriptifs, capables de mettre en évidence l'étiologie, le mode de développement et les séquelles développementales à long terme de ces pathologies. À l'approche multiaxiale devrait se greffer une compréhension multisystémique qui permettrait d'enrichir la compréhension psychodynamique classique.

Hypothétiquement, une description multisystémique élabore une grille phénoménologique des symptômes affectifs, cognitifs et comportementaux, explique les divers mécanismes et séquelles développementales ainsi que le pronostic fonctionnel. La clarification de l'étiologie peut ainsi guider l'intervention du clinicien en validant les facteurs contributifs, en expliquant les dimensions des traits de personnalité, en

soulignant l'influence des facteurs environnementaux sur ces traits. Cette approche multisystémique permet de déterminer les interventions psychothérapeutiques pertinentes et le pronostic de réussite.

L'utilisation d'un axe II au DSM fait disparaître la notion de continuité entre personnalité et psychopathologie. Le modèle de Kraepelin influence fortement la nosologie en ce qui a trait aux formes frustres de psychopathologie ; au début du siècle, par exemple, la personnalité obsessionnelle-compulsive est un prérequis du trouble obsessionnel-compulsif. La vulnérabilité du trouble de personnalité est la voie où s'exprime toute décompensation psychopathologique. Les analyses statistiques montrent que seulement 35 à 50 % des troubles obsessionnels-compulsifs ont une telle structure de personnalité (Crino et Andrews, 1996). Remettant en question des notions préalablement acceptées, le modèle empirique du DSM a le mérite d'introduire la notion de co-morbidité et de co-syndromes mais sans expliquer la relation entre les syndromes, l'étiologie et le recoupement des critères diagnostiques. Foulds (voir Morey, 1987) critique l'incapacité de la nosologie actuelle à reconnaître la nature évolutive des maladies psychiatriques. Pourtant les modèles théoriques ont leur utilité et aident le clinicien à comprendre l'évolution de la symptomatologie. Sans ces modèles, l'usage du DSM, si utile soit-il, devient une taxonomie vide de sens clinique. Sous la poussée des recherches actuelles, la nosologie — classification symptomatique des maladies — s'achemine possiblement vers des redéfinitions significatives qui tiennent compte de la continuité entre les deux axes ou de l'évolution des symptomatologies.

Le DSM a le crédit d'avoir stimulé un questionnement significatif au sujet de la personnalité dysfonctionnelle. Cependant, pour le clinicien peu familier avec la littérature spécialisée, le DSM peut aussi être perçu comme un outil relativement « bête » et peu orienté vers les subtilités cliniques qui guident le mode d'intervention. Ainsi, la compréhension du trouble de personnalité schizotypique influence le plan de traitement selon qu'il s'agit pour le clinicien d'un prodrome de la schizophrénie ou d'un trouble de personnalité affecté par des distorsions cognitives et un émoussement de l'affect sans décompensation vers la psychose.

Le texte qui suit propose de jeter un regard critique sur les débats entourant les difficultés conceptuelles des troubles de personnalité dans la littérature nord-américaine. Il vise à sensibiliser le lecteur au rapport entre les difficultés conceptuelles des définitions du DSM et la compréhension qu'a le clinicien des troubles de personnalité. Plusieurs patients avec des problématiques complexes se retrouvent dans les cliniques externes, et la solution préconisée est souvent de les exclure parce qu'il ne

semble pas possible de les traiter. Une meilleure compréhension des difficultés théoriques que posent ces troubles favorisera sans doute des décisions thérapeutiques plus éclairées (Tuinier et Verhoeven, 1995).

Ces problématiques sont traitées par le biais d'une analyse des difficultés inhérentes au concept du trouble de personnalité. Nous en examinerons les différentes définitions, l'évaluation psychométrique, l'approche catégorielle ou dimensionnelle, l'étiologie, la question du trait et de l'état et enfin la stabilité diagnostique.

Les définitions

Au siècle dernier, la notion de personnalité connaît de nombreuses définitions, d'où une mouvance des termes (Berrios, 1993, 17-41). Le choix du terme « personnalité » est relativement récent. Auparavant, caractère, tempérament et constitution relèvent de différentes écoles psychologiques et philosophiques, comme celle de Schneider (1923) voulant que les troubles de personnalité se caractérisent par la souffrance qu'ils imposent aux autres. Les notions varient selon la clinique de chaque époque. Allport (1937) définit la personnalité comme l'organisation de systèmes psychophysiques qui déterminent l'adaptation à l'environnement. Selon l'OMS qui parraine la Classification Internationale des Maladies (CIM, 1992) (de Girolameo et Reich, 1993), la personnalité consiste en un style imbriqué de pensées, de sentiments et de comportements caractérisé par un mode de vie et d'adaptation unique à un individu et résultant de facteurs constitutionnels, développementaux et d'expériences sociales. Le CIM 10 mentionne aussi le trait de personnalité accentué sans qu'il ne soit considéré pathologique. Le DSM-IV reconnaît également la présence de traits de personnalité sans qu'un diagnostic de trouble ne soit posé.

Le trouble de personnalité du CIM consiste en des styles comportementaux profondément imbriqués et persistants se manifestant comme des réponses inflexibles à un large spectre de situations personnelles et sociales. Ils causent souvent une détresse subjective et un trouble de fonctionnement social ou de performance. Le DSM-IV offre une définition similaire du trouble de personnalité avec un début en enfance ou en adolescence, une détresse personnelle, une persistance et une généralisation des comportements mésadaptés dans le contexte occupationnel et social.

Ces définitions du trouble de personnalité font ressortir la notion de mésadaptation au-delà de la simple présentation de symptômes comportementaux.

En parallèle aux définitions du CIM-10 ou du DSM-IV, les approches spécifiques des nombreuses écoles théoriques permettent d'élaborer une définition de la personnalité et de son trouble selon un système ciblé. Ces écoles offrent à leur taxonomie un support étiologique et une formulation. Selon l'approche privilégiée, la personnalité peut s'opérationnaliser selon les rôles et attitudes, les relations interpersonnelles, l'organisation des traits de tempérament, le style cognitif, l'humeur exprimée, le contenu de la pensée ou de l'organisation intrapsychique (Vernon, 1964).

Malgré l'absence de position théorique officielle, le DSM-IV en utilise plusieurs selon les catégories diagnostiques : une approche cognitive et interpersonnelle pour décrire la personnalité paranoïde (la méfiance), une approche comportementale selon un mécanisme de défense pour la personnalité évitante (l'évitement) ou encore l'expression d'une humeur et ses conséquences cognitives pour la personnalité dépressive (la dépressivité). La validité conceptuelle des définitions à l'origine des critères est parfois négligée. Les critères diagnostiques des personnalités schizoïde, évitante, histrionique, par exemple, sont peu documentés par des données empiriques. D'autres, telles les schizotypiques, narcissiques, paranoïdes ou limites, le sont plus (Perry et Perry, 1996; Livesley et Schroeder, 1990; Bergman et al., 1996; Paris, 1998; Sabo, 1997).

De fait, la clinimétrie diagnostique exige plusieurs étapes de validation avant qu'une définition clinique démontre une réelle cohésion conceptuelle. Plusieurs données sont disponibles pour valider les troubles de personnalité : outre les éléments descriptifs de la pathologie, la psychométrie, l'épidémiologie, les facteurs biologiques (p. ex. le tempérament), les traits anormaux basés sur des marqueurs biologiques, l'histoire familiale et la génétique, les facteurs environnementaux de l'enfance et du milieu social, les mécanismes psychologiques de la pathogénèse (p. ex. la cognition), l'apprentissage et la psychodynamique, le cours et la réponse spécifique aux traitements doivent être examinés (Perry, 1990).

Livesley (1985a, 1985b, 1986, 1987; Livesley et Jackson, 1986, 1992) s'intéressent à la validation de certaines catégories et en décrivent les principales étapes : ils obtiennent une validité théorique au moyen d'un consensus entre cliniciens et chercheurs, entre autres pour la personnalité paranoïde. Par contre, s'il y a un consensus entre cliniciens pour décrire la personnalité hystérique connue de longue date, de forts biais culturels, sexistes et possiblement contretransférentiels en influencent la validité diagnostique. Selon Thompson et Goldberg (1987), il y a

peu de consistance entre juges et peu d'évidence dans les dossiers cliniques pour appuyer un tel diagnostic : ils concluent que 60 % des patients diagnostiqués hystériques sont déprimés et n'ont pas de traitement approprié.

En général, si le DSM-IV réussit à faire consensus pour certains troubles de personnalité, il reste à en démontrer la validité conceptuelle, descriptive et discriminative. Les étapes subséquentes de validité prédictive et conceptuelle devront se faire une fois que les assises précédentes seront bien établies. Des études sont en cours pour documenter ces questions (Gunderson et al., 1998, 151).

L'évaluation clinimétrique

Les études sur les troubles de personnalité sont généralement fiables mais le problème est qu'elles n'évaluent pas la même chose (Perry, 1990). Les études épidémiologiques varient dans leurs techniques et leurs résultats selon qu'elles étudient des populations psychiatriques ou normales. (Zimmerman et Coryell, 1990 ; Zimmerman 1994). Les instruments de mesure, l'entrevue semi-structurée ou l'autoquestionnaire, n'ont pas tous la même validité et font souvent référence à des taxonomies diverses. Dans les entrevues semi-structurées, malgré une fidélité interjuge adéquate, l'opinion des évaluateurs varie passablement selon la provenance du matériel clinique. Les indices comportementaux peuvent améliorer la fidélité interjuge mais ils varient d'un examen à l'autre, pour plusieurs raisons. Comme il est typique pour certains troubles de personnalité de manquer d'autocritique, il semble judicieux d'avoir une autre source d'information. Mais le patient et son collatéral n'ont pas toujours la même perception des problèmes, ce qui est problématique pour le chercheur (Zimmerman et Coryell, 1988).

La fidélité du diagnostic est influencée par d'autres facteurs, comme le biais sexiste ou culturel. Il y aurait une surestimation des troubles de personnalité chez les hommes, ce qui n'est pas élucidé. Le trouble de personnalité antisociale est davantage attribué aux hommes alors que le trouble limite et dépendant est assigné aux femmes (Mellsop et al., 1982 ; Kass et al., 1983). Des hypothèses étiologiques sur ces différences éclairent effectivement notre compréhension du trouble : par exemple l'impulsivité et l'agressivité des garçons entraînent plutôt un mode relationnel antisocial alors que les filles, plus préoccupées par le mode interrelationnel et plus sujettes aux labilités affectives, ont une tendance vers les comportements dits limites (Guzder et al., 1996).

Pour ce qui est des questionnaires ou des tests projectifs, les résultats varient en fonction des états psychopathologiques et de la fréquence à laquelle les tests sont administrés : un individu peut modifier ses réponses selon qu'il passe un test psychométrique pour la première ou la troisième fois (Hyler et al., 1990; Reich et al., 1986).

En conclusion, un diagnostic de trouble de personnalité est probablement mieux établi lors d'entrevues cliniques répétées où le style de personnalité est mis en évidence (Perry, 1990; Reich, 1989), mais c'est une discipline à laquelle peu de cliniciens s'astreignent car il faudrait en principe réviser systématiquement les 89 critères des 10 troubles de personnalité du DSM-IV. La compréhension du phénomène est aussi limitée par la difficulté de bien identifier les sujets à l'étude et d'en avoir un nombre suffisant pour appuyer les observations. La multitude des variables à contrôler et le nombre insuffisant de sujets pour les études statistiques ne permettent pas de tirer des conclusions définitives (Perry, 1992). Ce champ de recherche risque donc de demeurer l'apanage de cliniciens qui auront réussi à regrouper une cohorte suffisante de patients ayant un trouble spécifique de personnalité pour lequel ils peuvent offrir un traitement spécifique.

La catégorie ou la dimension

Le diagnostic des troubles de personnalité selon le DSM procède à partir de catégories et délimite des critères polythétiques de sources variées (symptômes, actes, pensées, fonctionnement) (Widiger et Frances, 1985). Ces critères sont catégoriels car ils excluent un trouble si les symptômes ne sont pas assez intenses ou nombreux. L'approche catégorielle du DSM-III est justifiée selon Frances et al. (1992) et Widiger (1991) par sa convenance conceptuelle et sa capacité de comparer les comportements d'une culture à l'autre. Elle est retenue pour sa convivialité d'utilisation par la plupart des cliniciens. Certaines catégories comme la personnalité hystérique ou obsessionnelle sont bien documentées dans la littérature psychodynamique (Stone, 1985) et faciles à comprendre à cause des regroupements logiques (Livesley, 1985a). Malheureusement les décisions concernant le traitement sont influencées par un tableau stéréotypé de la personnalité qui ne correspond pas à chaque individu. L'approche catégorielle compromet la classification des patients à la limite des catégories, ceux qui ne rencontrent pas tous les critères. Pour ces cas relativement fréquents, le DSM-IV suggère alors de mentionner ces traits spécifiques en axe II. On aboutit ainsi à une multitude de diagnostics ou à une simplification exagérée de conditions parfois complexes. De plus, la classification (nominale plutôt

qu'ordinale) ne reconnaît pas le continuum entre la personnalité normale et le trouble de personnalité (Heumann et Morey, 1990).

L'approche dimensionnelle établit un continuum entre trait de personnalité, trouble de personnalité et psychopathologie (p. ex. attentif, vigilant, hypervigilant, méfiant, paranoïde) et permet d'analyser les composantes de la personnalité. Cependant cette approche nécessite l'utilisation de tests psychométriques pour mesurer les traits étudiés, tests qui sont souvent peu disponibles pour le clinicien (Morey, 1988). Les dimensions habituellement décrites sont surtout tempéramentales. En général, elles comprennent deux types de réactivité négative : soit la peur et l'irritabilité, une réactivité positive, soit la recherche de nouveauté, un niveau d'activité et la persistance (Rothbart et Ahadi, 1994). L'intérêt de cette approche est de mieux décortiquer les traits de personnalité en de multiples variables qui peuvent être mises en relation avec les concepts théoriques. Ces concepts sont élaborés à partir des recherches sur le comportement éthologique (MacLean, 1990; Cloninger, 1987, 1994, Cloninger et al., 1993) ou psychologique (Eysenck, 1992; Costa et McCrae, 1985) et s'appliquent aux études neurobiologiques. Comme plusieurs chercheurs ont développé leur propre système à partir d'analyses statistiques, certaines dimensions se chevauchent. Ainsi, le névrotisme d'Eysenck s'apparente à la négativité affective de Tellengen et l'évitement du danger de Cloninger en est une subdivision (Heath et al., 1994). Il en résulte une multiplication des dimensions, ce qui complexifie la compréhension du champ d'étude.

La recherche devra se pencher sur la relation entre catégories et dimensions. Widiger (1991) suggère pour le DSM-IV une table de conversion entre les deux systèmes. Déjà se dessinent des sous-types de troubles de personnalité où certains traits sont documentés. Par exemple, l'impulsivité poussant aux agirs destructeurs de la personnalité limite ou aux actes délinquants de l'antisocial peut varier d'un individu à un autre et impliquer un travail psychothérapeutique particulier. Morey (1998) rapporte une bonne concordance entre les dimensions du SNAP (Schedule for Nonadaptative and Adaptative Personality) et les catégories du DSM-IV, sauf pour la personnalité obsessionnelle. Selon Clarkin et al. (1993), les personnalités limites manifestent un taux élevé de névrotisme, de dépressivité, mais peu d'amabilité ou d'empathie au NEO-PI (Costa et McCrae, 1985). L'objectif dans les années qui viennent sera de déterminer la concordance entre les deux systèmes. L'apport de la dimension permet d'améliorer la compréhension de la catégorie en détaillant les traits chez un individu. Si le trait est bien documenté et étayé par une explication étiologique, le traitement s'en

trouve plus logiquement spécifié. Selon Livesley (1985b), les premières étapes de l'approche scientifique consistent à définir des typologies (les catégories actuelles) pour les remplacer éventuellement par des systèmes dimensionnels lorsque la quantification est mieux documentée. Une conversion vers le système dimensionnel pourrait amener le mouvement transnosographique auquel nous avons fait allusion. Ceci nous porte à croire que les cliniciens devront se familiariser avec l'approche dimensionnelle dans un avenir rapproché, ce qui améliorera leur compréhension de la pathologie.

L'étiologie

Rutter (1987) recense quatre approches classiques pour définir les étiologies des troubles de personnalité. L'approche kraepelienne implique un continuum entre l'axe I et l'axe II où les troubles de personnalité sont une forme atténuée des troubles majeurs de l'axe I (formes frustres). L'approche développementale de Cleckley (1982) est caractérisée par une carence psychosociale, d'où la difficulté de développer des aspects significatifs de la personnalité. L'approche psychodynamique (Akhtar, 1990; Kernberg, 1996, 106-141) s'intéresse aux vicissitudes des mécanismes d'adaptation ou à la structure intrapsychique, telle l'organisation de la personnalité limite, qui ne concorde pas cliniquement avec la personnalité limite du DSM. Enfin, avec l'approche sociale de Robin (voir Rutter, 1987), la déviation sociale est à l'origine de la personnalité psychopathique.

Des recherches plus récentes enrichissent notre compréhension théorique et expliquent mieux la complexité des facteurs impliqués. Les études sur les traits de personnalité des jumeaux suggèrent que la génétique du tempérament explique de 40 à 60 % du trait observé, donnant à l'environnement une part néanmoins déterminante (Loehlin et al., 1990; Bouchard et al., 1990; Livesley et al., 1993; McGuffin et Thapar, 1993; Nigg et Goldsmith, 1994). Le tempérament constitue la personnalité physiologique innée à laquelle on relie des systèmes neurologiques ou hormonaux impliqués dans d'autres psychopathologies (Rothbart et Ahadi, 1994). Le tempérament est façonné tout au long du développement par l'apprentissage et le milieu social, donnant ainsi au bout d'une vingtaine d'années un caractère plus ou moins bien adapté au contexte dans lequel il évolue. Pour sa part, Watchel (1994) soutient qu'il ne faut pas voir dans la stabilité du tempérament une condition statique mais plutôt une dynamique où l'influence du contexte social exige une adaptation aux demandes environnementales. Ainsi, la compatibilité tempéramentale entre les parents et les enfants est un bon

prédicteur de santé mentale alors qu'une incompatibilité entraîne un risque accru de troubles comportementaux et de troubles de personnalité (Paris, 1998).

Trois types de trouble (antisocial, limite, schizotypique) serviront à illustrer la complexité de l'étiologie. Le diagnostic de personnalité antisociale du DSM-IV est basé sur des critères comportementaux qui ne tiennent pas compte de la compréhension psychodynamique préservée dans le CIM européen. Le CIM mentionne l'égocentricité, le côté charmeur et manipulateur, l'absence de remords et de fiabilité de l'antisocial (Paris, 1996) alors que le DSM-IV énumère plutôt les agirs antisociaux, l'impulsivité, l'agressivité, l'irresponsabilité et l'absence de remords. Malgré la rigueur et la fidélité des critères de recherche clinique concernant la personnalité antisociale, on peut constater que des comportements spécifiques sont plus fiables pour identifier des critères diagnostiques mais ils peuvent être tributaires de traits ou de conflits psychodynamiques différents. À cela s'ajoute une confusion entre les notions de criminalité et de personnalité antisociale. Les criminels évalués en prison ne sont pas tous antisociaux et les antisociaux ne sont pas tous en prison ou reconnus coupables de gestes criminels. La comorbidité avec les abus de substance et d'alcool complique encore le tableau au niveau du diagnostic différentiel et de l'héritage génétique du trouble (Lykken, 1995, 92-109). Les comportements délinquants précoces, sévères et persistants chez l'enfant et l'adolescent sont de bons prédicteurs de comportements antisociaux à l'âge adulte et ont un apport héréditaire plus marqué (Tyrer et al., 1993). Les comportements antisociaux chez les femmes sont plus rares et davantage innés. Voici les traits tempéramentaux des personnalités antisociales : la peur face au danger est déficiente et ne prévient pas les agirs dangereux; le névrotisme et la sociabilité sont élevés chez les plus jeunes, amenant des comportements sociaux mal adaptés et désinhibés; enfin il y a une incapacité à profiter des expériences négatives, d'où l'impulsivité et la désinhibition. À ces facteurs tempéramentaux doivent s'ajouter des aspects développementaux significatifs tels l'inconsistance disciplinaire et l'alcoolisme surtout paternels, des abus physiques (Paris, 1996), des placements institutionnels en familles d'accueil prolongés ou multiples (Vaillant, 1975). D'autres facteurs tels l'appartenance à une famille nombreuse, la criminalité des parents et les capacités intellectuelles limitées sont souvent mentionnés. Cloninger et al. (1982) proposent l'hypothèse d'un double seuil pour la personnalité antisociale : la susceptibilité génétiquement héritée est déclenchée par un environnement traumatisant ou propice au développement d'une psychopathologie. La prévalence plus

marquée du trouble de personnalité antisociale en milieu urbain (Casey et al., 1993, 1-17) et dans certaines régions laisse croire à une composante sociale contribuant à l'expression du trouble.

Pour les auteurs d'orientation psychodynamique, le trouble de personnalité limite présente un développement carencé (Kernberg, 1996) et une organisation primitive de la personnalité. Pour d'autres, il est difficile à distinguer des autres troubles de personnalité et présente des comportements symptomatiques non spécifiques provenant d'étiologies variées (Divac-Jovanovic et Skravic, 1993; Skravic et Divac-Jovanovoic, 1994). La contribution génétique spécifique au trouble limite n'est pas encore clairement démontrée (Nigg et Goldsmith, 1994) probablement parce que la part héritée (l'instabilité affective, l'impulsivité ou le névrotisme marqués) se retrouvent chez d'autres troubles de personnalité. D'autres auteurs insistent sur la contribution de traumatismes psychiques et physiques répétés au cours de l'enfance (particulièrement les abus sexuels) pour un sous-groupe de troubles limites (Herman et al., 1989; Paris, 1998; Figueroa et Silk, 1997). Mais on ne retrouve pas nécessairement des traumatismes chez toutes les personnalités limites et les distorsions cognitives typiques, refoulement, idéalisation et déni, compliquent la recherche d'informations historiques valides sur des traumas potentiels. À cela s'ajoutent une immaturité et des mécanismes de défense primitifs dont la dissociation, la faible tolérance à l'anxiété, et l'impulsivité conduisant à des relations instables (Gunderson et Elliott 1985; Gunderson et Phillipps, 1991; Guzder et al., 1996). La vulnérabilité constitutionnelle aux stress et aux affects négatifs combinée à un milieu familial perturbé ou abusif font des enfants prélimites des candidats à la pathologie limite (Guzder et al., 1996). Les susceptibilités tempéramentales et les difficultés relationnelles familiales devront dans ce contexte faire l'objet de recherches plus poussées.

Le trouble de personnalité schizotypique a des caractéristiques de la schizophrénie mais dont une expression génétique commune serait partielle ou non franchement exprimée. Il y a un risque accru d'avoir des traits schizotypiques dans les familles de schizophrènes (Siever et al., 1994). L'excentricité, l'expression restreinte des affects et l'anxiété sociale excessive sont les traits reliés étiologiquement à la schizophrénie, tout comme la distorsion des perceptions et de l'image corporelle (Lenzenweger et Loranger, 1989). Les marqueurs biologiques et la phénoménologie supportent plus ou moins cette hypothèse (Nigg et Goldsmith, 1994) car Torgensen (1994) croit que certains schizotypiques ne sont pas apparentés à une pathologie schizophrénique mais plutôt affective. On a même suggéré de replacer ce trouble à l'axe I, lui

donnant ainsi un statut prodromal ou résiduel de la schizophrénie (Widiger et Shea, 1991). Quels patients schizotypiques développeront une schizophrénie ultérieurement demeure une question sans réponse.

Il faudrait plusieurs hypothèses théoriques pour chaque trouble de personnalité ou, à la rigueur, une pour chaque trait. La théorie du double seuil peut être évoquée pour certaines personnalités. Wachtel (1994) offre un modèle mettant en relief la qualité cyclique de la personnalité où l'organisation psychique produit des comportements qui se modulent selon les réponses prévisibles d'autrui. Ce même état intérieur sélectionne l'association avec certains types de personnages ou avec des objectifs particuliers faisant de l'environnement social une création propre à chaque individu. L'état psychique influence également la lecture de l'environnement, en particulier là où l'ambiguïté des relations interpersonnelles module la subjectivité face à autrui. Il peut donc y avoir continuum entre l'axe I et l'axe II selon une trame complexe de facteurs contributifs. Une clarification des différentes causes aura des répercussions au niveau du traitement. Pour les troubles de personnalité avec une composante psychodynamique, la maturation du système neuropsychologique ou la psychothérapie peuvent améliorer les capacités d'adaptation en favorisant la disparition progressive des symptômes avec l'acquisition d'introspection. D'autres troubles tels ceux du groupe A répondent moins bien à ce type de traitement et seule une approche psychoéducative ou supportive pourrait favoriser une meilleure adaptation.

L'état ou le trait

L'opposition entre le trait caractériel et l'état psychopathologique est un dilemme qui a trouvé son aboutissement (Tyrer, 1985) dans les deux axes du DSM. L'un tente d'exprimer certaines psychopathologies (axe I) et l'autre le niveau de fonctionnement sans ces pathologies (axe II) (Akiskal et al., 1983 ; Chodoff, 1972 ; Loranger et al., 1991 ; Shea et al., 1990 ; Pilkonis et Frank, 1988). La fréquence de co-occurrence des deux axes soulève un questionnement sur le continuum entre la phénoménologie dépressive et anxieuse et certains troubles de personnalité comme la personnalité dépressive ou la personnalité évitante. On peut les considérer comme des co-syndromes, c'est-à-dire des troubles qui surviennent en même temps sans qu'une étiologie similaire soit spécifiée. Par contre, Clark et al. (1994) proposent un modèle tripartite composé d'un facteur prédisposant de détresse commun à la dépression et à l'anxiété et caractérisé par l'anhédonie, une affectivité négative et un névrotisme marqués. Ce modèle correspond au pessimisme, à la faible estime de soi, à une cognition négative et à la somatisation de la person-

nalité dépressive. Somme toute, la personnalité dépressive se distingue par sa symptomatologie surtout cognitive par opposition à la symptomatologie affective et neurovégétative des troubles dysthymiques et de la dépression majeure (Hirschfeld, 1994).

Pour que le concept de la personnalité dépressive soit reconnu de façon permanente dans le DSM-IV, il doit répondre aux critères du trouble de personnalité : un début précoce, une dysfonction ou détresse subjective, et des traits assez stables dans plusieurs sphères d'activité sur une longue période (Phillips et al., 1990; Pepper et al., 1995; Akiskal et Weise, 1992). Les recherches préparatoires au DSM-IV ont montré une bonne concordance entre les critères diagnostiques proposés et ceux d'Akiskal et de Gunderson (Hirschfeld et Holtzer, 1994). Cependant Akiskal (1994, 1995) est convaincu que le trouble de personnalité dépressive est un prodrome prolongé ou le résidu d'un épisode thymique. Des types de personnalité hypothymiques, hyperthymiques et cyclothymiques (Levitt et al., 1990) seraient en effet plus fréquents chez les patients atteints de maladie affective bipolaire et unipolaire ou chez leurs parents. Les résultats d'Akiskal et al. (1980) n'ont pu être reproduits, car la recherche sur cette question a souffert de méthodologies imparfaites et d'instruments peu validés (Shea et al., 1987 et 1990; Weissman et al., 1978). Selon que l'évaluation de la personnalité se fait durant un épisode dépressif ou après une courte rémission, il est difficile de distinguer les symptômes dépressifs résiduels de la personnalité de base (Pilkonis et Frank, 1988). Par contre, si les traits de névrotisme sont élevés et perdurent après 20 semaines, le pronostic de la dépression s'appauvrit (Clark et al., 1994).

Un état dépressif ou anxieux à l'axe I augmente la sévérité des troubles de personnalité et certains traits fluctuent selon la psychopathologie. Des études antérieures et récentes suggèrent une incidence accrue de dépression chez certains types de personnalité comme l'obsessionnel, l'évitant, le dépendant et le paranoïde (Charney et al., 1981; Shea et al, 1990; Pepper et al., 1995). Le groupe C est davantage atteint d'état anxio-dépressif et est celui qui répond le mieux au traitement. Brown et al. (1992) suggèrent différentes hypothèses pour interpréter ces données : le trouble de personnalité serait précurseur de troubles affectifs à cause d'une prédisposition ou d'une tendance à créer des stresseurs, ou bien il modifierait l'âge d'apparition de la maladie affective, sa qualité et son pronostic. Ou encore, le trouble de personnalité est une séquelle de la dépression (Wetzel et al., 1980). Le trouble de personnalité peut aussi interagir sans être relié aux troubles affectifs (Gunderson et Phillipps, 1991). À l'opposé, le trouble de personnalité est la forme

frustre d'un trouble affectif ou l'expression d'une diathèse commune aux troubles affectifs (Akiskal, 1994).

À la lueur de ces données, il semble y avoir un effet de l'état sur le trait quand la dépression et l'anxiété amplifient les traits et les troubles de personnalité. La mésadaptation du trouble de personnalité augmente la dysfonction causée par la psychopathologie et influence négativement la réponse au traitement. À notre avis, la distinction entre les deux axes n'est plus possible dans certains cas où la symptomatologie est indissociable de l'expérience à long terme du patient. La sévérité symptomatique d'un trouble de la personnalité est en effet parfois plus marquée que les symptômes que l'on retrouve à l'axe I.

D'autres auteurs suggèrent de déplacer certains troubles de l'axe II vers l'axe I. Ainsi la personnalité évitante serait un précurseur ou un résultat de troubles anxieux (Klass et al., 1989; Mavissakalian et al., 1993). Dans la même veine, la personnalité dépressive pourrait constituer un prodrome des troubles thymiques, selon Akiskal (Akiskal et al., 1980, Akiskal, 1995). La personnalité schizotypique génère le même genre de question. Inversement, pour Tyrer et al. (1990), Kirmayer et al. (1994) et Bass et Murphy (1995), le trouble somatoforme est une personnalité somatisante avec tous les critères d'un trouble de personnalité, soit un comportement persistant et généralisé affectant le fonctionnement durant plusieurs années. L'anxiété somatique mésadaptative se rapproche des traits anankastiques à cause du perfectionnisme et de la rigidité retrouvés chez les somatisants. Bref, la clarification des étiologies ou de la phénoménologie pourrait entraîner des changements nosographiques dans le prochain DSM.

La permanence du diagnostic

Les définitions du DSM-IV reposent sur une notion de stabilité à long terme pour la personnalité ou le trouble de personnalité. La notion de changement de personnalité suite à un traumatisme ou à un stress remet en question la stabilité du diagnostic et suggère qu'il y a évolution d'un diagnostic vers un autre. Selon le CIM-10, il est possible de diagnostiquer un changement de personnalité après un stress important et prolongé, une maladie psychiatrique grave chez un individu sans trouble préalable, sans que ce changement soit la conséquence de la maladie. Une correspondance entre le CIM-10 et le DSM-IV pourrait être évoquée avec le syndrome post-traumatique ou encore avec le trouble de personnalité organique dont les causes sont la neurosyphilis, l'épilepsie temporale ou une atteinte du lobe frontal (Popkin et Tucker, 1992). Une meilleure compréhension des changements physiologiques amenant une

symptomatologie psychique nous ferait mieux saisir les mutations potentielles des psychopathologies impliquées. Les bases même de la personnalité sont ainsi interpellées : certaines expériences traumatiques peuvent irrémédiablement modifier les fonctions neurologiques, dynamiques et sociales d'une personnalité normale vers une psychopathologie ou un trouble de personnalité. Ou encore plusieurs pathologies psychiatriques comme la schizophrénie résiduelle, le retard mental, l'abus de substance et la dépression chronique diminuent les capacités adaptatives au niveau de la cognition, des émotions et du jugement social. L'individu handicapé par ces déficits fonctionne alors comme ayant un trouble de personnalité (Fuller et al., 1993). Cette observation illustre le problème de l'évolution des symptomatologies psychiatriques et de leur impact sur l'organisation psychologique des individus au cours de leur vie.

De plus, selon les études épidémiologiques, il y a maturation des troubles de personnalité; on note une diminution de l'incidence des troubles de personnalité avec l'âge, en particulier pour le groupe B après trente ans (Marlowe, 1993; Paris et al., 1987, Paris, 1996; Sanislow et McGlashan, 1998). Par exemple, la prévalence de la personnalité antisociale s'atténue avec le mitan de la vie par l'apprentissage du rôle négatif de l'impulsivité (Paris, 1996). On peut aussi présumer d'une maturation neurologique contribuant à amenuiser les agirs impulsifs. Néanmoins l'instabilité chronique des relations interpersonnelles a tendance à persister. En révisant les études sur le devenir des troubles de personnalité, Sanislow et McGlashan (1998) soulignent que ce sont les symptômes et comportements déviants qui sont améliorés avec les années et qu'il n'est pas démontré que la structure caractérielle évolue avec le temps.

Conclusion

Le diagnostic est une étape dans la démarche médicale visant l'élaboration d'un traitement. Il permet d'identifier un problème et en propose idéalement une compréhension. Si le DSM a permis de systématiser le diagnostic des troubles de personnalité, il ne peut suffire à expliquer la phénoménologie clinique de ces troubles pour préparer une démarche thérapeutique. Le DSM n'offre pas de formulation dynamique; plusieurs cliniciens identifient sommairement quelques traits caractériels et posent un diagnostic en axe II sans vérifier si les critères catégoriels sont réellement présents. De plus, ils ne poursuivent guère le cheminement de la formulation dynamique. S'ils comptent utiliser le concept de trouble de personnalité pour enrichir leur plan de traitement, ils doivent développer cette formulation de façon plus détaillée.

Une définition de la personnalité et de son trouble doit tenir compte de l'inné des traits de tempérament génétiquement transmis et de l'acquis du caractère par apprentissage auprès de personnes significatives au cours des années de développement, dans des environnements sociaux variables. Un environnement exceptionnel ou générateur de traumatismes peut influencer de façon déterminante la personnalité ou favoriser des manifestations pathologiques qui modifieront la structure de la personnalité qui doit s'y adapter.

Le trouble de personnalité est donc une notion complexe qui nécessite de la part du clinicien une compréhension qui aille au-delà de l'identification de simples critères diagnostiques. Nous avons vu toute l'évolution que le terme connaît encore de nos jours selon ses assises théoriques, la variation de la symptomatologie selon l'âge du patient ou la présence de psychopathologie à l'axe I. Ceci exige du clinicien une capacité raffinée d'intégration. Or il existe peu de modèles conceptuels à l'heure actuelle pour intégrer les théories neurobiologiques, psychodynamiques, cognitives et sociales. Il est nécessaire d'obtenir davantage de données sur l'évolution de la symptomatologie au long cours et sur l'interaction des expériences perceptuelles, affectives, cognitives et comportementales. Il s'agira également d'établir des corrélations entre les variables symptomatiques et les causes étiologiques présumées. Le modèle de Watchel trouve sa justification en nous faisant comprendre que les modèles étiologiques de la personnalité doivent être plutôt cycliques que linéaires car les différents systèmes s'influencent et interagissent en boucles autorégulatives. La recherche s'oriente vers l'étude des traits innés et de leur interaction avec l'environnement au cours du développement. Elle devra néanmoins faire des liens entre ces constatations et les données sur les types de personnalité classés par catégories. Il y a lieu de croire que l'empirisme clinique sera souvent confirmé.

S'appuyant sur les développements de la recherche actuelle, le clinicien aura avantage à utiliser la notion de dimension, qui lui permet une analyse plus exhaustive des symptômes, des comportements déviants et des traits caractériels du patient. En effet, avec l'approche dimensionnelle, le clinicien peut mieux saisir la continuité entre normalité, trouble de personnalité et psychopathologie, surtout dans les cas complexes. Elle offre plus de flexibilité quand il s'agit de passer d'un modèle théorique à un autre pour la discussion d'un cas et elle n'est pas affectée par la mouvance des termes ou le manque de discrimination des critères diagnostiques catégoriels. Il devient aussi utile pour le clinicien de se sensibiliser à la notion de traits tempéramentaux, prémisses psychophysiologiques innées peu modifiables. Leur identification aide à

reconnaître l'importance de leur influence sur la formation caractérielle. Le clinicien devra penser à les moduler, plutôt que les changer par différentes approches thérapeutiques.

Idéalement, grâce à ces traits descriptifs plus détaillés, des théories devraient, en visant leur intégration conceptuelle, faciliter la compréhension du clinicien. La description multisystémique permettrait d'élaborer une grille phénoménologique des symptômes affectifs, cognitifs et comportementaux de chaque individu, et expliquerait les mécanismes de développement, la contribution du tempérament, les paramètres neurobiologiques sous-jacents et les répercussions psychodynamiques. Elle prédirait les séquelles développementales et le pronostic fonctionnel. Elle aurait aussi l'avantage d'intégrer les différentes théories neurobiologiques, psychodynamiques, cognitives ou sociales en un tout conceptuel cohérent et cliniquement pertinent. La clarification de l'étiologie pourrait ainsi guider l'intervention du clinicien en validant les facteurs contributifs, en expliquant la composition des traits de personnalité, et en élucidant l'apport de l'environnement sur ces traits. Le clinicien pourrait par la suite déterminer quelles interventions psychothérapeutiques sont plus efficaces avec certains symptômes. Si de telles conclusions sur l'intervention clinique souhaitable ne sont pas encore disponibles, elles sont un idéal vers lequel cliniciens et chercheurs doivent tendre.

RÉFÉRENCES

AKISKAL, H. S., 1995, Toward a temperament-based approach to depression : implications for neurobiologic research, *Advances in Biochemical Psychopharmacology, 49,* 99-112.

AKISKAL, H. S., 1994, The temperamental borders of affective disorders, *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89,* suppl., 379, 32-37.

AKISKAL, H. S., WEISE, R. E., 1992, The clinical spectrum of so-called minor depressions, *American Journal of Psychotherapy, 46,* 1, 9-22.

AKISKAL, H. S., HIRSCHFELD, R. M., YEREVIAN, B. I., 1983, The relationship of personality to affective disorders, a critical review, *Archives of General Psychiatry,* 40, 7, 801-810.

AKISKAL, H. S., ROSENTHAL, T. L., HAYKAL, R. F., LEMMI H., ROSENTHAL R. H., SCOTT-STRAUSS A., 1980, Characterological depressions : clinical and sleep EEG findings separating subaffective dysthymias from character spectrum disorders, *Archives of General Psychiatry, 37,* 7, 777-783.

ALLPORT, G. W., 1937, *Personality,* Henry Holt, New York.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (apa) Committee on Nomenclature and Statistics, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders,* 4th edition, APPI, Washington.

APA, 1987, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 3rd revised edition, APPI, Washington.

APA, 1980, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 3rd edition, APPI, Washington.

AKHTAR, S., 1990, Personality disorder : a synthesis of developmental and dynamic features, *American Journal of Psychotherapy, 64,* 1, 5-25.

BASS, C., MURPHY, M., 1995, Somatoform and personality disorders, syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways, *Journal of Psychosomatic Research, 39,* 4, 403-427.

BERGMAN, A. J., HARVEY, P. D., MITROPOLOU, V., ARONSON, A., MARDER, D., SILVERMAN, J., TRESTMAN, R., SIEVER, L. J., 1996, The factor structure of schizotypal symptoms in a clinical population, *Schizophrenia Bulletin,* 22, 3, 501-509.

BERRIOS, G. E., 1993, Personality disorders : a conceptual history, in Tyrer, P., Stein, G., *Personality Disorders Reviewed,* Gaskell, London, 17-41.

BOUCHARD, T. J., LYKKEN, D. T., MCGUE, M., SEGAL, N. L., TELLENGEN, A., 1990, Sources of human psychological differences : the Minnesota study of twins reared apart, *Science 250,* 10, 223-228.

BROWN, S. L., SVRAKIC, D. M., PRZYBECK, T. R., CLONINGER, R., 1992, The relationship of personality to mood and anxiety states : a dimensional approach, *Journal of Psychiatric Research, 26,* 3, 197-211.

CASEY, P., TYRER, P., FERGUSON, B., 1993, Personality disorder in perspective, *in* Tyrer, P., Stein, G., *Personality Disorders Reviewed,* Gaskell, London, 1-17.

CHARNEY, D. S., NELSON, J. C., QUINLAN, D. M., 1981, Personality traits and disorder in depression, *American Journal of Psychiatry, 138,* 12, 1601-1604.

CHODOFF, P., 1972, The depressive personality, a critical review, *Archives of General Psychiatry, 27,* 666-673.

CLARK, L. A., WATSON, D., MINEKA, S., 1994, Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders, *Journal of Abnormal Psychology, 103,* 1, 103-116.

CLARKIN, J. F., HULL, J. W., CANTOR, J., SANDERSON, C., 1993, Borderline personality disorder and personality traits : a comparison of SCID-II BPD and NEO-PI, *Psychological Assessment 5,* 4, 472-476.

CLECKLEY, H., 1982, *The Mask of Sanity,* St. Louis, C.V. Mosby.

CLONINGER, C. R., SIGVARDSSON, S., BOHMAN, M., VON KNORRING, A. L., 1982, Predisposition to petty criminality in Swedish adoptees : II Cross-fostering analysis of gene-environment interaction, *Archives of General Psychiatry 39,* 1242-1247.

CLONINGER, C. R., 1994, The genetic structure of personality and learning : a phylogenetic model, *Clinical Genetics, 46,* 124-137.

CLONINGER, C. R., 1987, A systematic method for clinical description and classification of personality variants; a proposal, *Archives of General Psychiatry, 44,* 573-587.

COSTA, P. T., MCCRAE, R. R., 1985. *The NEO Personality Inventory Manual,* Odessa, Fl., Psychological Assessment Resources.

CRINO, R. D., ANDREWS, G., 1996, Personality disorder in obsessive compulsive disorder : a controlled study, *Journal of Psychiatric Research, 3,* 1, 29-38.

DE GIROLAMO, G., REICH, J. H., 1993, *Personality Disorders, Epidemiology of Mental Disorders and Psychosocial Problems,* WHO Press, Geneva.

DIVAC-JOVANOVIC, M., SVRAKIC, D., LECIC-TOSEVSKI, D., 1993, Personality disorders : model for conceptual approach and classification, *American Journal of Psychotherapy, 47,* 4, 558-571.

EYSENCK, H. J., 1992, Four ways five factors are not basic, *Personality and Individual Differences, 13,* 667-673.

FIGUEROA, E., SILK, K. R., 1997, Biological implications of childhood sexual abuse in borderline personality disorder, *Journal of Personality Disorders, 11,* 1, 71-92.

FIRST, M. B., VETTORELLO, N., FRANCES, A.J., PINCUS, H. A., 1993, Changes in mood, anxiety and personality disorders, *Hospital and Community Psychiatry, 44,* 11, 1034-1043.

FRANCES, A., 1982, Categorical and dimensional systems of personality diagnosis, a comparison, *Comprehensive Psychiatry, 23,* 6, 516-527.

FRANCES, A., DAVIS, W. W., FIRST, M. B., WIDIGER, T. A., 1992, Discussion : first aid or euthanasia for psychiatric classification ?, *American Journal of Psychiatry, 146,* 10 suppl., 39-41.

FRANK, E., KUPFER, D. J., 1987, Self ratings of personality characteristics and their relationship to treatment response in recurrent unipolar depressives : a pilot study, *Journal of Personality Disorders, 1,* 1, 14-26.

FULLER, A. K., LEROY, J. B., 1993, Personality disorders : an overview for the physician, *Southern Medical Journal, 86,* 4, 430-437.

GORTON, G., AKHTAR, S., 1990, The literature on personality disorders, 1985-1988 : trends, issues, and controversies, *Hospital and Community Psychiatry, 41,* 1, 39-51.

GUNDERSON, J. G., MCGLASHAN, T. H., MOREY, L. C., SHEA, T., SKODOL II, A. E., 1998, *Collaborative Study of Personality Disorders : an Overview of the Study and Sample,* Symposium 78a, abstract, APA Annual Meeting, Toronto.

GUNDERSON, J. G., PHILLIPS, K. A, 1991, A current view of the interface between borderline personality disorder and depression, *American Journal of Psychiatry, 148,* 967-975.

GUNDERSON, J. G., ELLIOTT, G. I., 1985, The interface between borderline personality and affective disorders, *American Journal of Psychiatry, 142,* 277-288.

GUZDER, J., PARIS, J., ZELKOWITZ, P., MARCHESSAULT, K., 1996, Risk factors for borderline pathology in children, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 1, 26-33.

HEATH, A. C., CLONINGER, C. R., MARTIN, N. G., 1994, Testing a model for the genetic stucture of personality : a comparison of the personality systems of Cloninger and Eynseck, *Journal of Personality and Social Psychology,* 66, 4, 762-775.

HERMAN, J. L., PERRY, J. C., VAN DER KOLK, B. A., 1989, Childhood trauma in borderline personality disorder, *American Journal of Psychiatry, 146,* 490-495.

HEUMANN, K. A., MOREY, L. C., 1990, Reliability of categorical and dimensional judgments of personality disorder, *American Journal of Psychiatry, 147,* 498-500.

HIRSCHFELD, R. M., HOLTZER, III C. E., 1994, Depressive personality disorder : Clinical implications, *Journal of Clinical psychiatry, 55,* 4, 10-17.

HIRSCHFELD, R. M., 1994, Major depression, dysthymia and depressive personality disorder, *British Journal of Psychiatry, 165,* suppl 26, 23-30.

HYLER, S. E., LYONS, M., REIDER, R. O., YOUNG, L., WILLIAMS, J. B., SPITZER, R., 1990, The factor structure of self-report DSM-III axis II symptoms and their relationship to clinicians ratings, *American Journal of Psychiatry, 147,* 6, 751-757.

KASS, F., SPITZER, R. L., WILLIAMS, J. B., 1983, An empirical study of the issue of sex bias in the diagnosis criteria of DSM-111 axis II personality disorders, *American Psychologist, 38,* 7, 799-803.

KERNBERG, O. F., 1996, A psychoanalytical theory of personality disorder, in Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., *Major Theories of Personality Disorders,* Guilford Press, New York.

KIRMAYER, L. J., ROBBINS, J. M., PARIS, J., 1994, Somatoform disorders : personality and the social matrix of somatic distress, *Journal of Abnormal Psychology, 103,* 1, 125-136.

KLASS, E. T., DI NARDO, P. A., BARLOW, D. H., 1989, DSM-III-R personality diagnoses in anxiety disorder patients, *Comprehensive Psychiatry, 30,* 3, 251-258.

KOENIGSBERG, H. W., KAPLAN, R. D., GILMORE, M. M., COOPER, A. M, 1985, The relationship between depressive syndrome and personality disorder in DSM III : experience with 2462 patients, *American Journal of Psychiatry, 142,* 2, 207-212.

LEBLANC, J., STREIT, U., TANGUAY, Y., 1994, Relation entre dépression, tempérament et trouble de personalité : quelques implications thérapeutiques, *Canadian Journal of Psychiatry, 39,* 572-576.

LENZENWEGER, M. F., CLARKIN, J. F., 1996, The personality disorders : history, classification, and research issues, in Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., *Major Theories of Personality Disorders,* Guilford Press, New York.

LENZENWEGER, M. F., LORANGER, A. W., 1989, Psychosis proneness and clinical psychopathology : examination of the correlates of schizotypy, *Journal of Abnormal Psychology, 98,* 1, 3-8.

LEVITT, A. J., JOFFE, R. T., ENNIS, J., MCDONALD, C., KUTCHER S. P., 1990, The prevalence of cyclothymia in borderline personality disorder, *Journal of Clinical Psychiatry, 51,* 8, 335-339.

LIVESLEY, W. J., 1987, A systematic approach to the delineation of personality disorders, *American Journal of Psychiatry, 144,* 6, 772-777.

LIVESLEY, W. J., 1986, Trait and behavioral prototypes of personality disorder, *American Journal of Psychiatry, 143,* 6, 728-732.

LIVESLEY, W. J., 1985 a, The classification of personality disorder : 1. The choice of category concept, *Canadian Journal of Psychiatry, 30,* 353-358.

LIVESLEY, W. J., 1985 b, The classification of personality disorder : 2. The problem of diagnostic criteria, *Canadian Journal of Psychiatry, 30,* 359-362.

LIVESLEY, W. J., JACKSON, D. N., 1992, Guidelines for developing, evaluating, and revising the classification of personality disorders, *Journal of Nervous and Mental Disease, 180,* 10, 609-618.

LIVESLEY, 1986, The internal consistency and factorial structure of behaviors judged to be associated with DSM III personality disorders, *American Journal of Psychiatry, 143,* 11,1473-1474.

LIVESLEY, W. J., SCHROEDER, M. L., 1990, Dimensions of personality disorder : the DSM-III-R cluster A diagnosis, *Journal of Nervous and Mental Disease, 178,* 10, 627-635.

LIVESLEY, W. J., JONG, K. L., JACKSON, D. N., VERNON P. A., 1993, Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder, *American Journal of Psychiatry, 150,* 12, 1826-1831.

LOEHLIN, J. C., HORN, J. M., WILLEMAN, L., 1990, Heredity, environment, and personality change : evidence from the Texas adoption project, *Journal of Personality, 58,* 1, 221-243.

LORANGER, A. W., LENZENWEGER, M. F., GARTNER, A. F., SUSMAN, V. L., HERZIG, J., ZAMMIT, G. K., GARTNER, J. D., ABRAMS, R. C., 1991, Trait-state artifacts and the diagnosis of personality disorders, *Archives of General Psychiatry, 48,* 8, 720-728.

LYKKEN, D. T., 1995, *The Antisocial Personalities,* Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey, 259 p.

MCCRAE, R. R., COSTA, P. T. JR, 1987, Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers, *Journal of Personality and Social Psychology, 52,* 1, 81-90.

MCGUFFIN, P., THAPAR, A., 1993, The genetics of personality disorder, in Tyrer, P., Stein, G., *Personality Disorders Reviewed,* Gaskell, London.

MACLEAN, P. D., 1990, *The Triune Brain in Evolution : Role in Paleocerebral Functions,* Plenum Press, New York and London, 672 p.

MARLOWE, M. J., 1993, Biological aspects of personality disorders, *British Journal of Hospital Medicine, 49,* 8, 564-569.

MAVISSAKALIAN, M. R., HAMANN, M. S., HAIDAR, A. S., DE GROOT, C. M., 1993, DSM-III personality disorders in generalized anxiety, panic-agoraphobia and obsessive-compulsive disorders, *Comprehensive Psychiatry, 34,* 4, 243-248.

MELLSOP, G., VARGHESE, F., JOSHUA, S., HICKS, A., 1982, The reliability of axis II of DSM-III, *American Journal of Psychiatry, 139,* 10, 1360-1361.

MOREY, L. C., 1998, *Dimensions and Categories in Personality Disorder,* abstract, APA annual meeting, Toronto, p.152, no 78f.

MOREY, L. C., 1988, Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R : convergence, coverage, and internal consistency, *American Journal of Psychiatry, 145,* 5, 573-577.

MOREY, L. C., 1987, The Foulds hierarchy of personal illness, a review of recent research, *Comprehensive Psychiatry,* 28, 159-168.

NIGG, J. T., GOLDSMITH, H. H., 1994, Genetics of personality disorders : perspectives from personality and psychopathology research, *Psychological Bulletin, 115,* 346-380.

OLDHAM, J. M., 1994, Personality disorders : current perspectives, *Journal of the American Medical Association,* 272, 22, 1770-1776.

PAPP, L. A., ZITRIN, C. M, COPLAN, J., GORMAN, J., 1990, The role of personality in anxiety disorders, in Hall RC, ed., Anxiety and panic disorders : their diagnosis and management-II, *Psychiatric Medicine, 8,* 3, 107-120.

PARIS, J., 1998, Does childhood trauma cause personality disorder ?, *Canadian Journal of Psychiatry, 43,* 2, 148-153.

PARIS, J., 1996, Antisocial personality disorder : a biopsychosocial model, *Canadian Journal of Psychiatry, 41,* 75-80.

PARIS, J., BROWN, R., NOWLIS, D., 1987, Long term follow-up of borderline patients in a general hospital, *Comprehensive Psychiatry, 28,* 6, 530-535.

PEPPER, C. M., KLEIN, D. N., ANDERSON, R. L., RISO, L. P., OUIMETTE, P. G., LIZARDI, H., 1995, DSM-III-R axis II comorbidity in dysthymia and major depression, *American Journal of Psychiatry, 152,* 239-247.

PERRY, J. C., 1992, Problems and considerations in the valid assesment of personality, *American Journal of Psychiatry, 149,* 1645-1653.

PERRY, J. C., 1990, Challenges in validating personality disorders : beyond description, *Journal of Personality Disorders, 4,* 3, 273-289.

PERRY, J. D., PERRY, J. C., 1996, Reliability and convergence of three concepts of narcissistic personality, *Psychiatry, 59,* 2, 4-19.

PHILLIPS, K. A., GUNDERSON, J. G., HIRSCHFELD, R., SMITH, L. E., 1990, A review of the depressive personality, *American Journal of Psychiatry, 147,* 830-837.

PILKONIS, P., FRANK, E., 1988, Personality pathology in recurrent depression : nature, prevalence, and relationship to treatment response, *American Journal of Psychiatry, 145,* 4, 435-441.

POPKIN, M. K., TUCKER, G. J., 1992, "Secondary" and drug-induced mood, anxiety, psychotic, catatonic, and personality disorders : a review of the literature, *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 4,* 369-385.

REICH, J. H., VASILE, R. G., 1993, Effect of personality disorders on the treatment outcome of axis I conditions : an update, *Journal of Nervous and Mental Disease, 181,* 8, 475-484.

REICH, J., 1989, Update on instruments to measure DSM-III and DSM-IIIR personality disorders, *Journal of Nervous and Mental Disease,* 177, 366-370.

REICH, J., NOYES, R., CORYELL, W., O'GORMAN, T. N., 1986, The effect of state anxiety on personality measurement, *American Journal of Psychiatry, 143,* 6, 760-763.

ROTHBART, M. K., AHADI, S. A., 1994, Temperament and the development of personality, *Journal of Abnormal Psychology, 103,* 55-66.

RUTTER, M., 1987, Temperament, personality and personality disorder, *British Journal of Psychiatry, 150,* 443-458.

SANISLOW, C. A., MCGLASHAN, T. H., 1998, Treatment outcome of personality disorders, *Canadian Journal of Psychiatry, 43,* 4, 237-250.

SABO, A. N., 1997, Etiological significance of associations between trauma and borderline personality disorder : conceptual and clinical implications, *Journal of Personality Disorders, 11,* 1, 50-70.

SHEA, M. T., GLASS, D. R., PILKONIS, P. A., WATKINS, J., 1987, Frequency and implications of personality disorders in a sample of depressed outpatients, *Journal of Personality Disorders, 1,* 1, 27-42.

SHEA, M. T., PILKONIS, P. A., BECKHAM, E., COLLINS, J. F., ELKIN, I., SOTSKY, S. M., DOCHERTY, J. P., 1990, Personality disorders and treatment outcome in the NIMH treatment of depression collaborative research program, *American Journal of Psychiatry, 147,* 6, 711-718.

SIEVER, L. J., FRIEDMAN, L., MOSKOVITZ, J., MITROPOLOU, V., KEEF, R., ROITMAN, S. L., MERHIGE, D., TRESTMAN, R., SILVERMAN, J., MOHS, R., 1994, Eye movement impairment and schizotypal psychopathology, *American Journal of Psychiatry, 151,* 8, 1209-1215.

SCHNEIDER, K., 1958, *Psychopathic Personalities,* Trans. M.W. Hamilton, London, Cassell.

STONE, M. H., 1985, Analytically oriented psychotherapy in schizotypal and borderline patients : at the border of treatability, *The Yale Journal of Biology and Medicine, 58,* 275-288.

SVRAKIC, D. M., DIVAC-JOVANOVIC, M., 1994, Personality disorders : model for conceptual approach and classification, part I and II, *American Journal of Psychotherapy, 48,* 4, 558-580.

THOMPSON, D. J., GOLDBERG, D., 1987, Hysterical personality disorder : the process of diagnosis in clinical and experimental settings, *British Journal of Psychiatry, 150,* 241-245.

TORGENSEN, S., 1994, Personality deviations within the schizophrenia spectrum, *Acta Psychiatrica Scandinavica, supp., 384,* 40-44.

TUINIER, S., VERHOEVEN, W. M., 1995, Dimensional classification and behavioral pharmacology of personality disorders; a review and hypothesis, *European Neuropsychopharmacology, 5,* 2, 135-146.

TYRER, P., 1994, What are the borders of borderline personality disorder? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89,* suppl. 379 : 38-44.

TYRER, P., Fowler-Dixon, R., 1990, A plea for the diagnosis of hypochondriacal personality disorder, *Journal of Psychosomatic Research, 34,* 6, 637-642.

TYRER, P., 1985, Neurosis divisible, *The Lancet, 1,* 8430, 685-688.

VAILLANT, G. E., 1975, Sociopathy as a human process, a viewpoint, *Archives of General Psychiatry, 32,* 2, 178-183.

VERNON, P. E., 1964, *Personality Assesment, a Critical Survey,* Methuen, London, 240-241.

WACHTEL, P., 1994, Cyclical processes in personality and psychopathology, *Journal of Abnormal Psychology, 103,* 1, 51-54.

WEISSMAN, M. M., PRUSOFF, B. A., KLERMAN, G. L., 1978, Personality and the prediction of long term outcome of depression, *American Journal of Psychiatry, 135,* 797-800.

WETZEL, R. D., CLONINGER, R. C., HONG, B., REICH, T., 1980, Personality as a subclinical expression of the affective disorders, *Comprehensive Psychiatry, 21,* 197-205.

WETZLER, S., DUBRO, A., 1990, Diagnosis of personality disorders by the Millon clinical multiaxial inventory, *Journal of Nervous and Mental Diseases, 178,* 4, 261-263.

WIDIGER, T. A., 1991, Personality disorder dimensional models proposed for DSM-IV, *Journal of Personality Disorders, 5,* 4, 386-398.

WIDIGER, T. A., SHEA, T., 1991, Differentiation of Axis I and Axis II disorders, *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 3, 399-406.

WIDIGER, T. A., FRANCES, A., SPITZER, R. L., WILLIAMS, J. B. W., 1988, The DSM-III-R personality disorders : an overview, *American Journal of Psychiatry, 145,* 7, 786-795.

WIDIGER, T. A., FRANCES, A., 1985, The DSM-III personality disorders : perspectives from psychology, *Archives of General Psychiatry, 42,* 6, 615-623.

WORLD HEALTH ORGANISATION, 1992, The ICD-10 *Classification of Mental and Behavioral Disorders, Clinical Descriptions and Diagnostics Guidelines,* WHO, Geneva.

ZIMMERMAN, M., 1994, Diagnosing personality disorders : a review of issues and research methods, *Archives of General Psychiatry, 51,* 3, 225-245.

ZIMMERMAN, M., CORYELL, W. H., 1990, Diagnosing personality disorders in the community, a comparison of self-report and interview measures, *Archives of General Psychiatry, 47,* 6, 527-531.

ZIMMERMAN, M., CORYELL, W. H., 1988, Diagnosing personality disorders in depressed patients : comparison of patient and informant interviews, *Archives of General Psychiatry, 45,* 8, 733-737.

ABSTRACT

Conceptual difficulties in personality disorders

This article examines the debate surrounding the concepts of personality disorders through a review of the Medline literature on personality disorders definitions, psychometric studies, etiologies, categorical versus dimensional as well as trait-state issues and stability of diagnosis. It is suggested that clinicians will gain better diagnosis accuracy and more refined treatment planning if they understand the conceptual difficulties belonging to personality disorders. Beyond the knowledge of DSM diagnostic criteria, they should familiarise themselves with notions of traits, dimensions and temperament as these paradigms help to follow current developments in personality etiology research.

RESUMEN

Dificultades conceptuales de los desórdenes de la personalidad

Gracias al estudio de aspectos como las definiciones múltiples del desorden de la personalidad, los resultados de la psicometría, la diferencia entre enfoque categorial y dimensional, la etiologia, la cuestión del rasgo y del estado y la de la estabilidad del diagnóstico, se ha sugerido que un mejor conocimiento de los debates al rededor de la defini-

ción del desorden de la personalidad permitiría al clínico esclarecer las sutilezas necesarias al diagnóstico y al establecimiento de un plan de tratamiento. Más allá del conocimiento de los criterios categoriales del DSM, para el clínico es una ventaja familiarizarse con las nociones de los rasgos, dimesiones y temperamento para comprender mejor los desarrollos de la investigación sobre la etiología des desorden de la personalidad.