

Dépression et troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité sont fréquemment associés à la dépression. La nature de ce lien est variable et complexe. Leur identification en médecine générale est importante, car le pronostic est moins bon au cours des dépressions traitées lorsqu'il existe un trouble de la personnalité associé, surtout si ce dernier diagnostic n'est pas reconnu et pris en compte dans le traitement.

Julien-Daniel Guelfi *

L'analyse de l'association entre dépression et troubles de la personnalité permet de façon quelque peu schématique – mais pragmatique – de distinguer 4 cas de figure :¹⁻³

– les troubles de la personnalité, qui au cours de leur évolution se compliquent d'épisodes dépressifs ;

– les dépressions récurrentes, qui au fil des récurrences modifient la personnalité et compliquent le tableau clinique, l'évolution et le traitement ;

– les dépressions survenant dans le cadre d'un trouble « bipolaire » de l'humeur ;

– les cas, enfin, où les frontières entre personnalité et dépression sont incertaines, discutées ; c'est le cas des personnalités vulnérables à la dépression (personnalités dites dépressives ou tempéraments dépressifs, des dépressions mineures chroniques souvent qualifiées de dysthymies, voire de « doubles dépressions » lorsque des recrudescences symptomatiques dépressives manifestes surviennent périodiquement sur un fond dépressif persistant).

CE QUI EST NOUVEAU

- La méta-analyse des études publiées sur le trouble de la personnalité et le pronostic de la dépression.⁶
- La présence concomitante d'un trouble de la personnalité chez un patient ayant une dépression est associée à une probabilité 2 fois plus élevée de réponse thérapeutique défavorable que chez un patient ayant une dépression isolée.
- Il y a une tendance à obtenir de moins bons résultats en psychothérapie lorsqu'il existe un trouble de la personnalité associé (10 % de résultats défavorables supplémentaires).
- L'effort des recherches actuelles doit porter sur le meilleur traitement possible des 2 entités considérées séparément.

DÉFINITIONS

Selon la classification internationale des maladies⁴ et la classification américaine des troubles mentaux,⁵ les troubles de la personnalité consistent en des modes durables de conduites et d'expériences vécues qui dévient notablement de ce qui est attendu dans la culture d'un individu et qui se manifestent dans au moins 2 des secteurs suivants

* Université Paris V-René Descartes, clinique des maladies mentales et de l'encéphale (service du Pr Rouillon), hôpital Sainte-Anne, 75674 Paris Cedex 14. Courriel : jd.guelfi@ch-sainte-anne.fr

de la personnalité : le fonctionnement cognitif, le fonctionnement affectif, les relations interpersonnelles et le contrôle des impulsions. Ces modes de conduites et de fonctionnement psychologique entrent dans un cadre franchement pathologique lorsqu'ils sont « envahissants et rigides, stables dans le temps et qu'ils sont la source soit de souffrance personnelle soit d'une altération significative du fonctionnement (socioprofessionnel, affectif) ».

La classification américaine du DSM-IV distingue schématiquement 10 troubles de la personnalité classés en 3 types distincts :

- une première variété de troubles (cluster A) rassemble des personnalités faites de distance et de réserve, voire de bizarrerie par rapport à autrui ; ce sont les personnalités paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques ;
- les personnalités du deuxième groupe (cluster B) sont des personnalités théâtrales, émotives, capricieuses ; elles regroupent les personnalités antisociales, borderline, histrioniques et narcissiques ;
- les personnalités du cluster C sont des personnalités anxieuses, craintives souvent inhibées ; elles regroupent les personnalités évitantes, dépendantes et obsessionnelles compulsives.

Plusieurs de ces variétés de troubles de la personnalité semblent particulièrement exposées à des « décompensations » ou à des « complications » dépressives ; il en est ainsi :

- des sujets paranoïaques, hyper-méfiant, soupçonneux qui interprètent systématiquement comme malveillants les actes d'autrui ;
- des personnalités borderline impulsives et instables dont les relations interindividuelles sont marquées du sceau de l'instabilité (instabilité des affects, de l'image de soi, de la hiérarchie des valeurs, avec fluctuations de l'humeur, alternance entre espoirs excessifs et découragement profond, idéalisation et dévalorisation d'autrui) ;
- des personnalités histrioniques, toujours en quête d'attention avec une hyperréactivité émotionnelle superficielle ;
- des personnalités narcissiques qui se sentent toujours insuffisamment reconnues et admirées.

La souffrance est aussi marquée chez les personnalités évitantes qui ne se sentent jamais à la hauteur, qui sont hypersensibles aux jugements d'autrui, et chez les personnalités dépendantes, avec leur besoin excessif de soutien et de prise en charge.

De très nombreux sujets ont en réalité un mélange de traits de personnalité appartenant à tel ou tel type et ces personnalités complexes, mixtes, sévèrement handicapées sont les plus difficiles à prendre en charge.

Menacées aussi d'épisodes dépressifs sont ces personnalités qui ne sont pas individualisées par toutes les classifications comme les personnalités passives-agressives qui ont des attitudes générales négatives vis-à-vis d'autrui et résistent passivement et les personnalités dépressives chez qui nombre de cognitions et de comportements sont de type dépressif.

ÉPISODES DÉPRESSIFS RÉCURRENTS ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Les études réalisées sont très hétérogènes. Dans une revue générale⁷ effectuée en 1996, il était montré que la fréquence des troubles de la personnalité chez les patients ayant une dépression majeure caractérisée pouvait varier de 20 à 50 % chez les patients hospitalisés et de 50 à 85 % chez des patients ambulatoires (v. tableau).

La grande variabilité des résultats est liée à la diversité des échantillons, des instruments utilisés pour faire le diagnostic du trouble de la personnalité et du moment où ce diagnostic est fait.⁸

Ainsi, il est imprudent de faire un diagnostic de trouble de la personnalité pour la première fois chez un patient qui traverse un épisode dépressif. La dépression entraîne en effet des modifications d'attitudes et de comportements qui s'avèrent réversibles, disparaissant après la dépression, témoignant non pas d'un trouble de la personnalité mais d'une réaction de la personnalité à la dépression : par exemple accentuation du névrosisme, de l'introversion et de l'évitement du danger, diminution de l'extraversion, de la confiance en soi et de l'estime de soi, etc.

Le diagnostic de trouble de la personnalité nécessite donc une bonne connaissance des antécédents du patient (car les particularités de fonctionnement d'une personnalité pathologique sont perceptibles dès l'adolescence et au début de l'âge adulte) et une évaluation faite quelques mois après la rémission d'un épisode dépressif.

Dans certains cas, le témoignage de proches peut aider au diagnostic ; il en est de même de certains tests psychométriques comme les tests projectifs ou d'entretiens semi-

Association entre un trouble de la personnalité et une dépression caractérisée*

PERSONNALITÉS	AMBULATOIRES	HOSPITALISÉS
	PRÉVALENCE (%)	
■ Paranoïaque	5	1 à 5
■ Schizoïde	2	1 à 5
■ Schizotypique	6	1 à 9
■ Antisociale		1 à 12
■ Borderline	10	10 à 30
■ Histrionique	10	15
■ Narcissique		1 à 15
■ Évitante	30 à 50	5 à 15
■ Dépendante	50	5 à 15
■ Obsessionnelle	10 à 20	5

Tableau 1 D'après la réf. 7 ; * épisode actuel.

structurés qui visent à vérifier la présence ou non des critères diagnostiques des troubles de la personnalité.

Ces investigations doivent – de toutes les manières – être envisagées en dehors d'un épisode dépressif et elles nécessitent une durée suffisante (1 h 30 à 2 h 00).

DÉPRESSION BIPOLAIRE ET TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ

Les études empiriques de personnalité effectuées chez des patients bipolaires sont rares et leurs conclusions sont, dans l'ensemble, peu probantes. En effet, la plupart des travaux anciens n'offrent pas de garanties méthodologiques suffisantes, concernant surtout le moment de l'évaluation de la personnalité par rapport aux épisodes de trouble de l'humeur. D'autre part – lorsque cette évaluation est bien effectuée en dehors d'un épisode thymique – il est difficile d'affirmer que les éventuelles anomalies identifiées sont la marque d'une personnalité prémorbide et non celle d'un épisode thymique à minima ou une conséquence des épisodes thymiques. Selon un auteur comme Hagop Akiskal en effet « le tempérament cyclothymique » est peut-être le témoin d'un trouble bipolaire à minima ; il possède des caractéristiques souvent confondues avec les traits de personnalité borderline, et le « tempérament hyperthymique » partage des traits avec ceux des personnalités narcissiques ou obsessionnelles-compulsives.

PERSONNALITÉ DÉPRESSIVE

La personnalité dépressive ainsi que les relations entre trouble de la personnalité et dépression mineure chronique (dysthymie) sont des domaines d'actualité encore controversés à ce jour.

La personnalité dépressive individualisée en tant que catégorie diagnostique à l'essai dans la classification américaine DSM-IV correspond à des sujets qui sont, la plupart du temps, moroses avec une humeur sombre, triste, abattue, sans joie, avec l'impression de ne jamais être à la hauteur, une faible estime de soi, une tendance aux reproches, à l'autodépréciation, aux remords, aux ruminations, aux soucis et à une vision négative de soi-même et des autres. Ces sujets sont plus exposés au cours de leur vie à des épisodes dépressifs majeurs ou à une dépression chronique que la population générale.⁹

Malgré l'existence d'un chevauchement entre ces divers diagnostics, plusieurs études récentes plaident en faveur de l'autonomie justifiée des diagnostics de personnalité dépressive et de dysthymie.

L'estime de soi basse et le sentiment chronique d'être sans espoir sont communs aux deux concepts. Néanmoins, au sein du « spectre dépressif », il semble que l'on ait intérêt à maintenir une distinction entre traits de personnalité dépressifs, dépressions épisodiques et dépression chronique de type dysthymique.¹⁰

POUR LA PRATIQUE

- Devant tout syndrome dépressif, rechercher les éléments qui peuvent faire penser à un trouble de la personnalité associé.
- En cas de doute diagnostique, interroger si possible des proches, et demander une investigation complémentaire clinique ou psychométrique à distance de l'épisode dépressif.
- Le trouble de la personnalité associé complique le traitement et aggrave le pronostic.
- La prise en compte du trouble de la personnalité est utile pour améliorer l'observance du traitement et la qualité de l'alliance thérapeutique.
- Une fois la dépression traitée, la meilleure approche thérapeutique pour le trouble de la personnalité doit être discutée entre le patient et un spécialiste.
- Le psychothérapeute doit, en règle générale, être distinct du médecin prescripteur du traitement antidépresseur.

PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES

Devant une dépression caractérisée survenant sur un trouble de la personnalité c'est le traitement de la dépression qui doit être envisagé en premier lieu.¹¹

Le pronostic est rendu plus grave en raison même du trouble de la personnalité associé.

Ainsi, le risque de suicide, l'anxiété, l'idéation suicidaire, l'isolement, les difficultés relationnelles et le risque de mauvaise observance médicamenteuse sont aggravés par le trouble de la personnalité.

Les indications d'une hospitalisation initiale sont donc, dans l'ensemble, plus fréquentes en cas de trouble de la personnalité associé. Dans certains cas cependant, l'hospitalisation comprend en elle-même des inconvénients en dehors même de son coût élevé ; c'est le cas des dépressions survenant chez des personnalités histrioniques ; c'est le cas aussi de certaines hospitalisations à répétition chez les personnalités borderline pour lesquelles des hospitalisations prolongées ne sont a priori pas souhaitables, mais pas toujours évitables !

Les traitements antidépresseurs sont réputés être moins efficaces en cas de trouble de la personnalité associé.

Il serait plus exact de dire que le traitement optimal de la dépression est plus rarement suivi par les déprimés ayant un trouble de la personnalité. L'observance du traitement, l'alliance thérapeutique sont en effet moindres dans ce cadre. Les effets secondaires des traitements médicamenteux sont plus fréquents et plus intenses. Les tranquillisants et les hypnotiques sont susceptibles de faire l'objet d'abus, voire de dépendance. Les pathologies liées à un stress, les abus de substances – alcool ou drogues – sont plus fréquents, etc.

Toutes ces circonstances expliquent que des efforts particuliers doivent être faits pour que les traitements

antidépresseurs prescrits soient effectivement pris et régulièrement suivis.

Même si on doit privilégier le trouble dépressif dans la hiérarchie des traitements à envisager, il faut donc tenir compte d'emblée de la personnalité dans la prise en charge.¹¹

Face aux personnalités dépendantes, aux personnalités borderline et à leurs demandes excessives, il est nécessaire de reconnaître avec empathie le besoin d'être rassuré et la crainte de la solitude, mais il faut aussi préciser des limites claires et stables au cadre thérapeutique.

Face aux personnalités obsessionnelles scrupuleuses, il faut respecter le besoin de contrôle des patients et leur proposer de participer activement aux différentes étapes de la démarche thérapeutique.

Face à la dramatisation et aux attitudes manipulatrices des personnalités histrioniques, il faut savoir associer proximité et distance suffisantes.

Face à la manipulation des personnalités antisociales qui peuvent mettre en avant des affects dépressifs pour obtenir un hébergement-refuge ou une ordonnance de produits toxiques, il faut savoir se montrer particulièrement prudent et mettre l'accent sur les limites du cadre thérapeutique.

Face à la méfiance paranoïaque, les différentes attitudes

médicales et les gestes thérapeutiques doivent être expliqués de façon précise et détaillée, comme les avantages et les risques des principaux traitements possibles.

À distance d'un épisode dépressif, l'abord psychothérapeutique du trouble de la personnalité doit être systématiquement envisagé. Le meilleur abord à préconiser dépend des attentes du patient, de son désir de changement, de ses facultés de fantasmatisation, de la richesse et de la diversité du fonctionnement de sa pensée.

Selon les cas, une approche psychodynamique psychanalytique, une approche cognitivo-comportementale individuelle ou de groupe est envisagée.

La psychothérapie des personnalités borderline est toujours particulièrement délicate en raison de l'impulsivité et de l'instabilité de ces patients avec des fluctuations incessantes de leur souffrance et de leurs besoins exprimés. L'approche cognitive et l'approche psychodynamique mettent l'accent sur l'intérêt d'un contrat préalable entre les patients et les thérapeutes. Le plus souvent, il est préférable que le médecin prescripteur et le psychothérapeute soient des personnes distinctes mais susceptibles de communiquer entre elles, avec l'accord des patients, pour garantir la meilleure cohérence thérapeutique possible. ■

SUMMARY Depression and personality disorders

The association between depressive disorders and personality disorders is frequent. They need to be acknowledged in general practice for a better treatment (therapeutic alliance, compliance). Twenty to 50% of psychiatric inpatients and 50 to 85% of outpatients with a major depressive episode also have an associated personality disorder, most frequently borderline, avoidant, dependent or obsessive. These associations, as well as the so-called depressive personality disorder, have many implications for other persistent mood disorders such as dysthymic disorders. This article discusses the therapeutic options for an optimal treatment of these disorders.

Rev Prat 2008 ; 58 : 373-6

RÉSUMÉ Dépression et troubles de la personnalité

L'association de troubles de la personnalité avec les troubles dépressifs est fréquente. Leur reconnaissance est importante pour un meilleur traitement (observance, alliance thérapeutique). Vingt à 50 % des patients hospitalisés en psychiatrie et 50 à 85 % des patients ambulatoires ont conjointement une dépression caractérisée et un trouble de la personnalité, le plus souvent de type borderline, évitant, dépendant ou obsessionnel. Ces associations, de même que la personnalité dépressive, ont des conséquences sur le pronostic à long terme, notamment sur la survenue d'autres troubles de l'humeur comme la dysthymie. Les considérations thérapeutiques à propos de ces associations sont discutées.

RÉFÉRENCES

- Féline A, Guelfi JD, Hardy P (Dir).** Les troubles de la personnalité. Paris: Médecine Sciences Flammarion, 2002.
- Corruble E.** Troubles de la personnalité et troubles dépressifs majeurs unipolaires. In: Les troubles de la personnalité. Féline A, Guelfi JD, Hardy P (Dir). Paris: Médecine Sciences Flammarion, 2002:294-303.
- Corruble E, Chaudot C, Hardy P.** Dépression et troubles de la personnalité. In: Les maladies dépressives, 2^e édition, Olié JP, Poirier MF, Léo H (Dir). Paris: Médecine Sciences Flammarion, 2003:219-27.
- Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement – CIM-10/ICD-10.** Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic par l'Organisation mondiale de la santé (Genève). Traduction de l'anglais coordonnée par Pull CB. Paris: Masson, 1994.
- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux - texte révisé - DSM-IV-TR** (Washington DC 2000). Traduction française coordonnée par Guelfi JD, Crocq MA, et al. Paris: Masson, 2003.
- Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T.** Trouble de la personnalité et pronostic de la dépression: méta-analyse des études publiées. Br J Psychiatry 2006;188:13-20.
- Corruble E, Ginestet D, Guelfi JD.** Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: a review. J Aff Disord 1996;37:157-70.
- Guelfi JD, Corruble E, Duret C, et al.** Personnalité et troubles de l'humeur. Paris: Doin, Coll. Références en psychiatrie, 1999.
- Kwon JS, Kim YM, Chang CG, et al.** Three-year follow-up of women with the sole diagnostic of depressive personality disorder: subsequent development of dysthymia and major depression. Am J Psychiatry 2000;157:1966-72.
- Laptook RS, Klein DN, Dougherty LR.** Ten-year stability of depressive personality disorder in depressed outpatients. Am J Psychiatry 2006; 163:865-71.
- Guelfi JD, Rouillon F (Dir).** Manuel de psychiatrie. Paris: Masson, 2007.

L'auteur déclare avoir participé à des interventions ponctuelles sous des formes diverses pour de nombreuses entreprises (Boehringer Ingelheim, Wyeth, Lilly, Servier, Lafon, Sanofi, etc.) et avoir plus particulièrement conseillé Lilly à propos de « Olanzapine et troubles de la personnalité ».

TOUS DROITS RÉSERVÉS - LA REVUE DU PRATICIEN