



HAL
open science

Le process communication modèle comme outil d'évaluation et de prise en charge : application aux troubles de la personnalité

Rémi Chedeville

► **To cite this version:**

Rémi Chedeville. Le process communication modèle comme outil d'évaluation et de prise en charge : application aux troubles de la personnalité. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03552319

HAL Id: dumas-03552319

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03552319v1>

Submitted on 2 Feb 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN NORMANDIE

UFR SANTÉ

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2020/2021

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 29 septembre 2021

par

Mr CHEDEVILLE Rémi

Né le 18/07/1992 à Caen (*Calvados*)

TITRE DE LA THÈSE :

**Le Process Communication Modèle comme outil d'évaluation et de prise en charge :
Application aux troubles de la personnalité**

Président : Monsieur le Professeur DELAMILLIEURE Pascal

Membres du jury : Monsieur le Docteur TRÉHOUT Maxime

Monsieur le Docteur CHABOT Benoit

Directeur de thèse : Docteur TRÉHOUT Maxime

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes

Mme DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M. DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M. DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M. ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M. FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M. GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M. GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. HAMON Martial	Cardiologie
Mme HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M. HANOUS Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M. HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M. HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M. JOUBERT Michael	Endocrinologie
M. LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M. LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M. LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M. MAHE Marc-André	Cancérologie
M. MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M. MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M. MARTINAUD Olivier	Neurologie
M. MAUREL Jean	Chirurgie générale
M. MILLIEZ Paul	Cardiologie
M. MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M. MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M. NORMAND Hervé	Physiologie
M. PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication

M. PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M. QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
Mme RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M. REPESSE Yohann	Hématologie
M. REZNIK Yves	Endocrinologie
M. ROD Julien	Chirurgie infantile
M. ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme THARIAT Juliette	Radiothérapie
M. TILLOU Xavier	Urologie
M. TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M. VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M. VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme BELLOT Anne	Pédiatrie
M. DE LA SAYETTE Vincent	Neurologie
M. GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M. LE BAS François	Médecine Générale
M. SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme LELEU Solveig	Anglais
--------------------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M. DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M. GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M. HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M. HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M. LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. LEPORRIER Michel	Hématologie
M. RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile

M. TROUSSARD Xavier

Hématologie

M. VIADER Fausto

Neurologie

Année Universitaire 2020/2021**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M. BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M. BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M. BROSSIER David	Pédiatrie
M. COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M. CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M. DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme DUPONT Claire	Pédiatrie
M. ÉTARD Olivier	Physiologie
M. GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M. GRUCHY Nicolas	Génétique
M. ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M. JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme KRIEGER Sophie	Pharmacie
M. LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M. MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M. MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M. MOLIN Arnaud	Génétique
M. SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie

M. SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M. TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M. VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUMBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M. BANSARD Mathieu	Médecine générale
M. COUETTE Pierre-André	Médecine générale
Mme NOEL DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M. PITHON Anni	Médecine générale
M. SAINMONT Nicolas	Médecine générale
Mme SCHONBRODT Laure	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme DEBRUYNE Danièle	Pharmacologie fondamentale
Mme DERLON-BOREL Annie	Hématologie
Mme LEPORRIER Nathalie	Génétique

Remerciements

Je tiens à remercier le Docteur Maxime Tréhout pour son encadrement et ses conseils que ce soit au cours de mes stages ou dans le cadre de ce travail.
Merci pour ta disponibilité et ta réassurance constante.

Je remercie également le Professeur Pascal Delamillieure pour son accompagnement constant tout au long de mon internat et de mon externat et avoir su conforter mon désir de plonger complètement dans cette spécialité si particulière.

Merci au Docteur Benoit Chabot d'avoir accepté de prendre part à l'évaluation de ce travail grâce à son expertise dans le domaine de l'accompagnement.

Merci à Kahler Communication France et plus particulièrement à Patrice Dubourg, David Fernandez et Gérard Collignon pour leur écoute et l'intérêt porté à ce travail

Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe du CAMP d'Hérouville Saint Clair pour m'avoir supporté au cours de ces trois semestres d'internat en leur compagnie, d'avoir bien voulu m'offrir une écoute et un soutien, ainsi que pour la réalisation des questionnaires.

Merci à l'ensemble des médecins, infirmiers, personnel paramédical, agents d'entretien et secrétaires qui ont croisé ma route au cours de mon internat, qui ont pu participer à l'enrichissement de mes connaissances et qui m'ont accompagné au cours de ce cursus.

Merci aux patients que j'ai pu accompagner et qui m'ont permis de devenir meilleur dans ma communication grâce à leur retour et leur histoire. Merci également à tous ceux qui ont accepté de participer à la réalisation de ce travail à travers la réponse aux questionnaires.

Un très grand merci à ma famille qui a su me soutenir, m'accompagner et m'aider pour l'ensemble de mes choix au cours de mon parcours et ceci parfois au prix de nombreuses insomnies.

Merci à mes correctrices attitrées qui ont eu énormément de travail avec cette thèse et sans qui la compréhension aurait été encore plus compliquée.

Enfin, merci à mes amis et surtout à la maman chat de Base Rebelle qui a réussi à s'adapter et à supporter ce petit Rêveur de Phase Travaillomane très régulièrement en stress et pas toujours simple à comprendre.

Abréviations

ADP-IV: Assessment of DSM-IV Personality Disorders

AT: Analyse Transactionnelle

CAMP: Centre d'Accueil Médico-Psychologique

CIM: Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes

DAPP-BQ: Dimensional Assessment of Personality Pathology Basic Questionnaire

DIP: DSM-IV and ICD-10 Personality

DPQ: The Dependent Personality Questionnaire

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD: International Classification of Diseases

IDP: Inventaire De personnalités

IPDE: International Personality Disorder Examination

KCF: Kahler Communication France

MBTI: Myers-Briggs Type Indicator

MCMI-IV: Inventaire Multiaxial Clinique de Million

MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory, 2ème version

NEO-PI-R: Neo Personality Inventory Revised edition

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PAI: Personality Assessment Inventory

PCM: Process Communication Modèle

PDQ-4: Personality Diagnostic Questionnaire

PPI: Personality Pattern Inventory

PTM: Process Thérapie Modèle

REBT: Rational Emotive Behavior Therapy

SCID-II: Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II personality Disorders

SIDP-IV: Structured Interview for DSM-IV Personality

SIFFM: Structured Interview for Five Factor Model

SNAP: Schedule for Non-adaptative and Adaptative Personality

SPQ: Schizotypal Personality Questionnaire

TAT: Thematic Apperception Test

TP: Trouble de Personnalité

YSQ-3: Young Schema Questionnaire

Tableaux et figures

Tableaux :

Tableau 1 : Résumé des grandes théories de la personnalité	6
Tableau 2 : Comparatif entre le DSM-5 et la CIM-11 dans la définition des troubles de la personnalité	8
Tableau 3 : Les différentes catégories des troubles de la personnalité selon le DSM-5	9
Tableau 4 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité paranoïaque	12
Tableau 5 : Étiopathogénie du trouble de la personnalité paranoïaque selon les différents modèles théoriques	13
Tableau 6 : Résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité paranoïaque	14
Tableau 7 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité schizoïde	15
Tableau 8 : Étiopathogénie du trouble de la personnalité schizoïde selon les différents modèles théoriques	16
Tableau 9 : Résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité schizoïde	17
Tableau 10 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité schizotypique	19
Tableau 11 : Étiopathogénie du trouble de la personnalité schizotypique selon les différents modèles théoriques.....	19
Tableau 12 : Résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité schizotypique ..	20
Tableau 13 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité antisociale.....	22
Tableau 14 : Étiopathogénie du trouble de la personnalité antisociale selon les différents modèles théoriques	23
Tableau 15 : Résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité antisociale.....	23
Tableau 16 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité borderline.....	24
Tableau 17 : Étiopathogénie du trouble de la personnalité borderline selon les différents modèles théoriques	25
Tableau 18 : Résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité borderline.....	26
Tableau 19 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité histrionique	27
Tableau 20 : Étiopathogénie du trouble de la personnalité histrionique selon les différents modèles théoriques	28
Tableau 21: Résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité histrionique	29
Tableau 22 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité narcissique	30
Tableau 23 : Étiopathogénie du trouble de la personnalité narcissique selon les différents modèles théoriques	31
Tableau 24 : Résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité narcissique	32
Tableau 25 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité évitante	33
Tableau 26 : Étiopathogénie du trouble de la personnalité évitante selon les différents modèles théoriques	34
Tableau 27 : Résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité évitante	34

Tableau 28 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive.....	35
Tableau 29 : Étiopathogénie du trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive selon les différents modèles théoriques.....	36
Tableau 30 : Résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive.....	36
Tableau 31 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité dépendante.....	37
Tableau 32 : Étiopathogénie du trouble de la personnalité dépendante selon les différents modèles théoriques.....	38
Tableau 33 : Résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité dépendante.....	39
Tableau 34 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité passive-agressive.....	40
Tableau 35 : Étiopathogénie du trouble de la personnalité passive-agressive selon les différents modèles théoriques.....	40
Tableau 36 : Résumé du trouble de la personnalité passive-agressive.....	41
Tableau 37 : Méthodes d'évaluation de la personnalité selon l'approche critériologique.....	43
Tableau 38 : Méthodes d'évaluation de la personnalité selon l'approche dimensionnelle.....	44
Tableau 39 : Méthodes d'évaluation annexes de la personnalité et du fonctionnement d'un individu.....	45
Tableau 40 : Mise en lien des différentes étapes de développement avec les Problématiques et les Phases associées.....	53
Tableau 41 : Exemples d'indices verbaux selon les Perceptions.....	60
Tableau 42 : Tableau récapitulatif des Parties de la personnalité.....	62
Tableau 43 : Résumé des différents Canaux de communication.....	63
Tableau 44 : Résumé des Besoins psychologiques selon les Phases.....	66
Tableau 45 : Résumé des éléments de communication.....	68
Tableau 46 : Synthèse des Drivers selon le Type de personnalité.....	70
Tableau 47 : Masque de l'Attaquant.....	72
Tableau 48 : Masque de Blâmeur.....	73
Tableau 49 : Masque de Geignard.....	73
Tableau 50 : Signaux d'alerte et mécanismes d'échec de chaque Phase.....	73
Tableau 51 : Corrélations entre Phase et Rôle du triangle de Karpman.....	75
Tableau 52 : Les quatre Mythes.....	75
Tableau 53 : Émotions de substitution exprimées et émotions authentiques selon les Phases.....	76
Tableau 54 : Injonctions Primaires et Secondaires pouvant s'activer selon la Phase.....	78
Tableau 55 : Manifestations Scénariques selon le Type de personnalité.....	80
Tableau 56 : Résumé des composantes du second niveau de stress selon les Phases.....	81
Tableau 57 : Résumé des vécus liés au 3ème niveau de stress.....	82
Tableau 58 : Récapitulatif des niveaux de stress selon les Phases.....	83
Tableau 59 : Résumé des Problématiques et des Émotions associées à chaque Phase.....	86
Tableau 60 : Caractéristiques du profil Travaillomane.....	94

Tableau 61 : Caractéristiques du profil Persévérant.....	95
Tableau 62 : Caractéristiques du profil Rêveur.....	97
Tableau 63 : Caractéristiques du profil Promoteur	98
Tableau 64 : Caractéristiques du profil Rebelle.....	100
Tableau 65 : Caractéristiques du profil Empathique.....	101
Tableau 66 : Correspondance entre Mini-scénario et Adaptation	102
Tableau 67 : Comparatif des caractéristiques du profil Persévérant et du trouble de personnalité paranoïaque.....	104
Tableau 68 : Comparatif des caractéristiques du profil Rêveur et du trouble de la personnalité schizoïde.....	105
Tableau 69 : Comparatif des caractéristiques des profils Rêveur et Persévérant avec le trouble de personnalité schizotypique.....	107
Tableau 70 : Comparatif du profil Promoteur avec le trouble de personnalité antisociale.....	108
Tableau 71 : Comparatif des caractéristiques des profils Promoteur et Rebelle avec le trouble de personnalité borderline	112
Tableau 72 : Comparatif des caractéristiques du profil Empathique avec le trouble de personnalité histrionique.....	113
Tableau 73 : Comparatif des caractéristiques des profils Travaillomane et Promoteur avec le trouble de personnalité narcissique	115
Tableau 74 : Comparatif des caractéristiques du profil Rêveur et d'une combinaison du type Travaillomane-Empathique avec le trouble de personnalité évitante	118
Tableau 75 : Comparatif des caractéristiques du profil Empathique avec le trouble de personnalité dépendante.....	119
Tableau 76 : Comparatif des caractéristiques du profil Travaillomane et du profil Persévérant avec le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive	120
Tableau 77 : Comparatif des caractéristiques du profil Rebelle avec le trouble de personnalité passive-agressive	122
Tableau 78 : Résultats des questionnaires IDP et PDQ-4.....	131
Tableau 79 : Répartition des patients présentant un trouble de personnalité selon le PDQ-4 dans la population étudiée.....	131
Tableau 80 : Répartition des configurations PCM selon l'IDP dans la population étudiée	132
Tableau 81 : Résultats des correspondances entre hypothèses PCM et TP au sein de la population étudiée	133
Tableau 82 : Le modèle BASIC-Ph de Dr LAHAD	141
Tableau 83 : Hypothèse de rapprochement entre profil PCM et trouble de l'axe I du DSM	145

Figures :

Figure 1 : Exemple d'un « immeuble de la personnalité »	48
Figure 2 : Exemple d'« immeuble de la personnalité » avec Phase vécue	51
Figure 3 : Matrice d'identification de la Base	58
Figure 4 : Triangle dramatique de Karpman	74
Figure 6 : Flowchart de l'étude.....	126

Annexes :

Annexe 1 : Caractéristiques de la Psychopathie selon Cleckley	154
Annexe 2 : Exemples d'interventions positives vis à vis des Besoins Psychologiques	156
Annexe 3 : Personality Diagnostic Questionnaire PDQ-4 +.....	161
Annexe 4 : Feuille de cotation de l'échelle PDQ4+	162
Annexe 5 : Échelle de signification clinique PDQ4+	163
Annexe 6 : Approche alternative de la personnalité selon le DSM-5.....	164

Lexique

Adaptation : Correspondance en termes de diagnostic médical de l'activation trop importante d'une séquence Mini-scénarique.

Alliance thérapeutique : Relation entre un soignant et son patient permettant de construire en collaboration le cadre du travail thérapeutique.

Base : Type de personnalité principal défini par le Process Communication Modèle comme étant innée et définissant le Canal de communication et la Perception préférentiels d'une personne.

Besoin psychologique : Désir puissant que nous cherchons à satisfaire consciemment ou non consciemment.

Canal de communication : Ensemble de comportements présents chez une personne cherchant à initier une communication (offre) et ensemble de comportements attendus chez la personne recevant la communication (acceptation de l'offre ou réponse).

Cave : Ensemble de comportements observables lors d'un deuxième niveau de stress.

Changement de Phase : Processus apparaissant suite à l'expression de l'émotion authentique et aboutissant en un changement de la Phase active.

Cluster : Groupement d'un petit nombre d'objets.

Drivers : Ensemble de signaux verbaux et/ou non verbaux indiquant qu'une personne entre dans un premier degré de stress.

Émotion authentique : Émotion réelle que la personne éprouve face à une situation.

Émotion de substitution : Émotion souvent intellectualisée permettant de masquer une émotion authentique.

État du moi : Ensemble cohérent de pensées et de sentiments directement associés à un ensemble correspondant de comportements.

Fidélité inter juge : Concordance entre les résultats attribués par différents juges lors de l'évaluation à l'aide d'un instrument de mesure donné, d'un même sujet, au même moment et dans les mêmes conditions.

Injonction : Message négatif qui prohibe ou inhibe les comportements libres d'un individu.

Jeu psychologique : Série d'échanges (stimulus et réponses) effectués dans un ordre donné et dont le mobile se veut caché, progressant vers un résultat bien défini, prévisible.

Likert (échelle) : Outil psychométrique permettant de mesurer une attitude chez des individus.

Masque : Ensemble de comportements qu'une personne au cours de son second niveau de stress exprime afin de remplir son Besoin psychologique de Phase de façon négative.

Matrice d'identification : Outil graphique d'observation des préférences d'un individu dans son environnement permettant de suspecter une Base particulière.

Mécanisme d'échec : Ensemble de comportements, d'origine inconsciente, prévisibles et observables, apparaissant au deuxième niveau de stress comme des conséquences de la recherche de la satisfaction des Besoins psychologiques de manière négative.

Mécommunication : Échec de communication entre deux personnes du fait d'un message mal adressé ou mal reçu et pouvant entraîner un conflit ou une rupture de l'échange.

Mini-Scénario : Ensemble des comportements présents sur les trois niveaux de stress qu'un individu expérimente au cours de sa Phase.

Mythe : Croyance erronée servant de justification inconsciente permettant de valider et de faire perdurer des comportements inadaptés.

Oubliette : Ensemble de comportements et d'émotions négatives ressenties à travers le troisième degré de stress.

Partie de personnalité : Une Partie de personnalité est un ensemble cohérent de comportements verbaux et non verbaux que nous utilisons lorsque nous sommes en situation de communication.

Perception : Sorte de filtre à travers lequel nous expérimentons le monde.

Phase : Type de personnalité déterminant les motivations et la séquence de stress actuelle de la personne.

Position de vie comportementale : Croyance acquise durant l'enfance correspondant à la valeur qu'une personne s'accorde à elle-même et à l'autre.

Problématique : Tension interne inconsciente face à une situation difficile mettant en jeu l'expression d'une émotion authentique ou une émotion de substitution.

Question existentielle : Question plus ou moins consciente dont la résolution ou la confrontation impacte le ressenti émotionnel d'un individu.

Scénario : Croyance erronée provoquée par les Drivers qui se rejoue tout au long de la vie d'un individu et qui gagne en intensité selon le niveau de stress.

Signaux d'alerte : Ensemble de comportements ou de ressentis internes indiquant une non satisfaction positive des Besoins psychologiques.

Sommaire

Introduction	1
I. Les troubles de la personnalité.....	4
1. Définitions de la personnalité, du caractère et du tempérament	4
2. La conception de la personnalité selon les différentes théories.....	5
3. Le concept de normal et de pathologique.....	6
4. Définition d'un trouble de personnalité.....	7
5. Épidémiologie des troubles de la personnalité	9
5.1. Prévalence en population générale.....	9
5.2. Prévalence en population clinique.....	10
5.3. Limites des études de prévalence	10
6. Les dix troubles de la personnalité tels que définis dans le DSM-5.....	10
6.1. Trouble de la personnalité paranoïaque.....	11
6.2. Trouble de la personnalité schizoïde	15
6.3. Trouble de la personnalité schizotypique	18
6.4. Trouble de la personnalité antisociale	21
6.5. Trouble de la personnalité borderline	24
6.6. Trouble de la personnalité histrionique.....	27
6.7. Trouble de la personnalité narcissique	30
6.8. Trouble de la personnalité évitante	33
6.9. Trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive.....	35
6.10. Trouble de la personnalité dépendante	37
7. La personnalité passive-agressive du DSM-III	39
8. Les questionnaires diagnostiques pour les troubles de la personnalité.....	41
8.1. Évaluation de la personnalité selon le modèle critériologique	42
8.2. Évaluation de la personnalité selon le modèle dimensionnel.....	43
8.3. Autres méthodes d'évaluation	44
8.4. L'inventaire de personnalité de Kahler.....	45

II. Le Process Communication Modèle (PCM) : Un modèle d'évaluation de la personnalité 47

1. Origine du modèle	47
2. Méthode de structuration de la personnalité	49
2.1. La Base	49
2.2. La Phase.....	50
2.3. Étapes de développement et structure de la personnalité.....	52
3. Matrice d'identification de la Base	58
4. Les éléments de communication	59
4.1. Les Perceptions.....	59
4.2. Les Parties de la personnalité	60
4.3. Les Canaux de communication.....	63
4.4. Les Besoins psychologiques.....	64
4.5. Résumé des éléments de communication.....	67
5. Les niveaux de stress	69
5.1. Facteurs de stress niveau 1 : Drivers	69
5.2. Facteurs de stress niveau 2 : La Cave.....	71
5.3. Facteurs de stress niveau 3 : Les Oubliettes	82
5.4. Résumé des trois degrés de stress selon les Phases	83
6. Le Process Thérapie Modèle : un outil d'accompagnement de la personnalité	84
6.1. Les Besoins psychologiques.....	84
6.2. Accompagner une problématique de Phase	84
6.3. Le traitement des injonctions	92
7. Résumé des caractéristiques des six types de personnalité	93
7.1. Travaillomane.....	93
7.2. Persévérant	94
7.3. Rêveur	96
7.4. Promoteur.....	97
7.5. Rebelle.....	99
7.6. Empathique	100

III. Comparaison et mise en lien entre les troubles de personnalité et le profil PCM..... 102

1. Hypothèses de rapprochement entre les troubles de personnalité et la configuration PCM..... 102

- 1.1. Le trouble de la personnalité paranoïaque..... 103
- 1.2. Le trouble de la personnalité schizoïde 104
- 1.3. Le trouble de la personnalité schizotypique..... 106
- 1.4. Le trouble de la personnalité antisociale 108
- 1.5. Le trouble de la personnalité borderline 109
- 1.6. Le trouble de la personnalité histrionique..... 112
- 1.7. Le trouble de la personnalité narcissique..... 113
- 1.8. Le trouble de la personnalité évitante 116
- 1.9. Le trouble de la personnalité dépendante 118
- 1.10. Le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive..... 119
- 1.11. Le trouble de la personnalité passive-agressive 121

2. Étude pratique sur une population ambulatoire en CMP 122

- 2.1. Introduction 122
- 2.2. Matériels et méthodes..... 123
- 2.3. Résultats 126
- 2.4. Conclusion 135

IV. Intérêt et critiques du PCM dans les Troubles de la personnalité, perspectives pour l'avenir 137

1. Intérêt du Process Thérapie Modèle..... 137

- 1.1. Le travail sur l'alliance thérapeutique..... 137
- 1.2. Le Process Communication Modèle : catalyseur de l'Alliance thérapeutique ? 138
- 1.3. Le Process Thérapie Modèle : un mode de traitement des troubles de la personnalité ?
139
- 1.4. Le Process Communication Modèle : un modèle positif de la personnalité 139
- 1.5. Le Process Communication Modèle : un modèle transculturel ?..... 140

2. Limites et critiques du DSM et de l'approche PCM..... 141

- 2.1. Limites de la classification des troubles de la personnalité selon le DSM..... 141
- 2.2. Limites de l'approche PCM de Taibi Kahler 143

3. Perspectives pour l'avenir et pistes de recherches.....	148
3.1. Perspectives d'évolution pour les troubles de personnalité selon le DSM	148
3.2. Pistes de recherches pour le Process Communication Modèle	149
<i>Conclusion.....</i>	151
<i>Annexes</i>	154
<i>Bibliographie</i>	165

Introduction

L'évaluation de la personnalité a toujours été source de recherches et d'intérêt pour la communauté médicale et scientifique, nous en retrouvons d'ailleurs des traces avec Hippocrate et sa théorie des humeurs vers 400 avant Jésus Christ.

Le trouble de personnalité (TP) représente à l'heure actuelle la pathologie psychiatrique la plus fréquente dans le monde. Dans leur méta-analyse, Volkert et ses collègues mettaient en évidence que 12,6% de la population générale présentait au moins un TP (Volkert et al., 2018) et que la prévalence pouvait s'élever jusqu'à plus de 70% en population hospitalière (Marinangeli et al., 2000). Samuels (2011) a fait le constat pour sa part que les patients souffrant de TP présentaient très fréquemment des comorbidités somatiques ou psychiatriques.

L'ensemble TP engendre des coûts importants en termes de moyens et de soins, d'autant qu'à l'heure actuelle il n'existe pas de traitement médicamenteux recommandé et que la psychothérapie ne permet que rarement une guérison totale (Gabbard, 2000). Par ailleurs, il a été décrit depuis plusieurs années que l'efficacité d'une psychothérapie reposait avant tout sur la nature du lien entre le thérapeute et le patient (Luborsky et al., 1976). Ce constat est d'autant plus vrai pour les personnes souffrant de TP du fait des difficultés dans les relations interpersonnelles inhérentes à ce type de trouble (Bender, 2005).

Tout psychiatre, qu'il soit débutant ou expérimenté, se retrouve donc très vite confronté à des patients atteints par ce type de pathologie et avec lesquels il va devoir travailler en collaboration, tout en sachant justement que sa capacité à instaurer une relation de confiance risque d'être mise à mal.

Au cours de l'internat, quelques séminaires et cours sont souvent donnés aux jeunes internes en psychiatrie pour leur apprendre les rudiments du « savoir être » et les éléments à prendre en compte permettant la mise en place d'une relation de qualité avec un patient. Bien qu'indispensables, ces formations apportent très souvent des connaissances globales, utiles dans la plupart des relations humaines, mais souvent insuffisantes face aux difficultés que posent les TP.

Parfois imprévisibles et difficiles à gérer émotionnellement, les comportements des personnes atteints de TP m'ont, à titre personnel, mis en difficulté à de nombreuses reprises, mais ont toujours été source de curiosité et d'interrogations dans mon cursus. C'est notamment pour ces raisons que j'ai très vite cherché de nouveaux outils et de

nouvelles façons d'appréhender et de comprendre les spécificités des relations interpersonnelles (des personnes présentant un TP).

En 1969, Taibi Kahler met au point un modèle de communication et d'évaluation de la personnalité qu'il nomme Process Communication Modèle (PCM). Reposant sur des fondements dérivant de plusieurs courants théoriques et plus particulièrement de l'analyse transactionnelle (AT), il élabore une théorie permettant d'évaluer le fonctionnement d'un individu tout en modélisant des lignes de conduite afin de permettre une communication plus saine et plus efficace.

Découverte un peu par hasard, cette approche a assez vite attisé ma curiosité. L'ayant d'abord appréhendée comme un outil de connaissance de soi, puis comme un outil de communication dans mon quotidien, la question de son utilisation dans ma pratique professionnelle a émergé rapidement et a conduit depuis ce début d'année 2021 à la réalisation des formations proposées par Kahler Communication France sur le PCM et sur les trois premiers niveaux du Process Thérapie Modèle. Son utilisation à la fois pragmatique, mais également riche en connaissances, malgré la relative jeunesse du modèle, ont été autant d'arguments qui m'ont amené à me questionner sur sa possible utilisation dans le cadre des TP.

L'objectif de ce travail de thèse est donc de déterminer si le modèle développé par Kahler peut être rapproché aux TP tel que définis dans les recueils médicaux afin d'offrir de nouvelles perspectives dans l'accompagnement psychothérapeutique des personnes souffrant de TP.

Pour ce faire, nous allons aborder dans la première partie le concept de personnalité telle qu'elle a été définie à travers le temps et aux travers des différents courants théoriques. Nous nous attarderons ensuite sur la notion de TP avant de développer plus en détail les caractéristiques de chacun des TP. Puis, nous aborderons finalement les différents moyens existants à disposition du clinicien pour évaluer la personnalité d'un patient.

Dans la seconde partie, nous nous intéresserons au PCM en retraçant les grandes lignes ayant conduit à sa conception, tout en détaillant les composantes et les caractéristiques du modèle en lui-même. Nous évoquerons également l'apport thérapeutique que le modèle peut offrir au travers du Process Thérapie Modèle (PTM).

Dans la troisième partie, nous émettrons des hypothèses permettant de faire le lien entre les TP et les différents types de profils avancés par le PCM. Nous illustrerons ces

hypothèses à travers quelques cas cliniques qui justifieront ou non l'intérêt de recherches complémentaires sur le sujet, puis nous apporterons un regard critique sur les différents résultats obtenus.

Dans la quatrième et dernière partie, nous aborderons l'intérêt du modèle PCM dans une conception médicale de la personnalité, tout en apportant les limites du modèle de Kahler. Nous fournirons enfin quelques pistes de réflexions qu'il serait intéressant d'approfondir dans l'avenir.

I. Les troubles de la personnalité

1. Définitions de la personnalité, du caractère et du tempérament

Étymologiquement, le terme « personnalité » dérive du latin *persona* qui désignait le masque de théâtre antique grec. Celui-ci avait pour objectif de permettre à l'acteur d'incarner un rôle et pour le public de prédire l'action du comédien. Sur le plan médical, la première apparition du terme personnalité viendrait du livre de Ribot (1921) *Les maladies de la personnalité*. Pour Ribot, chaque individu sain dispose d'une conscience claire de lui-même et agit en conséquence. Il explique que la personnalité peut être atteinte par une maladie comme n'importe quelle autre fonction. Bien qu'étant la première définition médicale du terme, cette dernière reste très vague et soumise à interprétation. Allport (1937) relève quant à lui plus de cinquante définitions de la personnalité avant de donner sa propre définition : « Organisation dynamique des systèmes psychophysiques déterminant les comportements adaptatifs caractéristiques d'un individu à son environnement ».

Le psychologue Eysenck (1950) la définit comme « Une organisation plus ou moins ferme et durable du caractère, du tempérament, de l'intelligence et du physique » qui détermine son adaptation au milieu. La définition d'Eysenck fait apparaître deux grandes notions rattachées au concept de personnalité : le caractère et le tempérament.

Pour Cottraux il s'agit d'une « Intégration stable et individualisée d'un ensemble de comportements, d'émotions et de cognitions. Elle correspond aux modes de réactions émotives, cognitives et comportementales à l'environnement qui caractérisent chaque individu » (Cottraux & Blackburn, 2007).

Dans le langage courant, les termes de personnalité, de tempérament et de caractère sont parfois utilisés sans distinction, pourtant ils définissent des concepts bien spécifiques. Selon Lagache, le caractère correspond à « l'ensemble des dispositions et des aptitudes qui commandent la manière d'être et de réagir de l'individu dans ses rapports avec le monde extérieur et avec lui-même » (Lagache & Rosenblum, 1982). Autrement dit, le caractère équivaut aux éléments comportementaux et aux façons de réagir, spécifiques d'un individu, appris par le biais de l'environnement et des expériences.

Le tempérament, quant à lui, apparaît avec Hippocrate dans sa théorie des humeurs. Contrairement au caractère, il est le déterminant des manifestations comportementales et émotionnelles innées, endogènes ou biologiques de la personne (Guelfi, 2013).

2. La conception de la personnalité selon les différentes théories

La personnalité est un concept complexe dont la définition, l'origine et la classification fluctuent selon les courants de pensée. Les fondements de chaque théorie sont résumés au sein du **Tableau 1**.

Théorie	Fondements	Principaux contributeurs
<p>Néo-behavioriste</p> <p>(Watson, 1913)</p> <p>(Skinner, 1938)</p>	<p>La personnalité résulte directement des interactions entre l'individu et son environnement</p> <p>Elle est le résultat d'habitudes acquises et place la notion de motivation, de récompense et de frustration au centre des conduites comportementales</p>	<p>3 courants théoriques :</p> <p>La réflexologie de Pavlov</p> <p>Le behaviorisme de Watson</p> <p>Le conditionnement opérant de Thorndike et Skinner</p>
<p>Cognitive</p> <p>(Kelly, 1955)</p> <p>(Young et al., 2006)</p>	<p>Chaque individu perçoit et évalue le monde qui l'entoure en utilisant des concepts qui ont du sens pour lui</p> <p>Il interprète tout au long de sa vie, son environnement selon sa grille de lecture qui résulte de ses expériences antérieures</p> <p><u>Théorie des schémas de Young :</u> Un schéma est une disposition apparaissant dans l'enfance à travers les expériences vécues et qui influence la vie du sujet sous forme de croyances profondes sur le monde</p>	<p>Kelly</p> <p>Beck</p> <p>Young</p>
<p>Psychodynamique</p> <p>(Freud, 1923)</p> <p>(Lacan, 1960)</p>	<p>Repose sur les concepts de pulsions, de désirs, d'obstacles et de conflits</p> <p>La personnalité s'élabore suite au développement des pulsions de l'individu qui est soumis à des forces contradictoires et va devoir trouver un état d'équilibre</p> <p>Concept du Moi, du Surmoi et du Ça</p>	<p>Freud</p> <p>Lacan</p>
<p>Sociale et culturelle</p> <p>(Benedict, 2005)</p> <p>(Linton, 1968)</p>	<p>Chaque culture se définit par des valeurs centrales qui vont façonner les conduites et les représentations des individus qui y sont soumis</p>	<p>Mead</p> <p>Benedict</p> <p>Linton</p>

<p>Théorie des traits (Allport, 1937)</p> <p>(Costa & McCrae, 1990)</p>	<p>La personnalité est décrite en termes de traits, apparaissant comme des « différences individuelles dans les tendances à montrer des schémas cohérents de pensée, de sentiment et d'action »</p> <p>La personnalité est décrite au travers de cinq dimensions que sont : Le névrosisme (N), l'extraversion (E), l'ouverture aux expériences (O), l'agréabilité (A), et le caractère consciencieux (C)</p>	<p>Allport</p> <p>Costa et McCrae</p> <p>Goldberg</p>
<p>Typologie de la personnalité (Kretschmer & Jankélévitch, 1930)</p>	<p>L'individu pourrait être distingué en sous-ensembles à travers son tempérament. Les bases affectives et comportementales seraient d'origine biochimique et un excès ou un manque d'un composant conduirait à la maladie</p>	<p>Hippocrate, Galien, Kretschmer</p>
<p>Psychobiologique (Cloninger et al., 1993)</p>	<p>La personnalité se divise entre le caractère et le tempérament. Il existe quatre dimensions tempéramentales d'origine innée et trois dimensions de caractère acquis</p>	<p>Cloninger</p>

Tableau 1 : Résumé des grandes théories de la personnalité

3. Le concept de normal et de pathologique

En parallèle de cette multiplicité de courants de pensée, se pose également la question de la limite entre normalité et pathologie pour caractériser la personnalité d'un individu. Canguilhem (2013) a par exemple mis en évidence trois types de critères pouvant permettre de définir la limite entre le normal et le pathologique.

- La normalité statistique :

L'individu de référence est l'individu « moyen ». Elle repose sur la notion de fréquence et considère que les cas pathologiques sont ceux qui se trouvent aux fréquences extrêmes.

- La normalité idéale :

Il s'agit d'une conception « normative ». La personnalité pathologique est celle qui n'obéit pas aux règles sociétales. Le conformisme social serait donc une équivalence de la normalité.

- La normalité fonctionnelle :

L'individu est considéré comme normal quand il se trouve dans l'état qui lui est le plus approprié selon ses potentialités et ses caractéristiques propres.

A ces 3 critères, il convient d'ajouter l'influence de la normalité subjective de l'évaluateur. Il s'agit de l'appréciation d'un comportement, d'une attitude ou d'un mode de

pensée par l'observant vis-à-vis de la personne concernée et dont les références internes seront probablement différentes.

4. Définition d'un trouble de personnalité

La distinction entre le terme de maladie de la personnalité et de trouble de la personnalité, bien que souvent confondu, reste un sujet important. Kendell (2002) par exemple considère que les TP seraient plus de l'ordre d'un facteur de risque pour les autres troubles mentaux qu'une maladie en tant que telle. Zagury (2008) défend lui aussi cette distinction dans les termes en mettant en avant le risque de dérive politique et judiciaire qu'une confusion entre maladie et trouble entraînerait. Il fait un distinguo entre une personne présentant un trouble de personnalité qui commettrait un meurtre prémédité et une personne malade en proie à un trouble psychotique qui réaliserait un geste similaire, mais sous l'effet d'une décompensation délirante. La question du jugement et des mesures appropriées au décours se poseraient donc (prison, soins psychiatriques...) et pourraient entraîner d'après Zagury un glissement de la fonction judiciaire vers le domaine psychiatrique en cas de confusion des termes.

Actuellement, deux manuels de référence existent pour décrire et classifier les différents troubles psychiatriques en donnant notamment une définition générale des troubles de la personnalité (**Tableau 2**). Le premier est la « Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes » (CIM) qui est coordonnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Il s'agit d'un manuel dont le rôle de classification se veut statistique et qui sert de référence dans le codage des actes médicaux. Sa onzième édition date de 2019 et son application est prévue pour 2022 (World Health Organization, 2020). Nous évoquerons au cours de ce travail sa version antérieure, la CIM-10, car encore d'actualité au moment de la rédaction de cette thèse.

Le deuxième manuel que nous évoquerons et que nous utiliserons dans le cadre de ce travail est le "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM) ou « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » qui est publié par l'Association Américaine de Psychiatrie et a été traduit en français en 2015 (Association American Psychiatric, 2015). La première version de ce manuel date de 1952 et a été revisitée et adaptée à plusieurs reprises jusqu'à sa cinquième et actuelle version, publiée en 2013.

DSM-5	CIM-10
<p>A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévient notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu</p> <p>Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements) - L'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle) - Le fonctionnement interpersonnel - Le contrôle des impulsions 	<p>Modalités de comportement profondément enracinées et durables, consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Ces troubles représentent des déviations soit extrêmes soit significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée.</p>
<p>B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses</p>	<p>De tels types de comportements sont généralement stables et englobent de multiples domaines du comportement et du fonctionnement psychologique.</p>
<p>C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants</p>	<p>Ils sont souvent, mais pas toujours, associés à une souffrance subjective et à une altération du fonctionnement social d'intensité variable.</p>
<p>D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte</p>	<p>Certains de ces états et types de comportements apparaissent précocement au cours du développement individuel sous l'influence conjointe de facteurs constitutionnels et sociaux, tandis que d'autres sont acquis plus tard dans la vie.</p>
<p>E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental</p> <p>F. Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (par ex. : une drogue donnant lieu à un abus ou un médicament) ou d'une pathologie non-psychiatrique (par ex. : un traumatisme crânien)</p>	<p>Il s'agit de perturbations sévères de la personnalité et des tendances comportementales de l'individu, non directement imputables à une maladie, une lésion, ou une autre atteinte cérébrale, ou à un autre trouble psychiatrique.</p>

Tableau 2 : Comparatif entre le DSM-5 et la CIM-11 dans la définition des troubles de la personnalité

5. Épidémiologie des troubles de la personnalité

En se basant sur la définition générale des TP tels que définis au sein du DSM-5, dix types différents ont été mis en évidence et décrits. Le DSM-5 précise qu'il existe deux autres catégories sous le nom de « Modifications de la personnalité dues à une autre affection médicale » et de « Autres troubles de la personnalité spécifiés et troubles de la personnalité non spécifiés ».

Du fait de l'absence de critères précis et du manque de données, ces deux catégories ne seront pas prises en compte dans le cadre de ce travail.

Les dix types de TP décrits dans le DSM ont été regroupés au sein de 3 groupes (ou *clusters*) du fait de certaines caractéristiques communes (**Tableau 3**).

Clusters	Caractéristique principale	Type de personnalité
A	Psychotique	Paranoïaque Schizoïde Schizotypique
B	Émotionnelle	Antisociale Borderline Narcissique Histrionique
C	Anxieuse	Évitante Dépendante Obsessionnelle-compulsive

Tableau 3 : Les différentes catégories des troubles de la personnalité selon le DSM-5

Selon certaines études, il serait estimé que 7,23% de la population générale présenterait un trouble de la personnalité figurant au sein du cluster A, 5,53% aurait un TP du cluster B et 6,70% un TP du cluster C (Volkert et al., 2018).

5.1. Prévalence en population générale

En se basant sur des études ayant eu lieu aux États-Unis, Sansone et Sansone évaluent une prévalence des TP équivalant à 10% en population générale. Volkert et ses collègues ont pour leur part réalisé une méta-analyse plus large sur les pays de l'Ouest et constatent une prévalence de n'importe quel trouble de personnalité à 12,6%. La prévalence des troubles spécifiques reste difficile à évaluer du fait de variabilités importantes dans les résultats des différentes études. Certains auteurs émettent

l'hypothèse que cette fluctuation serait en relation avec des méthodes d'évaluations parfois différentes, mais également en fonction des évolutions sociétales et des modifications des critères diagnostiques des différents recueils de référence (Sansone & Sansone, 2011; Volkert et al., 2018).

Au niveau mondial, Sansone et Sansone ont constaté des taux de prévalence globale également variables d'un pays à l'autre avec des écarts pouvant aller de 2,4% pour l'Europe Occidentale à 13,4% pour la Norvège. Une des hypothèses retenues expliquant cette variabilité internationale aurait pour origine l'influence culturelle dans l'expression des troubles. Jackson et Jovev laissent à penser que les événements historiques pourraient également renforcer ou diminuer certains troubles en fonction du contexte, évoquant une propension plus importante du trouble antisocial en temps de guerre (Jackson & Jovev, 2013).

5.2. Prévalence en population clinique

En population psychiatrique, certaines études retrouvent une prévalence des TP trois fois supérieure à la population générale (Zimmerman et al., 2005) tandis que pour certains auteurs la prévalence pouvait grimper jusqu'à 73,7% en population hospitalière (Fossati et al., 2000 ; Marinangeli et al., 2000). Cette grande variation dans les prévalences en population psychiatrique a également été constatée au cours d'autres recherches, avec des taux allant de 40 à 92% en Europe et de 1,07% en Inde contre 60% au Pakistan (Beckwith et al., 2014).

5.3. Limites des études de prévalence

Une des difficultés des études de prévalence repose sur le manque de données et sur la variabilité des taux ne permettant pas une évaluation de prévalence fiable pour les troubles de la personnalité (Beckwith et al., 2014). Ce constat est d'autant plus vrai que bon nombre d'études reposent sur les critères du DSM-IV ou sur des versions antérieures.

Une autre difficulté repose sur la présence de comorbidités importantes entre les différents TP. Il était ainsi fait le constat dans une étude que 60% des patients analysés présentaient des critères d'un deuxième TP et que 25,2% d'entre eux présentaient les critères de plus de deux troubles (Zimmerman et al., 2005). Cette comorbidité existe aussi fréquemment entre TP et troubles de l'axe I ou même avec des troubles d'origine somatique (Samuels, 2011).

Plusieurs autres auteurs mettent également en lumière la diminution de prévalence de certains TP au cours du temps (Zanarini et al., 2012) ce qui contraste avec la définition même du TP qui devrait normalement être stable au cours du temps et exclure l'influence de toute autre pathologie.

6. Les dix troubles de la personnalité tels que définis dans le DSM-5

6.1. Trouble de la personnalité paranoïaque

Le terme de « paranoïa » est apparu avec Hippocrate et signifie « folie » en grec. Il dérive initialement de deux autres mots grecs « je pense » et « à côté ».

Au cours du XIXe siècle, il désigne la folie en général avant de devenir plus spécifique et tendre vers la définition de Kraepelin « délire ou organisation de la personnalité mais toujours marqué par l'intégrité de l'intelligence, l'enchaînement déductif et la rigueur » (Quétel & Postel, 2004).

Les études concernant le TP paranoïaque restent limitées avec seulement une vingtaine de publications entre 1971 et 2005 (Boschen & Warner, 2009). Pour autant, il s'agirait d'un des troubles de la personnalité les plus fréquents et concernerait entre 0,27 et 4,4% de la population générale (Edens et al., 2009). Une méta-analyse plus récente retrouve un taux avoisinant les 3,02% (Volkert et al., 2018).

En population psychiatrique ambulatoire, la prévalence se situerait entre 2 et 10% contre 10 à 30% de la population psychiatrique hospitalière (Sperry, 2016). Ce trouble reste en revanche probablement sous diagnostiqué, les patients ne consultant que très peu chez le médecin de façon autonome et sont la plupart du temps amenés à consulter par le biais d'un proche ou via l'intervention de la justice rendant l'inscription dans les soins très précaire.

Une mise en garde est nécessaire dans la distinction entre ce TP et l'expression de comportements pouvant être interprétés comme paranoïaques. En effet, certaines situations socioculturelles stressantes telles que la barrière de la langue et les différences culturelles des personnes migrantes pourraient conduire à des comportements évoquant le TP paranoïaque (Carroll, 2009). L'élément discriminant majeur repose notamment sur l'aspect durable, stable et inadapté des comportements qui persisteront même après l'amélioration du contexte de vie ou des facteurs de stress.

Cet élément est en partie évoqué dans les critères du DSM-5 au sein de la partie B, tout en précisant qu'il est nécessaire que quatre manifestations parmi les sept énumérées de la partie A soient présentes en dehors de toute autre affection psychiatrique ou médicale (**Tableau 4**).

<p>A) Méfiance soupçonneuse envahissante envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présente dans divers contextes, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Le sujet s'attend sans raison suffisante à ce que les autres l'exploitent, lui nuisent ou le trompent b) Est préoccupé par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité de ses amis ou associés c) Est réticent à se confier à autrui en raison d'une crainte injustifiée que l'information soit utilisée de manière perfide contre lui d) Discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes dans des commentaires ou des événements anodins e) Garde rancune f) Perçoit des attaques contre sa personne ou sa réputation, alors que ce n'est pas apparent pour les autres, et est prompt à la contre-attaque ou réagit avec colère g) Met en doute de manière répétée et sans justifications la fidélité de son conjoint ou de son partenaire sexuel
<p>B) Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire ou d'un trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques ou d'un autre trouble psychotique non imputable aux effets physiologiques d'une autre affection médicale</p>	

Tableau 4 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité paranoïaque

Chaque grande théorie de la personnalité a tenté d'expliquer les éléments pouvant être à l'origine de l'apparition du trouble, les grandes lignes de chaque courant sont résumées dans le **Tableau 5**.

Théorie	Explication du trouble
<p>Psychanalytique (Verdon, 2012) (Carroll, 2009)</p>	<p><u>Freud</u> : La paranoïa serait une psychonévrose de défense permettant de lutter contre les tendances homosexuelles inconscientes via un mécanisme de projection.</p> <p><u>Cameron</u> : Souffrance précoce lors du développement en lien avec des carences affectives précoces, des situations d'humiliation et une maltraitance de la part de l'entourage</p>
<p>Cognitive (Beck et al., 2016) (Young et al., 2006)</p>	<p>Distorsion cognitive de schémas inadaptés et de pensées automatiques biaisées à l'origine de la croyance fausse que les autres sont des ennemis potentiels.</p> <p>Expression privilégiée des schémas « méfiance, abus » et « exigence élevée »</p>
<p>Bio-Sociale (Millon, 1996)</p>	<p>Interaction de l'histoire biogénétique et environnementale du sujet à partir d'un trouble narcissique, antisocial ou compulsif et qui s'auto-entretiendrait du fait des comportements et des réactions provoqués chez autrui</p>
<p>Génétique (Livesley et al., 1998)</p>	<p>Impact significatif de composantes génétiques dans la constitution du trouble, visible à travers les études sur les jumeaux</p>
<p>Five factor model (Samuel & Widiger, 2008)</p>	<p>Configuration associant un score élevé de Névrosisme et un score bas en Extraversion et Agréabilité</p>

Tableau 5 : Etiopathogénie du trouble de la personnalité paranoïaque selon les différents modèles théoriques

Le pronostic et le traitement du TP paranoïaque restent réservés car les patients ne sont que très rarement demandeurs de soins. L'approche principale repose avant tout sur la création d'une alliance thérapeutique de qualité, un respect du besoin d'autonomie avec souci d'information et de l'accord du patient quelles que soient les propositions de prise en charge (Carroll, 2009).

Les modalités d'expression du trouble de la personnalité paranoïaque sont résumées dans le **Tableau 6** ci-dessous.

Cognition	Biais cognitifs conduisant à percevoir les autres comme dangereux Pensée dichotomique, abstraction sélective et sur-généralisation Voit l'imperfection dans le monde et chez les autres
Émotions	Hypersensibilité à la critique Peu d'émotions exprimées, peur intériorisée et colère attaquante
Comportements	Soupçonneux, critiques, parfois agressifs
Points forts ¹	Se perçoit comme droit, honnête et loyal, défend ses droits Discours d'apparence logique et convaincant
Relation interpersonnelle	Besoin de contrôle sur autrui, méfiance Faible aptitude sociale et attribution externe des responsabilités, tendance à blâmer autrui Vision des groupes différents reposant sur des a priori négatifs
Quotidien / Image de soi	Exerce une profession reposant sur la loi ou un règlement Se perçoit comme spécial
Enfance	Carences affectives précoces, situation d'humiliation ressentie et maltraitance de la part des proches. Élevé dans un climat de critiques, de reproches et d'agressivité de la part des parents
Type de psychothérapie privilégié Technique d'entretien (Lelord & André, 1996) (Bender, 2005) (Kellett & Hardy, 2014)	Pas de gold standard, mais psychothérapie de soutien et alliance thérapeutique à privilégier, éviter la thérapie de groupe Possible intérêt de la thérapie cognitive analytique mettant l'accent sur le travail collaboratif et sur la compréhension des comportements inadaptés

Tableau 6 : Résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité paranoïaque

¹ Il convient de préciser que le DSM et la CIM n'évoquent à aucun moment la notion de « Points Forts ». Les critères et descriptions ne s'attardant que sur l'aspect négatif des troubles de la personnalité. Cet ajout, bien que subjectif, sera discuté au cours de la partie III.

6.2. Trouble de la personnalité schizoïde

L'origine du TP schizoïde est liée au concept de schizophrénie, apparu avec Kraepelin, puis a été développé par Bleuler (Kendler, 1985).

Bleuler évoque pour la première fois le terme de schizoïdie pour évoquer chez certaines personnes une tendance non pathologique à l'introversion, à l'émoussement des affects et à l'isolement tandis que Kretschmer utilise ce terme pour catégoriser les apparentés des personnes souffrant de schizophrénie et présentant une symptomatologie intermédiaire entre le normal et le pathologique.

Le TP schizoïde serait présent chez 0,5 à 7 % de la population générale (Angstman & Rasmussen, 2011) et avoisinerait les 2,82% lors des études plus récentes (Volkert et al., 2018). Angstman et Rasmussen font le constat que la prévalence pourrait atteindre 14% chez les personnes sans domicile fixe ou en situation de précarité sociale.

Le diagnostic repose sur la présence d'au moins quatre des sept critères définis par le DSM-5 en dehors de la présence d'un autre trouble psychiatrique ou d'un trouble de l'axe I (**Tableau 7**).

<p>A) Mode général de détachement par rapport aux relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes</p>	<p>a) Le sujet ne recherche ni n'apprécie les relations proches, y compris les relations intrafamiliales</p> <p>b) Choisit presque toujours des activités solitaires</p> <p>c) N'a que peu ou pas d'intérêt pour les relations sexuelles avec d'autres personnes</p> <p>d) N'éprouve du plaisir que dans de rares activités, sinon dans aucune</p> <p>e) N'a pas d'amis proches ou de confidents, en dehors de ses parents du premier degré</p> <p>f) Semble indifférent aux éloges ou à la critique d'autrui</p> <p>g) Fait preuve de froideur, de détachement ou d'émoussement de l'affectivité</p>
<p>B) Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire ou d'un trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques ou d'un autre trouble psychotique et n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une autre affection médicale</p>	

Tableau 7 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité schizoïde

La littérature concernant la psychopathologie du TP schizoïde reste malheureusement très rare ou ancienne. Quelques hypothèses variant selon le courant de pensée peuvent néanmoins être formulées au sujet des éléments à l'origine du trouble, ces dernières sont résumées dans le **Tableau 8**.

Théorie	Explications du trouble
Psychanalytique : (Vuailat, 2003)	Fixation au stade oral précoce : l'enfant pense manquer d'amour et que son amour est destructeur
Cognitive (Cottraux, 2017) (Young et al., 2006)	Existence de distorsions cognitives, de schémas inadaptés et de pensées automatiques biaisées à l'origine de la croyance fausse « j'ai besoin d'espace sinon je me sens confus » Expression privilégiée des schémas « carence affective » et « exclusion »
Attachement (Garofalo & Bogaerts, 2019)	Mise en place d'un trouble de l'attachement de type évitant du fait d'une enfance marquée par le détachement émotionnel et une éducation difficile
Five factor model (Samuel & Widiger, 2008)	Configuration associant un score élevé de Névrosisme et bas en Extraversion

Tableau 8 : Étiopathogénie du trouble de la personnalité schizoïde selon les différents modèles théoriques

Actuellement, la littérature scientifique ne dispose que de très peu de données sur l'efficacité pharmacologique des traitements sur la symptomatologie du TP Schizoïde (Koch et al., 2016). Néanmoins, Triebwasser et ses collègues ont noté que les personnes souffrant d'un TP schizoïde présentaient fréquemment des comorbidités de nature psychique (troubles anxieux ou thymiques) et/ou physique et que ces dernières pouvaient être soulagées par l'utilisation de traitements médicamenteux (Triebwasser et al., 2012). Ils précisent également que l'accompagnement psychothérapeutique repose avant tout sur la création d'une relation thérapeutique de qualité centrée sur la délivrance d'explications claires et sur la tolérance du praticien vis-à-vis des croyances du patient et de ses comportements.

Les modalités d'expression du trouble de la personnalité schizoïde sont résumées ci-dessous dans le **Tableau 9**.

Cognition	Vie intérieure riche
Émotions	Apparente anesthésie émotionnelle, ne semble pas soumis à la tristesse ou à la joie
Comportements	Existence pouvant sembler dénuée de but, tendance à la passivité, difficultés à répondre aux événements importants de la vie
Points forts	Investit les domaines logiques (informatique, mathématiques, philosophie, théologie) Efficacité professionnelle si contexte d'isolement social
Relations interpersonnelles	Recherche l'isolement, semble indifférent aux critiques et aux compliments Réponses rares aux gestes sociaux, pas d'intégration dans les situations sociales, peu d'amis, sexualité non investie
Aspect physique	Visage impassible, dénué de réactivité émotionnelle
Enfance	Parents distants, émotionnellement froids et négligents conduisant à une autonomisation rapide et un manque de confiance envers autrui
Type de psychothérapie privilégié Technique d'entretien (Bender, 2005)	Intérêt des thérapies de soutien et du travail sur l'alliance thérapeutique Intérêt des thérapies cognitivo-comportementales pour travailler sur les cognitions et les croyances erronées et une meilleure adaptation sociale

Tableau 9 : Résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité schizoïde

6.3. Trouble de la personnalité schizotypique

Le trouble de personnalité schizotypique présente cette similitude avec le TP schizoïde de dériver du concept de schizophrénie. La schizotypie apparaît véritablement dans les années 1950 et suite à une contraction des termes « schizophrenic phenotype » (Kendler, 1985). L'idée derrière le terme de schizotypie est celle d'une interaction entre un environnement et une prédisposition génétique, conduisant à l'expression d'une vulnérabilité au trouble schizophrénique. Pour certains auteurs et pour la CIM-10, il existerait un *continuum* entre TP schizotypique et schizophrénie justifiant le classement de la schizotypie comme faisant partie du spectre de la schizophrénie et non comme un TP à part entière.

Angstman et Rasmussen ainsi que d'autres auteurs constatent que le TP schizotypique est retrouvé chez 3% de la population générale américaine (Angstman & Rasmussen, 2011; Volkert et al., 2018). Raine (2006) remarque de son côté que l'évolution clinique s'oriente vers un trouble schizophrénique dans 30% des cas à 2 ans et dans 40% à 15 ans.

Le diagnostic nécessite la présence de cinq manifestations parmi les neuf énumérées par le DSM-5 pour justifier la présence d'un TP schizotypique (**Tableau 10**).

<p>A. Mode général de déficit social et interpersonnel marqué par une gêne aiguë et des compétences réduites dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles, et par des conduites excentriques.</p> <p>Le trouble apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Idées de référence (à l'exception des idées délirantes de référence)2. Croyances bizarres ou pensée magique qui influencent le comportement et qui ne sont pas en rapport avec les normes d'un sous-groupe culturel (p. ex. superstition, croyance dans un don de voyance, dans la télépathie ou dans un « sixième » sens ; chez les enfants et les adolescents, rêveries ou préoccupations bizarres)3. Perceptions inhabituelles, notamment illusions corporelles4. Pensée et langage bizarres (p. ex. vagues, circonstanciés, métaphoriques, alambiqués ou stéréotypés)5. Idéation méfiante ou persécutoire6. Inadéquation ou pauvreté des affects7. Comportement ou aspect bizarre, excentrique ou singulier8. Absence d'amis proches ou de confidents en dehors des parents du premier degré9. Anxiété excessive en situation sociale qui ne diminue pas quand le sujet se familiarise avec la situation et qui est associée à des craintes persécutrices plutôt qu'à un jugement négatif de soi-même.
---	---

<p>B. Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble bipolaire ou d'un trouble dépressif avec caractéristiques psychotiques, d'un autre trouble psychotique ou d'un trouble du spectre de l'autisme</p>	
--	--

Tableau 10 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité schizotypique

Tout comme les autres troubles de la personnalité, divers modèles d'explication dans l'apparition du trouble ont été formulés selon le courant de pensée (**Tableau 11**).

Théorie	Explications du trouble
Trouble neurodéveloppemental (Raine, 2006)	Influence génétique et de l'environnement prénatal (malnutrition, stress maternel) et post natal (traumatisme, discrimination) conduisant à une perturbation des circuits préfrontaux, temporaux et limbiques
Cognitive (Cottraux, 2017) (Young et al., 2006)	Existence de distorsions cognitives, de schémas inadaptés et de pensées automatiques biaisées à l'origine de la croyance fausse « Le monde et les autres sont étranges » Expression privilégiée des schémas « de méfiance, abus »
Attachement (Garofalo & Bogaerts, 2019)	Mise en place d'un trouble de l'attachement de type évitant conduisant à un isolement social durant l'enfance
Génétique / Biologique (Ajamieh & Ansseau, 2000)	Hypothèses semblables à celles de la schizophrénie en lien avec une atteinte de l'axe hypothalamo-hypophysaire et atteinte des systèmes sérotoninergique et dopaminergique
Five factor model (Samuel & Widiger, 2008)	Configuration associant un score élevé de Névrosisme et un score bas en Extraversion

Tableau 11 : Étiopathogénie du trouble de la personnalité schizotypique selon les différents modèles théoriques

Les modalités d'expression du trouble de la personnalité schizotypique figurent dans le **Tableau 12**.

Cognition	Crainte persécutoire. Croyances étranges non critiquées (télépathie, superstition)
Émotions	Bizarres, colères irrationnelles et rires inadéquats
Comportements	Excentrique et bizarre, langage digressif et métaphorique Perceptions inhabituelles type illusions ou déréalisations
Points forts	Observateur, croyances fortes
Relations interpersonnelles	Solitaire, déficit social marqué par une gêne aiguë et des idéations persécutaires Relations amicales superficielles
Aspect physique	Froid et distant Habillement négligé dont les différents éléments ne vont pas ensemble
Enfance	Séparation maternelle précoce et exposition à des événements de vie stressants
Type de psychothérapie privilégié Technique d'entretien (Bender, 2005)	Psychothérapie de soutien en tête à tête, intérêt du travail sur le renforcement de l'alliance thérapeutique Intérêt des thérapies cognitivo-comportementales pour les symptômes comorbides et afin de travailler sur les cognitions et les croyances erronées pour permettre une meilleure adaptation sociale

Tableau 12 : Résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité schizotypique

6.4. Trouble de la personnalité antisociale

Le trouble de personnalité antisociale apparaît au sein de la CIM-10 sous le nom de trouble de la personnalité dyssociale et caractérise des personnes présentant un mépris des obligations sociales et une indifférence froide à autrui.

Ces deux termes sont différents du concept de psychopathie élaboré par Ceckley (1941) dans son ouvrage *The mask of sanity* où il détaille les 16 caractéristiques propres à la psychopathie (**Annexe 1**). Ces critères seront repris et étoffés par Hare (1980) sous la forme d'une échelle d'évaluation répartissant les différents items en deux catégories, l'une correspondant à des traits de personnalité caractéristiques de la psychopathie en tant que telle et l'autre à un aspect plus comportemental se rapprochant de la définition du DSM-5.

Au cours de la vie et notamment au cours de la deuxième partie de la vie, les manifestations du TP antisociale peuvent progressivement s'amender. Hare évoque que les traits antisociaux de la personne ne disparaîtraient pas réellement, mais pour lui, l'individu apprendrait des stratégies alternatives pour échapper aux autorités. Aussi, il fait la différence entre la catégorie associée aux traits de personnalité qui resteraient stables tout au long de la vie de l'individu et la catégorie des items associés aux comportements sociaux déviants qui seraient impactés par l'évolution au cours du temps.

Le TP antisociale est retrouvé chez 2 à 3% de la population générale (Volkert et al., 2018). Patterson (1982) note cependant des différences selon les cultures. Ainsi à Taïwan ce taux tomberait à 0,14%, tandis qu'en population psychiatrique le taux oscillerait entre 1 et 3%.

A la différence des autres troubles de personnalité, l'âge présente une importance particulière et différencie les troubles des conduites chez le jeune et le TP qui n'est défini qu'après 18 ans. Trois manifestations parmi les sept énumérées par le DSM-5 sont nécessaires pour justifier la présence d'un TP antisociale (**Tableau 13**).

A. Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qui survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :	<ol style="list-style-type: none">1. Incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation2. Tendance à tromper pour un profit personnel ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries3. Impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance
--	--

	<p>4. Irritabilité et agressivité, comme en témoigne la répétition de bagarres ou d'agressions</p> <p>5. Mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui</p> <p>6. Irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières</p> <p>7. Absence de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui</p>
B. Âge au moins égal à 18 ans	
C. Manifestations d'un trouble des conduites débutant avant l'âge de 15 ans	
D. Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire	

Tableau 13 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité antisociale

Les grandes lignes théoriques proposant des modèles explicatifs dans l'apparition du trouble antisocial sont résumées dans le **Tableau 14**.

Théorie	Explication du trouble
Génétique (Kobak et al., 2009)	Les caractéristiques de la personnalité antisociale seraient fortement influencées par des causes génétiques d'après des études longitudinales réalisées sur des jumeaux
Psychodynamique (Alexander, 1930)	Le Surmoi de la personnalité antisociale ne se serait pas développé et il serait incapable d'intégrer les pulsions dans un langage symbolique
Attachement (Garofalo & Bogaerts, 2019)	Mise en place d'un trouble de l'attachement de type évitant conduisant à un isolement social durant l'enfance
Cognitive (Beck et al., 2016) (Young et al., 2006)	Existence de distorsions cognitives, de schémas inadaptés et de pensées automatiques biaisées à l'origine de la croyance fautive « Les autres sont des proies » et d'une sur-évaluation de l'hostilité de l'environnement Expression privilégiée des schémas « de méfiance, abus » « carence affective », « exclusion », « Tout m'est dû »
Neurologique (Damasio, 2006)	Des atteintes du cortex préfrontal conduiraient à un déficit d'ordre émotionnel avec une « perte de la motivation spontanée à agir »

Biologique (O'Leary et al., 2010)	Dysfonctionnement dans la sécrétion du cortisol lors de facteurs de stress. Possible faible réponse du système nerveux autonome lors de stress sociaux
Five factor model (Samuel & Widiger, 2008)	Configuration associant un score bas en Agréabilité et Caractère consciencieux

Tableau 14 : Étiopathogénie du trouble de la personnalité antisociale selon les différents modèles théoriques

Un résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité antisociale se trouve dans le **Tableau 15**.

Cognition	Pas de remords, pas d'excuses Orgueilleux et arrogant
Émotions	Irritable et agressif, colères et oppositions fréquentes Manque d'empathie, ne tolère pas l'ennui
Comportements	Trompe et manipule pour son profit ou plaisir Impulsifs, irresponsables
Points forts	Charmeur, séducteur, paroles faciles Traits parfois valorisés dans la société actuelle
Relation interpersonnelle	Superficielle, instabilité dans les domaines professionnels, sociaux ou affectifs Transgression des droits d'autrui Rationalisations superficielles « les perdants l'ont mérité » « ils ont mérité leur sort », manque d'empathie
Enfance (Gelhorn et al., 2007)	Victime de mauvais traitements, négligences, de sévices ou d'abandon, attitudes parentales instables, autorité incohérente Colères et oppositions conduisant à l'échec scolaire
Type de psychothérapie privilégié Technique d'entretien (Bender, 2005) (Woody et al., 1985) (Gibbon et al., 2010)	Intérêt très limité et peu de preuves disponibles Possible influence des psychothérapies lors de la présence de comorbidités, faible action sur le trouble de personnalité seul Intérêt du renforcement de l'alliance thérapeutique

Tableau 15 : Résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité antisociale

6.5. Trouble de la personnalité borderline

Le trouble de personnalité borderline ou état limite, est le TP ayant conduit au plus grand nombre de publications ces dernières années avec plus de 46 000 résultats sur PubMed (à titre de comparaison le TP schizoïde ne comprend que 1640 résultats).

Le concept provient à l'origine de la psychanalyse et permettait de définir les patients qui développaient des symptômes psychotiques transitoires au cours de leur cure, malgré l'existence de symptômes initiaux d'origine névrotique. Par la suite, le terme a été repris par Stern (1938) pour définir les personnes présentant un sentiment d'insécurité diffus, une faible estime de soi et une hyperesthésie affective. Winnicott (1960) reprendra pour sa part le concept via sa notion de « faux self ». La définition du trouble a été ensuite précisée et alimentée par les travaux de Grinker, Kernber, Bergeret et Gunderson pour arriver à la notion actuelle d'instabilité dans les domaines identitaires, affectifs et cognitifs (Guelfi, 2013).

En population générale, la proportion de personnes souffrant d'un TP borderline approcherait les 1,9% (Volkert et al., 2018), tandis que dans la population clinique ce taux pourrait grimper à 10% en ambulatoire et 20% en unités d'hospitalisation (Sperry, 2016).

Afin de justifier le diagnostic, il est nécessaire de retrouver cinq manifestations parmi les neuf énumérées au sein du DSM-5 (**Tableau 16**).

<p>Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présente dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés2. Mode de relations interpersonnelles instable et intense caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, d'automutilations6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur7. Sentiment chronique de vide8. Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères
---	--

Tableau 16 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité borderline

L'évolution clinique du trouble présente un risque accru de décès par suicide (11% des patients) ainsi que des comorbidités fréquentes avec des troubles de l'axe I tandis que la rémission symptomatique se ferait dans 88% des cas avec une apparente stabilisation clinique dans le temps (M. Zanarini et al., 2006). Les symptômes impulsifs à type de mutilations, tentatives de suicides et les pensées psychotiques tendraient à disparaître dans le temps contrairement aux symptômes associés au tempérament comme la colère, la suspicion, le sentiment de vide chronique, l'incapacité à tolérer la solitude qui persisteraient plus longtemps (Gunderson et al., 2011).

Le **Tableau 17** reprend les modèles explicatifs dans l'émergence du trouble selon les courants théoriques.

Théorie	Explications du trouble
<p>Psychanalytique (O. Kernberg, 2016)</p>	<p>Fonctionnement psychique majoritairement dirigé par systèmes archaïques et non œdipiens avec exacerbation des mécanismes de clivage et de déni, intégration limitée des concepts de Soi et d'objet</p> <p>Le trouble et ses explications restent cependant source de controverse selon les auteurs au sein même de ce courant</p>
<p>Cognitive (Skodol, Clark, et al., 2011) (Young et al., 2006)</p>	<p>Existence de distorsions cognitives, de schémas inadaptés et de pensées automatiques biaisées à l'origine de la croyance fausse « Personne n'est assez fort pour m'aider »</p> <p>Expression privilégiée des schémas « abandon » « méfiance, abus » « carence affective », « imperfection » « tout m'est dû »</p>
<p>Génétique et biologique (Bornovalova et al., 2009) (Skodol, Clark, et al., 2011) (Ajamieh & Ansseau, 2000)</p>	<p>Influence d'une combinaison de facteurs génétiques et environnementaux dans l'expression de traits de la personnalité limite</p> <p>Possible influence d'une anomalie dans le métabolisme sérotoninergique à l'origine de l'impulsivité et de l'instabilité de l'humeur</p> <p>Activation plus importante du système sympathique et moins grande activation du système parasympathique avec dysrégulation dans la sécrétion de plusieurs neurotransmetteurs</p> <p>Hyperactivation du système hypothalamo-hypophysaire</p>
<p>Attachement (Fonagy & Bateman, 2006)</p>	<p>Développement d'un attachement insécure du fait d'une désorganisation et d'une réaction à la séparation imprévisible</p>
<p>Five factor model (Samuel & Widiger, 2008)</p>	<p>Configuration associant un score bas en Agréabilité et en caractère consciencieux, un score élevé en Névrosisme</p>

Tableau 17 : Étiopathogénie du trouble de la personnalité borderline selon les différents modèles théoriques

Les modalités d'expression du trouble de la personnalité Borderline sont résumées dans le **Tableau 18**.

Cognition	Instabilité de l'image de soi et des relations interpersonnelles Pense être « mauvais » ou doute sur son existence
Émotions	Instabilité émotionnelle, peur de l'abandon et colère intense Sentiment de vide, honte culpabilité post-crise
Comportements	Impulsivité, comportement à risque Tendance à se saborder juste avant d'atteindre un but, ne tolère pas l'ennui
Points forts	Peut venir en aide aux autres, axé sur la relation à autrui
Relations interpersonnelles	Relations instables et intenses Peut être sarcastique et acerbe Intolérance à la solitude, variation entre demande d'aide et recherche de vengeance
Quotidien / Image de soi	Alternance entre idéalisation et rejet Peut avoir le sentiment que la personne « ne s'occupe pas assez » d'elle.
Enfance	Antécédents de mauvais traitements physiques et sexuels, négligence parentale Parents présentant des difficultés à reconnaître les affects de leurs enfants avec invalidation des expressions affectives
Type de psychothérapie privilégié Technique d'entretien (Linehan et al., 1994) (Fonagy & Bateman, 2006)	Thérapie individuelle conventionnelle hebdomadaire Importance d'une relation thérapeutique de qualité du fait de l'instabilité des patients Intérêt de la thérapie comportementale dialectique et de la thérapie fondée sur la mentalisation

Tableau 18 : Résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité borderline

6.6. Trouble de la personnalité histrionique

Les premières traces de la personnalité hystérique datent du XVII^{ème} siècle et désignaient des personnes présentant des manifestations cliniques de l'hystérie (tendance au mensonge, mystifications et caprices, coquetterie, suggestibilité...).

Apparu au sein du DSM-III, le trouble de la personnalité histrionique avait pour vocation à remplacer le TP hystérique dont la connotation était jugée sexiste et péjorative (Lempérière & Hardy, 1982). Le terme histrionique dérive de l'italien « histrion » et servait à désigner un acteur jouant des « bouffonneries grossières » puis a, par la suite, été utilisé pour désigner un comédien de second ordre.

La prévalence du TP histrionique s'élèverait entre 0,83% et 3% en population générale (Angstman & Rasmussen, 2011 ; Volkert et al., 2018), tandis qu'en population psychiatrique la prévalence se montre extrêmement variable allant de 1 à 21,3% (Skodol et al., 2011). Ces différences de prévalence sont expliquées par les différents auteurs comme due à des hétérogénéités dans les échantillons cliniques, mais aussi par les fluctuations de méthodologie des différentes études et par les modifications des critères diagnostiques selon les référentiels.

Concernant l'évolution au long cours, il existerait une réduction de la prévalence avec le temps (avec des taux de 3,8% entre 18 et 29 ans à 0,6% au-delà de 64 ans) qui serait due à une diminution de l'extraversion, de l'impulsivité et de l'expressivité émotionnelle, ne permettant plus de ce fait de remplir les critères diagnostiques (Grant et al., 2004).

Afin de déceler le trouble, cinq manifestations parmi les huit énumérées par le DSM-5 doivent être présentes chez le patient (**Tableau 19**).

A. Mode général de réponses émotionnelles excessives et de quête d'attention, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :	<ol style="list-style-type: none">1. Le sujet est mal à l'aise dans les situations où il n'est pas au centre de l'attention d'autrui2. L'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante3. Expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante4. Utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention sur soi5. Manière de parler trop subjective mais pauvre en détails6. Dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle7. Suggestibilité, est facilement influencé par autrui ou par les circonstances8. Considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité
--	--

Tableau 19 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité histrionique

Bakkevig et Karterud (2010) font le constat de la forte co-occurrence de la personnalité histrionique avec d'autres TP et notamment avec les troubles borderline ou narcissique. Ce constat met en lumière une quasi absence du TP histrionique « pur », conduisant les auteurs à émettre l'hypothèse que le trouble n'existe pas par lui-même mais qu'il serait en réalité un sous-groupe d'un autre TP.

Dans le même ordre d'idées et en explorant de façon dimensionnelle les caractéristiques de la personnalité histrionique, Blagov et Westen (2008) mentionnent deux grandes catégories pouvant correspondre aux critères symptomatiques de ce trouble. Soit il s'agit de personnes présentant des traits de personnalité hystérique mais sans retentissement psychosocial, soit il s'agit de variant de la personnalité borderline ou dépendante mais avec des traits histrioniques. La question de la validité de la personnalité histrionique est donc soulevée par plusieurs auteurs et reste sujette à débats toujours à l'heure actuelle.

Les grandes lignes théoriques expliquant l'apparition du trouble selon les courants de pensée se trouvent résumées dans le **Tableau 20**.

Théorie	Explications du trouble
Génétique (Torgersen et al., 2008)	L'héritabilité de la personnalité histrionique serait de 31% et la co-occurrence de troubles de personnalité du cluster B coïnciderait avec l'existence de facteurs génétiques communs
Cognitive et comportementale (Debray et al., 2005) (Young et al., 2006)	Existence de distorsions cognitives, de schémas inadaptés et de pensées automatiques biaisées à l'origine de la croyance fausse « Je dois impressionner les autres » Expression privilégiée des schémas « carence affective », « dépendance », « imperfection », « échec », « assujettissement », « tout m'est dû »
Psychanalytique (Freud, 1924)	Corrélation entre « caractère érotique » et névrose hystérique Fixations pré-génitales fréquentes
Attachement (Fonagy & Bateman, 2006)	Développement d'un attachement anxieux
Five factor model (Samuel & Widiger, 2008)	Configuration avec un score élevé en Extraversion

Tableau 20 : Étiopathogénie du trouble de la personnalité histrionique selon les différents modèles théoriques

Le **Tableau 21** reprend les modalités d'expression du trouble de la personnalité histrionique.

Cognition	Opinion influençable Pensée rapide et imprécise, jugement repose sur l'intuition et la subjectivité
Émotions	Sentiment très intense exprimé de façon dramatique Passe facilement de l'exaltation à la tristesse
Comportements	Hyper-expressivité de la mimique, dramatisation du discours
Points forts	Aisance naturelle, vivacité dans ses réparties, enthousiaste, charmeur, ouvert, flirteur
Relations interpersonnelles	Relation intense mais sans velléité de relation « intime », démonstration exagérée d'amour ou d'amitié Comportements manipulateurs à type de scènes ou de chantage, rôle de victime Quête d'attention Plaintes somatiques dans le but de se faire plaindre ou choyer Crainte de la rupture de la relation avec l'autre S'efforce de faire ce que l'autre attend de lui
Quotidien / Image de soi	Présentation théâtrale, habillement extravagant ou excessivement sobre
Enfance	Parents plutôt laxistes valorisant les comportements de charme et de séduction, incorpore l'idée parentale « si tu veux que je fasse attention à toi, fais ... »
Type de psychothérapie privilégié Technique d'entretien	Intérêt des psychothérapies cognitivo-comportementales mais risque d'ennui et de perte des objectifs du traitement Peu d'études disponibles Importance du lien thérapeute/patient

Tableau 21 : Résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité histrionique

6.7. Trouble de la personnalité narcissique

Le terme de narcissisme apparaît en psychopathologie avec Näcké (1899) en référence à la figure mythologique de Narcisse afin de parler des patients aimant de manière pathologique leur propre corps. Viendront par la suite d'autres auteurs psychanalystes qui se pencheront sur le concept de narcissisme comme Sadger ou Rank, et surtout Freud (1914) qui évoquera les différents aspects du narcissisme.

C'est à travers la littérature psychanalytique que va se développer dans un premier temps l'expression de « trouble narcissique du caractère » qui deviendra par la suite au sein du DSM-III la personnalité narcissique.

En population générale, 1,23% de la population présenterait un TP narcissique (Volkert et al., 2018), tandis qu'en population clinique cette prévalence varierait entre 2 et 16% probablement du fait de fluctuations dans les outils utilisés lors de l'exploration du trouble (Angstman & Rasmussen, 2011).

Cinq des neuf manifestations énumérées par le DSM-5 sont nécessaires pour justifier la présence d'un TP narcissique (**Tableau 22**).

<p>Mode général de fantasmes ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui apparaissent au début de l'âge adulte et sont présents dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Le sujet a un sens grandiose de sa propre importance2. Est absorbé par des fantasmes de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d'amour idéal3. Pense être « spécial » et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau4. Besoin excessif d'être admiré5. Pense que tout lui est dû : s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits6. Exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins7. Manque d'empathie : n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui8. Envie souvent les autres, et croit que les autres l'envient9. Fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains
---	--

Tableau 22 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité narcissique

Il est intéressant de noter que le TP narcissique est défini comme « un trouble de la personnalité qui n'entre dans aucune rubrique spécifique » au sein de la CIM-10 et ne dispose pas de critères spécifiques comme les autres troubles de la personnalité.

Cain et plusieurs autres auteurs ont mis en évidence que le trouble ne présentait que peu de différences avec certains autres TP, mais également une stabilité temporelle médiocre et des taux de prévalence faibles (Cain et al., 2008). Ces auteurs expliquent que le TP narcissique tel que défini au sein des critères du DSM occulte une caractéristique qu'ils estiment essentielle pour le trouble : la fragilité de l'estime de soi.

Ainsi, le TP narcissique a fait l'objet de descriptions cliniques très variées pouvant conduire à une certaine confusion dans le repérage et le diagnostic du trouble. Des auteurs comme Ronningstam (2005) évoque la possibilité d'un *continuum* entre narcissisme normal et pathologique, tandis que pour Pincus & Lukowitsky (2010) il s'agirait de deux dimensions distinctes. Le TP narcissique pose également la question de sa validité discriminante du fait de certaines comorbidités et caractéristiques communes avec les troubles de personnalité histrionique, antisociale et borderline (Bakkevig & Karterud, 2010).

L'étiopathogénie du TP narcissique selon les théories psychanalytiques, cognitivo-comportementales et selon le Five Factor Model se trouve résumée dans le **Tableau 23**.

Théorie	Explications du trouble
Psychodynamique (Freud, 1914) (O. F. Kernberg, 2007)	Le narcissisme permet la constitution du Moi, de l'idéal du Moi et de l'estime de soi Une pathologie narcissique conduit à une altération de la régulation narcissique recouvrant les relations d'objet et les processus d'intériorisation
Cognitivo-comportementale (Millon, 1996) (Young et al., 2006)	Existence de renforcements inappropriés d'origine parentale conduisant à une structuration de type narcissique chez l'enfant « Je suis quelqu'un de spécial » Expression privilégiée des schémas « méfiance, abus » « carence affective », « exclusion », « imperfection », « exigence élevée », « tout m'est dû »
Five factor model (Samuel & Widiger, 2008)	Configuration présentant un score bas en Agréabilité

Tableau 23 : Étiopathogénie du trouble de la personnalité narcissique selon les différents modèles théoriques

L'ensemble des modalités d'expression du trouble de la personnalité narcissique sont répertorié dans le **Tableau 24**.

Cognition	Haute estime de soi Préoccupé par le fait de savoir s'il fait bien les choses
Émotions	Froideur émotionnelle, jalousie, blessé par la critique et l'échec, rage, colère attaquante
Comportements	Arrogant et hautain, attitude condescendante « contre-attaque »
Points forts	Ambitieux, confiance en soi, pourvoyeur de réussite
Relations interpersonnelles	Dévalorisation d'autrui traitant les personnes maladroites de « stupides » Relation avec objectif ou pour amélioration image de soi Méprisant et impatient face aux difficultés d'autrui perçues comme aveu de faiblesse Manque d'empathie et absence de prise en compte des désirs d'autrui
Quotidien / Image de soi	Importance de la beauté, puissance, éclat
Enfance	Possible humiliation précoce Manque d'attention, de chaleur, d'affection, d'empathie ou de protection de la part des parents ou a contrario sur-évaluation avec attente excessive de la part d'un parent
Type de psychothérapie privilégié Technique d'entretien (Gabbard, 1998) (Caligor et al., 2015)	Peu d'études disponibles Utilisation souple de plusieurs modèles distincts avec immersion empathique du thérapeute Importance du lien thérapeute/patient avec position non critique et curieuse vis-à-vis des difficultés du patient

Tableau 24 : Résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité narcissique

6.8. Trouble de la personnalité évitante

Apparu en 1980 au sein du DSM III à la suite des travaux de Millon (1981), ce TP était caractérisé initialement par l'hypersensibilité au rejet puis par des difficultés dans les relations sociales. Actuellement, les critères comportent plus d'éléments d'affects négatifs qu'initialement tels que l'isolement et l'émoussement affectif, absents à l'origine. Cette définition pose néanmoins la question de sa réalité clinique auprès de nombreux cliniciens et chercheurs du fait de nombreux critères communs avec la phobie sociale, bien que certaines études constatent que le TP évitante serait plus sévère en intensité que la phobie sociale et permettrait donc de faire la différence (Eikenaes et al., 2013).

Selon le DSM-5, quatre manifestations parmi les sept décrites seraient nécessaires pour évoquer le diagnostic de TP évitante (**Tableau 25**).

<p>Mode général d'inhibition sociale, de sentiment de ne pas être à la hauteur et d'hypersensibilité au jugement négatif d'autrui qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Le sujet évite les activités sociales professionnelles qui impliquent des contacts importants avec autrui par crainte d'être critiqué, désapprouvé ou rejeté2. Réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé3. Est réservé dans les relations intimes par crainte d'être exposé à la honte ou au ridicule4. Craint d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales5. Est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d'un sentiment de ne pas être à la hauteur6. Se perçoit comme socialement incompetent, sans attrait ou inférieur aux autres7. Est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras
--	---

Tableau 25 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité évitante

La prévalence du TP évitante semble soumise à de nombreux facteurs conduisant à des variations en termes de prévalence. Lenzenweger et ses collègues retrouvent une prévalence de 5,2% en population générale (Lenzenweger et al., 2007), tandis que d'autres recherches relèvent une prévalence de 0,8% (Coid et al., 2006). Ces fluctuations ont conduit à diverses hypothèses. Pour certains auteurs, il peut s'agir de variations réelles évoluant selon le lieu de l'analyse ou l'époque, ou bien d'une possible influence de facteurs tels que l'âge, le statut économique ou l'influence culturelle conduisant à des variations dans la perception et la classification de ce trouble.

En population clinique psychiatrique, la prévalence serait entre 10 et 15,2% (Loranger et al., 1994).

Plusieurs hypothèses sont évoquées au sein du **Tableau 26** pour expliquer l'origine de ce trouble de personnalité selon les différents modèles théoriques abordés.

Théorie	Explications du trouble
Psychodynamique (Gabbard, 2014)	Mise en place de mécanismes de défense contre l'échec, l'embarras, l'humiliation et le rejet avec importance du sentiment de honte vis-à-vis des faiblesses propres de l'individu
Bio-psycho sociale (Millon & Everly, 1985)	Interaction de facteurs génétiques, éducatifs et socioculturels avec hyperactivation du système nerveux sympathique et abaissement du seuil d'activation du système autonome Vécu de rejet parental
Cognitive-comportemental (Beck et al., 2016) (Young et al., 2006)	Existence de distorsions cognitives, de schémas inadaptés et de pensées automatiques biaisées à l'origine de la croyance fautive « Je peux être blessé » conduisant à des comportements d'évitement Expression privilégiée des schémas « exclusion », « imperfection », « échec », « assujettissement »
Five factor model (Samuel & Widiger, 2008)	Configuration associant un score élevé de Névrosisme et un score bas en Extraversion

Tableau 26 : Étiopathogénie du trouble de la personnalité évitante selon les différents modèles théoriques

Les grandes caractéristiques et modalités d'expression du trouble de la personnalité évitante sont résumées dans le **Tableau 27**.

Cognition	Sensible à la critique ou à la désapprobation, pense être gauche sans attrait et inférieur Impression d'être différent, inadapté, non désirable
Émotions	Peur du ridicule, honte, tristesse et anxiété, vécu douloureux de l'isolement social
Comportements	Réservé, évite de parler de lui, timide, tranquille, transparent Ne prend pas de risques Évite les relations sociales
Points forts	Observateur
Relations interpersonnelles	Repli, isolé, solitaire, crainte de ne pas être accepté Évite les relations pour échapper aux critiques qu'il attribue à sa propre incapacité
Quotidien / Image de soi	Sentiment de ne pas être à la hauteur, attitude craintive et crispée
Enfance	Vécu de rejet parental et des pairs
Type de psychothérapie privilégié Technique d'entretien (D. M. Clark et al., 2006)	Thérapie cognitivo-comportementale avec exposition progressive Intérêt du renforcement de l'alliance thérapeutique

Tableau 27 : Résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité évitante

6.9. Trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive

La personnalité obsessionnelle-compulsive ou autrement appelée personnalité anankastique par l'auteur Donath (1897), tire son origine du grec « ananke » qui veut dire « destin ». Ce terme avait pour objectif de désigner l'aspect inéluctable dirigeant la vie de ces patients et c'est d'ailleurs sous le terme de personnalité anankastique que la CIM-10 qualifie ce TP.

La prévalence du TP obsessionnelle-compulsive se situerait entre 2,4% et 4,32% de la population générale (Lenzenweger et al., 2007 ; Volkert et al., 2018). En population ambulatoire, la prévalence avoisinerait les 8,7%, tandis qu'en hospitalisation le taux pourrait tendre vers les 23,3% (Diedrich & Voderholzer, 2015).

Contrairement aux autres TP, le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive est parfois perçu comme bénéfique au sein d'une culture, c'est le constat de Oldham et Morris (2012) qui le percevait comme « la colonne vertébrale de l'Amérique ».

Quatre manifestations parmi les sept énumérées par le DSM-5 sont nécessaires pour justifier la présence d'un TP obsessionnelle-compulsive (**Tableau 28**)

<p>Mode général de préoccupation par l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Préoccupation par les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdu de vue2. Perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches (p. ex. incapacité d'achever un projet parce que des exigences personnelles trop strictes ne sont pas remplies)3. Dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'exclusion des loisirs et des amitiés (sans que cela soit expliqué par des impératifs économiques évidents)4. Est trop consciencieux, scrupuleux et rigide sur des questions de morale, d'éthique ou de valeurs (sans que cela soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle)5. Incapacité de jeter des objets usés ou sans utilité même si ceux-ci n'ont pas de valeur sentimentale6. Réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses7. Se montre avare avec l'argent pour soi-même et les autres ; l'argent est perçu comme quelque chose qui doit être thésaurisé en vue de catastrophes futures8. Se montre rigide et têtue
--	--

Tableau 28 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive

Quatre hypothèses théoriques dans l'émergence de ce trouble de personnalité sont résumées dans le **Tableau 29**.

Théorie	Explications du trouble
Modèle de la psychasthénie (Janet, 2005)	Mise en lien des troubles de la personnalité avec les troubles obsessionnels compulsifs La psychasthénie pourrait être d'origine acquise ou constitutionnelle et correspondrait à un sentiment d'incomplétude, d'imperfection
Psychanalytique (Freud, 1974)	Fixation au stade anal du sujet du fait d'un conflit entre le Moi et un « Surmoi cruel » lors de l'apprentissage de la propreté aboutissant à la mise en place de formations réactionnelles contraires aux pulsions abandonnées dans l'enfance
Cognitivo-comportementale (Cottraux, 2017) (Young et al., 2006)	Distorsions cognitives et existence de schémas inadaptés et de pensées automatiques biaisées à l'origine de croyances fausses « je ne dois faire aucune erreur » et d'auto-injonctions Expression privilégiée des schémas « vulnérabilité », « exigence élevée »
Five factor model (Samuel & Widiger, 2008)	Configuration présentant un score élevé de Caractère consciencieux

Tableau 29 : Étiopathogénie du trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive selon les différents modèles théoriques

Le **Tableau 30** présente un résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive.

Cognition	Perfectionniste. Importance des codes moraux, des valeurs Pensée du type « je dois faire quelque chose d'utile au lieu de me distraire »
Émotions	Colère exprimée de manière détournée, émotions exprimées de manière formelle et contrôlée Pas d'expression de sentiments tendres
Comportements	Vérifications multiples, organisation des loisirs ou relations, contrôle Gestion du temps catastrophique du fait du perfectionnisme
Points forts	Consciencieux, perfectionniste, honnête, loyal, soigneux, attention aux détails et aux emplois du temps, altruisme
Relations interpersonnelles	Très critique, rigide en termes de moralité, de valeur et d'éthique ainsi que dans la manière de faire Ne délègue pas, entêté, refus de recevoir de l'aide, fermé aux autres idées « par question de principe » Aspect formel et guindé des relations
Quotidien / Image de soi	Privilégie la logique et l'intellect, attitude raide et formelle
Enfance	Éducation rigide
Type de psychothérapie privilégié Technique d'entretien (Beck et al., 2016)	Peu de données hormis une possible action des TCC sur l'effet négatif du perfectionnisme

Tableau 30 : Résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive

6.10. Trouble de la personnalité dépendante

L'origine du trouble de la personnalité dépendante dérive de la personnalité passive-agressive apparue en 1952 au sein du DSM-I et découle de constatations militaires réalisées par le Colonel K.A en 1945. Les observations de l'époque conduisent à une catégorisation des comportements observés chez certains soldats en trois sous types : la personnalité passive-agressive, la personnalité passive-dépendante et la personnalité agressive (Loas & Corcos, 2006).

Le DSM-II supprimera les trois sous types et ne gardera que le TP passive-agressive tandis que le DSM-III individualisera en 1980 le TP passive-agressive et le TP dépendante.

Divers études se sont questionnées sur la prévalence de ce trouble qui pouvait varier de 0,6 % (Volkert et al., 2018) à 9% en population générale (Angstman & Rasmussen, 2011). Le taux en population psychiatrique était à l'époque de 21% en hospitalisation et 4% en population ambulatoire (Bornstein, 1993).

Pour définir le TP dépendante, cinq des huit manifestations décrites par le DSM-5 doivent être observées (**Tableau 31**).

<p>Besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et « collant » et à une peur de la séparation, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Le sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui2. A besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie3. A du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation. (N.B. : Ne pas tenir compte d'une crainte réaliste de sanctions.)4. A du mal à initier des projets ou à faire des choses seul (par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par manque de motivation ou d'énergie)5. Cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de faire volontairement des choses désagréables6. Se sent mal à l'aise ou impuissant quand il est seul par crainte exagérée d'être incapable de se débrouiller7. Lorsqu'une relation proche se termine, cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins et le soutien dont il a besoin8. Est préoccupé de manière irréaliste par la crainte d'être laissé à se débrouiller seul
--	--

Tableau 31 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité dépendante

Plusieurs modèles théoriques ont essayé d'expliquer l'origine de ce trouble de personnalité, les grandes lignes explicatives sont résumées au sein du **Tableau 32**.

Théorie	Explications du trouble
Biologique (Gjerde et al., 2012)	La dépendance serait en partie génétiquement déterminée
Psychanalytique (Bornstein, 1993)	Fixation du stade oral conduisant à la persistance d'une dépendance vis-à-vis d'autrui et de comportements typiques de cette période
Attachement (Garofalo & Bogaerts, 2019)	Trouble de l'attachement type évitant
Cognitivo-comportementale (Beck et al., 2016) (Young et al., 2006)	Existence de distorsions cognitives, de schémas inadaptés et de pensées automatiques biaisées à l'origine de la croyance fautive « Je suis faible et sans protection » Expression privilégiée des schémas « abandon », « carence affective », « dépendance », « vulnérabilité », « échec », « assujettissement »
Apprentissage social (Debray et al., 2005)	La dépendance serait un comportement acquis lors de l'enfance suite à l'arrêt des besoins puis renforcé par l'apprentissage social. L'enfant se perçoit comme faible et incapable d'influencer le cours des événements dans un sens favorable
Phénoménologique et humaniste (Rogers, 2001)	L'enfant construit une vision altérée de lui-même en percevant le regard de ses parents le concernant, il conçoit l'autonomie comme inacceptable
Five factor model (Samuel & Widiger, 2008)	Configuration associant un score élevé de Névrosisme et un score bas de Caractère consciencieux

Tableau 32 : Étiopathogénie du trouble de la personnalité dépendante selon les différents modèles théoriques

Les caractéristiques d'expression principale de ce trouble sont synthétisées dans le **Tableau 33**.

Cognition	Perception de soi comme incapable de fonctionner sans aide, dévalorisation
Émotions	Ne sait pas se mettre en colère par peur de perdre la relation
Comportements	Difficulté à prendre des décisions sans intervention d'autrui, passif Comportement pouvant être qualifié de « collant » Tendance à se sur-adapter pour des tâches pénibles afin de garder le lien
Points forts	Capable d'une grande résilience si cela permet d'obtenir un soutien externe
Relations interpersonnelles	Mal à l'aise ou impuissant dans la solitude, recherche d'une aide extérieure En difficulté pour exprimer son désaccord Recherche d'un sauveur
Quotidien / Image de soi	Pessimisme et doute, se qualifie de « stupide »
Enfance (Drake & Vaillant, 1985)	Possible maladie somatique chronique dans l'enfance ou existence d'une anxiété de séparation
Type de psychothérapie privilégié Technique d'entretien (Gjerde et al., 2012)	Importance majeure de la relation Il n'existe pas de preuve de l'existence d'une thérapie plus efficace sur le fond, possible action des thérapies cognitives sur l'estime de soi

Tableau 33 : Résumé des modalités d'expression du trouble de la personnalité dépendante

7. La personnalité passive-agressive du DSM-III

Nous avons vu que le trouble de la personnalité passive-agressive est apparu pour la première fois au sein du DSM-III en 1945. Cependant, ce dernier a été abandonné et retiré lors de la publication du DSM-IV car les critères diagnostiques n'étaient alors jugés pas assez spécifiques. Nous l'aborderons ici brièvement, car bien qu'absent des TP au sein du DSM-5, le TP passive-agressive a été pris en compte dans la mise en parallèle entre TP avec le PTM. Il reste d'ailleurs encore sujet à débats à l'heure actuelle sur sa validité en tant que tel (Fossati et al., 2000 ; Laverdière et al., 2019 ; Wetzler & Morey, 1999).

La prévalence en population générale serait de 1,7% (Torgersen et al., 2001) et de 12,4% en population clinique (Morey, 1988). Sa disparition des recueils diagnostiques rend très difficile l'obtention de données plus récentes.

Tout comme les autres TP un certain nombre de critères doivent être présents pour évoquer le TP passive-agressive, le DSM-III considérait que cinq critères sur les neufs décrits étaient nécessaires (**Tableau 34**).

<p>Un modèle omniprésent de résistance passive aux demandes de mesures sociales et performance professionnelle, commençant au début de l'âge adulte et présente dans une variété de contextes, comme indiqué par au moins cinq des éléments suivants :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tergiverse, reporte les choses à faire pour que les délais ne soient pas satisfaits 2) Devient boudeur, irritable ou argumentatif lorsqu'on lui demande de faire quelque chose qu'il ne veut pas faire 3) Semble travailler délibérément lentement ou faire un mauvais travail sur des tâches qu'il ne veut vraiment pas faire 4) Proteste, sans justification, que d'autres font des demandes déraisonnables sur lui 5) Évite les obligations en prétendant avoir "oublié" 6) Estime qu'il fait un bien meilleur travail que d'autres 7) N'apprécie pas les suggestions utiles des autres concernant la façon dont il pourrait être plus productif 8) Fait obstacle aux efforts d'autrui en ne faisant pas sa part du travail 9) Critique ou méprise déraisonnablement les personnes en position d'autorité
--	---

Tableau 34 : Critères DSM-5 du trouble de la personnalité passive-agressive

Diverses hypothèses ont été formulées pour tenter d'expliquer l'origine du trouble de personnalité passive-agressive, quatre d'entre elles sont résumées dans le **Tableau 35**.

Théorie	Explications du trouble
<p>Génétique (Czajkowski et al., 2008)</p>	<p>Possible implication d'une composante génétique dans la genèse du trouble</p>
<p>Cognitivo-comportementale (Cottraux, 2017) (Young et al., 2006)</p>	<p>Distorsions cognitives et existence de schémas inadaptés et de pensées automatiques biaisées à l'origine de croyance fausse « on pourrait me marcher dessus »</p> <p>Expression privilégiée des schémas « assujettissement »</p>
<p>Psychanalytique (Bornstein, 1993)</p>	<p>Fixation du stade oral conduisant à la persistance d'une dépendance vis-à-vis d'autrui et de comportements typiques de cette période</p>
<p>Interpersonnelle (Benjamin, 1996)</p>	<p>Développement marqué par des punitions pour la colère, le refus de se soumettre et réalisation d'efforts pour gagner en autonomie conduisant à une sensibilité accrue au pouvoir</p>

Tableau 35 : Étiopathogénie du trouble de la personnalité passive-agressive selon les différents modèles théoriques

Le **Tableau 36** détaille les principales modalités d'expression du trouble de la personnalité passive-agressive.

Cognition	Opposition passive
Émotions	Colère intériorisée, boudeuse, irritabilité
Comportements	Procrastination, entêtement, « oubli » Inefficacité intentionnelle Recherche de pouvoir
Relations interpersonnelles	Résistance passive aux demandes Critique ou méprise les personnes en position d'autorité Ne fait pas sa part du travail, boudeur, irritable et argumentatif lorsque ne souhaite pas faire quelque chose
Quotidien / Image de soi	Affirmation de soi de mauvaise qualité
Enfance (Hopwood et al., 2009) (Grover et al., 2007) (Johnson et al., 2006)	Effort concernant l'établissement de l'autonomie et perturbation dans l'apprentissage de la gestion des relations hiérarchiques Possible abus dans l'enfance Comportement parental inadapté et négligence
Type de psychothérapie privilégié Technique d'entretien (Lelord & André, 1996)	Pas d'études précises concernant efficacité d'une thérapie particulière Adopter une position basse, ne pas le prendre personnellement, lui demander son avis autant que possible

Tableau 36 : Résumé du trouble de la personnalité passive-agressive

8. Les questionnaires diagnostiques pour les troubles de la personnalité

Comme nous l'avons vu, la personnalité et les troubles associés sont soumis aux différents questionnements, débats et conceptions théoriques divergents rendant complexe la question de leur évaluation. Afin d'aider le clinicien dans ce chemin tortueux, divers outils existent que nous présenterons ci-dessous succinctement.

Nous aborderons dans un premier temps les questionnaires évaluant la personnalité sous l'aspect critériologique puis les méthodes abordant une approche multidimensionnelle et enfin les autres méthodes d'évaluation de la personnalité.

8.1. Évaluation de la personnalité selon le modèle critériologique

Les approches critériologiques dans l'évaluation de la personnalité sont apparues à Saint-Louis dans les années 1970. Les troubles sont alors définis par des critères précis avec des descriptifs rigoureux et univoques. Le diagnostic d'un trouble est affirmé selon une loi de tout ou rien en fonction du nombre de critères présents chez le sujet (Woodruff et al., 1974).

L'approche critériologique est celle utilisée au sein du DSM et de la CIM-10. Elle présente l'avantage d'améliorer la communication entre cliniciens et se veut plus facile d'accès au niveau administratif (Kim & Ahn, 2002). Cependant, une des difficultés sur laquelle repose l'évaluation des TP se trouve dans la faible valeur de la fidélité inter-juge².

L'intérêt des outils ci-dessous (**Tableau 37**) est de fournir certaines règles de cotation pour obtenir des diagnostics plus précis et plus reproductibles. En plus des questionnaires simples et des check-lists, les recherches concernant les entretiens semi-structurés ont démontré une efficacité renforcée de ces derniers dans l'évaluation des critères de ces types de troubles (Loranger et al., 1994).

Questionnaire	Informations
Symptom checklists for ICD-10 mental disorders (Janca et al., 1993)	Outil de dépistage de l'ensemble des troubles psychiatriques reposant sur les critères de la CIM-10, sous la forme d'un entretien semi-structuré (oui/non)
Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ) (Raine, 1991)	Auto-questionnaire d'évaluation du TP schizotypique d'après les critères du DSM-III à travers 74 items dichotomiques (oui/non)
The Dependent Personality Questionnaire (DPQ) (Tyrer et al., 2004)	Auto-questionnaire d'évaluation spécifique du TP dépendante à travers 8 items type likert ³ conduisant à un score total sur 24
Questionnaire de Diagnostic de la Personnalité (PDQ-4+) (Hyer SE, 1994)	Auto-questionnaire de 99 items dichotomiques (vrai/faux) permettant l'évaluation des TP tels que définis dans le DSM-IV en ajoutant les personnalités dépressives et négativistes
Structured Clinical Interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II) (First & Gibbon, 2004)	Instrument d'évaluation catégorielle comprenant un auto-questionnaire de 119 questions (vrai/faux) et un entretien semi-structuré explorant les items répondus vrai à l'auto-questionnaire Explore les 10 TP du DSM-IV ainsi que de la personnalité passive-agressive et dépressive Fidélité inter-juge très satisfaisante pour le DSM-III-R, absence de données pour le DSM-IV et étude de validité moins concluante

² Concordance entre les diagnostics attribués par les différents juges lors de l'évaluation, à l'aide d'un instrument de mesure donné, d'un même sujet, au même moment et dans les mêmes conditions.

³ Les réponses aux questionnaires sont exprimées sur une échelle graduée entre « complètement d'accord » et « pas d'accord du tout ».

<p>Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV) (Pfohl et al., 1997)</p>	<p>Instrument d'évaluation catégorielle sous la forme d'un entretien semi-structuré de 110 questions explorant les 10 TP du DSM-IV ainsi que la personnalité passive-agressive, la personnalité dépressive et la personnalité à conduite d'échec</p> <p>Le plus ancien test disponible pour l'évaluation des TP Fidélité inter-juge satisfaisante mais résultat mitigé lors des études de validité avec d'autres instruments ou selon un diagnostic clinique</p>
<p>International Personality Disorder Examination (IPDE) (Loranger et al., 1997)</p>	<p>Instrument d'évaluation catégorielle comprenant deux auto-questionnaires (un questionnaire explorant 77 items du DSM-IV et un questionnaire explorant 59 items de la CIM-10) suivis d'un entretien semi-structuré explorant les items répondus affirmativement à la recherche des 10 TP de la CIM-10 et/ou du DSM-IV</p> <p>Outil développé par l'OMS, les critères sont regroupés en 6 domaines : Le travail, le Soi, Les relations interpersonnelles, Les affects, L'appréhension de la réalité, Le contrôle des impulsions</p>
<p>DSM-IV and ICD-10 Personality (DIP) (Otto et al., 1998) (Bodlund et al., 1998) (Massoubre et al., 2009)</p>	<p>Instrument d'évaluation catégorielle incluant un auto-questionnaire de 140 items (vrai/faux) et un entretien semi-structuré évaluant les critères du DSM-IV et de la CIM-10</p> <p>Concordance des résultats entre auto et hétéro-questionnaires peu satisfaisante mais bonne concordance avec le SCID-II</p>

Tableau 37 : Méthodes d'évaluation de la personnalité selon l'approche critériologique

8.2. Évaluation de la personnalité selon le modèle dimensionnel

Nous ne présenterons ici que succinctement quelques grands moyens d'évaluation de la personnalité selon le modèle dimensionnel (**Tableau 38**).

Plusieurs éléments supplémentaires seront abordés au cours de la partie IV concernant les avantages de cette approche, mais aussi ses limites et sa place dans l'avenir pour l'évaluation de la personnalité.

<p>NEO-PI-R (Costa Jr & McCrae, 2008) Structured Interview for Five Factor Model (SIFFM) (Trull et al., 1998)</p>	<p>Auto-questionnaire comprenant 240 questions type likert et reposant sur le modèle à 5 facteurs</p> <p>Il décline chacun des 5 domaines en 6 facettes conduisant à l'analyse de 30 traits spécifiques</p>
<p>Personality Inventory for DSM-5 (Krueger et al., 2012)</p>	<p>Auto-questionnaire comportant 220 questions type likert et évaluant les 25 facettes de la personnalité organisées en 5 domaines (Affectivité négative, détachement, antagonisme, désinhibition, psychotisme)</p>
<p>Dimensional Assessment of Personality Pathology Basic Questionnaire (DAPP-BQ) (Kushner et al., 2011)</p>	<p>Auto-questionnaire comprenant 290 questions type likert s'intéressant à 18 dimensions différentes de la personnalité</p>

Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2ème version (MMPI-2) (Butcher, 2010)	Auto-questionnaire historique parmi les plus utilisés dans l'évaluation de la personnalité comprenant 567 items catégoriels (vrai/non/je ne sais pas)
Schedule for Non-adaptive and Adaptive Personality (SNAP) (L. A. Clark, 2007)	Auto-questionnaire de 375 items dichotomiques (vrais/faux). Questionnaire explorant 15 échelles distinctes (3 échelles de tempérament et 12 échelles de traits de personnalité)
Personality Assessment Inventory (PAI) (Busch et al., 2017)	Auto-questionnaire de 344 items type likert (Pas vrai du tout, faux, légèrement vrai, principalement vrai, très vrai) comprenant 22 échelles différentes
Inventaire Multiaxial Clinique de Million (MCMI-IV) (Choca & Grossman, 2015)	Auto-questionnaire de 195 questions vraies-fausse, reposant sur la théorie évolutionniste de Théodore Million incluant 30 échelles différentes
Assessment of DSM-IV Personality Disorders (ADP-IV) (Schotte et al., 2004)	Auto-questionnaire néerlandais de 94 items type Likert, incluant une double approche de la personnalité : sous forme catégorielle (en se basant sur les critères du DSM-IV) mais également dimensionnelle, sous forme de traits

Tableau 38 : Méthodes d'évaluation de la personnalité selon l'approche dimensionnelle

8.3. Autres méthodes d'évaluation

En plus de ces différents questionnaires scientifiquement reconnus à travers des travaux de recherche, d'autres outils et conceptualisations ont, et sont toujours utilisés par le domaine médical et une partie du grand public pour caractériser la personnalité ou le fonctionnement d'un individu (**Tableau 39**).

Certaines de ces approches sont surtout historiques et sont de nos jours soumises à controverse (Test de Rorschach). Certaines présentent l'intérêt de caractériser la personnalité selon des caractéristiques positives tout en donnant des éléments de réflexion sur des fonctionnements pathologiques enkystés sans pour autant avoir de reconnaissance scientifique (Ennéagramme).

Le questionnaire des schémas de Young, n'a initialement pas pour objectif de proposer un modèle d'évaluation de la personnalité (bien que certaines études tendent à évaluer la possibilité d'un rapprochement avec les troubles de personnalité du DSM) (Mihaescu et al., 1997). Ce questionnaire doit permettre avant tout l'identification de croyances rigides conduisant à une diminution de la flexibilité de l'individu.

Test de Rorschach (Rorschach, 1921) (Reber, 2002)	Outil d'évaluation psychologique historique de type projectif créé en 1921 reposant sur la libre interprétation de taches d'encre Validité et fiabilité contestées malgré les tentatives d'instauration d'échelles de cotation
Thematic Apperception Test (TAT) (Murray, 1951) (Gregory, 2004)	Outil d'évaluation projectif composé de planches figuratives représentant des situations ambiguës autour desquelles le sujet doit développer une histoire Validité et fiabilité faibles
Myers-Briggs Type Indicator (MBTI) (Myers & McCaulley, 1985)	Outil d'évaluation psychologique analysant au travers d'un auto-questionnaire, composé, selon les versions de 96 à 222 questions Repose sur la théorie des types psychologiques de Jung et définit 16 types différents caractérisés par 4 axes d'évaluation (Extraversion/Introversion – Sensation/Intuition – Pensée/Sentiments – Jugement/Perception) Surtout utilisé dans des contextes de management et dans les relations interpersonnelles
Ennéagramme (Hook et al., 2021) (Tenenbaum et al., 2014)	Système d'étude de la personnalité décrivant neuf configurations différentes correspondant à neuf motivations et évitements fondamentaux Surtout utilisé comme méthode de développement personnel, pas de reconnaissance scientifique
Young Schema Questionnaire (YSQ-3) (Young et al., 2017)	Modèle cognitif de la personnalité évaluant au travers d'un auto-questionnaire de 232 items type likert la prévalence d'utilisation des 18 schémas précoces inadaptés de Young

Tableau 39 : Méthodes d'évaluation annexes de la personnalité et du fonctionnement d'un individu

8.4. L'inventaire de personnalité de Kahler

L'Inventaire De Personnalité (IDP) ou Personality Pattern Inventory (PPI) a été créé en 1982 par Kahler et a subi plusieurs révisions depuis sa création. L'objectif de cet inventaire est de permettre la mise en évidence de certaines préférences dans le mode de fonctionnement, la communication et l'interaction d'un individu. Ces préférences correspondent à une personnalité dite de « Base » qui se trouve complétée par des éléments décrivant la motivation actuelle de la personne selon le Process Communication Modèle⁴.

⁴ Tous ces éléments seront décrits plus en détail dans les parties suivantes de cette thèse.

L'inventaire se présente sous la forme d'un auto-questionnaire comportant 45 questions de type likert que la personne devra hiérarchiser par ordre d'affinité allant du 1^{er} choix « Cette réponse me correspond le mieux » jusqu'au 5^{ème} choix « Cette réponse me décrit moins que les précédentes ». Il est également possible de ne choisir qu'un nombre limité de réponses, le minimum étant de fournir une réponse par question.

Une fois les scores analysés, les résultats mettent en évidence la « Base » et la « Phase » de l'individu, mais également des scores en pourcentage évaluant les différentes composantes propres au modèle (« les Perceptions », « Les Points Forts », « Le style d'Interaction », « Les Parties de la personnalité », « Les Canaux de communication », « L'environnement préféré » et les « Besoins psychologiques ».⁵)

Chaque score indique une quantité d'énergie disponible dans chaque domaine. Plus le score est élevé et plus il indique une aisance ou une prédisposition à mobiliser les ressources en question. Un score bas sera au contraire synonyme de difficultés ou d'une fatigabilité accrue.

Une étude de 1990 fondée par la Nasa comparait l'IDP avec le modèle de Myers-Briggs. Cette étude retrouvait une corrélation entre les types de personnalité de Base de l'IDP et certaines typologies de Myers-Briggs, mais concluait sur l'aspect plus pratique et complet de l'IDP (Stansbury, 1990a).

Les études étant très peu nombreuses (Kahler, 1982b) et souvent réalisées dans le cadre de congrès ou de publications sur le modèle, elles nécessitent une certaine prudence et des analyses complémentaires.

⁵ Voir Parties II sur les éléments explicatifs du modèle

II. Le Process Communication Modèle :

Un modèle d'évaluation de la personnalité

1. Origine du modèle

Le Process Communication Modèle (PCM) est un modèle d'évaluation et de communication conçu par Kahler, Docteur en psychologie et formé au sein de l'école de l'analyse transactionnelle⁶ (AT) (Kahler, 2010). C'est en 1969 qu'il élabore un modèle afin de mieux se connaître soi-même et d'appréhender la personnalité de l'autre sous forme de profils types caractérisés par des points forts, des motivations et des modes de communication spécifiques, mais également des environnements préférentiels.

Son but est de modéliser les éléments pouvant conduire à une meilleure communication entre deux personnes, tout en fournissant différentes stratégies afin que chaque profil puisse retrouver une disponibilité intellectuelle et émotionnelle après une exposition à des facteurs de stress.

L'idée de sa théorie lui est venue suite au constat que certains patients qu'il suivait en thérapie pouvaient présenter des schémas répétitifs, invariables et prédictifs d'un fort niveau de stress alors même que ces derniers étaient atteints de pathologies diverses. Ces schémas pouvaient être objectivés à travers la modification de cinq indicateurs que sont : les mots employés par la personne, le ton de la voix, les gestes, la posture et l'expression de son visage.

Pour faire ce constat, Kahler s'appuie sur les recherches et théorisations de Berne réalisées plusieurs années auparavant sur les différents États du Moi⁷ (Berne, 1975a). L'apport de Kahler fut de mettre en évidence que ces différents indicateurs, qu'il nomme « Drivers »⁸, apparaissent quelques secondes avant même la mise en place d'un État du Moi et correspondent à des mécanismes défensifs. Dans les années qui ont suivi, Kahler enrichira ses découvertes en intégrant les apports de plusieurs autres grands noms de l'AT tels que Karpman (1968) et son « Triangle Dramatique », du Docteur Berne (1975b ; 1989) avec sa conception des « Jeux » et des « Scénarios » .

⁶ Théorie de la personnalité, des rapports sociaux et de la communication créée en 1958 par le Dr Berne étudiant les phénomènes intrapsychiques à travers les échanges relationnels de deux personnes

⁷ Quelques explications sur le concept d'État du Moi sont disponibles dans la partie traitant des Parties de personnalité (section 5.2)

⁸ Pour plus d'informations sur les Drivers, se reporter à la section 5.1

Kahler publie par la suite *L'analyse transactionnelle revisitée* qui sert de base à son Process Thérapie Modèle (PTM) et qu'il décrit lui-même comme de l'AT incorporant ses différentes découvertes et recherches antérieures (Kahler,1978).

Dans un second ouvrage *Process Therapy in Brief* (Kahler, 1979), il détaille sa Matrice d'évaluation⁹ et donne une description précise des différents Types de personnalité qu'il observe. Il considère initialement que chaque individu ne correspond qu'à un Type précis et qu'il nomme Surempathique, Travaillomane, Dubitatif, Rêveur éveillé, Désapprobateur et Manipulateur. A ces six types, s'ajoute le type Cyclique qui ne présente pas de caractéristique propre, mais regroupe les individus ne correspondant à aucun des autres profils. Cette entité disparaîtra dans les versions ultérieures du modèle.

Suite à des échanges et aux travaux de Ware (1983) et de Dusay (1972), le modèle de structuration de la personnalité évolue progressivement d'une conception « un Type de personnalité par personne » vers une vision « d'empilement des six différents Types » chez un même individu. Le modèle décrit pour chaque Type les comportements inadaptés associés, tout en offrant également une vision positive avec la description des forces de chacun des profils. Cette nouvelle conception résolument plus positive conduit à un changement nominal des différents profils sous l'appellation : « Empathique », « Travaillomane », « Persévérant », « Promoteur », « Rêveur » et « Rebelle » jugés plus neutres.

Cette conception de la structuration de la personnalité est représentée par un « immeuble de la personnalité » correspondant à un empilement des différents Types tel un histogramme horizontal à six barres (**Figure 1**).

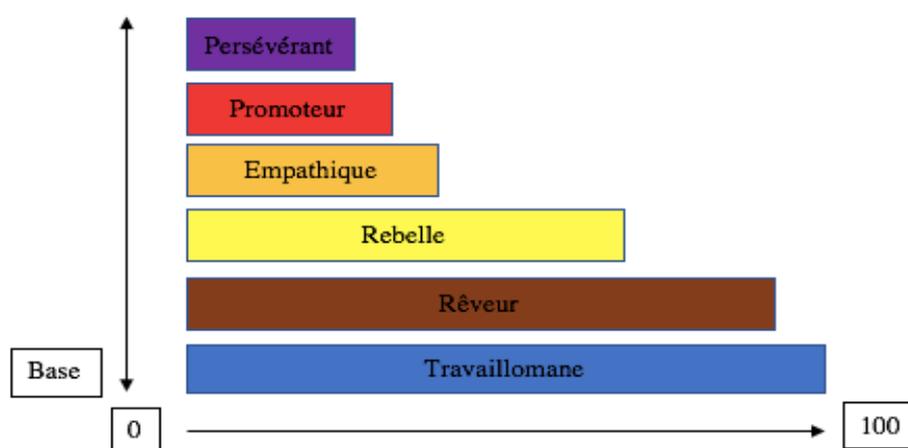


Figure 1 : Exemple d'un « immeuble de la personnalité »

⁹ Pour plus d'informations sur la Matrice d'évaluation se reporter à la section 3

Kahler se pose à l'époque la question des raisons qui entraînent un changement de comportements et de motivations au cours de la vie d'un individu. Il postule que chaque personne commence avec les caractéristiques associées au profil de la Base¹⁰ de son immeuble et adopte selon les Phases¹¹ de la vie (induit par des événements ou des expériences vécues) certaines des caractéristiques et motivations associées aux autres Types de personnalité. Cette conceptualisation lui permet d'expliquer la dualité de l'être humain évoluant entre stabilité identitaire et modifications comportementales et motivationnelles pouvant apparaître au cours d'une vie.

Peu de temps après l'élaboration de ces nouvelles hypothèses, Kahler fut embauché par la Nasa pour travailler sur les méthodes de recrutement des astronautes afin de permettre d'anticiper leurs différents comportements sous stress et d'éviter les tensions au sein des équipes (Spencer, 2000). Il teste alors son modèle dans une population non clinique au travers de son « Inventaire De Personnalité » (IDP) qui le conforte dans ses idées (Kahler, 1982b ; 1982c).

2. Méthode de structuration de la personnalité

2.1. La Base

Selon le Process Thérapie Modèle, les individus sont constitués de six types de personnalité : Travaillomane, Persévérant, Empathique, Promoteur, Rebelle et Rêveur.

A la naissance un des types apparaît dominant ou prend de l'importance de façon très précoce, il s'agit de la Base. Cette dernière serait la même tout au long de la vie d'un individu (Stansbury, 1990b), tandis que la configuration des cinq autres types se cristalliserait dans un ordre spécifique vers l'âge de sept ans. La théorie voudrait que la Base soit définie de façon innée tandis que l'ordre des autres étages serait déterminé de façon acquise par l'interaction avec l'environnement (environnement familial, structure de personnalité des proches, événements traumatiques).

La construction de l'immeuble offre donc 720 combinaisons de structures de personnalité différentes, chacun des six types pouvant se trouver à la Base ou à n'importe quel étage de l'immeuble. De plus, chaque étage est caractérisé par un niveau d'énergie

¹⁰ Pour plus d'informations sur le Base se reporter à la section 2.1

¹¹ Pour plus d'informations sur la Phase, se reporter à la section 2.2

quantifié par un pourcentage indiquant l'aisance à mobiliser les caractéristiques de l'étage en question. La Base, par définition, est toujours quantifiée à cent. Une des façons de voir ce score correspondrait par exemple au pourcentage de temps qu'un individu a de disponible au sein de ce profil avant d'entrer en stress.

De façon très schématique :

Si on imagine par exemple une personne avec un score de 50% sur le profil Persévérant et que cette dernière se retrouve en interaction pendant une heure dans un environnement ou avec un interlocuteur utilisant principalement ce Type de personnalité, la communication ne pourrait être efficace que durant trente minutes (Collignon, 2019). Arbitrairement, il a été défini qu'un score d'énergie supérieur à quarante serait le témoin d'une capacité à expérimenter les ressources d'un profil tandis qu'un score inférieur ferait état de difficultés à mobiliser les capacités positives du Type en question.

Le niveau d'énergie dans chaque étage et la hiérarchisation de l'ordre des Types dans l'immeuble sont déterminés par l'IDP.

2.2. La Phase

Le concept de Phase a vu le jour en 1977 afin d'expliquer les changements de motivations ou de comportements de certaines personnes au cours de leur vie. La Phase correspond à l'étage de l'immeuble abritant les Besoins psychologiques actuels (ou moteurs motivationnels) de la personne.

Ces Besoins psychologiques sont tellement importants pour l'individu que ce dernier cherchera toujours à les satisfaire, à travers des mécanismes inconscients la plupart du temps, que ce soit de manière positive ou de manière négative. En cas de non satisfaction des Besoins psychologiques, il est prévisible que la personne manifeste des comportements sous stress liés à la Phase.

A la naissance, nous disposons d'une Phase et d'une Base identiques. En fonction des événements de vie et de la façon dont nous allons les vivre, la Phase pourra (ou non) se modifier, entraînant une modification des Besoins psychologiques et de la séquence de stress¹² : on parle alors de changement de Phase.¹³

¹² Pour plus d'informations sur la séquence de stress, se reporter à la section 5

¹³ Pour plus d'informations sur le changement de Phase, se reporter à la section 2.3 et 6.2

Il est possible également qu'un individu présente au cours de sa vie une Phase différente de sa Base sans pour autant que cette dernière corresponde à sa Phase actuelle. Cet étage est appelé « Phase vécue » et témoigne d'une période de vie passée marquée par les caractéristiques de la Phase vécue.

Une modification de Phase peut se produire à plusieurs reprises au cours d'une vie, mais toujours dans un ordre unique correspondant à celui de « l'immeuble de personnalité », du bas vers le haut.

A l'heure actuelle, la réalisation de plus de 700 000 IDP aurait retrouvé qu'environ 33% de la population présenterait une Base et une Phase identiques tandis que 67% aurait au moins changé de Phase une fois dans sa vie. Kahler (1982c) constate que 28% des personnes n'auraient changé qu'une fois de phase, 20% deux fois, 5% trois fois, 3% cinq fois et 1% six fois. Une phase peut durer de quelques années à la vie entière.

En intégrant le concept de Phase et les 36 possibilités de combinaisons Base/Phase aux 720 configurations d'immeubles abordées plus haut, nous obtenons 4320 structures de personnalités différentes, auxquelles il faut ajouter les variations du niveau d'énergie de chaque étage qui varient également d'une personne à l'autre et au cours même de la vie.

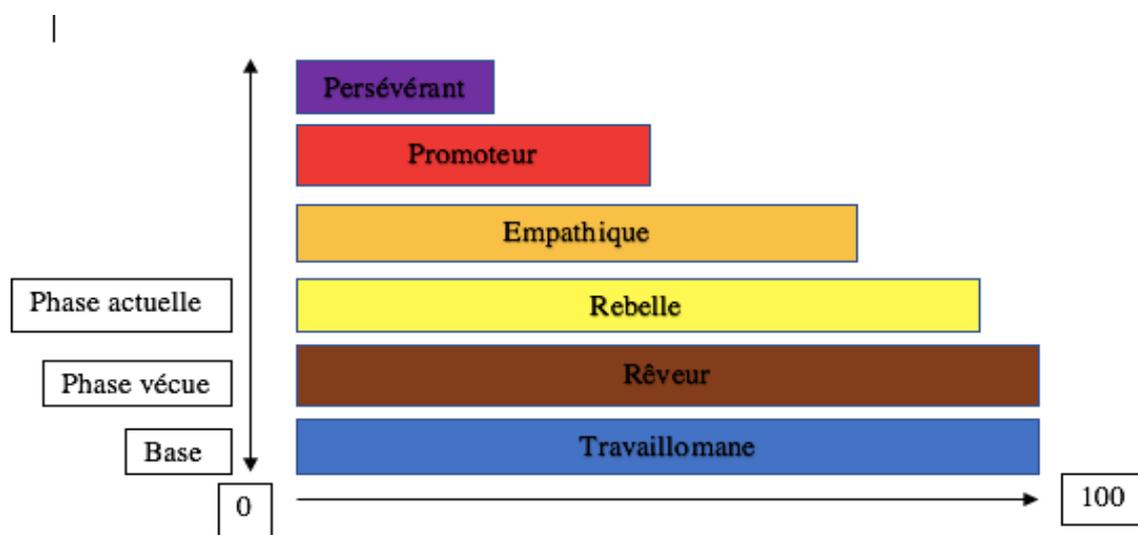


Figure 2 : Exemple d'« immeuble de la personnalité » avec phase vécue

La **Figure 2**, prend l'exemple d'une personne de Base Travaillomane (en bas de l'immeuble) qui aurait, au cours de sa vie, vécu une Phase Rêveur et serait en cours de Phase Rebelle. On constate dans cette figure que la Phase vécue dispose désormais d'un niveau d'énergie à 100 (représenté par la largeur des histogrammes), témoignant de l'intégration complète de cette Phase.

Le Type Empathique présente un fort niveau d'énergie indiquant une ouverture aux caractéristiques du profil. Le Type Persévérant en revanche semble peu développé. La personne risque donc de présenter de plus grandes difficultés à mobiliser les caractéristiques ou à être en interaction avec des personnes manifestant essentiellement le profil Persévérant.

Ce modèle donne donc des pistes de compréhension sur la stabilité de certaines composantes de la personnalité au cours de la vie au travers du concept de Base, mais fournit également une explication sur la part évolutive de chaque individu et sur les variations de motivations grâce au concept de Phase.

2.3. Étapes de développement et structure de la personnalité

Selon le Docteur Erikson (1994), le développement de la personnalité d'un individu se déroulerait selon différentes étapes au cours de l'enfance auxquelles seraient associées des Problématiques spécifiques.

En PCM, une Problématique apparaît sous la forme d'une tension interne inconsciente apparaissant suite à une difficulté et mettant en jeu deux possibilités :

- L'expression d'une émotion dite « authentique » qui n'est accessible que lors de l'intégration de l'étape du développement en question ou au prix d'efforts très importants.
- L'expression d'une émotion dite de « substitution »¹⁴ apparaissant comme un mécanisme de défense et permettant d'éviter l'expression de l'émotion authentique.

Chaque étape de développement correspond à une période charnière pouvant conduire soit à l'intégration soit au refoulement d'une émotion authentique. Si l'étape est réussie, la personne aura un sentiment de maîtrise et sera à même d'exprimer l'émotion authentique. Dans le cas contraire, l'expression de l'émotion authentique est trop douloureuse et la personne manifestera alors l'émotion de substitution.

Kahler est parti de ce postulat pour expliquer le concept de changement de Phase. Pour lui, un enfant dont les personnes ressources (père, mère, tuteur...) n'auraient pas permis d'accompagner la gestion saine d'une des Problématiques (au travers de l'apprentissage de l'émotion authentique) entraînerait de ce fait une étape de développement non finalisée.

¹⁴ Pour plus d'informations sur les émotions de substitution se reporter à la partie 5.2.5.

Par la suite, si cet enfant se retrouve au cours de sa vie confronté à une difficulté faisant apparaître la Problématique non résolue, il risque de présenter une souffrance importante du fait de son manque de ressources sur cette question précise, ce qui le conduira probablement à un changement de Phase.

Le **Tableau 40** retranscrit le parallèle effectué par Kahler (2010) entre son concept de Phase et les différentes étapes du développement de l'enfant tout en y associant les âges et les problématiques abordées par Erickson.

Phase	Étape du développement	Age	Problématique (Émotion authentique VS Émotion de substitution)
Rêveur	Dépendance	Nourrisson (0-9mois)	Autonomie (Puissance VS Confusion)
Promoteur	Contact	Bébé (9-18mois)	Lien affectif (Intimité VS Colère manipulatrice)
Persévérant	Confiance	Toute petite enfance (18-24mois)	Peur (Peur VS Colère)
Travaillomane	Solution	Petite enfance	Perte (Tristesse VS Colère)
Rebelle	Indépendance	Préscolaire (36-48mois)	Responsabilité (Désolé VS Colère Blâmante)
Empathique	Relation	Préscolaire 2 (48-60mois)	Colère (Colère VS Tristesse)

Tableau 40 : Mise en lien des différentes étapes de développement avec les Problématiques et les Phases associées.

Chacune de ces Problématiques va conduire à l'émergence d'une « Question existentielle » spécifique qui ne trouvera de réponse que lors de la résolution de la Problématique¹⁵. Il s'agit d'une question plus ou moins consciente mais omniprésente conditionnant son degré de résolution au niveau du bien-être d'une personne (Becquereau, 2011).

¹⁵ La résolution des différentes problématiques fait partie du processus d'accompagnement PTM détaillé au sein de la partie 6.2

2.3.1. Étape du nourrisson : Types Rêveur et Promoteur

- Étape de la dépendance : Naissance jusqu'à 9 mois
 - Phase : Rêveur
 - Problématique : Autonomie
 - Sentiment à intégrer : Puissance
 - Question existentielle : Suis-je voulu ?

Le nourrisson dans les premières années de sa vie, et particulièrement dans les premiers mois, se retrouve totalement dépendant de son environnement. La satisfaction de ses besoins repose sur une intervention extérieure apportée par l'entourage, lui permettant de faire l'expérience de la fiabilité de son environnement à ses sollicitations.

Par conséquent, un nourrisson dont l'entourage présenterait un défaut de fiabilité ou qui se montrerait négligent vis-à-vis de ses besoins basiques (oubli de prise alimentaire, pas de changement de couches) comprend que ses cris, pleurs n'ont aucune influence sur son environnement. Il ressent à terme un sentiment d'impuissance et ne peut donc pas intégrer sainement son étape de dépendance.

Si une personne de Base ou de Phase active Rêveur a complètement intégré cette étape du développement durant l'enfance, elle sera capable une fois adulte de prendre des décisions personnelles importantes et significatives (émotion authentique liée au sentiment de puissance).

A contrario, un échec dans la réalisation de cette étape conduirait ce même individu à des problématiques d'autonomie et à une négation de sa capacité à agir et à ressentir de façon autonome (émotion de substitution), pouvant mener jusqu'à un retrait passif afin d'éviter d'être confronté à une prise de décision.

- Étape du contact : 9 mois à 18 mois
 - Phase : Promoteur
 - Problématique : Lien affectif
 - Sentiment à intégrer : Intimité
 - Question existentielle : Suis-je vivant ?

Durant l'enfance et particulièrement durant cette étape du développement, la relation entre une mère et son enfant permet au travers de contacts physiques et émotionnels réguliers la création d'un lien fort et un sentiment d'intimité chez le nourrisson. C'est à travers cette capacité à pouvoir ressentir le lien qui le rattache aux autres, que la personne en Phase Promoteur sera capable d'éprouver de l'intimité au cours d'une relation.

De ce fait, si la personne a vécu de la négligence ou a vécu un défaut de fiabilité parentale durant l'enfance, elle peut avoir ressenti un vécu d'abandon émotionnel et physique, conduisant à un échec d'intégration de l'étape de Contact.

Dans les moments d'intimité, la problématique d'une personne en Phase Promoteur sous stress peut réapparaître conduisant chez ce dernier à vouloir s'éloigner de façon inconsciente de l'émotion authentique (intimité) en manifestant une colère manipulatrice (émotion de substitution) afin d'être à l'origine de l'abandon.

2.3.2. Étape de la toute petite enfance : Types Persévérant et Travaillomane

- Étape de la confiance : 18 à 36 mois
 - Phase : Persévérant
 - Problématique : Peur
 - Sentiment à intégrer : Peur
 - Question existentielle : Suis-je digne de confiance ?

Cette étape correspond à la prise de conscience qu'il existe des dangers autour de nous. Une bonne intégration de cette problématique est possible grâce à l'anticipation et la sécurisation de l'environnement par les parents lorsque l'enfant explore le monde. Ce soutien permet à l'enfant de faire l'expérience des conséquences de son interaction avec son environnement et de maîtriser sa peur de l'inconnu. Plus l'enfant sera à même d'évaluer le danger, plus il gagnera en confiance en lui, conduisant à une compréhension du monde plus appropriée et à une meilleure gestion de sa peur.

Un adulte en Phase Persévérant ayant intégré cette étape du développement sera conscient de sa peur (émotion authentique) et sera en mesure de l'exprimer lorsqu'il se retrouvera confronté à de nouvelles responsabilités.

Cependant, un adulte en Phase Persévérant n'ayant pas réussi à intégrer cette problématique risque de présenter des comportements de sur ou de sous protection vis-à-vis de ses enfants avec un déni de sa peur en manifestant notamment de la colère (émotion de substitution).

- L'étape des solutions : De 24 à 36 mois
 - Phase : Travaillomane
 - Problématique : Perte
 - Sentiment à intégrer : Tristesse
 - Question existentielle : Suis-je préparé ?

Cette étape est marquée par la confrontation de l'enfant au vécu du chagrin et au sentiment de perte pouvant survenir lors d'échecs ou à la suite d'expériences infructueuses.

La réussite de cette étape repose en partie sur la capacité des parents à encourager la réflexion et l'expression de l'enfant, ainsi qu'en l'aidant à surmonter les obstacles et en l'autorisant à échouer. Ce dernier sera alors en mesure d'accroître sa confiance en lui et pourra gérer plus aisément le vécu de perte inhérent à tout échec tout en intégrant la tristesse associée.

A l'inverse, un enfant frustré de ses échecs, n'ayant jamais été confronté à la problématique de la perte ou à l'inverse ayant été confronté à une perte mais sans pouvoir être autorisé à exprimer sa tristesse risque de ne pas réussir à intégrer cette étape et manifestera plutôt une fois adulte de la colère (émotion de substitution).

Un adulte en Phase Travaillomane ayant intégré cette étape sera capable d'exprimer sa tristesse face à un décès, à des objectifs ou à des désirs non assouvis (émotion authentique). De façon plus générale, cette problématique repose sur la capacité à pouvoir accepter une perte (séparation, deuil) et la tristesse qui l'accompagne.

2.3.3. L'âge préscolaire : Types Rebelle et Empathique

- L'étape de l'indépendance : De 36 à 48 mois
 - Phase : Type Rebelle
 - Problématique : Responsabilité
 - Sentiment à intégrer : Désolé
 - Question existentielle : Suis-je acceptable ?

Cette étape se concentre sur la gestion des interactions sociales avec notamment l'apprentissage que chaque action entraîne des conséquences. Cet apprentissage permet à l'enfant d'intégrer le concept de culpabilité saine (ou de responsabilité) afin de favoriser un vécu authentique d'implication de l'individu au cours de ses actes.

Un échec d'intégration de cette étape développementale peut correspondre à une éducation marquée par le refus des parents de laisser l'enfant entreprendre seul des tâches appropriées à son âge ou a contrario à prendre trop de place et donner des réponses à sa place alors qu'il aurait été en mesure d'y répondre seul. Dans cette situation l'enfant ne prend pas conscience qu'il est responsable de ses actions et n'apprend pas le sentiment de culpabilité saine (émotion authentique), attribuant alors ses difficultés à autrui (émotion de substitution).

Un accompagnement parental adapté permet à l'enfant de se sentir accepté de manière inconditionnelle et de gagner suffisamment d'estime de soi afin qu'il soit capable de comprendre qu'il est responsable de son bien-être.

Un adulte en Phase Rebelle ayant intégré cette étape sera plus à même d'accepter des reproches et d'émettre des regrets, et aura moins tendance à accuser autrui d'être responsable de son malheur.

- L'étape du développement des relations : De 48 à 60 mois
 - Phase Empathique
 - Problématique : Colère
 - Sentiment à intégrer : Colère
 - Question existentielle : Suis-je aimable ?

La colère saine correspond à l'expression authentique d'un malaise face à un comportement, sans manifester de comportement attaquant, de blâme ou d'auto-dénigrement. L'intégration de cette étape repose sur un soutien parental capable de montrer l'exemple en exprimant et en autorisant l'expression de la colère saine.

L'accompagnement dans le développement émotionnel de l'enfant passe par trois étapes : la prise de conscience de l'émotion, l'expression et l'action.

La prise de conscience

La prise de conscience repose sur la capacité des parents à pouvoir donner à l'enfant des informations pour qu'il soit en mesure de prendre conscience de sa colère du type « Ouh là ! Je vois que tu es en colère ».

L'expression

Un blocage au niveau de cette étape peut être dû à la croyance que l'expression de la colère serait source de souffrance pour l'entourage. L'enfant intègre l'idée qu'il doit internaliser sa colère quitte à en souffrir pour éviter les répercussions sur les autres. Une réponse parentale adaptée serait de nommer l'émotion, de favoriser l'expression de l'enfant quant aux raisons de cette émotion et de continuer à montrer de l'amour et de l'acceptation, tout en lui indiquant que personne n'est blessé.

Action

Cette étape a lieu lorsque l'enfant montre un comportement inapproprié dans un moment de colère de type « pincer, frapper ... ».

La réponse saine serait de pouvoir verbaliser à l'enfant ce qui est ou non acceptable et de lui offrir à la place une solution alternative plus positive.

Une personne adulte en Phase Empathique ayant intégré cette problématique sera en mesure d'accepter et d'exprimer sa colère de façon saine (émotion authentique), tout en sachant que cette dernière est essentielle pour construire une véritable intimité avec les autres.

A contrario, une non intégration de l'étape risque de conduire à un refoulement de la colère et à une confusion dans les émotions avec l'expression de tristesse (émotion de substitution).

3. Matrice d'identification de la Base

Pour Kahler (1979), chaque profil dispose d'un environnement relationnel de prédilection et sera plus ou moins sensible à des sources de motivations qui l'inciteront à entrer en action. En partant de ce constat, il décide de répartir et de regrouper les profils sur une matrice d'identification représentée par la **Figure 3**.

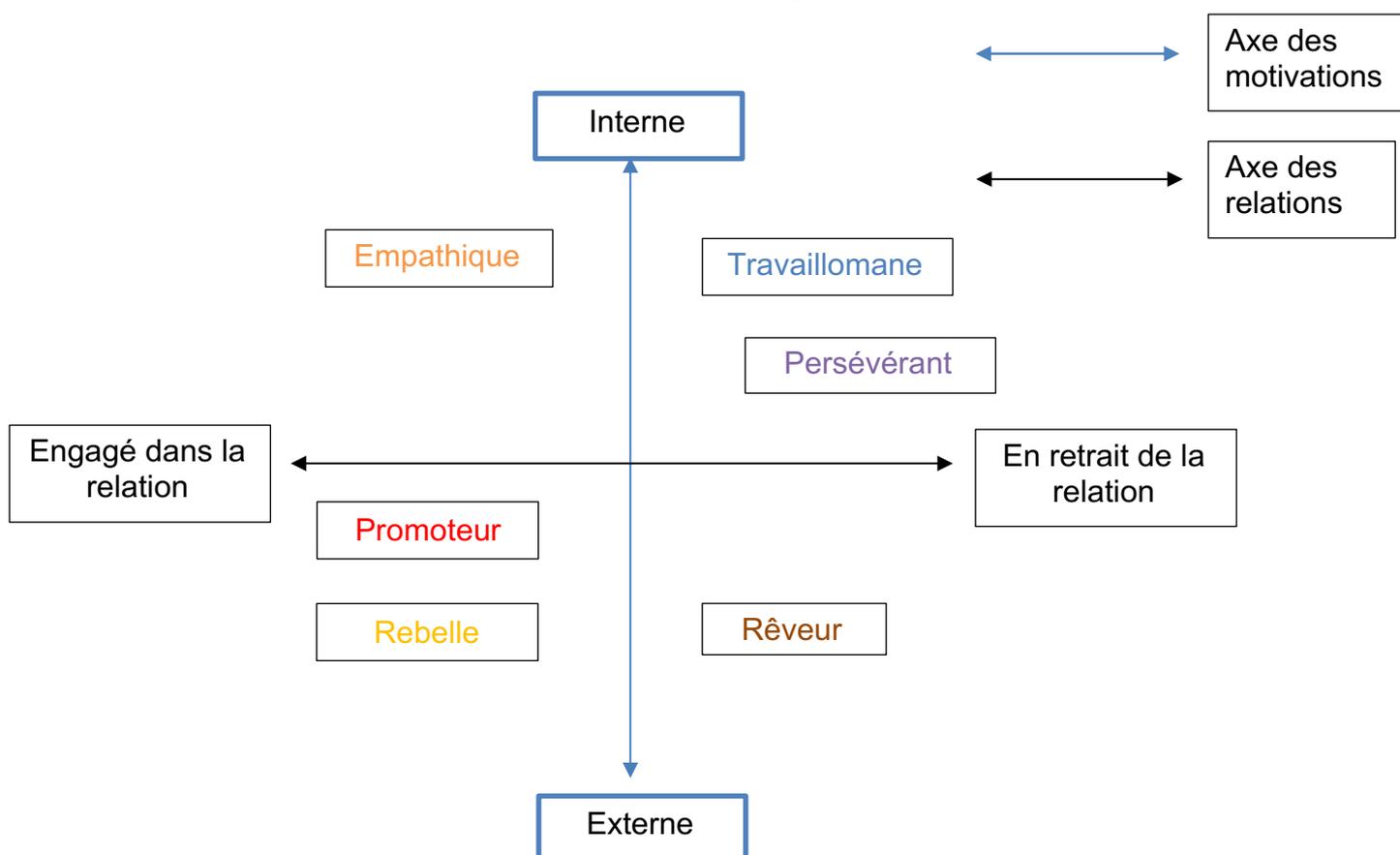


Figure 3 : Matrice d'identification de la Base

La ligne verticale du diagramme symbolise l'axe d'engagement vers un but ou un objectif. Plus le profil tend vers « Interne » plus la personne est en mesure de se fixer elle-même des objectifs et de s'auto-motiver pour les réaliser. A l'inverse, les profils se rapprochant du cadran « Externe » nécessitent une stimulation extérieure pour entrer en relation ou maintenir leur motivation tout au long d'un projet.

L'axe horizontal symbolise l'engagement dans les relations. Plus le profil tend vers l'engagement et plus la personne apprécie les échanges de groupes, tandis que la partie « Retrait » indique une appétence pour la solitude ou les relations en binôme.

4. Les éléments de communication

4.1. Les Perceptions

Les Perceptions peuvent être considérées comme des filtres au travers desquels nous appréhendons le monde. De façon plus générale, c'est ce qui nous permet d'entrer en contact avec autrui et ce qu'utilise autrui pour entrer en contact avec nous. Kahler définit la Perception principale comme celle correspondant au type de personnalité de Base, c'est celle que nous percevons et utilisons en priorité dans une communication.

Chaque échange entre deux personnes comprend de multiples interactions. Le « contenu » d'un échange est filtré au travers de la Perception de Base pouvant conduire à des conclusions différentes.

Par exemple :

La notion de succès peut être interprétée comme le fait « de travailler dur et de penser clairement », « d'agir avec sa conscience et de suivre les règles », « de donner et d'aimer », « d'être réfléchi et de prendre du recul », « de prendre du plaisir et d'être créatif » ou encore « de faire des choses excitantes, d'être persuasif ».

Nous pouvons imaginer les difficultés de communication et les incompréhensions mutuelles sur des contenus non précis et globaux.

Kahler (1982c) a pu mettre en évidence des indices verbaux pouvant évoquer l'utilisation de langage perceptuel préférentiel (**Tableau 41**).

Perceptions (Type de personnalité)	En pratique	Indices verbaux employés
Pensée (Travaillomane)	Classe les gens et les choses par catégories Apprend et rassemble toutes les informations pour pouvoir les analyser et en faire une synthèse	« Je constate », « quelles options », « qui », « quoi », « quand », « où » ...
Opinions (Persévérant)	Évalue les gens et les situations selon un système de valeurs Entre en contact en donnant son avis et a besoin que l'autre se positionne	« A mon avis », « nous devrions », « je crois », « valeurs »
Inactions/Réflexion : « Imagin'action » (Rêveur)	Motivé à l'action par les gens et par les choses Se projette en train de faire et "vit" dans sa tête ce qu'il imagine Ne ressent pas le besoin de mettre en œuvre	« Besoin de temps », « rythme tranquille », « attendons »

Actions (Promoteur)	Expérimente le monde en agissant Peu dans l'analyse et la réflexion, préfère expérimenter pour s'adapter en fonction du résultat obtenu	« droit au but », « bon coup à faire », « assez parlé »
Réactions (Rebelle)	Réagit aux gens et aux choses à partir de « j'aime, je n'aime pas » Cherche à faire "réagir" son entourage, faute de réactions il en fera davantage jusqu'à faire réagir. La communication passe par la stimulation	« Ouah !!!! » « j'adore », « je n'aime pas »
Émotions (Empathique)	Intègre et perçoit les gens et les choses au travers des ressentis	« Je ressens », « je suis à l'aise avec », « heureux », « triste »

Tableau 41 : Exemples d'indices verbaux selon les Perceptions

4.2. Les Parties de la personnalité

Le concept de Parties de la personnalité dérive des travaux du Docteur Berne (1975a) à propos de ce qu'il a appelé les États du Moi.

Les États du Moi sont considérés comme étant « un système cohérent de pensées et d'émotions se manifestant par les schémas comportementaux associés ». Un schéma comportemental est caractérisé par cinq indicateurs : les mots, le ton, les gestes, les postures et les expressions du visage.

Kahler, a repris ce concept pour définir ce qu'il a appelé les Parties de la personnalité et qu'il quantifie au nombre de cinq. Pour lui, une Partie de personnalité s'active au cours d'une interaction quand au moins trois indicateurs comportementaux sur cinq sont présents. Il précise que plus on note d'indicateurs et plus la partie se trouve mobilisée renforçant de ce fait le message envoyé (**Tableau 42**).

Chaque Type de personnalité présente une Partie de personnalité préférentielle correspondant à celle rattachée à sa Base. Il reste par contre possible de mobiliser une autre Partie en utilisant un autre étage de son immeuble (au prix d'une consommation plus importante d'énergie) dans le but d'améliorer la communication avec son interlocuteur.

Partie de Personnalité (Profil privilégié)	Contexte d' apparition	Mots	Ton	Gestes	Posture	Expressions du visage
Le Protecteur (Tous profils) 	Ordre à l' impératif dirigé vers les sens	« Écoute » « Regarde-moi » Ordres neutres sans émotions rattachées	Ferme, protecteur, calme, bienveillant	Les mains et les bras en avant, comme si elles soutenaient	Relaxé et ancré	Non critique, ouverte, bienveillant
Le Directeur (Promoteur) 	Ordre à l' impératif mais dirigé vers la partie pensante de l' interlocuteur	« Dites-moi ce que vous comptez faire » « Réponds-lui » Impératif faisant appel à la pensée de l' autre	Ferme, non critique, non menaçant	Pas ou peu de gestes	Ancré	Pas d' expression
L' Ordinateur (Rêveur Travaillomane Persévérant) 	Donne des faits ou des opinions à la personne	« Que veux-tu mettre en œuvre ? » « Qu' est-ce que ? » « Quel ? » « Qui ? »	Monocorde	Peu ou pas de gestes	Stable, droit	Pas d' expression

Partie de Personnalité (Profil privilégié)	Contexte d' apparition	Mots	Ton	Gestes	Posture	Expressions du visage
Le Réconforteur (Empathique) 	Associé à des ressentis. Qualités chaleureuses, nourricières	« Je t' apprécie beaucoup » « Je tiens à toi » « Tu es quelqu' un d' important »	Doux, agréable, plaisant, bienveillant	Les paumes vers le haut	Relâché, ouvert, vers l' avant et vers autrui	Bienveillant, chaleureux, doux, souriant
L' Emoteur (Rebelle) 	Associé aux émotions authentiques, à la spontanéité, aux jeux	« Ton pantalon est super » « Waouh c' est génial », « Fabuleux »	Enjoué, énergique, enthousiaste, joueur	Animé, vivant	Relaxé, ouvert, fluide, flexible, libre	Spontané, souriant, enfantin, vivant

Tableau 42 : Tableau récapitulatif des Parties de la Personnalité

Il est à noter que la Partie Protecteur, n'est associée à aucun Profil de Personnalité et peut être facilement mobilisée par tous en fonction du contexte. Il s'agit d'un mode de communication d'urgence qui ne s'utilise pas sur le long cours, mais plutôt pour permettre un apaisement en cas d'envahissement émotionnel trop important.

4.3. Les Canaux de communication

Un Canal de communication correspond à une mise en relation entre deux personnes à travers une Offre et une Réponse. C'est une manière de communiquer.

Cette Offre et cette Réponse peuvent être directement observables au travers de l'activation des différentes Parties de personnalité (Kahler, 1982a).

De façon concrète :

Lors d'une interaction, l'émetteur d'un message va utiliser l'une des cinq Parties de personnalité pour activer le Canal de communication spécifique à cette partie. Si le récepteur répond en activant la Partie associée à ce Canal on parle de communication, dans le cas contraire on parle de Mécommunication.

Une Mécommunication correspond à une communication mal adressée ou mal reçue et qui est donc à risque de rupture ou de conflit entre les personnes impliquées.

Kahler définit cinq canaux de communication différents : le Canal Interruptif, Directif, Interrogatif, Nourricier et Ludique (**Tableau 43**).

Canal (Type de personnalité préférentielle)	Partie de Personnalité émettrice	Partie de Personnalité réceptrice	Objectif de l'interaction	Exemple d'interaction
Interruptif (Tous)	Protecteur	Partie sensorielle (Réponse non verbale)	Interruption d'une mécommunication avec des directives impératives centrées sur les sens	« Regarde-moi » => Regard dirigé vers l'interlocuteur
Directif (Promoteur – Réveur)	Directeur	Ordinateur	Directive formulée à l'impératif pour inviter l'autre à l'action	« Parlez-moi de votre journée » => « Je me lève à 8h »
Interrogatif (Travaillomane – Persévérant)	Ordinateur	Ordinateur	Échange d'informations clair et rapide	« À quelle heure mangez-vous ? » => « À 18H30 »
Nourricier (Empathique)	Réconforteur	Emoteur	Invite l'autre à se sentir soutenu	« Je suis content que vous partagiez avec moi vos ressentis » => « Merci, je suis touché »
Ludique (Rebelle)	Emoteur	Emoteur	Échange énergétique de manière ludique et non moqueuse.	« Wahou ! C'est chaud » => « Grave »

Tableau 43 : Résumé des différents Canaux de communication

Il est à noter que le Type Rêveur utilise sa Partie Ordinateur pour recevoir le Canal Directif car ce dernier ne bénéficie pas de Canal propre pour initier le contact. Il utilisera donc un autre étage de son immeuble pour initier le contact.

4.4. Les Besoins psychologiques

Les Besoins psychologiques dérivent également d'un concept du Docteur Berne (1975b) appelé les « Faims ». Les Faims représentent les motivations qui accompagnent chaque individu et qui sont à l'origine de ses comportements.

Kahler (1982c) est parti des recherches de Berne pour intégrer ce concept tout en les rebaptisant sous le nom de « Besoins psychologiques ». Pour Kahler, chaque Phase est motivée par un ou plusieurs Besoins psychologiques spécifiques qui cherchent à être alimentés, soit de façon positive, soit de façon négative (**Tableau 44**).

En cas de non satisfaction positive, la personne manifestera des comportements « négatifs » qui permettront dans une certaine mesure de remplir le Besoin en question¹⁶.

D'un point de vue clinique :

L'idée rattachée à cette notion est qu'un patient qui se présente en thérapie est en réalité dans l'impossibilité d'assouvir le Besoin associé à sa Phase. Ce serait cette incapacité à remplir positivement son Besoin psychologique qui serait à l'origine de sa souffrance.

Chaque individu étant composé des six Types de personnalité, il se doit de répondre à l'ensemble des huit Besoins psychologiques. Mais plus un Besoin se trouve dans les étages supérieurs de l'immeuble et plus il aura tendance à se remplir rapidement. Les Besoins principaux restent donc ceux de la Base et de la Phase.

Le Besoin de Phase correspond à celui qui nous motive dans notre quotidien, tandis que le Besoin de Base représente le Besoin de « fond ». En cas d'insatisfaction durable, nous entrons alors dans un processus de stress intense (Kahler, 2010).

4.4.1. Besoin psychologique de la Phase Travailomane

Au cours d'une Phase Travailomane, la personne recherche une « reconnaissance de son travail » et « une structuration du temps ». Elle souhaite que ses activités soient dirigées vers des buts et des réalisations afin que les autres puissent les remarquer.

¹⁶ Pour plus d'explications sur les comportements négatifs se reporter à la section 5

Elle est en demande de signes de reconnaissance vis-à-vis de son action (prime, tape sur l'épaule...), mais a également besoin d'avoir des informations précises sur la nature des objectifs à accomplir et le délai imparti pour les réaliser.

4.4.2. Besoin psychologique de la Phase Persévérante

La personne en Phase Persévérante présente également un besoin de « reconnaissance de son travail » à la différence que celui-ci est à mettre en lien avec l'engagement profond de la personne dans l'objectif en question.

Le deuxième besoin est celui de la « reconnaissance des opinions ». La personne en Phase Persévérante dispose de croyances, de valeurs, d'opinions, et de jugements forts qui lui sont importants de partager. Il est d'ailleurs nécessaire que ses opinions soient reconnues par les autres car corrélées pour lui au sentiment d'être respecté.

4.4.3. Besoin psychologique de la Phase Empathique

Une personne en Phase Empathique ressent le besoin d'être « reconnu en tant que personne » et est en recherche de « satisfaction sensorielle ».

La reconnaissance en tant que personne, passe par le sentiment que les autres l'acceptent sans aucune condition, sans avoir besoin de montrer une performance particulière, mais simplement par la nature même de son existence.

La satisfaction sensorielle répond aux expériences vécues par les cinq sens (le goût, le toucher, l'odorat, les sons, les éléments visuels).

4.4.4. Besoin psychologique de la Phase Rêveur

Une personne en Phase Rêveur cherche avant tout « la solitude ». Elle préfère laisser libre cours à son imagination ou à des réflexions introspectives en s'isolant et en se coupant de l'extérieur.

4.4.5. Besoin psychologique de la Phase Rebelle

Une personne en Phase Rebelle a tendance à rechercher « le contact » via des interactions fréquentes avec les autres et avec un environnement stimulant par la mise en place de jeux, de sensations fortes et d'éléments variés.

4.4.6. Besoin psychologique de la Phase Promoteur

Une personne en Phase Promoteur se nourrit de « l'excitation » que lui procure une grande quantité de stimulations sur une courte période de temps.

Tout ce qui peut être source d'excitations comme la finance, les challenges, les courses sont les éléments essentiels à ce type de Phase.

Besoins Psychologiques	Types de personnalité	Manifestations positives	Manifestations négatives
Reconnaissance du travail + Structuration du temps	Travailleomane	A le souci du travail bien fait Travaille beaucoup Cherche à développer ses connaissances Hiérarchise ses priorités S'engage sur les délais	Sur-détaille Perfectionniste, Sur-contrôle N'accepte pas l'imprévu Deviens rigide sur les ordres du jour et sur les programmes non respectés
Reconnaissance du travail + Reconnaissance des opinions	Persévérant	Donne son avis Cherche à montrer l'exemple Donne des conseils avisés	Ne voit que ce qui ne va pas Cherche à imposer son point de vue, n'écoute plus Éprouve du mépris pour ceux qui ne pensent pas comme lui
Solitude	Rêveur	Tendance au calme et à la réflexion Recherche l'espace tranquille pour être efficace Est très peu dépendant des autres	Deviens passif et ne fait plus rien N'est plus disponible Tendance à l'isolement prolongé
Excitation	Promoteur	Recherche les challenges et les défis Aime et recherche la nouveauté Goût prononcé pour le risque	Fonce tête baissée Promet ce qu'il ne pourra pas tenir Risques excessifs Manipule Crée des conflits entre les personnes
Contacts	Rebelle	Aime plaisanter Curiosité pour ce qui est nouveau Beaucoup de créativité Aime les tâches variées	Provoque les autres Râle, met de la mauvaise volonté dans ce qu'il fait Blâme et accuse les autres
Reconnaissance en tant que personne + Sensoriels	Empathique	Attentif aux autres Prévenant Chaleureux Recherche la satisfaction des cinq sens	Se sur-adapte Manque de fermeté dans ses décisions Fait des erreurs Néglige son apparence ou son environnement

Tableau 44 : Résumé des Besoins psychologiques selon les Phases

4.5. Résumé des éléments de communication

En tenant compte des différents composants que sont la Base, la Phase, les Perceptions, les Canaux de communication, mais également en y ajoutant les Besoins psychologiques de chaque Phase, nous pouvons résumer les éléments à appliquer lors d'un échange avec un interlocuteur afin de maximiser les chances que le message soit entendu tout en minimisant le risque de Mécommunication (**Tableau 45**).

Type de personnalité de l'interlocuteur	Travailleuse (Base)	Persévérant (Base)	Rêveur (Base)	Promoteur (Base)	Rebelle (Base)	Empathique (Base)
Travailleuse (Phase)	Canal Interrogatif + Pensée factuelle + Reconnaissance pour travail et Structuration du temps	Canal Interrogatif + Opinion + Reconnaissance pour travail et Structuration du temps	Canal Directif + Imagination + Reconnaissance pour travail et Structuration du temps	Canal Directif + Action + Reconnaissance pour travail et Structuration du temps	Canal Émotif/Ludique + Réaction + Reconnaissance pour travail et Structuration du temps	Canal Nourricier + Émotions + Reconnaissance pour travail et Structuration du temps
Persévérant (Phase)	Canal Interrogatif + Pensée factuelle + Reconnaissance pour travail et pour ses opinions	Canal Interrogatif + Opinion + Reconnaissance pour travail et pour ses opinions	Canal Directif + Imagination + Reconnaissance pour ses opinions	Canal Directif + Action + Reconnaissance pour ses opinions	Canal Émotif/Ludique + Réaction + Excitation	Canal Nourricier + Émotions + Excitation
Rêveur (Phase)	Canal Interrogatif + Pensée factuelle + Solitude	Canal Interrogatif + Opinion + Solitude	Canal Directif + Imagination + Solitude	Canal Directif + Action + Contact ludique	Canal Émotif/Ludique + Réaction + Solitude	Canal Nourricier + Émotions + Solitude
Promoteur (Phase)	Canal Interrogatif + Pensée factuelle + Excitation	Canal Interrogatif + Opinion + Excitation	Canal Directif + Imagination + Excitation	Canal Directif + Action + Excitation	Canal Émotif/Ludique + Réaction + Excitation	Canal Nourricier + Émotions + Excitation
Rebelle (Phase)	Canal Interrogatif + Pensée factuelle + Contact ludique	Canal Interrogatif + Opinion + Contact ludique	Canal Directif + Imagination + Contact ludique	Canal Directif + Action + Contact ludique	Canal Émotif/Ludique + Réaction + Contact ludique	Canal Nourricier + Émotions + Contact ludique
Empathique (Phase)	Canal Interrogatif + Pensée factuelle + Reconnaissance de la personne et Besoins sensoriels	Canal Interrogatif + Opinion + Reconnaissance de la personne et Besoins sensoriels	Canal Directif + Imagination + Reconnaissance de la personne et Besoins sensoriels	Canal Directif + Action + Reconnaissance de la personne et Besoins sensoriels	Canal Émotif/Ludique + Réaction + Reconnaissance de la personne et Besoins sensoriels	Canal Nourricier + Émotions + Reconnaissance de la personne et Besoins sensoriels

Tableau 45 : Résumé des éléments de communication

5. Les niveaux de stress

5.1. Facteurs de stress niveau 1 : Drivers

Les Drivers sont définis comme étant « une séquence de stress observable à partir d'indicateurs comportementaux (Kahler, 1979). Ils ne durent en général que quelques secondes mais sont très fréquents, apparaissant plusieurs centaines de fois par jour. Plus le Canal utilisé par l'émetteur d'un message est éloigné de la Base du récepteur et plus le risque de Mécommunication est grand car cette interaction demandera de l'énergie au receveur du message.

Chaque Type de personnalité est associé à un Driver spécifique qui est le témoin d'un stress mineur et dont le but final est d'obtenir de l'attention (**Tableau 46**).

En PCM, on distingue six Drivers principaux : ¹⁷

- Sois Parfait (pour l'autre)
- Sois Parfait (pour moi)
- Sois Fort (pour l'autre)
- Sois Fort (pour moi)
- Fais des Efforts
- Fais Plaisir

Sur le plan clinique

Il est important pour le thérapeute de repérer si un Driver apparaît chez un de ses patients car cela signifie qu'une Mécommunication est en train de s'installer.

Il convient donc pour le thérapeute de changer de stratégie et d'utiliser un Canal et une Perception congruents à la Base de son patient afin de rétablir une communication de bonne qualité.

¹⁷ Des informations et explications complémentaires sur les Drivers sont disponibles dans la partie 5.2.1 traitant des positions de vie.

Type de Personnalité Drivers	Travailleuse Sois parfait (pour l' autre)	Persévérant Sois parfait (pour moi)	Rêveur Sois fort (pour l' autre)	Promoteur Sois fort (pour moi)	Rebelle Fais des efforts	Empathique Fais plaisir
Mots	Qualification superflue « Effectivement »	Sur-questionne, Surqualification « Que veux-tu dire exactement ? »	Met en avant que quelque chose est responsable des pensées « Il m' est venu », « Ça m' a... »	Utilise-le « tu » pour « je » : « Tu fais ce que tu as à faire »	N' interroge pas directement « J' y arrive pas » « euh... » « je ne sais pas ».	Ponctue ses phrases par « Peut-être que » « Un petit peu »
Ton	Mesuré	Précis	Monotone bas	Veut impressionner	Dans l' effort, souffle	Plaintif, Inquiet Monte en fin de phrase
Gestes	Ponctuels avec les doigts	Calculés	Aucun	Exagérés	Gestes d' impuissance	Menton rentré et acquiescements inappropriés
Posture	Rigide, robotique	Rigide, droite, distante	Rigide, figée	Imposante	Courbée, fatiguée, éreintée	Épaules rentrées soumis
Expression du visage	Tendue	Condescendante regard perçant	Impavide, froide ou sans expression	Sûr de soi, ancré dans le regard de l' autre	Batailleuse, Souffrance	Sourcils relevés, effacés, regards vers le haut

Tableau 46 : Synthèse des Drivers selon le Type de personnalité

5.2. Facteurs de stress niveau 2 : La Cave

Au-delà du premier niveau de stress se trouve ce que Kahler appelle la Cave et qui correspond au niveau de détresse supérieur aux Drivers. La Cave s'accompagne d'un ensemble de comportements que sont : Une Position de vie comportementale, un Masque, un Mécanisme d'échec, des Signaux avertisseurs, un Rôle, un Mythe, un Jeu, une Émotion de substitution, et des Injonctions.

Chacun de ces comportements va renforcer de manière négative et inconsciente les Besoins psychologiques de la Phase.

D'un point de vue pratique :

Une personne peut montrer plusieurs centaines de fois par jour ses Drivers de Base témoignant un stress mineur et une entrée dans la Mécommunication sans pour autant conduire forcément à une séquence de stress de niveau 2.

En revanche, lorsque les Besoins psychologique de Phase ne sont pas alimentés de façon positive ou que l'on constate des signes de stress de la Base, il est très probable que les Drivers de Phase se déclenchent. La séquence de stress de la Phase va alors se manifester avec tous les comportements de deuxième degré de stress associés.

5.2.1. Les Positions de vie

Le concept de Position de vie vient de l'analyse transactionnelle et apparaît avec la matrice du Docteur Ernst (1971) qui est ensuite reprise par Kahler (1975) dans son travail sur les Drivers.

Initialement, il existait quatre positions de vie : « J'ai de la valeur, tu as de la valeur » ; « J'ai de la valeur, tu n'as pas de valeur » ; « Je n'ai pas de valeur, tu as de la valeur » et « Je n'ai pas de valeur, tu n'as pas de valeur ».

Lors de ses recherches sur les Drivers, Kahler identifie ces derniers comme correspondant à une position de vie complémentaire qu'il qualifie de « conditionnelle » et qu'il divise en deux : « J'ai de la valeur, tu as de la valeur si ... » et « J'ai de la valeur si..., tu as de la valeur ».

En incorporant les Positions de vie aux différents Divers abordés précédemment cela donne :

- Travaillomane - Sois Parfait (pour l'autre) : J'ai de la valeur tant que je suis parfait, tu as de la valeur.
- Persévérant - Sois Parfait (pour moi) : J'ai de la valeur, tu as de la valeur tant que tu es parfait.

- Rêveur - Sois Fort (pour l'autre) : J'ai de la valeur tant que je suis fort pour toi, tu as de la valeur
- Promoteur - Sois Fort (pour moi) : J'ai de la valeur, tu as de la valeur tant que tu es fort pour moi
- Rebelle - Fais des Efforts : J'ai de la valeur tant que je fais des efforts, tu as de la valeur
- Empathique - Fais Plaisir : J'ai de la valeur tant que je te fais plaisir, tu as de la valeur.

En revanche, lors d'un second niveau de stress un individu va adopter selon sa Phase l'une des deux positions de vie suivantes : « J'ai de la valeur, tu n'as pas de valeur » ou « Je n'ai pas de valeur, tu as de la valeur ».

Ce concept est important en Process Thérapie car elle part du postulat que la seule position existentielle équivaut à « J'ai de la valeur, tu as de la valeur ». Toutes les autres seraient des positions de vie comportementales. Ce distinguo, permet de faire la part des choses entre la personne en tant que telle et son comportement.

5.2.2. Les trois Masques

Le terme de Masque désigne les différents comportements qu'une personne au cours de son second niveau de stress exprime afin de remplir son Besoin psychologique de Phase de façon négative (Kahler, 1979).

Il existe trois cas de figures différents : Le Masque de l'Attaquant, le Masque du Blâmeur et le Masque du Geignard.

Chacun de ces Masques est porté par deux Types de Phase et traduit une Position de vie particulière, l'ensemble de ces éléments sont résumés au sein des **Tableaux 47, 48 et 49.**

Position de vie	Phase	Exemples de phrases témoignant le port du Masque	Message implicite transmis
« J'ai de la valeur, tu n'as pas de valeur »	Travailleuse	« Tu es vraiment stupide ! Tais-toi et réfléchis un peu »	« Tu ne penses pas intelligemment »
	Persévérant	« Tu devrais avoir honte ! »	« Ce que tu crois n'a pas de valeur »

Tableau 47 : Masque de l'Attaquant

Position de vie	Phase	Exemples de phrases témoignant le port du Masque	Message implicite transmis
« J'ai de la valeur, tu n'as pas de valeur »	Rebelle	« Oui, mais... si tu m'avais laissé faire ... »	« Ce n'est pas ma faute »
	Promoteur	« Tu vas te laisser parler comme ça ? »	« Je suis spécial, je peux contourner les règles »

Tableau 48 : Masque de Blâmeur

Position de vie	Phase	Exemples de phrase témoignant le port du Masque	Message implicite transmis
« Je n'ai pas de valeur, tu as de valeur »	Empathique	« C'est ma faute ! »	« Je suis stupide, ce que je dis est idiot »
	Rêveur	(Se retire)	Ne dit rien et disparaît

Tableau 49 : Masque de Geignard

5.2.3. Les Signaux d'alerte et les Mécanismes d'échec

Chaque Phase dispose également d'un Signal d'alerte et d'un Mécanisme d'échec (Tableau 50).

Le Signal d'alerte indique qu'un Besoin psychologique n'est pas rempli positivement, tandis que le Mécanisme d'échec est un comportement inconscient, mais prévisible et observable qui a pour fonction de remplir le Besoin bafoué de façon négative.

Phase	Signaux d'alerte	Mécanisme d'échec
Travillomane	Frustré par ceux qui ne pensent pas clairement. Critique sur les thèmes de l'argent, du temps et de la responsabilité	Sur contrôle
Persévérant	Frustré par ceux qui ne croient pas comme lui Critique ou suspicieux	Impose ses convictions
Rêveur	Attend passivement Commence des projets sans les finir Ne se sent pas à sa place ou gêné	Attend passivement
Promoteur	Monte des disputes, Dramatise. Ignore ou enfreint les règles	Manipule
Rebelle	Négatif et râleur Facilement ennuyé ou revanchard	Blâme
Empathique	Invite les critiques Auto-dénigrement Montre beaucoup de doutes sur lui-même	Fait des erreurs

Tableau 50 : Signaux d'alerte et Mécanisme d'Échec de chaque Phase

5.2.4. Les Rôles, les Mythes et les Jeux

Le triangle de Karpman est une figure de l'AT traduisant divers scénarios relationnels amenant à des Jeux psychologiques (Karpman, 1968).

Un Jeu psychologique correspond à une interaction entre deux personnes composée d'une séquence ordonnée d'échanges verbaux ou comportementaux conduisant à une réaction et dont l'objectif final est de parvenir à un bénéfice négatif qui aurait pu être prévisible (Berne, 1989).

Concernant le Triangle de Karpman, ce dernier traduit trois Rôles qu'un individu peut endosser lorsqu'il est sous stress et qu'il se trouve en interaction avec autrui. Le but des Rôles est de maintenir des croyances erronées et des comportements négatifs.

Ces trois Rôles portent les noms de : Sauveur, Persécuteur et Victime (**Figure 4**).

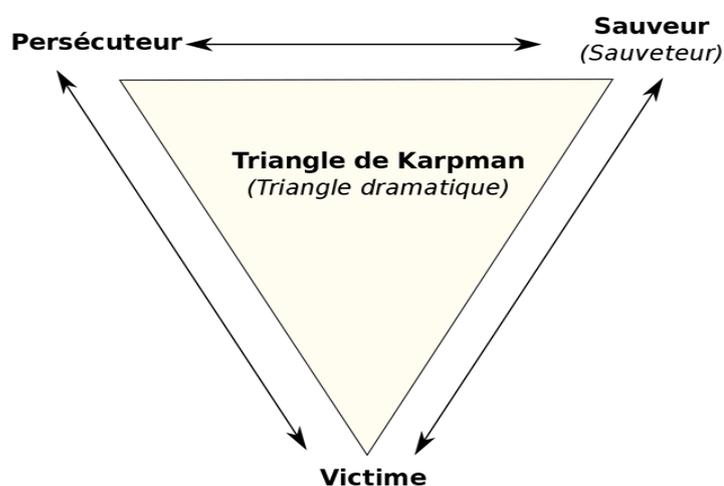


Figure 4 : Triangle dramatique de Karpman

Dans cette figure, chacun des Rôles est placé à une extrémité du triangle et se trouve à équidistance des uns et des autres. Cette représentation témoigne des relations entre chaque Rôle :

Une Victime va attendre le soutien d'un Sauveur au travers de la verbalisation de plaintes et d'apitoiement sur soi, mais peut également se trouver en lien avec un Persécuteur qui va la critiquer ou la dévaloriser.

Le Sauveur lui ne peut s'empêcher de venir en aide à une Victime (même si cette dernière n'a rien demandé).

Un changement de Rôle peut également avoir lieu au cours d'une même interaction, le Sauveur pouvant devenir Persécuteur en cas de frustration face à une Victime qu'il ne parviendrait pas à aider et la Victime peut devenir Persécuteur en repoussant le Sauveur dans ses tentatives d'aide (ce dernier pouvant alors devenir Victime).

Kahler a proposé un rapprochement entre les différents Rôles du Triangle dramatique avec le second niveau de stress des différentes Phases (**Tableau 51**).

Phase concernée sous son 2 ^{ème} niveau de stress	Rôle privilégié au sein du Triangle de Karpman
Travillomane	Persécuteur
Persévérant	Persécuteur
Rêveur	Victime
Promoteur	Persécuteur
Rebelle	Persécuteur
Empathique	Victime

Tableau 51 : Corrélation entre Phase et Rôle du Triangle de Karpman

Pour lui, chaque Phase va adopter de façon privilégiée un Rôle spécifique au sein du Triangle. Ce Rôle va être sous tendu par un Mythe qui correspond à une croyance erronée servant de justification inconsciente permettant de valider et de faire perdurer les comportements inadaptés des Rôles et l'existence des Émotions de substitution.

Kahler (1978) décrit deux mythes visibles au travers des Drivers tandis que les deux autres apparaissent au second niveau de stress, chacun traduisant une interaction transactionnelle particulière (**Tableau 52**).

Mythes	Degrés de stress	Interaction transactionnelle
Je crois que je peux te faire te sentir bien émotionnellement	1 ^{er} degré de stress : Drivers	Sauveur vers Victime
Je crois que tu peux me faire me sentir bien émotionnellement	1 ^{er} degré de stress : Drivers	Victime vers Sauveur
Je crois que je peux te faire te sentir mal émotionnellement	2 ^{ème} degré de stress : Cave	Persécuteur vers Victime
Je crois que tu peux me faire me sentir mal émotionnellement	2 ^{ème} degré de stress : Cave	Victime vers Persécuteur

Tableau 52 : Les quatre Mythes

Pour résumer : Selon la Phase d'un individu et selon le niveau de stress, celui-ci va, au cours d'un Jeu psychologique, adopter un Rôle spécifique qu'il justifiera inconsciemment au travers d'un Mythe.

5.2.5. Les Émotions de substitution

Un autre élément intéressant dont s'est servi Kahler correspond aux Émotions de substitution (aussi appelées Racket selon la formulation en AT). Elles sont définies comme étant des émotions apparaissant au cours d'un second niveau de stress et permettant à un profil de repousser l'émotion authentique rattachée à la problématique de Phase, car trop pénible à supporter.

Comme nous l'avons évoqué au cours de la partie 2.3, une problématique de Phase apparaît lorsqu'un événement de vie tente de faire émerger une émotion authentique qui n'a pas pu être intégrée dans l'enfance. La personne ne disposant pas des ressources nécessaires à l'expression de l'émotion authentique, elle perçoit cette dernière comme source de souffrance et met alors en place un mécanisme défensif via l'expression de l'émotion de substitution (**Tableau 53**).

Phase	Émotions de substitution	Émotions authentiques
Travailleuse	Colère frustrée	Tristesse
Persévérant	Colère vertueuse	Peur
Rêveur	Se sent insignifiant	Puissance
Promoteur	Colère froide (manipulatrice)	Intimité
Rebelle	Colère revancharde	Désolé / Responsabilité
Empathique	Tristesse	Colère saine

Tableau 53 : Émotions de substitution exprimées et émotions authentiques selon les Phases

Le **Tableau 53** met en lumière différentes formes de colère que nous détaillons brièvement ci-dessous :

- La colère frustrée : colère violente et attaquante surtout à l'encontre des proches du fait d'une faible tolérance à la frustration.
- La colère vertueuse : colère vécue comme juste et faisant référence à des valeurs non respectées, marquée par une méfiance excessive et des remarques cassantes répétées.
- La colère froide : colère dont la manifestation se fait de façon calculée au travers de manipulations « Comme ça tu ne recommenceras pas ».
- La colère revancharde : colère instinctive apparaissant comme en réaction à l'autre « Je te rends ce que j'ai reçu ».
- La colère saine : seule colère vécue comme bénéfique, exprimée sans attaque, sans blâme ou culpabilisation au décours.

5.2.6. Les Injonctions

Le terme Injonction vient à l'origine du Docteur Steiner (1966) afin de qualifier un « message négatif qui prohibe ou inhibe les comportements libres d'un individu ».

Selon le PTM les Injonctions sont présentes au sein même du Type de personnalité, mais sont renforcées généralement de façon involontaire par les parents durant l'enfance sous forme d'interdictions verbales ou non verbales (Kahler, 1978).

Autrement dit, les injonctions correspondent à des interdits formulés implicitement ou explicitement par des parents à leurs enfants vis-à-vis de certaines émotions ou certains comportements. Ces dernières vont se transformer en croyance pour l'enfant et vont persister même en étant devenu adulte.

Pour Kahler, il existe deux types d'Injonctions :

- Les premières correspondent aux Injonctions primaires, au nombre de six et associées à un Type de personnalité particulier avec pour objectif d'empêcher la personne de régler la Problématique de Phase correspondante.

- Les Injonctions secondaires sont un peu plus nombreuses et ne sont pas forcément spécifiques à une Phase particulière. Leurs activations dépendent notamment de l'éducation, conduisant certaines de ces injonctions à s'activer lors de l'arrivée dans la nouvelle Phase, tandis que d'autres ne s'activeront jamais. Dans tous les cas, les injonctions activées se rajouteront aux difficultés inhérentes au changement de Phase **(Tableau 54)**.

La réalisation d'un changement de Phase sous-entend que la personne a réussi à résoudre sa problématique de Phase et par conséquent à traiter son Injonction primaire associée. Cependant, en adoptant une nouvelle Phase, l'individu est confronté à une nouvelle Injonction primaire qui vient remplacer la précédente.

A la différence des Injonctions primaires, les Injonctions secondaires persistent tout au long de la vie d'un individu (si elles ne sont pas traitées). Elles peuvent également s'accumuler à mesure que le nombre de Phases vécues augmente : les Injonctions secondaires de la Phase antérieure s'additionnant avec les Injonctions secondaires de la nouvelle Phase.

Type de Base	<u>Injonctions primaires</u> (Type de phrases possiblement entendues dans l'enfance)	<u>Injonctions secondaires</u> (Type de phrases possiblement entendues dans l'enfance)
Travaillomane	<u>Ne ressens pas le chagrin</u> (« Ne manifeste pas de tristesse maîtrise la, sois courageux »)	<u>Ne t'amuse pas</u> (« Sois sérieux ») <u>Ne sois pas proche</u> <u>Ne prends pas de plaisir</u> (« Ne ressens pas tes émotions »)
Persévérant	<u>Ne fais pas confiance</u> (« Méfie-toi, les autres sont dangereux »)	<u>Ne sois pas proche</u> <u>Ne prends pas de plaisir</u> <u>N'appartiens pas</u> (« Ne va pas avec eux, reste à l'écart des autres »)
Rêveur	<u>Ne fais pas</u> (« Ne prends pas d'initiatives cela ne sert à rien ou cela pourrait tourner à la catastrophe »)	<u>N'appartiens pas</u> <u>Ne t'amuse pas</u> <u>Ne sois pas proche</u> <u>Ne sois pas important</u> (« Ne fais pas savoir tes résultats, sois modeste, ne prends pas de pouvoir »)
Promoteur	<u>Ne sois pas proche</u> (« Ne te livre pas, n'aies pas de relation, garde tes distances »)	<u>Ne fais pas confiance</u> <u>Ne fais pas</u> <u>N'appartiens pas</u>
Rebelle	<u>Ne grandis pas</u> (« Reste le petit enfant que tu as été, ne prends pas de responsabilité »)	<u>Ne fais pas</u> <u>Ne sois pas proche</u>
Empathique	<u>Ne ressens pas la colère</u> (« Ne manifeste pas ta colère, elle est dangereuse et blesse les autres »)	<u>Ne sois pas important</u> <u>Ne grandis pas</u>

Tableau 54 : Injonctions Primaires et Secondaires pouvant s'activer selon la Phase

5.2.7. Les Scénarios

Le Scénario apparaît dans le livre du Docteur Berne (1975b) *Sex in Human Loving* avant d'être repris et étayé par les différents concepts de Kahler (1975 ; 1977).

Le Scénario se définit comme étant une croyance erronée, provoquée par les Drivers, qui se rejoue tout au long de la vie d'un individu et qui gagne en intensité selon le niveau de stress. Une personne qui ne parviendrait pas à quitter son second niveau de stress aura tendance à renforcer le Scénario associé à sa Phase en cours.

En thérapie :

Un Scénario permet à un individu de nourrir de façon négative ses Besoins psychologiques et peut être utilisé comme un indicateur de la manière dont le patient risque de « s'auto-saboter » que ce soit dans son quotidien ou au niveau thérapeutique. Le meilleur moyen d'action pour éviter sa manifestation ou pour le faire disparaître est d'encourager la personne à nourrir ses Besoins psychologiques de façon positive.

Le **Tableau 55** représente les Scénarios les plus fréquemment rencontrés au sein des différentes Phases, accompagnés d'exemples de croyances parfois verbalisées par les patients. A noter que les Scénarios Presque 1 ou 2 présentent la particularité d'apparaître lors de combinaisons Base/Phase particulières.

Scénario	Type de personnalité concerné	Explications du Scénario <u>Exemples de phrases type</u>
Après	Empathique	A peur que quelque chose de mauvais se produise <u>Exemple</u> : « C'est trop beau pour durer, il va forcément se passer quelque chose de mal »
Tant que	Persévérant ou Travailleuse	Diffèrent les gratifications ou la mise en place d'une action avec un raisonnement du type <u>Exemple</u> : « Je ne peux pas faire quelque chose d'agréable tant que je n'ai pas terminé ce travail »
Toujours	Rebelle ou Promoteur	Se sentent coincés ou piégés - Rebelle : Attend que quelqu'un le sorte de sa situation - Promoteur : Coince les autres en manipulant <u>Exemple</u> : « Quoi que je fasse, ça ne va pas »
Jamais	Rêveur	A des difficultés à clôturer des projets dans sa vie et à prendre des décisions importantes qu'il est le seul à pouvoir prendre <u>Exemple</u> : « Je n'obtiens jamais ce que je désire le plus »

Presque 1	Base Rebelle et Phase Empathique OU Base Empathique en Phase Rebelle	Tendance à « presque » finir une tâche, mais jamais complètement <u>Exemple</u> : Le sportif qui chute juste avant d'arriver. « Ah, si seulement il n'y avait pas eu ce grain de sable... »
Presque 2	Travaillomane OU Base Persévérant en Phase Empathique OU Base Empathique en Phase Travaillomane ou en Phase Persévérant	Vont au bout de leur tâche, mais avec vécu d'échec ou d'inachevé <u>Exemple</u> : « Y-a-t-il un objectif qui vaille la peine de l'atteindre »

Tableau 55 : Manifestations Scénariques selon le Type de personnalité

5.2.8. Résumé du second niveau de stress

Le **Tableau 56** résume les concepts et comportements observables de chaque Phase lors d'un second niveau de stress.

Types de Phase	Travailleuse	Persévérant	Rêveur	Promoteur	Rebelle	Empathique
Masques	Attaquant	Attaquant	Geignard	Blâmeur	Blâmeur	Geignard
Positions de vie	J' ai de la valeur, Tu n' as pas de valeur	J' ai de la valeur, Tu n' as pas de valeur	Je n' ai pas de valeur, Tu as de la valeur	J' ai de la valeur, Tu n' as pas de valeur	J' ai de la valeur, Tu n' as pas de valeur	Je n' ai pas de valeur, Tu as de la valeur
Mécanisme d' échec	Sur contrôle	Impose ses croyances	Attend passivement	Manipule	Blâme	Fait des erreurs involontaires
Signaux d' alerte	Frustré par ceux qui ne « pensent pas » Critique ++	Irrité par ceux qui ne croient pas comme lui. Critique et suspicieux	Commence des projets sans les terminer Embarrassé en société	Provoque des disputes Ignore ou enfonce les règles	Râle, se plaint, s' ennue facilement	Invite la critique Se critique
Mythes	Je peux te faire te sentir mal émotionnellement	Je peux te faire te sentir mal émotionnellement	Les gens peuvent me faire me sentir mal émotionnellement	Tu m' as fait me sentir mal émotionnellement alors je vais te faire te sentir très mal	Tu m' as fait me sentir mal émotionnellement alors je vais te faire te sentir pire	Tu m' as fait me sentir mal émotionnellement
Rôles	Persécuteur	Persécuteur	Vicime	Persécuteur	Persécuteur	Vicime
Émotions de substitution	Colère de frustration	Colère menaçante	Se sent insignifiant	Vindictive	Revanche	Tristesse
Injonctions	Ne ressens pas le chagrin Ne t' amuse pas Ne sois pas proche Ne prends pas plaisir	Ne fais pas confiance Ne sois pas proche Ne prends pas plaisir N' appartiens pas	Ne fais pas N' appartiens pas Ne t' amuse pas Ne sois pas proche Ne sois pas important	Ne sois pas proche Ne fais pas confiance Ne le fais pas N' appartiens pas	Ne grandis pas Ne le fais pas Ne sois pas proche	Ne ressens pas la colère Ne sois pas important Ne grandis pas
Scénario	« Tant que »	« Tant que »	« Jamais »	« Toujours »	« Toujours »	« Après »

Tableau 56 : Résumé des composantes du second niveau de stress selon les Phases

5.3. Facteur de stress niveau 3 : Les Oubliettes

La manifestation d'un troisième niveau de stress nécessite forcément un passage par le deuxième et le premier niveau de stress. Il s'agit du niveau de stress le plus élevé conduisant à des difficultés d'élaboration et au maintien d'un fonctionnement de qualité au quotidien. Plus la période dans ce niveau de stress est longue et plus la personne se sentira déprimée.

A ce stade la personne adopte un nouveau Masque : celui du « Désespéré » avec une Position de vie d'abandon, traduisible par « Je n'ai pas de valeur, tu n'as pas de valeur » (**Tableau 57**).

Ce Masque a pour but de répondre à la question existentielle de façon négative sur une durée pouvant aller de quelques secondes à plusieurs mois ou plusieurs années dans les cas sévères.

Phases	Vécus liés au 3 ^{ème} niveau de stress
Travillomane	Inutilité (Reconnaissance négative du travail)
Persévérant	Plus rien n'est digne de valeur ou de confiance (Reconnaissance négative des opinions)
Rêveur	Rejeté (Solitude négative)
Promoteur	Abandonné (Excitation négative)
Rebelle	Je ne peux pas être moi à cause des autres (Contact négatif)
Empathique	Mal aimé (Reconnaissance négative de la personne)

Tableau 57 : Résumé des vécus liés au 3^{ème} niveau de stress

5.4. Résumé des trois degrés de stress selon les Phases

Le **Tableau 58** résume l'ensemble des manifestations comportementales observables des différentes Phases selon le degré de stress concerné.

Phases	1 ^{er} degré de stress	2 ^{ème} degré de stress	3 ^{ème} degré de stress
Travaillomane	Devient perfectionniste Pinaille et donne trop d'informations	Sur-contrôle. Est frustré par les autres et surtout par ceux qui ne comprennent pas les informations assez vite et ou qui manquent de compétence	Se sent frustré et impuissant « Tous des incapables, moi y compris »
Persévérant	Attend des autres qu'ils soient parfaits Se focalise sur ce qui ne va pas, plutôt que sur ce qui va	Part en croisade Cherche à imposer ses opinions Est frustré par ceux qui ne partagent pas ses valeurs, ses convictions, ses opinions ou qui ne sont pas suffisamment engagés	Se méfie de tous et de tout « S'ils ne sont pas avec moi, ils sont contre moi »
Rêveur	Entre dans la passivité Se replie sur lui-même et se coupe des autres Est trop impersonnel et insensible à ce qui se passe	Attend passivement Se retire Attend que les autres prennent des décisions	Est rejeté « Personne ne m'a dit quoi faire »
Promoteur	Attend des autres qu'ils se débrouillent seuls Ne donne plus de soutien	Manipule Reproche aux autres ce qu'ils lui font Sème la zizanie	Prend trop de risques et pratique la fuite en avant « Je n'ai plus rien à perdre »
Rebelle	Fait des efforts pour comprendre Râle en soupirant	Blâme Se met en colère et blâme la situation ou les autres	Se sent exclu, est rejeté « Je m'en fous, ils me le paieront »
Empathique	Cherche à faire plaisir et n'écoute pas vraiment	Fait des erreurs involontaires Invite à la critique Doute de lui-même Se sent victime	Est rejeté « Ils ne m'aiment pas »

Tableau 58 : Récapitulatif des niveaux de stress selon les Phases

6. Le Process Thérapie Modèle : un outil d'accompagnement de la personnalité

Au-delà d'être uniquement un modèle d'évaluation de la personnalité, plusieurs pistes existent au travers du PTM pour permettre un accompagnement des difficultés qu'un individu peut présenter au cours de sa vie.

6.1. Les Besoins psychologiques

Nous avons vu au cours du point 4.4 l'importance des Besoins psychologiques et les manifestations positives et négatives de ces dernières.

Leur importance est telle que l'un des premiers points dans l'accompagnement d'une personne en souffrance, sera de l'aider à nourrir et entretenir ses Besoins psychologiques de façon positive au quotidien. En effet, si les besoins de Phase ou de Base se trouvent trop longtemps bafoués, l'énergie et la motivation de la personne vont brutalement chuter pouvant conduire à la mise en place de comportements négatifs, bloquant tout processus d'accompagnement plus approfondi.

Les différentes mesures proposées en **Annexe 2** ne sont bien évidemment pas exhaustives mais peuvent être utiles à titre de prévention ou pour désamorcer une situation de second niveau de stress (Kahler, 2010).

6.2. Accompagner une Problématique de Phase

Le deuxième niveau d'intervention se situe lors d'un processus de « changement de Phase ». Ce processus se déroule lorsqu'un individu se retrouve confronté à sa Problématique de Phase de façon intense.

Nous avons vu que dans cette situation deux possibilités se présentent :

- Soit la personne fait face à la Problématique immédiatement de manière authentique en éprouvant l'émotion associée. Dans ce cas, il gardera sa Phase actuelle pour le reste de sa vie sans basculer vers l'étage supérieur de son immeuble.
- Soit la personne enfouit l'émotion authentique en manifestant l'émotion de substitution et en adoptant des comportements de stress de façon répétée sur une longue période (de six mois à plusieurs années).

Dans ce deuxième cas (refoulement de l'émotion authentique), la satisfaction des Besoins psychologiques peut ne plus suffire à améliorer l'état psychique de la personne. Si cette dernière continue de montrer des éléments de deuxième niveau de stress malgré

l'utilisation d'un canal approprié et la mise en place d'actions ayant pour but de remplir positivement ses Besoins, alors on dit que la personne est « candidate à un changement de Phase ». Dans cette situation, seule l'expression de l'émotion authentique (et donc une résolution de la Problématique) permettra une amélioration clinique conduisant de ce fait à un changement de Phase vers l'étage directement supérieur de son « immeuble ».

Sur le plan thérapeutique :

Il est intéressant pour un thérapeute d'accompagner un patient en cours de changement de Phase vers l'expression de l'émotion authentique car il s'agit dans ce cas de la seule solution pour permettre une amélioration clinique durable.

Une action purement comportementale qui aurait pour objectif de limiter les manifestations d'un Masque (par exemple tenter de limiter les comportements de sur-contrôle mis en place par une personne en Phase Travailomane), ne donnerait aucun résultat probant du fait de la persistance de la Problématique sous-jacente.

Concernant les manifestations visibles lors d'un changement de Phase, il s'agit de comportements de deuxième degré de stress classique. Cependant, dans ce contexte précis, ces derniers se manifesteront de façon plus intense et sur une durée plus importante.

Pour Kahler, le remplissage des Besoins psychologiques de façon positive ne permettra ni d'interrompre le processus, ni de soulager durablement la personne.

Le but pour le thérapeute est donc de permettre à la personne d'effectuer le basculement vers l'étage supérieur de son « immeuble » afin qu'elle adopte les caractéristiques de sa nouvelle Phase. Ce changement s'accompagnera alors de l'émergence d'une nouvelle Problématique, d'une nouvelle séquence de stress, mais également d'une nouvelle source de motivations et de nouvelles ressources.

A ce moment-là, la Phase antérieure au changement apparaîtra sous le terme de « Phase vécue » sur l'IDP signifiant que l'individu a intégré les éléments positifs de sa Phase précédente et qu'il sera, de ce fait, moins sensible aux difficultés semblables au facteur adverse initial. Dans certains cas, une personne peut tout de même montrer des comportements de stress correspondant à un Type de personnalité différent de sa phase en cours. Cela témoigne d'une réémergence d'une Problématique d'une Phase antérieure ou même de Base. Le fait d'avoir géré de façon saine une Problématique ne garantit donc pas une immunité, mais limite grandement le risque de la voir réapparaître.

Pour rappel, les Problématiques ont été abordées brièvement lors de la partie 2.3 traitant les étapes du développement de l'enfant, elles sont rappelées dans le **Tableau 60**. Leurs apparitions sont à mettre en lien avec une étape développementale non intégrée et réapparaissant de ce fait de façon plus intense chez un adulte.

Phases	Problématique associée	Émotion de substitution	Émotion authentique
Travailleuse	La perte	Colère frustrée	Tristesse
Persévérant	La peur	Colère vertueuse	Peur
Rêveur	L'autonomie	Se sent insignifiant	Puissance
Promoteur	Le lien affectif	Colère froide	Intimité
Rebelle	La responsabilité	Colère revancharde	Désolé
Empathique	La colère	Tristesse	Colère

Tableau 59 : Résumé des Problématiques et des Émotions associées à chaque Phase

6.2.1. Problématique de la Phase Travailleuse

La Problématique émotionnelle d'une personne en Phase Travailleuse correspond au vécu de la « perte ». Il peut s'agir de la perte d'une personne, comme d'une perte de temps, d'une relation, d'une opportunité ou de toute perte ayant un impact fort pour la personne.

Si la personne ne parvient pas à exprimer les émotions authentiques associées à cette perte, elle adoptera des comportements de second niveau de stress via un Masque d'attaquant et en ressentant l'émotion de substitution associée, à savoir la « colère frustrée ».

Cette stratégie a pour objectif d'éviter à tout prix de ressentir le chagrin et la tristesse associés à la perte. Un des raisonnements inconscients que la personne peut adopter est du type « Il faut que je sois parfait et que je pense à ta place, sinon il va t'arriver quelque chose et si cela arrive, alors je devrai sentir ma douleur, mon chagrin ».

En terme d'accompagnement :

La personne en Phase Travailleuse ne se présenterait que rarement en thérapie du fait de l'absence de conscience de ses propres difficultés, mais peut venir à la suite d'un épuisement professionnel ou d'une fatigue importante.

Les premiers contacts avec le thérapeute doivent être axés sur une délivrance d'informations permettant au patient de nourrir sa pensée dans un premier temps puis par la suite de permettre une expression émotionnelle de la tristesse au rythme du patient afin qu'il puisse la « contrôler ».

Kahler propose dans cette situation un accompagnement type thérapie cognitive d'Aaron Beck. Cette dernière a été initiée dans les années 1960 par Beck (Cottraux et al., 2017). L'idée initiale était de pouvoir identifier et modifier les cognitions erronées afin d'accéder ensuite aux émotions et aux comportements.

Une thérapie est considérée comme réussie quand le patient se montre capable d'éviter de retourner dans ses « travers mentaux » pour adopter un raisonnement logique et faire la différence entre le « vrai et le faux ».

Nous pouvons facilement imaginer que le patient de Base ou disposant d'une Phase Travaillomane soit particulièrement réceptif à ce type de prise en charge du fait de la Perception Pensée et du Canal interrogatif prédominant au sein de cette approche.

6.2.2. Problématique de la Phase Persévérante

La Problématique de la personne en Phase Persévérante se situe au niveau de la peur de se montrer incompétente et plus particulièrement lorsque la personne adopte une position de responsabilité impliquant autrui (ex : maternité ou changement de poste professionnel).

Plus une personne en Phase Persévérante masque sa peur de ne pas être compétente dans sa nouvelle situation et plus elle aura tendance à multiplier les reproches et les remarques à travers son Masque d'Attaquant.

Un raisonnement pouvant apparaître chez la personne en Phase Persévérante pour éviter de ressentir la peur se voudrait du type « Si les autres ne m'écoutent pas, il va leur arriver quelque chose » et « j'ai peur de ce qui peut leur arriver car cela me prouverait que je ne suis pas à la hauteur ».

En terme accompagnement :

Comme l'individu en Phase Travaillomane, la personne de Phase Persévérante ne se présente que rarement en thérapie pour elle-même, cette dernière mettant ses difficultés sur le compte des autres, les jugeant insuffisamment impliqués.

Il arrive fréquemment que lors des premiers contacts avec le thérapeute, le patient « teste » ce dernier afin de savoir s'il est digne de confiance. La création d'un lien thérapeutique est donc primordiale et doit être la première étape de la prise en charge.

Une fois le lien instauré, un travail sur les croyances en proposant un autre cadre de référence au patient peut être nécessaire pour pouvoir faire émerger la Problématique et le sentiment de peur associé qu'il conviendra ensuite d'accompagner dans son expression émotionnelle.

Une approche proposée par Kahler sur cette Problématique serait la thérapie des comportements rationnels émotifs (REBT) du docteur Ellis.

Selon la conception REBT, les dysfonctionnements d'un patient seraient à mettre en lien avec son système de croyances. Les comportements émotionnels et cognitifs seraient la conséquence des croyances et des philosophies irrationnelles de l'individu (Ellis & Dryden, 2007).

Le Canal Interrogatif et la Perception Opinions que cette thérapie met en exergue pourraient parfaitement correspondre au Type Persévérant.

6.2.3. Problématique de la Phase Rêveur

La Problématique de la personne en Phase Rêveur se situe au niveau de son vécu d'impuissance et d'autonomie.

Elle aura tendance à adopter une position passive, ne prenant aucune décision et laissant les choses se dégrader autour d'elle, que ce soit au niveau de son apparence ou au niveau matériel.

Les pensées inconscientes sont de l'ordre de « Il faut que je sois fort, parce que je crois que les choses ou les gens peuvent me faire du mal. S'ils le font, je serai vulnérable et je n'arriverai à rien ».

En terme accompagnement :

Généralement adressé en consultation par une tierce personne, l'individu en Phase Rêveur peut verbaliser être en proie à des difficultés de concentration ou au niveau relationnel avec ses pairs.

Un des accompagnements pourrait être axé sur une approche comportementale afin d'aider le patient à se fixer ses propres objectifs (parfois difficiles à définir) et en lui donnant des exercices pratiques en dehors des séances pour l'amener progressivement à des prises de décisions autonomes.

En ce sens, Kahler recommande une approche telle que la thérapie comportementale du Dr Lindsley.

La thérapie comportementale insiste sur les aspects psychologiques en observant les comportements ouvertement visibles sans avoir à discuter les états mentaux internes.

Il n'existe pas dans cette théorie de différences entre les processus visibles (actions) et privés (pensée, émotions) (O'Donohue, 2001).

Les patients de Base Rêveur de par leur ouverture au Canal Directif et aux Perceptions Imagin'actions seraient particulièrement ouverts à cette approche.

6.2.4. Problématique de la Phase Promoteur

La personne en Phase Promoteur peut être confrontée à une difficulté à ressentir l'intimité, le lien affectif. Elle craint de se sentir abandonnée par les personnes qu'elle apprécie et dont elle est proche. Afin d'éviter cet abandon potentiel, elle aura tendance à manipuler les autres et à les abandonner pour éviter de se faire abandonner.

Les cognitions inconscientes peuvent être du type « Il faut que je te repousse, que je t'abandonne, à titre préventif, car si tu t'approches de moi, tu vas voir ma vulnérabilité et tu vas m'abandonner comme cela s'est passé il y a longtemps ».

En terme accompagnement :

Le patient en Phase Promoteur est généralement adressé en thérapie principalement sous la contrainte (judiciaire ou professionnelle) et se montre rapidement en défiance vis-à-vis du thérapeute, se sentant irréprochable et différent des autres.

Une approche directe et confrontante sera la plus efficace avec ce type de profil pour qui il est nécessaire d'imposer un cadre strict et de le tenir dans le temps. Une certaine bienveillance vis-à-vis des manipulations auxquelles le thérapeute peut être confronté est nécessaire.

L'apport thérapeutique repose avant tout sur la création d'un lien de confiance dans le temps, tout en maintenant un cadre ferme qui permettra au changement de Phase de se faire.

Kahler ne recommande pas d'approche particulière pour le Type Promoteur mais cite en exemple le programme Asklepieion du docteur Groder. Mélange combinant l'AT et le Synanon¹⁸, le programme Asklepieion a vu le jour en 1969 au sein de la prison de haute sécurité américaine de Marion dans l'Illinois. La communauté initiale reposait sur un groupe de criminels engagé dans un processus de changement (Groder, 1977).

¹⁸ Le « jeu » Synanon a été présenté initialement comme un outil thérapeutique et assimilé à une forme de thérapie de groupe dans lequel les membres s'humilient les uns les autres et sont encouragés à l'exposition des faiblesses les plus intimes des autres.

Ce programme repose sur trois principes de base :

- Gagner pour soi-même dépend du fait que les autres doivent également gagner.
- Gagner à titre personnel est plus facile dans une société qui fonctionne bien et obtient une participation productive de tous ses membres.
- Réfléchir et prévoir est nécessaire pour prendre le contrôle de sa propre vie.

Les séances étaient composées d'une heure à l'apprentissage de l'AT et de deux heures de « jeux ». Au cours d'un jeu, un individu était accusé (de façon justifiée ou non) et devait s'asseoir au milieu des autres pour répondre de façon claire aux accusations et aux confrontations des autres détenus. La victoire pour le détenu joueur était obtenue lorsqu'il était honnête et ouvert. Les émotions négatives étaient gérées et exprimées à la fin des deux heures.

Le but de cette approche était de permettre un partage et une appréciation des émotions positives des participants entre eux, renforçant également les liens positifs et l'intimité authentique entre les participants.

Nous pouvons faire le lien entre les éléments particuliers de cette approche et le besoin d'excitation intense et de création de lien que le Type Promoteur recherche.

6.2.5. Problématique de la Phase Rebelle

La problématique de la personne en Phase Rebelle concerne la prise de responsabilité face aux événements.

En cas de changement de phase et dans son second niveau de stress, elle aura tendance à rejeter la faute sur les autres vis-à-vis de sa situation ou à mettre en avant ce qui ne marche pas plutôt que de trouver des solutions concrètes à ses problèmes. Elle aura tendance à blâmer les autres et à se sentir en colère contre autrui qu'elle considère comme responsable de ses difficultés.

Les raisonnements associés pour justifier cette mise à distance de son sentiment de responsabilité sont de l'ordre de « je ferai des efforts afin que tu penses à ma place et que tu ne me considères pas comme redevable ou responsable » et « Vous êtes sensés me faire du bien, si vous ne le faites pas c'est que vous essayez de me faire du mal. Alors je vous ferai du mal en premier ».

En terme accompagnement :

La personne en Phase Rebelle est généralement adressée par une personne extérieure en consultation. Une fois en entretien, elle peut mettre en avant des problématiques en lien avec sa marginalité ; l'alcool ou la drogue, pouvant apparaître

comme des substituts d'intervention extérieure confirmant la croyance que « je me sens bien par l'intervention d'un facteur extérieur ».

Le contact avec le thérapeute doit se faire sur un mode décontracté, ludique et a pour objectif de permettre au patient de ressentir les choses au travers de son expérience. Le thérapeute doit se garder de proposer des solutions qui seront de toute façon rejetées ou mises en échec. Une action efficace serait de valoriser l'expression émotionnelle tout en permettant au profil Rebelle d'apprendre à s'aimer en l'absence d'intervention extérieure et de prendre conscience de sa responsabilité dans son propre bonheur.

L'approche type Gestalt Thérapie créée par Perls semble particulièrement adaptée au profil Rebelle.

Fondée au début des années 1950, cette thérapie insiste sur le principe de responsabilité personnelle en se concentrant plus particulièrement sur les processus et en insistant sur ce qui est en train de se dérouler dans l'instant (Perls et al., 1994).

Il s'agit d'une thérapie axée sur la conscience de Soi et sur le fait de percevoir, de ressentir et d'agir au travers d'une expérience. L'objectif est de permettre l'accès à davantage de créativité et de se libérer des problématiques non résolues afin de permettre une autoréalisation et un développement personnel.

Son aspect ludique paraît particulièrement adapté aux personnes de Base ou de Phase Rebelle. Le fait également que la thérapie soit axée sur les notions de responsabilité et d'apprentissage par l'expérience correspondrait à la Problématique de Phase du Rebelle, ce qui en fait une thérapie intéressante dans cette situation.

6.2.6. Problématique de la Phase Empathique

La Problématique émotionnelle d'une personne en Phase Empathique est la colère. Son sentiment de colère est généralement dirigé contre elle-même en période de stress, elle adopte alors son Masque de Geignard. Si elle est en colère contre d'autres personnes, elle ne l'exprime pas, de peur « de faire mal à l'autre » et de se sentir rejetée par la suite.

En temps normal, une colère authentique se veut saine car elle ne comporte ni attaque, ni blâme, ni auto-flagellation. Elle correspond plus précisément à la mise en place de limites que la personne en Phase Empathique doit placer vis-à-vis de son entourage ou de son environnement en exprimant ce dont elle ne veut plus.

Une personne en Phase Empathique peut éviter la colère authentique via deux raisonnements inconscients « Je te ferai plaisir et me sur-adapterai à tes besoins, ainsi tu ne me rejetteras pas » et « Je dirai du mal de moi-même et je ferai des erreurs pour attirer ton attention ».

En terme accompagnement :

La personne en Phase Empathique se présente généralement auprès des professionnels de santé pour « mal être » en lien avec des difficultés interpersonnelles, des douleurs physiques ou une quête identitaire.

D'après les constatations empiriques de Kahler, le profil Empathique serait particulièrement à risque d'abus sexuels au cours de sa vie.

La prise en charge repose sur une écoute bienveillante des sentiments de la personne avec un accompagnement dans l'expression de sa colère et une invitation du patient à prendre soin de lui en priorité.

Pour Kahler , ce profil se montrerait particulièrement réceptif à une approche type thérapie Rogérienne car étant centrée avant tout sur la personne en tant que telle (Rogers, 1989).

Le postulat repose sur la capacité du patient à améliorer son état sous réserve qu'il s'accepte et se respecte. Le thérapeute doit dans ce type de thérapie être en mesure de faire preuve de Congruence (authenticité et honnêteté), d'Empathie et de Respect (acceptation et regard positif inconditionnel)

Ce type de thérapie aurait tendance à offrir un Canal Nourricier et une Perception Émotions correspondant particulièrement aux profils de Base Empathique.

6.3. Le traitement des Injonctions

Lors de la partie 5.2.6, nous avons expliqué l'importance des Injonctions primaires et secondaires, ces dernières participant au maintien d'une Problématique de Phase du fait des limitations que chacune apporte en termes de croyance et de comportement.

Par conséquent, une autre piste de travail pour le thérapeute serait d'accompagner le patient à résoudre ses différentes Injonctions afin de faciliter l'expression de l'émotion authentique. Ce travail est même indispensable car, à la différence des Injonctions primaires qui correspondent en réalité à la Problématique de Phase (et donc disparaissent avec le changement de Phase), les Injonctions secondaires persistent et peuvent s'accumuler si elles ne sont pas traitées.

On conçoit facilement que si l'accompagnement se faisait uniquement sur la résolution de l'injonction primaire, la personne risquerait d'être confrontée à de plus en plus de limitations secondaires dans l'avenir (Goulding et al., 1976 ; Kahler, 1982c).

7. Résumé des caractéristiques des six types de personnalité

Les données épidémiologiques suivantes reposent sur la population Nord-Américaine, pays étant à l'origine du modèle et des premières études (Kahler, 1982d).

7.1. Travaillomane

Le **Tableau 60** reprend les grandes caractéristiques et spécificités définissant le profil Travaillomane.

Épidémiologie de la Base	25% de la population (H : 75% ; F : 25%)
Perceptions	Pensées factuelles Classe les gens et les choses par catégories
Points forts	Logique, responsable, organisé
Traits du visage	Lignes horizontales sur le front
Caractéristiques	Capacité à penser logiquement, intègre les faits et les idées puis les synthétise
Expression des émotions	Rare Considérée comme inappropriée au travail
Apparence extérieure	Classique et soignée
Domaine d'activités préférentiels	Technique, comptabilité, administration Tâches demandant organisation, méthode et précision
Environnement	Fonctionnel, ordonné Relation face-à-face
Matrice d'évaluation	Déclencheur interne – En retrait de la relation Prend aisément l'initiative du contact en cherchant à instaurer une relation basée sur des échanges intellectuels ou professionnels
Éléments de communication et d'entrée en relation	Fait souvent référence à son expérience ou à ses réalisations et se montre très à cheval sur la ponctualité
Partie de la personnalité	Ordinateur
Canal de communication privilégié	Interrogatif - Informatif
Besoins psychologiques	Reconnaissance travail + Structuration du temps
Facteurs de Stress Niveau 1 : Drivers	« Sois parfait » pour l'autre : Devient perfectionniste
Facteurs de Stress Niveau 2 : Masque et Mécanisme d'échec	Masque d'Attaquant Sur-contrôle
Mythe	Je peux te faire te sentir mal émotionnellement
Position de vie	J'ai de la valeur, tu n'as pas de valeur

Triangle dramatique, rôle préféré	Persécuteur cherche Victime
Injonctions Primaires	Ne sens pas ton chagrin
Injonctions Secondaires	Ne t’amuse pas N’aies pas de plaisir Ne sois pas proche
Processus scénariques	Tant que
Facteurs de Stress Niveau 3 : Oubliettes	Se sent frustré et impuissant « Tous des incapables, moi y compris »
Question existentielle	Suis-je compétent ?
Problématique de Phase Émotion de substitution Sentiment à intégrer	Perte Colère Tristesse
Adaptation de Ware	Obsessif-Compulsif
Type d’approche thérapeutique à privilégier	Thérapie Cognitive

Tableau 60 : Caractéristiques du profil Travaillomane

7.2. Persévérant :

Les caractéristiques principales du Type Persévérant sont résumées dans le

Tableau 61.

Épidémiologie de la Base	10% de la population (H : 75% ; F : 25%)
Perceptions	Opinions Évalue les gens et les situations selon un système de valeurs La loyauté et l’engagement sont des éléments essentiels
Points forts	Dévoué, observateur, consciencieux
Traits du visage	Ligne verticale entre les yeux
Caractéristiques	Capacité à exprimer ses opinions, ses croyances et ses jugements
Expression des émotions	Réservée, jugée inappropriée dans le travail Cache souvent une grande sensibilité
Apparence extérieure	Sillon entre les yeux, regard perçant, style classique
Domaine d’activités préférentiels	Milieu de l’entrepreneuriat, affaires sociales, politique, religion, domaine associatif

Environnement	Fonctionnel, traditionnel, meubles anciens Relation face-à-face
Matrice d'évaluation	Déclencheur interne – En retrait de la relation Prend le temps de se forger une opinion avant d'intervenir, évaluant d'abord l'intérêt d'entrer en relation avec son environnement
Éléments de communication et d'entrée en relation	Importance du rapport de confiance, tendance à jauger la sincérité de son interlocuteur Écoute des opinions et soutenance du regard fondamentale
Partie de la personnalité	Ordinateur
Canal de communication privilégié	Interrogatif - Informatif
Besoins psychologiques	Reconnaissance travail + Reconnaissance opinions
Facteurs de Stress Niveau 1 : Drivers	« Sois parfait » pour moi : Ne voit plus que ce qui ne va pas
Facteurs de Stress Niveau 2 : Masque et Mécanisme d'échec	Masque d'Attaquant Impose ses croyances
Mythe	Je peux te faire te sentir mal émotionnellement
Position de Vie	J'ai de la valeur, tu n'as pas de valeur
Triangle dramatique, rôle préféré	Persécuteur cherche Victime
Injonctions Primaires	Ne fais pas confiance
Injonctions Secondaires	Ne sois pas proche N'aies pas de plaisir N'appartiens pas
Processus scénariques	Tant que
Facteurs de Stress Niveau 3 : Oubliettes	Se sent trahi et se méfie de tout « S'ils ne sont pas avec moi, ils sont contre moi »
Question existentielle	Suis-je digne de confiance ?
Problématique de Phase Émotion de substitution Sentiment à intégrer	Peur Colère Peur
Adaptation de Ware	Paranoïde
Type d'approche thérapeutique à privilégier	Thérapie des comportements rationnels émotifs

Tableau 61 : Caractéristiques du profil Persévérant

7.3. Rêveur :

Les différents concepts et éléments définissant le profil Rêveur sont rappelés au sein du **Tableau 62** ci-dessous.

Épidémiologie de la Base	10% de la population (H : 40% ; F : 60%)
Perceptions	« Imagin'actions » Motivé à l'action par les gens et par les choses La vie privée et l'espace individuel sont les choses les plus importantes et l'imagination est leur point de référence
Points forts	Réfléchi, imaginatif, calme
Traits du visage	Visage lisse, peu de rides même avec l'âge
Caractéristiques	Capacité à voir les choses de haut, doué pour l'introspection et l'analyse approfondie des personnes ou des situations Travaille souvent bien de ses mains et est à l'aise avec les consignes
Expression des émotions	De rare à inexistante
Apparence extérieure	Style naturel, vêtement pratique et confortable
Domaine d'activités préférés	Tous travaux permettant solitude et approfondissement, recherche, écriture, psychologie
Environnement	Simple, sobre, propice à la vie intérieure Seul
Matrice d'évaluation	Déclencheur externe – En retrait de la relation Position de retrait, semble distant, absent, voir peu intéressé Est généralement peu investi dans la relation, répondant brièvement aux sollicitations verbales de son entourage
Éléments de communication et d'entrée en relation	Attitude brève, directe et concise à privilégier
Partie de la personnalité	Ordinateur
Canal de communication privilégié	Directif en réception
Besoins psychologiques	Solitude
Facteurs de Stress Niveau 1 : Drivers	« Sois fort » pour l'autre Entre dans la passivité
Facteurs de Stress Niveau 2 : Masque et Mécanisme d'échec	Masque de Geignard Attend passivement, disparaît physiquement
Mythe	Tu peux me faire me sentir mal émotionnellement

Position de vie	Je n'ai pas de valeur, tu as de la valeur
Triangle dramatique, rôle préféré	Victime cherche Persécuteur
Injonctions Primaires	Ne fais pas
Injonctions Secondaires	N'appartiens pas Ne t'amuse pas Ne sois pas proche Ne sois pas important
Processus scénariques	Jamais
Facteurs de Stress Niveau 3 : Oubliettes	Est rejeté « Personne ne m'a dit quoi faire »
Question existentielle	Suis-je voulu ?
Problématique de Phase Émotion de substitution Sentiment à intégrer	Autonomie Gêné, confus, timide Puissance (confiance en soi)
Adaptation de Ware	Schizoïde
Type d'approche thérapeutique à privilégier	Thérapie comportementale

Tableau 62 : Caractéristiques du profil Rêveur

7.4. Promoteur :

Les grandes lignes décrivant le profil Promoteur dans son ensemble sont rappelées dans le **Tableau 63**.

Épidémiologie de la Base	5% de la population (H : 60% ; F : 40%)
Perceptions	Actions Expérimente le monde en agissant L'adaptabilité et l'autonomie sont les éléments essentiels, le charme et l'opportunité les points de référence
Points forts	Charme, adaptable et persuasif
Traits du visage	Visage sanguin
Caractéristiques	Capacités à être ferme et direct
Expression des émotions	Rare Souvent considérée comme un signe de faiblesse
Apparence extérieure	Vêtements et bijoux chers et voyants
Domaine d'activités préférentiels	Vente, lancement de projet, sport, animation

Environnement	Luxeux, aime les couleurs rouge et noir Voyage de groupe en groupe
Matrice d'évaluation	Déclencheur externe – Engagé dans la relation Se focalise sur un stimulus extérieur pour entrer en relation avec les autres (bien matériel généralement)
Éléments de communication et d'entrée en relation	Peut donner l'impression de vouloir mener l'entretien tout en « brossant l'interlocuteur dans le sens du poil » La relation repose avant tout sur un but à atteindre
Partie de la personnalité	Directeur
Canal de communication privilégié	Directif
Besoins psychologiques	Excitation
Facteurs de Stress Niveau 1 : Drivers	« Sois fort » pour moi Attend des autres qu'ils se débrouillent seuls
Facteurs de Stress Niveau 2 : Masque et Mécanisme d'échec	Masque de Blâmeur Manipule et provoque des conflits, enfreint les règles
Mythe	Je peux te faire te sentir mal émotionnellement
Position de vie	J'ai de la valeur, tu n'as pas de valeur
Triangle dramatique, rôle préféré	Persécuter cherche Victime
Injonctions Primaires	Ne sois pas proche
Injonctions Secondaires	Ne fais pas confiance Ne fais pas N'appartiens pas
Processus scénariques	Toujours
Facteurs de Stress Niveau 3 : Oubliettes	Prend des risques « Je n'ai plus rien à perdre »
Question existentielle	Suis-je vivant ?
Problématique de Phase Émotion de substitution Sentiment à intégrer	Lien affectif Colère manipulatrice Intimité
Adaptation de Ware	Antisocial
Type d'approche thérapeutique à privilégier	Thérapie type Programme Asklepieion

Tableau 63 : Caractéristiques du profil Promoteur

7.5. Rebelle :

Le **Tableau 64** reprend les différentes caractéristiques du profil Rebelle.

Épidémiologie de la Base	20% de la population (H : 40% ; F : 60%)
Perceptions	Réactions Réagit aux gens et aux choses à partir de « j'aime, je n'aime pas » La spontanéité et la créativité sont les maîtres mots et l'humour le point de référence
Points forts	Spontané, créatif et ludique
Traits du visage	Rides de sourire autour des yeux et de la bouche
Caractéristiques	Capacité à l'humour, au jeu et à apprécier le moment présent
Expression des émotions	Souvent aisée. Sous forme d'émotions qui « sortent » de façon spontanée
Apparence extérieure	Style original
Domaine d'activités préférentiels	Création artistique, animation, tâches faisant appel à la créativité
Environnement	Amusant, plein de stimulations, gadgets Voyage de groupe en groupe
Matrice d'évaluation	Déclencheur externe – Engagé dans la relation Utilise également des stimuli externes pour entrer en relation mais sous la forme d'un filtre « j'aime, je n'aime pas »
Éléments de communication et d'entrée en relation	Entre en relation si son interlocuteur lui plaît et s'il en a envie. Ne prend habituellement pas les devants pour faire savoir son intention
Partie de la personnalité	Emoteur
Canal de communication privilégié	Ludique
Besoins psychologiques	Contacts
Facteurs de Stress Niveau 1 : Drivers	« Fais des efforts » Fait des efforts pour comprendre, râle en soupirant
Facteurs de Stress Niveau 2 : Masque et Mécanisme d'échec	Masque de Blâmeur Blâme la situation ou les autres
Mythe	Tu m'as fait me sentir si mal que je vais te faire te sentir encore plus mal
Position de vie	J'ai de la valeur, tu n'as pas de valeur

Triangle dramatique, rôle préféré	Persécuteur cherche Victime
Injonctions Primaires	Ne grandis pas
Injonctions Secondaires	Ne fais pas Ne sois pas proche
Processus Scénariques	Toujours
Facteurs de Stress Niveau 3 : Oubliettes	Se sent exclu et rejeté « Je m'en fous, ils me le paieront »
Question existentielle	Suis-je acceptable ?
Problématique de Phase Émotion de substitution Sentiment à intégrer	Responsabilité Colère blâmante Se sentir désolé
Adaptation de Ware	Passif-Agressif
Type d'approche thérapeutique à privilégier	Gestalt Thérapie

Tableau 64 : Caractéristiques du profil Rebelle

7.6. Empathique :

Les différents éléments décrivant le profil Empathique sont rappelés ci-dessous au sein du **Tableau 65**.

Épidémiologie de la Base	30% de la population (H : 25% ; F : 75%)
Perceptions	Émotions Intègre et perçoit les gens et les choses au travers des ressentis La famille et l'amitié sont leurs priorités et la compassion est leur valeur principale
Points forts	Compatissant, sensible et chaleureux
Traits du visage	Ligne en demi-lune au-dessus des yeux
Caractéristiques	Capacité à être nourricier et à donner aux autres, capacité à créer l'harmonie
Expression des émotions	Aisée, l'utilise pour communiquer
Apparence extérieure	Aspect soigné, couleurs douces et coordonnées
Domaine d'activités préférentiels	Communication, relation publique, profession d'aide, activités de service

Environnement	Accueillant, chaud, confortable, personnalisé, à la maison comme au bureau En groupe
Matrice d'évaluation	Déclencheur interne – Engagé dans la relation
Éléments de communication et d'entrée en relation	Recherche les groupes et les endroits où l'ambiance est bonne Volonté d'établissement d'une relation personnelle Importance du contact physique ou oculaire
Partie de la personnalité	Réconforteur
Canal de communication privilégié	Nourricier
Besoins psychologiques	Reconnaissance personne + Sensoriels
Facteurs de Stress Niveau 1 : Drivers	« Fais plaisir » : Cherche à faire plaisir, à en faire trop
Facteurs de Stress Niveau 2 : Masque et Mécanisme d'échec	Masque de Geignard Fait des erreurs involontaires, invite à la critique
Mythe	Tu peux me faire mal émotionnellement
Position de vie	Tu as de la valeur, je n'ai pas de valeur
Triangle dramatique, rôle préféré	Victime cherche Persécuteur
Injonctions Primaires	Ne sens pas ta colère
Injonctions Secondaires	Ne sois pas important Ne grandis pas
Processus scénariques	Après
Facteurs de Stress Niveau 3 : Oubliettes	Se sent déprimé et pas aimé
Question existentielle	Suis-je aimable ?
Problématique de Phase Émotion de substitution Sentiment à intégrer	Colère Tristesse Colère
Adaptation de Ware	Hystéroïde
Type d'approche thérapeutique à privilégier	Thérapie Rogérienne

Tableau 65 : Caractéristiques du profil Empathique

III. Comparaison et mise en lien entre les troubles de personnalité et le profil PCM

Nous avons pu constater dans les deux premières parties que certains TP présentaient des points communs avec des profils PCM. Le but de cette partie est de fournir des hypothèses de correspondance entre ces deux conceptions dans l'objectif d'une application médicale du PCM.

1. Hypothèses de rapprochement entre les troubles de personnalité et la configuration PCM

Afin de comprendre les différentes hypothèses, il nous faut expliquer dans un premier temps les concepts de Mini-scénario et d'Adaptation.

- Un Mini-scénario correspond à l'ensemble des comportements des trois niveaux de stress qu'un individu expérimente au cours de sa Phase.
- L'Adaptation, quant à elle définit la correspondance en termes de diagnostic médical lorsqu'un individu atteint un niveau de souffrance très important et durable entraînant une altération significative dans sa vie quotidienne du fait d'une activation trop importante de la séquence Mini-scénarique.

Le terme Adaptation a été élaboré par le Docteur Ware (1983) qui a repris une partie de la terminologie du DSM-IV afin de définir six catégories diagnostiques de TP : Hystériques, Paranoïdes, Antisociaux, Obsessifs-Compulsifs, Schizoïdes et Passifs-agressifs.

Pour Ware, un individu peut mettre en place une Adaptation particulière afin de tenter de survivre aux aléas de la vie, mais c'est à partir du moment où les comportements deviennent inadaptés et source de détresse que l'on parle de désordre de la personnalité.

Le **Tableau 66** met en lien les différents Mini-scénarios de chaque profil avec l'Adaptation correspondante évoquée par Ware et Kahler.

Mini-scénario	Problématique	Adaptation potentielle
Travailleuse	Perte	Obsessionnel-compulsif
Persévérant	Peur	Paranoïde
Rêveur	Autonomie	Schizoïde
Promoteur	Lien	Antisocial
Rebelle	Responsabilité	Passif-agressif
Empathique	Colère	Hystéroïde / Histrionique

Tableau 66 : Correspondances entre Mini-scénario et Adaptation

Lorsque l'on regarde les hypothèses formulées par Kahler et Ware, on constate que seuls six des dix TP sont corrélés aux différents profils PCM et que le trouble passif-agressif, bien que figurant parmi les Adaptations, n'apparaît plus au sein du DSM-5.

De plus, les TP narcissique, borderline, schizotypique, évitante et dépendante ne figurent dans aucun des modèles d'Adaptation.

Nous tenterons au cours de cette partie de comprendre les éléments ayant conduit aux propositions faites par Kahler, mais également de compléter ses hypothèses vis-à-vis des autres TP non répertoriés.

Les caractéristiques mises en avant dans les tableaux ci-dessous (**Tableaux 67 à 77**) correspondent à des personnalités « pures », l'idée étant que plus la personne se retrouve dépourvue des ressources de ses étages supérieurs, plus elle va manifester des comportements de second ou de troisième niveau de stress et, dans le cadre de notre hypothèse, plus elle va se rapprocher de manifestations évoquant un trouble de personnalité.

1.1. Le trouble de la personnalité paranoïaque

Kahler et Ware ont rapproché le TP paranoïaque au profil Persévérant sous stress, les deux entités disposent de convictions fortes et placent leurs croyances et leurs opinions au centre de leurs jugements pour appréhender le monde.

Le troisième niveau de stress du Persévérant notamment avec le vécu de trahison et la méfiance généralisée se rapproche particulièrement des caractéristiques du TP paranoïaque (**Tableau 67**).

Modèles d'évaluation	Caractéristiques du Type Persévérant selon PCM	Caractéristiques du trouble de personnalité paranoïaque selon le DSM-5
Cognitions	Évalue les gens et les situations selon un système de valeurs	Vision des groupes différents reposant sur des a priori négatifs
Émotions	Réservé Cache souvent une grande sensibilité Problématique de Phase : Peur Émotion de substitution : Colère Masque : Attaquant	Hypersensibilité à la critique Peu d'émotions exprimées Peur intériorisée et colère attaquante
Mode de communication	Ordinateur Perception : Opinion	Discours d'apparence logique et convaincant
Domaine social	Entrepreneuriat, Affaires sociales Politique, Religion, Domaine associatif	Exerce une profession reposant sur la loi ou un règlement

Points forts	Dévoué, observateur, consciencieux Capacité à exprimer ses opinions, ses croyances et ses jugements	Se perçoit comme droit, honnête et loyal Défend ses droits
Comportements négatifs	Ne voit plus que ce qui ne va pas Masque d'Attaquant Impose ses croyances Se sent trahi et se méfie de tout	Voit l'imperfection dans le monde et chez les autres Soupçonneux, critique, parfois agressif Biais cognitifs conduisant à percevoir les autres comme dangereux
Environnement relationnel	En retrait de la relation Préfère les situations duelles	Faible aptitude sociale et attribution externe des responsabilités Éviter les thérapies de groupe
Enfance	Non incorporation de l'étape du développement liée à un manque de sécurisation de l'environnement par les parents, conduisant à une incapacité à évaluer le danger et à un manque de confiance en soi	Carences affectives précoces, situation d'humiliation ressentie et maltraitance de la part des proches Élevé dans un climat de critiques, de reproches et d'agressivité de la part des parents
Approche psychothérapeutique	Importance du rapport de confiance, tendance à jauger la sincérité de son interlocuteur Écoute des opinions et soutenance du regard fondamentale dans la création du lien	Psychothérapie de soutien et Alliance thérapeutique à privilégier Importance du rapport de confiance

Tableau 67 : Comparatif des caractéristiques du profil Persévérant et du trouble de personnalité paranoïaque

1.2. Le trouble de la personnalité schizoïde

Pour Kahler et Ware, l'Adaptation du type Rêveur serait le TP schizoïde. L'importance de la vie intérieure, la recherche d'isolement, la faible expressivité des émotions et la passivité parfois extrême des deux entités semblent effectivement en faire une hypothèse de choix (**Tableau 68**).

Modèles d'évaluation	Caractéristiques du Type Rêveur selon PCM	Caractéristiques du trouble de personnalité schizoïde selon le DSM-5
Cognitions	Perception « Imagin'action » L'imagination est leur point de référence	Vie intérieure riche

Émotions	Expression émotionnelle de rare à inexistante	Apparente anesthésie émotionnelle. Ne semble pas soumis à la tristesse ou à la joie
Mode de communication	Visage lisse, peu de rides même avec l'âge	Visage impavide, dénué de réactivité émotionnelle
Domaine social	Position de retrait, semble distant, absent, voire peu intéressé Est généralement peu investi dans la relation, répond brièvement aux sollicitations verbales de son entourage	Réponse rare aux gestes sociaux, pas d'intégration dans les situations sociales, peu d'amis, sexualité non investie
	Efficace dans les travaux permettant solitude et approfondissement, recherche, écriture, psychologie Travaille souvent bien de ses mains et est à l'aise avec les consignes	Investit les domaines logiques (informatique, mathématiques, philosophie, théologie) Efficacité professionnelle si contexte d'isolement social
Points forts	Réfléchi, imaginatif, calme Doué pour l'introspection et l'analyse approfondie des personnes ou des situations	Vie intérieure riche Efficace si seul
Comportements négatifs	Entre dans la passivité Attend passivement, disparaît physiquement Se sent rejeté Problématique de Phase liée à l'autonomie et à la prise de décision	Existence pouvant sembler être dénuée de but, tendance à la passivité, a du mal à répondre aux événements importants de la vie
Environnement relationnel	En retrait de la relation Environnement préféré : Seul	Recherche l'isolement
Enfance	Défaut d'intégration de l'étape développementale possiblement lié à un défaut de fiabilité des parents ou à des négligences vis-à-vis des besoins basiques	Parents distants, émotionnellement froids et négligents conduisant à une autonomisation rapide et à un manque de confiance envers autrui
Approche psychothérapeutique	Approche comportementale afin d'aider le patient à fixer ses propres objectifs en lui donnant des exercices pratiques	Intérêt des thérapies de soutien et du travail sur l'Alliance thérapeutique Intérêt des thérapies cognitivo-comportementales

Tableau 68 : Comparatif des caractéristiques du profil Rêveur et du trouble de la personnalité schizoïde

1.3. Le trouble de la personnalité schizotypique

Le TP schizotypique n'est pas à proprement parler une Adaptation telle que définie par Ware et Kahler. Le TP schizotypique présente en revanche des caractéristiques communes avec le TP schizoïde, les deux entités étant souvent traitées ensemble du fait de leur origine étymologique commune comme nous l'avons vu dans la partie I.

De plus, l'existence même de la schizotypie en tant que TP est sujet à controverse, la CIM-10 catégorise par exemple ce trouble comme une fluctuation de la schizophrénie et non comme une entité propre des TP.

Nous ferons ici l'hypothèse d'une correspondance principalement avec le profil Rêveur du modèle PCM, tout en évoquant une possible composante du type Persévérant au sein de ce profil du fait du vécu persécutoire et de l'importance que prennent les croyances dans le fonctionnement global de l'individu (**Tableau 69**).

Modèles d'évaluation	Caractéristiques du Type Rêveur selon PCM	Caractéristiques du Type Persévérant selon PCM	Caractéristiques du trouble de personnalité schizotypique selon le DSM
Cognitions	Perception « Imagin'action » L'imagination est leur point de référence	Opinions et croyances fortes	Perceptions inhabituelles type illusions ou déréalisations Croyances étranges non critiquées
Émotions	Expression émotionnelle de rare à inexistante	Émotion de substitution : Colère	Froid et distant. Colère irrationnelle et rires inadéquats
Mode de communication	Peut s'interrompre au milieu d'une phrase	Perception, Opinion	Discours excentrique et bizarre
Domaine social	Solitaire Est généralement peu investi dans la relation Émotion de substitution : Gêne	Peu d'amis proches	Solitaire Déficit social marqué par une gêne Relation amicale superficielle
Points forts	Réfléchi, imaginatif Doué pour l'introspection et l'analyse approfondie des personnes ou des situations	Observateur Capacité à exprimer ses opinions, ses croyances et ses jugements	Observateur, croyance forte
Comportements négatifs	Entre dans la passivité Attend passivement, disparaît physiquement	Impose ses croyances	Colère irrationnelle Crainte persécutoire

	Se sent rejeté	Se sent trahi et se méfie de tout	
Environnement relationnel	En retrait de la relation Environnement préféré : Seul	En retrait de la relation Préfère les situations duelles	Solitaire, déficit social
Enfance	Défaut d'intégration de l'étape développementale possiblement lié à un défaut de fiabilité des parents ou à des négligences vis-à-vis des besoins basiques	Défaut d'intégration de l'étape du développement lié à un manque de sécurisation de l'environnement par les parents, conduisant à une incapacité à évaluer le danger et à un manque de confiance en soi	Séparation maternelle précoce et exposition à des événements de vie stressants
Approche psychothérapeutique	Approche comportementale afin d'aider le patient à fixer ses propres objectifs en lui donnant des exercices pratiques	Importance du rapport de confiance, tendance à jauger la sincérité de son interlocuteur Écoute des opinions et soutenance du regard fondamentales pour la création du lien	Psychothérapie de soutien en tête à tête Intérêt du travail sur le renforcement de l'Alliance thérapeutique Intérêt des thérapies cognitivo-comportementales pour travailler sur les cognitions et les croyances erronées et permettre une meilleure adaptation sociale

Tableau 69 : Comparatif des caractéristiques des profils Rêveur et Persévérant avec le trouble de personnalité schizotypique

1.4. Le trouble de la personnalité antisociale

Le TP antisociale fait partie des six Adaptations que Kahler et Ware ont rattachées au profil PCM. Pour ces deux auteurs, les deux profils présenteraient des caractéristiques communes et plus particulièrement en ce qui concerne la Problématique de Phase du Promoteur sur la question du lien et sur le sentiment d'intimité (**Tableau 70**).

Modèles d'évaluation	Caractéristiques du Type Promoteur selon PCM	Caractéristiques du trouble de personnalité antisociale selon le DSM
Cognitions	Perception : Action Expérimente le monde en agissant	Pas de remords, pas d'excuses Orgueilleux et arrogant Impulsif
Émotions	Souvent considérées comme un signe de faiblesse Émotion de substitution : Colère Manipulatrice	Absence de culpabilité Irritable et agressif Colères et oppositions fréquentes Manque d'empathie Ne tolère pas l'ennui
Mode de communication	Peut donner l'impression de vouloir mener l'entretien tout en « brossant l'interlocuteur dans le sens du poil » La relation repose avant tout sur un but à atteindre	Superficiel
Points forts	Charmeur, adaptable et persuasif	Charmeur, séducteur, paroles faciles
Comportements négatifs	Attend des autres qu'ils se débrouillent seuls Manipule et provoque des conflits, enfreint les règles Prend des risques	Rationalisations superficielles « ils ont mérité leur sort » Tendance à la manipulation pour en obtenir des bénéfices souvent immédiats Trompe et manipule pour son profit ou plaisir Transgression des droits d'autrui
Environnement relationnel	Voyage de groupe en groupe Problématique : Intimité et lien affectif	Instabilité dans les domaines professionnels, sociaux ou affectifs
Enfance	Défaut d'intégration de l'étape de contact suite à de possibles négligences A ressenti un défaut de fiabilité parentale durant l'enfance Vécu d'abandon émotionnel et physique	Victimes de mauvais traitements, négligences, de sévices ou d'abandons, attitudes parentales instables, autorités incohérentes
Approche psychothérapeutique	Approche la plus directe et confrontante Nécessité d'imposer un cadre strict et de le tenir dans le temps L'apport thérapeutique repose avant tout sur la création d'un lien de confiance dans le temps	Intérêt très limité et peu de preuves disponibles Intérêt du renforcement de l'Alliance thérapeutique Efficacité du programme Asklepieion sur la population carcérale

Tableau 70 : Comparatif du profil Promoteur avec le trouble de personnalité antisociale

1.5. Le trouble de la personnalité borderline

Le TP borderline n'apparaît pas comme une des Adaptations développées par Ware.

Kahler propose cependant un rapprochement avec un développement pathologique d'une personne de Base Promoteur. Kahler justifie ce choix du fait de la présence de la Problématique abandonnique et de l'instabilité affective centrale chez la personne présentant un TP borderline qui se retrouve également au sein du Type Promoteur.

Bien qu'évoquant cette hypothèse, il questionne tout de même la faisabilité d'un tel rapprochement car selon le modèle PCM chaque profil dispose de comportements négatifs mais dispose avant tout de ressources et de points positifs. Or pour Kahler, il est difficile d'attribuer des comportements positifs au TP borderline.¹⁹

A titre personnel :

Si ce rapprochement entre le Type Promoteur et le TP borderline mérite d'être évoqué du fait de la place centrale qu'occupe la problématique du lien, cette hypothèse ne nous convient pas totalement.

Nous pouvons citer par exemple la présence très fréquente des comorbidités médicales à type de troubles thymiques, anxieux ou de consommation de toxiques chez les personnes présentant ce TP. De plus, la présence fréquente de traumatismes dans le parcours de vie de l'individu va forcément impacter et influencer son fonctionnement global.

Nous pouvons également mettre en avant que le TP borderline a vu le jour initialement pour caractériser des patients se situant dans une zone frontière entre la névrose et la psychose (Kernberg, 2016). Le modèle PCM semble en revanche avoir une utilité pour les individus disposant d'une image de soi assez solide, ce qui est difficilement observable dans cette situation.

Tout en gardant en mémoire que le parallèle entre le TP borderline et une conception PCM risque de ne pas être parfaitement satisfaisant, nous évoquerons les similitudes de certaines caractéristiques du Type Rebelle comme la question de responsabilité. Dans l'accompagnement d'une personne souffrant du TP borderline, la question de la responsabilité dispose d'une place importante en thérapie car l'individu attribue fréquemment la responsabilité de ses états internes et de ses comportements à autrui.

Dans le cadre de cette partie nous présenterons au sein du **Tableau 71** un comparatif des caractéristiques du TP borderline avec les profils Rebelle et Promoteur.

¹⁹ Nous détaillerons cet aspect plus en détail dans la partie quatre de ce travail.

Une hypothèse alternative pourrait être de considérer le TP borderline non pas comme un profil précis, mais comme un immeuble PCM au sein duquel la mobilisation des différents étages se fait de manière anarchique, parfois de façon extrêmement rapide et parfois de façon très lente. On pourrait imaginer que le parcours de vie très souvent traumatique des personnes souffrant de TP borderline a nécessité une adaptation extrême pour éviter les abandons et pour survivre.

Cette fluctuation constante au sein de l'immeuble pourrait ne pas permettre à la personne de s'attribuer une vision de soi cohérente et contribuerait en une sorte de « patchwork » de l'ensemble des profils.

Modèles d'évaluation	Caractéristiques du Type Promoteur selon PCM	Caractéristiques du Type Rebelle selon PCM	Caractéristiques du trouble de personnalité borderline selon le DSM
Cognitions	Perception : Action Expérimente le monde en agissant	Perception : Réaction	Instabilité de l'identité et l'image de soi
Émotions	Souvent considérées comme un signe de faiblesse Émotion de substitution : Colère manipulatrice	Sous forme d'émotions qui « sortent » de façon spontanée Émotions de substitution : Colère blâmante	Instabilité émotionnelle Impulsivité Hypersensibilité, peur de l'abandon Colère intense, sentiment de vide, honte, culpabilité post-crise
Mode de communication	Peut donner l'impression de vouloir mener l'entretien tout en « brochant l'interlocuteur dans le sens du poil » La relation repose avant tout sur un but à atteindre	Blâme en situation de stress Réagit aux gens et aux choses à partir de « j'aime, je n'aime pas »	Peut-être sarcastique et acerbe Variation entre demande d'aide et recherche de vengeance Alternance entre idéalisation et rejet
Points forts	Charmeur, adaptable et persuasif	Spontané, créatif et ludique	Peut fournir des efforts effrénés pour éviter l'abandon Axé sur la relation à autrui
Comportements négatifs	Attend des autres qu'ils se débrouillent seuls	Fait des efforts pour comprendre, râle en soupirant	Impulsivité Peut chercher à se venger Comportements à risque

	Manipule et provoque des conflits Enfreint les règles Prend des risques	Blâme la situation ou les autres « Je m'en fous, ils me le paieront »	Ne tolère pas l'ennui
Mythe	Je peux te faire te sentir mal émotionnellement	Tu m'as fait me sentir si mal, que je vais te faire te sentir encore plus mal	Peut avoir le sentiment que la personne « ne s'occupe pas assez » d'elle Peut chercher à se venger
Scénario de vie ²⁰	Toujours	Toujours et Presque 1 (Empathique en Phase Rebelle ou Rebelle en Phase Empathique)	Tendance à se saborder juste avant d'atteindre un but
Question existentielle	Suis-je vivant ?	Suis-je acceptable ?	Pense être « mauvais » ou doute sur son existence
Environnement relationnel	Voyage de groupe en groupe Engagé dans la relation Problématique : Intimité et lien affectif	Voyage de groupe en groupe Engagé dans la relation Entre en relation sous la forme « j'aime, je n'aime pas » Problématique : Responsabilité	Intolérance à la solitude Relations instables et intenses
Enfance	Défaut d'intégration de l'étape de contact suite à des négligences ou à un ressenti de défaut de fiabilité parentale durant l'enfance Vécu d'abandon émotionnel et physique	Défaut d'intégration de l'étape suite au refus des parents de laisser l'enfant entreprendre seul des tâches appropriées à son âge ou a contrario ont pris trop de place et donné des réponses à sa place alors qu'il aurait été en mesure d'y répondre seul	Antécédents de mauvais traitements physiques et sexuels, négligence parentale Parents présentant des difficultés à reconnaître les affects de leurs enfants avec invalidation des expressions affectives
Approche psychothérapeutique	Approche la plus directe et la plus confrontante Nécessité d'imposer un cadre strict et de le tenir dans le temps L'apport thérapeutique repose	Gestalt Thérapie : Axée sur la conscience de soi et sur le fait de percevoir, de ressentir et d'agir pour permettre sentiment d'autoréalisation et de	Thérapie individuelle conventionnelle hebdomadaire. Importance d'une relation thérapeutique de qualité du fait de l'instabilité des patients

²⁰ Pour rappel : Les explications concernant les différents scénarios se situent dans la partie II section 5.2.7

	avant tout sur la création d'un lien de confiance dans le temps	développement personnel Peut mettre en avant des problématiques en lien avec sa marginalité, l'alcool ou la drogue	Intérêt de la thérapie comportementale dialectique et de la thérapie fondée sur la mentalisation Traitements des comorbidités et des addictions
--	---	---	--

Tableau 71 : Comparatif des caractéristiques des profils Promoteur et Rebelle avec le trouble de personnalité borderline

1.6. Le trouble de la personnalité histrionique

L'Adaptation histrionique fait partie des six parallèles réalisés par Kahler et Ware. En effet, l'expression émotionnelle, le rôle central des émotions ainsi que les comportements négatifs au travers du Masque de Geignard ou de la victimisation du trouble de personnalité histrionique ont conduit au rapprochement avec le profil Empathique du modèle PCM.

Les différentes caractéristiques de ces deux entités sont rappelées dans le **Tableau 72**.

Modèles d'évaluation	Caractéristiques du Type Empathique selon PCM	Caractéristiques du trouble de personnalité histrionique selon le DSM
Cognitions	Perception : Émotions Intègre et perçoit les gens et les choses au travers des ressentis	Pensée rapide et imprécise Jugement repose sur l'intuition et la subjectivité Opinion influençable
Émotions	Expression émotionnelle aisée : l'utilise pour communiquer Émotion de substitution : Tristesse	Sentiment très intense exprimé de façon dramatique Passe facilement de l'exaltation à la tristesse
Apparence extérieure	Aspect soigné, couleurs douces et coordonnées Importance de l'aspect esthétique des choses	Présentation théâtrale, habillement extravagant ou excessivement sobre
Points forts	Compatissant, sensible et chaleureux Capacité à être nourricier et à donner aux autres, capacité à créer l'harmonie	Aisance naturelle, vivacité dans ses réparties Enthousiaste, charmeur, ouvert, flirteur
Comportements négatifs	Cherche à en faire trop Fait des erreurs involontaires Invite à la critique Se présente auprès des professionnels pour des douleurs physiques Se sent déprimé et pas aimé	S'efforce de faire ce que l'autre attend de lui Quête d'attentions Plaintes somatiques dans le but de se faire plaindre ou choyer Crainte de la rupture de la relation avec l'autre

Question existentielle	Suis-je aimable ?	Incorpore l'idée parentale « si tu veux que je fasse attention à toi, fais ... »
Environnement relationnel	Recherche les groupes et les endroits où l'ambiance est bonne Volonté d'établissement d'une relation personnelle	Relation intense mais sans velléité de relation « intime » Démonstration exagérée d'amour ou d'amitié
Triangle dramatique rôle préféré	Victime cherche Persécuteur	Patient suscitant souvent le rejet Endosse un rôle de victime
Enfance	L'intégration de l'étape repose sur un soutien parental sain qui sera en mesure de montrer l'exemple et accompagnera le développement émotionnel	Parents plutôt laxistes valorisant les comportements de charme et de séduction
Approche psychothérapeutique	La thérapie Rogérienne La prise en charge repose sur une écoute bienveillante des sentiments de la personne avec un accompagnement dans l'expression de sa colère et une invitation du patient à prendre soin de lui en priorité.	Intérêt des psychothérapies cognitivo-comportementales mais risque d'ennui et de perte des objectifs du traitement Importance du lien thérapeute/patient

Tableau 72 : Comparatif des caractéristiques du profil Empathique avec le trouble de personnalité histrionique

1.7. Le trouble de la personnalité narcissique

Le TP narcissique, comme le TP borderline, se présente comme une des limites majeures du rapprochement des deux modèles.

Le TP narcissique ne figure pas non plus dans les Adaptations de Ware et à la différence des autres, il apparaît comme une combinaison Base/Phase et non comme une manifestation d'un profil en particulier.

Pour Kahler, le TP narcissique résulterait d'une combinaison Base/Phase de type Promoteur/Travailleuse du fait de ressemblances dans les niveaux de stress et au niveau de certains Besoins psychologiques.

Il souligne cependant comme pour la personnalité borderline des réserves sur cette hypothèse car ne considérant pas la personnalité narcissique comme pouvant présenter des points positifs.

Bien qu'imparfaite, nous développerons cette hypothèse en rappelant les différentes caractéristiques de ces entités résumées dans le **Tableau 73**.

Modèles d'évaluation	Caractéristiques du Type Promoteur selon PCM	Caractéristiques du Type Travaillomane selon PCM	Caractéristiques du trouble de personnalité narcissique selon le DSM
Cognitions	<p>Perception : Action Expérimente le monde en agissant</p> <p>Sous stress : Sens grandiose de sa propre importance, surestimant ses capacités et ayant une volonté de puissance et de succès illimités</p>	<p>Perception : Pensées factuelles</p> <p>Classe les gens et les choses par catégories</p>	<p>Haute estime de soi</p> <p>Estime ne pouvoir être compris que par des gens spéciaux comme eux ou au statut élevé</p>
Émotions	<p>Souvent considérées comme un signe de faiblesse</p> <p>Émotion de substitution Colère manipulatrice</p>	<p>Rares, considérées comme inappropriées au travail</p> <p>Émotion de substitution : Colère attaquante</p>	<p>Froideur émotionnelle</p> <p>Jalousie, rage, Colère attaquante</p>
Mode de communication	<p>Peut donner l'impression de vouloir mener l'entretien tout en « brossant l'interlocuteur dans le sens du poil »</p> <p>La relation repose avant tout sur un but à atteindre</p>	<p>Fait souvent référence à son expérience ou à ses réalisations</p>	<p>Arrogant et hautain</p> <p>Attitude condescendante</p> <p>Relation avec objectif ou pour amélioration de l'image de soi</p>
Domaine social	<p>Vêtements et bijoux chers et voyants</p> <p>Luxeux</p>	<p>Classique et soigné, en fonction des situations</p>	<p>Importance de la beauté, puissance, éclat</p>
Points forts	<p>Charmeur</p> <p>Adaptable et persuasif</p>	<p>Logique, responsable et organisé</p> <p>Investissement professionnel important source de réussite</p>	<p>Ambitieux</p> <p>Confiance en soi</p> <p>Pourvoyeur de réussite</p>
Comportements négatifs	<p>Attend des autres qu'ils se débrouillent seuls</p> <p>Manipule et provoque des conflits, enfreint les règles</p> <p>Prend des risques</p> <p>Manque d'empathie</p>	<p>Devient perfectionniste</p> <p>Masque d'Attaquant : Dévalorisation d'autrui</p> <p>Se sent frustré et impuissant</p>	<p>Recherche de la perfection</p> <p>Dévalorisation d'autrui traitant les personnes maladroites de « stupides »</p> <p>Méprisant et impatient face aux difficultés d'autrui</p> <p>Manque d'empathie et absence de prise en compte des désirs d'autrui</p>

Position de vie	J'ai de la valeur, tu n'as pas de valeur	J'ai de la valeur, tu n'as pas de valeur	Estime ne pouvoir être compris que des gens spéciaux ou au statut élevé
Besoins psychologiques	Excitation	Reconnaissance travail : besoin de reconnaissance dans ce qu'ils ont fait et souhaitent être traités avec respect Tolère mal la critique	Fragilité du Moi conduisant à un besoin de reconnaissance de la personne et du travail Blessé par la critique ou l'échec
Question existentielle	Suis-je vivant ?	Suis-je compétent ?	Préoccupé par le fait de savoir s'ils font bien les choses
Environnement relationnel	Voyage de groupe en groupe Problématique : Intimité et lien affectif Se focalise sur un stimulus extérieur pour entrer en relation avec les autres (bien matériel généralement)	Prend aisément l'initiative du contact en cherchant à instaurer une relation basée sur des échanges intellectuels ou professionnels	Isolement social fréquent Se rapproche des gens « spéciaux » comme eux ou avec source de richesse apparente
Enfance	Défaut d'intégration de l'étape de contact suite à de la négligence ou à un ressenti de défaut de fiabilité parentale durant l'enfance Vécu d'abandon émotionnel et physique	Défaut d'intégration de l'étape suite à des difficultés parentales à aider l'enfant à surmonter les obstacles en l'autorisant à échouer conduisant à un manque de confiance en soi	Possible humiliation précoce Manque d'attention, de chaleur, d'affection, d'empathie ou de protection de la part des parents ou a contrario surévaluation avec attente excessive de la part d'un parent
Approche psychothérapeutique	Approche la plus directe et la plus confrontante Nécessité d'imposer un cadre strict et de le tenir dans le temps L'apport thérapeutique repose avant tout sur la création d'un lien de confiance dans le temps	Thérapie cognitive Thérapie axée sur les « travers mentaux » pour adopter un raisonnement logique et faire la différence entre le « vrai et le faux » Peut ne pas avoir conscience de ses propres difficultés	Utilisation souple de plusieurs modèles distincts avec immersion empathique du thérapeute Importance du lien thérapeute/patient avec position non critique et curieuse vis-à-vis des difficultés du patient

Tableau 73 : Comparatif des caractéristiques des profils Travillomane et Promoteur avec le trouble de personnalité narcissique

1.8. Le trouble de la personnalité évitante

Le TP évitante ne correspond pas à une Adaptation définie par Ware. Kahler le rapproche du profil Rêveur du fait de sa tendance à l'isolement et à l'évitement des relations sociales.

A titre personnel :

Nous ne partageons pas cette hypothèse car l'isolement est source de souffrance pour la personne présentant un TP évitante, ce qui n'est pas le cas pour le Type Rêveur pour qui la solitude est un besoin fondamental dans lequel il va recharger son énergie.

Nous ferons plutôt l'hypothèse d'un profil comprenant des caractéristiques du Type Empathique (Position de vie : « je n'ai pas de valeur, tu as de la valeur » et adopte un comportement invitant à la critique sous stress) avec possiblement une composante Travaillomane. En effet, le TP évitante et le profil Travaillomane laissent une place importante à la question de la compétence. Cette dernière est centrale dans les Besoins psychologiques du Travaillomane et se présente comme une des composantes à l'origine de l'isolement chez le TP évitante qui se juge insuffisamment compétent.

Une autre hypothèse à évoquer nécessiterait de re-questionner l'existence même du TP évitante qui comme nous l'avons vu précédemment pose question pour un certain nombre d'auteurs et le rapproche plus d'un trouble anxieux que d'un TP en tant que tel.

Le **Tableau 75** détaille les différentes caractéristiques du TP évitante et fait le parallèle avec les différentes hypothèses évoquées précédemment.

Modèles d'évaluation	Caractéristiques des Types Empathique et Travaillomane selon PCM	Caractéristiques du Type Rêveur selon PCM	Caractéristiques du trouble de personnalité évitante selon le DSM
Émotions	Empathique : Vécu et ressenti émotionnels forts Émotions de substitution : Tristesse	Expression émotionnelle de rare à inexistante	Peur du ridicule Honte Tristesse et anxiété
	Travaillomane : Émotions à intégrer : Tristesse		
Besoins psychologiques	Empathique : Reconnaissance en tant que personne	Solitude	Vécu douloureux de l'isolement social

	<p>Travaillomane :</p> <p>Besoin de reconnaissance dans le travail, sur ses compétences</p> <p>Vécu difficile de la critique</p>		<p>Crainte de ne pas être accepté</p> <p>Sensible à la critique ou à la désapprobation</p> <p>Pense être gauche sans attrait et inférieur</p>
Comportements négatifs	<p>Empathique :</p> <p>Invite à la critique</p>	<p>Position de retrait, semble distant, absent voir peu intéressé</p> <p>Attend passivement, disparaît physiquement</p> <p>Se sent rejeté</p> <p>Est généralement peu investi dans la relation, répond brièvement aux sollicitations verbales de son entourage</p>	<p>Attitude craintive et crispée</p> <p>Réservé, évite de parler de lui, timide, tranquille, transparent</p> <p>Se considère comme incapable</p> <p>Évite les relations sociales</p> <p>Repli, isolé, solitaire</p>
	<p>Travaillomane :</p> <p>Se sent frustré et impuissant « Tous des incapables, moi y compris »</p>		
Position de vie	<p>Empathique :</p> <p>Tu as de la valeur, je n'ai pas de valeur</p>	<p>Tu as de la valeur, je n'ai pas de valeur</p>	<p>Sentiment de ne pas être à la hauteur</p>
Question existentielle	<p>Empathique : Suis-je aimable ?</p>	<p>Suis-je voulu ?</p>	<p>Se considère comme incapable</p> <p>Impression d'être non désirable</p>
	<p>Travaillomane : Suis-je compétent ?</p>		
Enfance	<p>Empathique :</p> <p>L'intégration de l'étape repose sur un soutien parental qui sera en mesure de montrer l'exemple et accompagnera le développement émotionnel</p>	<p>Défaut d'intégration de l'étape développementale possiblement lié à un défaut de fiabilité des parents ou de négligence vis-à-vis des besoins basiques</p>	<p>Vécu de rejet parental et des pairs</p>
	<p>Travaillomane :</p> <p>Défaut d'intégration de l'étape suite à des difficultés parentales à aider l'enfant à surmonter les obstacles en l'autorisant à échouer conduisant à un manque de confiance en soi</p>		

Approche psychothérapeutique	Empathique : Thérapie Rogérienne	Approche comportementale afin d'aider le patient à fixer ses propres objectifs et en lui donnant des exercices pratiques	Thérapie cognitivo-comportementale avec exposition progressive
	Travaillomane : Thérapie cognitivo-comportementale		Intérêt du renforcement sur Alliance thérapeutique

Tableau 74 : Comparatif des caractéristiques du profil Rêveur et d'une combinaison du Type Travaillomane-Empathique avec le trouble de personnalité évitante

1.9. Le trouble de la personnalité dépendante

Le TP dépendante est le dernier trouble ne figurant pas comme une des six adaptations de Ware.

Nous formulerons la même hypothèse que Kahler qui évoque un rapprochement avec le Type Empathique du fait des difficultés de ce TP à exprimer son désaccord, à montrer de la colère et à l'omniprésence de l'aspect relationnel. Ces différents points sont résumés dans le **Tableau 75**.

Modèles d'évaluation	Caractéristiques du Type Empathique selon PCM	Caractéristiques du trouble de personnalité dépendante selon le DSM
Émotions	Internalise sa colère afin que cela n'entraîne pas de répercussions chez les autres	Ne sait pas se mettre en colère par peur de perdre la relation
Mode de communication	Adopte un raisonnement du type « Je te ferai plaisir et me suradapterai à tes besoins, ainsi tu ne me rejetteras pas »	Éprouve le besoin de s'assurer du soutien de la personne dont il dépend N'ose pas s'affirmer, ou exprimer un désaccord
Comportements négatifs	Cherche à faire plaisir, à en faire trop Fait des erreurs involontaires Invite à la critique	Tendance à se suradapter pour des tâches pénibles afin de garder le lien Pessimisme et doute, se qualifie de « stupide » Comportement pouvant être qualifié de « collant »
Position de vie	Je n'ai pas de valeur, tu as de la valeur	Recherche d'un sauveur pour le prendre en charge
Enfance	L'intégration de l'étape repose sur un soutien parental sain qui sera en mesure de montrer l'exemple et accompagnera le développement émotionnel	Possible maladie somatique chronique dans l'enfance ou existence d'une anxiété de séparation

Approche psychothérapeutique	<p>La thérapie Rogérienne</p> <p>La prise en charge repose sur une écoute bienveillante des sentiments de la personne avec un accompagnement dans l'expression de sa colère et une invitation du patient à prendre soin de lui en priorité</p>	<p>Importance majeure de la relation</p> <p>Pas de preuve de l'existence d'une thérapie plus efficace sur le fond</p>
------------------------------	--	---

Tableau 75 : Comparatif des caractéristiques du profil Empathique avec le trouble de personnalité dépendante

1.10. Le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive

Le TP obsessionnelle-compulsive fait partie des six Adaptations définies par Ware et Kahler, ces derniers évoquant un rapprochement avec le profil Travaillomane.

Les deux entités présentent de nombreux points de similitude, mais certains éléments au sein du TP obsessionnelle-compulsive pourraient également évoquer une des caractéristiques avec le Type Persévérant concernant l'importance des valeurs, des codes moraux et de la rigidité.

Le **Tableau 76** reprend ces différents points de comparaison.

Modèles d'évaluation	Caractéristiques du Type Travaillomane selon PCM	Caractéristiques du Type Persévérant selon PCM	Caractéristiques du trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive selon le DSM-5
Cognitions	<p>Perceptions : Pensées factuelles</p> <p>Classe les gens et les choses par catégories</p>	Évalue les gens et les situations selon un système de valeurs	Importance des codes moraux, valeurs
Émotions	<p>Rares</p> <p>Considérées comme inappropriées au travail</p> <p>Émotion de substitution : Colère</p>	<p>Réservé</p> <p>Cache souvent une grande sensibilité</p> <p>Problématique de Phase liée à la Peur</p> <p>Émotion de substitution : Colère</p>	<p>Colère exprimée de manière détournée</p> <p>Émotions exprimées de manière formelle et contrôlée</p> <p>Pas d'expression de sentiments tendres</p>
Mode de communication	<p>Cherche à instaurer une relation basée sur des échanges intellectuels ou professionnels</p> <p>Présentation classique et soignée</p>	<p>Ordinateur</p> <p>Perception opinion</p>	Privilégie la logique et l'intellect, attitude raide et formelle
Points forts	Logique, responsable et organisé	Dévoué observateur, consciencieux	Consciencieux, honnête, loyal, soigneux

	Capacité à penser logiquement, intègre les faits et les idées puis les synthétise	Capacité à exprimer ses opinions, ses croyances et ses jugements	Attention aux détails et aux emplois du temps Altruisme
Comportements négatifs	Devient perfectionniste Se montre très à cheval sur la ponctualité Masque d'Attaquant : Sur contrôle Critique vis-à-vis des modes de pensée d'autrui, gestion du budget, le manque d'organisation	Ne voit plus que ce qui ne va pas Masque d'Attaquant Impose ses croyances Se sent trahi et se méfie de tout	Perfectionniste Vérifications multiples, organisation des loisirs ou de relations Gestion du temps catastrophique du fait du perfectionnisme Très critique, rigide en termes de moralité, de valeur et d'éthique ainsi que dans la manière de faire Ne délègue pas, entêté, refus de recevoir de l'aide, fermé aux autres idées « par question de principe »
Scénario	Tant que	Tant que	Pensée du type « je dois faire quelque chose d'utile, au lieu de me distraire »
Enfance	Défaut d'intégration de l'étape suite aux difficultés parentales à aider l'enfant à surmonter les obstacles en l'autorisant à échouer conduisant à un manque de confiance en soi	Non incorporation de l'étape du développement lié à un manque de sécurisation de l'environnement par les parents, conduisant à incapacité à évaluer le danger et un manque de confiance en soi	Éducation rigide
Approche psychothérapeutique	Thérapie cognitive afin d'identifier et modifier les cognitions erronées	Importance du rapport de confiance, tendance à jauger la sincérité de son interlocuteur Écoute des opinions et soutenance du regard fondamentale pour la création du lien	Possibles actions des TCC sur effets négatifs du perfectionnisme

Tableau 76 : Comparatif des caractéristiques du profil Travaillomane et du profil Persévérant avec le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive

1.11. Le trouble de la personnalité passive-agressive

Le dernier TP que nous aborderons, bien que figurant comme l'une des six adaptations de Ware, n'apparaît pourtant plus au sein du DSM-5.

La disparition du TP passive-agressive pose question des hypothèses formulées par Kahler qui le rapprochait au type Rebelle. Kahler n'ayant pas rapproché un autre TP au profil Rebelle, nous pouvons nous questionner sur la catégorisation qu'il conviendrait de donner à une exacerbation mini-scénarique de ce profil.

Cela sous-entendrait-il que des comportements de type opposition passive et de blâmes répétés et intenses ne seraient pas le marqueur d'un trouble ?

A titre personnel :

Nous évoquerons cette comparaison et formulerons une hypothèse similaire à Kahler que nous détaillerons dans le **Tableau 77**.

Nous approfondirons cependant dans la 4^{ème} partie de ce travail de thèse les implications et les limites que cette modification au sein du DSM entraîne sur le parallèle possible entre TP et approche PCM.

Modèles d'évaluation	Caractéristiques du Type Rebelle selon PCM	Caractéristiques du trouble de personnalité passive-agressive selon le DSM
Cognitions	Si non incorporation de l'étape de développement, possible manque de confiance en soi	Affirmation de soi de mauvaise qualité
Émotions	Émotions qui « sortent » de façon spontanée Émotion de substitution : colère blâmante	Colère intériorisée, boudeuse Irritabilité
Domaine social	Entre en relation si son interlocuteur lui plaît et s'il en a envie Ne prend habituellement pas les devants pour faire savoir son intention	Procrastination, entêtement, « oubli », inefficacité intentionnelle Recherche de pouvoir
Comportements négatifs	Fait des efforts pour comprendre, râle en soupirant Blâme la situation ou les autres	Résistance passive aux demandes, critique ou méprise les personnes en position d'autorité Ne fait pas sa part du travail, boudeur, irritable et argumentatif lorsque ne souhaite pas faire quelque chose
Enfance	Défaut d'intégration de l'étape suite refus des parents de laisser l'enfant entreprendre seul des	Effort durant l'enfance concernant l'établissement de l'autonomie et perturbation dans l'apprentissage

	tâches appropriées à son âge ou a contrario prennent trop de place et donnent des réponses à sa place alors qu'il aurait été en mesure d'y répondre seul Problématique de Phase : Responsabilité	dans la gestion des relations hiérarchiques Possible abus dans l'enfance, comportement inadapté parental et négligence
Approche psychothérapeutique	Gestalt Thérapie : Axé sur la conscience de soi et sur le fait de percevoir, de ressentir et d'agir pour permettre sentiment d'autoréalisation et de développement personnel Pas de propositions de solutions, qui seront de toute façon rejetées et mises en échec	Pas d'études précises concernant efficacité d'une thérapie particulière Adopter une position basse, ne pas le prendre personnellement, lui demander son avis autant que possible

Tableau 77 : Comparatif des caractéristiques du profil Rebelle avec le trouble de personnalité passive-agressive

2. Étude pratique sur une population ambulatoire en CMP

2.1. Introduction :

Les différents éléments que nous avons abordés au cours des parties précédentes nous conduisent à poser l'hypothèse suivante : un TP tel que défini par le DSM correspondrait selon le modèle PCM à une Base, une Phase actuelle (ou vécue) ou à une combinaison Base/Phase qui est, ou a été « bloquée » dans son Mini-scénario pendant une trop longue période. Ce blocage aurait ensuite conduit à l'activation d'une Problématique qui soit n'a soit n'a pas été résolue et s'est enkystée, soit a été résolue mais de façon incomplète avec des réémergences fréquentes.

Le but de cette partie est donc d'explorer cette hypothèse au sein d'une population clinique ambulatoire afin d'observer les taux de correspondance entre les différents profils PCM et les TP que nous suspectons.

Pour ce faire, nous utiliserons deux questionnaires : l'inventaire de personnalité de Kahler et le Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4+).

2.2. Matériels et méthodes

2.2.1. L'Inventaire de personnalité de Kahler

L'IDP a déjà été décrit au cours de la partie I, nous laissons donc le soin au lecteur de se reporter à la section correspondante pour plus d'informations.²¹

Afin de bénéficier des IDP indispensables à la réalisation de ce travail, nous avons été en contact avec Kahler Communication France (KCF) qui est l'organisme de référence en Europe pour le développement et la promotion du modèle. L'organisme était chargé de fournir les différents questionnaires et d'analyser les résultats afin de déterminer les différentes structures de personnalité chez les patients interrogés.

Une fois les questionnaires remplis par les patients, nous avons entré les différentes réponses au sein d'un logiciel composé d'un algorithme informatique (dont seul KCF dispose des droits) ce qui nous a permis de récupérer les résultats de façon automatique et confidentielle sans aucune autre action humaine. KCF ne disposait de ce fait d'aucune information sur les patients hormis le genre (permettant uniquement d'adapter les formulations de phrases dans le rapport de restitution) et les différentes réponses au questionnaire.

Les résultats nous étaient ensuite transmis par mail et comprenaient la configuration de personnalité du patient et un rapport complet individualisé intitulé « Key to Me » expliquant le modèle et les résultats du questionnaire de façon plus approfondie.

2.2.2. Le Personality Diagnostic Questionnaire : PDQ-4 +

Le PDQ-4 + est un auto-questionnaire composé de 99 questions auxquelles le sujet doit répondre de façon binaire par « Vrai ou Faux » (Hyer SE, 1994) (**Annexe 3**).

Sa version française date de 2003 et a été traduite par Fontaine et ses collaborateurs (Bouvard, 2009). Le questionnaire se base sur le DSM-IV-TR et étudie la présence ou non des onze TP que nous avons décrits au cours des parties précédentes auxquels s'ajoute la personnalité dépressive que nous ne détaillerons pas ici.

Ce questionnaire a été choisi dans le cadre de ce travail car il se trouve facile d'accès et peut se compléter facilement par le sujet.

²¹ Le questionnaire étant uniquement disponible en passant par un organisme rattaché à Kahler Communication, il n'est donc pas possible de faire figurer le questionnaire ici

- Passation

Les consignes sont reprises avec le patient en entretien préliminaire notamment sur l'importance de la temporalité. Il est précisé avec insistance que les items doivent correspondre à des caractéristiques présentes chez le sujet depuis plusieurs années et non pas à des éléments récents ou liés à des événements particuliers.

La passation dure en moyenne dix à quinze minutes et le patient est autorisé à le faire en autonomie à son domicile entre deux séances.

- Cotation

Les résultats sont analysés manuellement à travers une grille d'évaluations comprenant quinze catégories (**Annexe 4**). Douze catégories reprennent les différents TP, auxquelles s'ajoutent deux catégories correspondant à des critères de validité.

La catégorie « questionnaire suspect » met en garde sur le fait que le participant a potentiellement menti dans le questionnaire, tandis que la catégorie « trop bon » laisse entendre que le patient a souhaité donner une trop bonne image de lui-même en remplissant le questionnaire.

Les réponses pathologiques sont toutes cotées « vrai » hormis pour les items « 12 » « 25 » et « 38 » correspondant à la partie « trop bon ».

La dernière catégorie correspond au score total du PDQ-4+ qui est calculé à partir du nombre de réponses pathologiques, conduisant à un score sur 93 points. Selon les auteurs, un score supérieur ou égal à 28 (Fossati et al., 1998) ou supérieur ou égal à 25 (Davison et al., 2001) indique une forte probabilité d'au moins un TP.

Les différents items d'un TP ne se situent pas sur la même page afin d'éviter « l'effet halo »²² et il est nécessaire d'avoir un nombre déterminé de réponses « vrai » pour que le trouble soit détecté (indiqué par la mention « utile n »).

Lors de l'analyse il est nécessaire d'éliminer dans un premier temps tous les « questionnaires suspects » visibles à travers la question 64 : « une guerre atomique ne serait peut-être pas une si mauvaise idée » et la question 76 : « j'ai beaucoup menti dans ce questionnaire ». Le questionnaire n'est invalidé que si le sujet coche vrai pour la question 76 ou s'il considère vrai la réponse 64 et la réponse 76 ensemble.

²² L'effet de halo se manifeste dans les questionnaires par le fait que les réponses à des questions peuvent être influencées par la réponse à une question proche précédente soit par souci de cohérence soit par une sorte d'autocensure.

- Vérification des résultats

Après analyse des résultats, il est normalement conseillé à l'examineur d'utiliser l'échelle de signification clinique pour limiter les faux positifs très fréquents au sein du questionnaire (**Annexe 5**). Malheureusement du fait de contraintes pratiques dans la réalisation de mon travail de thèse il n'a pas été possible de réaliser l'échelle de signification clinique, ce qui a pu conduire à de probables faux positifs au sein des résultats.

Normalement, le praticien doit reprendre avec le patient les différents items du TP ayant atteint un seuil pathologique et procéder à un mini-entretien pour s'assurer de la bonne compréhension par le patient des items pathologiques.

L'examineur doit s'assurer que :

- Le patient n'a pas fait d'erreur en cotant l'item
- Les traits sont présents depuis l'âge de 18 ans ou depuis plusieurs années
- Les traits ne sont pas dus à la présence d'un trouble de l'axe I
- Les traits entraînent une gêne importante à la maison, à l'école ou au travail ou dans les relations interpersonnelles
- Le patient est lui-même gêné par ces traits

- Validité du questionnaire

Il est important de préciser que la plupart des études de validité du PDQ-4+ reposent sur des versions anglaises du questionnaire et sur les critères du DSM-IV ainsi que sur ses versions antérieures. Il était retrouvé au cours de ces études que les taux de corrélations avec des entretiens structurés, type SCID-II (Fossati et al., 1998) était plutôt faible et que la sensibilité et la spécificité du questionnaire n'étaient pas très satisfaisantes. Il était ainsi retrouvé que les faux positifs pouvaient être élevés, mais que les faux négatifs étaient plutôt rares.

Le questionnaire dans sa version française a pour sa part été analysé au sein d'une population d'étudiants de l'université de Savoie. Il était alors constaté que 27,13% des sujets présentaient un TP et qu'au sein de ces derniers la majorité remplissait plusieurs TP à la fois. En revanche, la passation de l'échelle de signification clinique permettait une nette diminution des taux de prévalence des TP dans l'échantillon en minorant le score de l'ensemble des troubles de 36,43% (Bouvard & Cosma, 2008).

2.2.3. La population étudiée

- Recrutement des patients

Les patients inclus étaient des patients accueillis en ambulatoire par des infirmières ou par moi-même sur le Centre d'Accueil Médico-Psychologique (CAMP) d'Hérouville Saint Clair en Normandie correspondant au secteur de psychiatrie « Caen Nord » attaché au service de psychiatrie universitaire de Caen. Le recrutement des patients a eu lieu entre avril et juillet 2021.

Il était demandé à l'équipe infirmière de me faire part de chaque situation ayant conduit à la réalisation des tests auprès pour assurer le respect des critères d'inclusion et d'exclusion.

Les patients devaient être volontaires et avoir accepté de répondre à l'ensemble des questions. Ils devaient également ne pas avoir connaissance d'un diagnostic de TP antérieur ou de connaissances sur le modèle PCM.

- Critères de non inclusion

Les patients qui présentaient une comorbidité psychiatrique aiguë avec des manifestations trop importantes, un contexte de consommation de toxiques récent ou un niveau cognitif ne permettant pas la passation des différents questionnaires n'ont pas été inclus. Les patients ayant connaissance d'un diagnostic de TP antérieur ou ayant déjà bénéficié d'un IDP n'étaient pas inclus non plus.

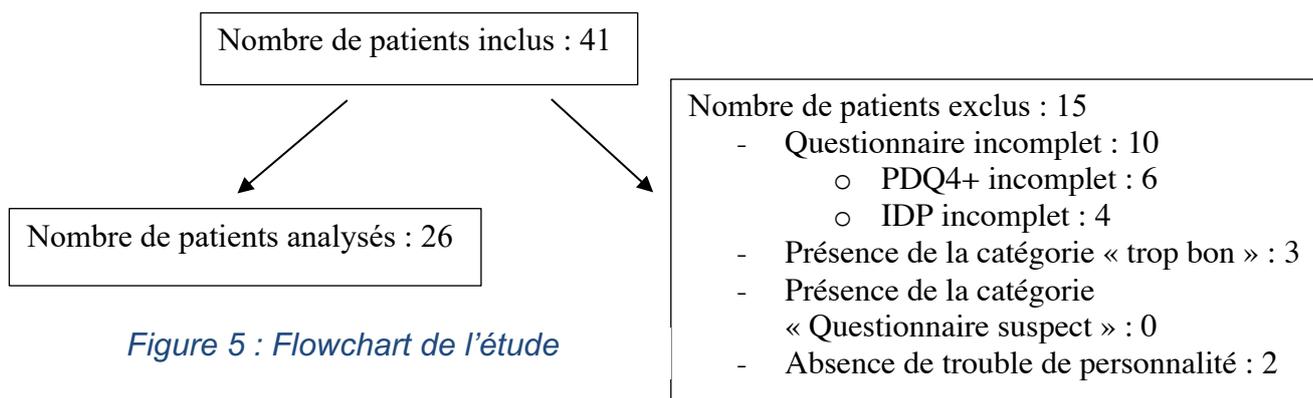
- Critères d'exclusion

Les patients n'ayant pas répondu à l'ensemble des différents questionnaires ou présentant un des items de la catégorie « questionnaire suspect » ou au moins deux items de la catégorie « trop bon » du questionnaire PDQ-4+ ont été exclus des résultats.

2.3. Résultats

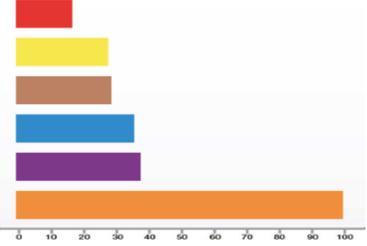
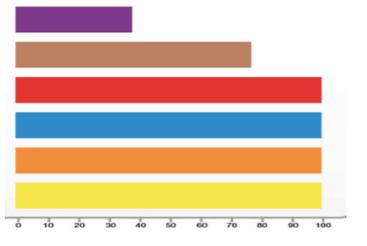
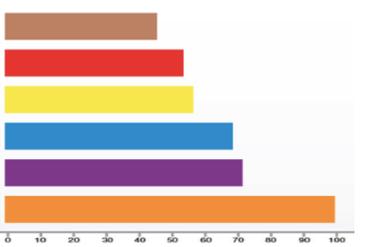
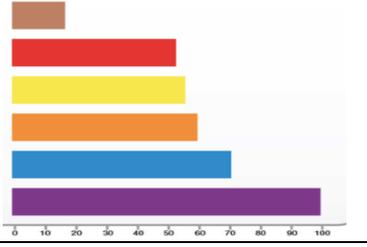
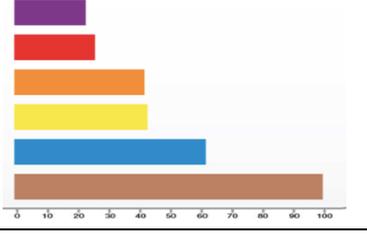
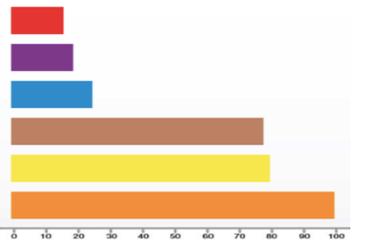
2.3.1. Données obtenues

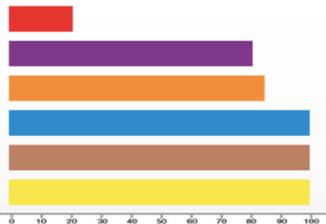
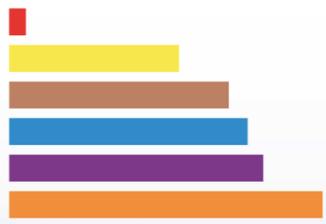
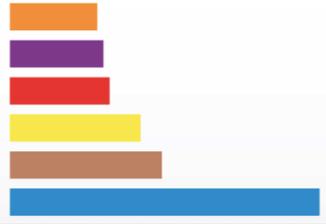
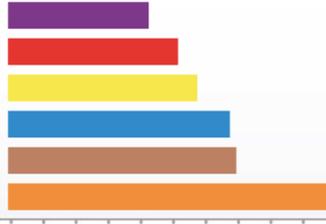
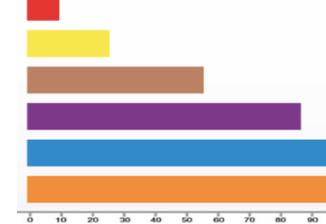
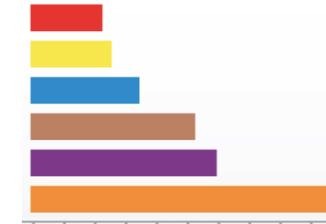
La **Figure 6** décrit la population analysée au cours de ce travail.

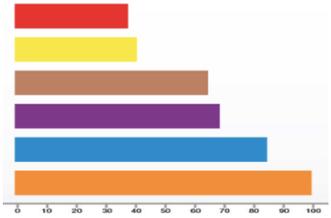
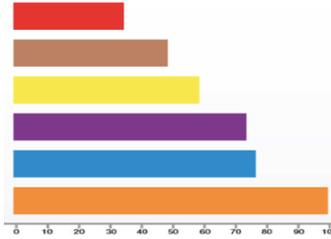
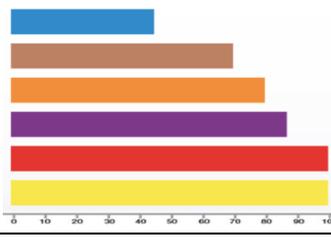
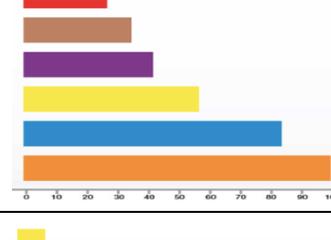
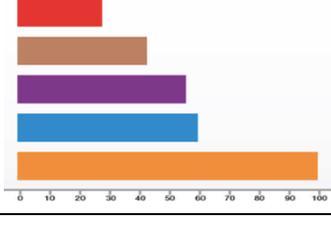
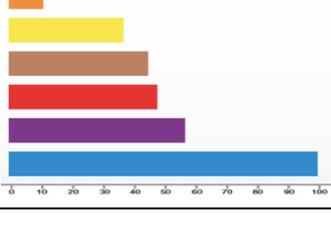
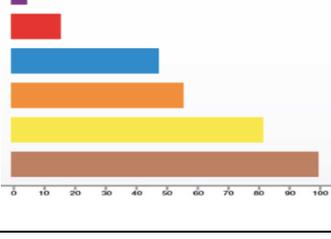


Le **Tableau 78** fait figurer les résultats des différents questionnaires (IDP et PDQ4+) pour les patients répondant aux critères d'inclusion et ne présentant pas de critères d'exclusion.

Patients	Profil PCM	Résultats PDQ 4
Mme J.B	<p>Promoteur</p> <p>Travailleuse</p> <p>Rêveur</p> <p>Persévérant</p> <p>Rebelle</p> <p>Base / Phase : Empathique</p>	<p>Évitante</p> <p>Schizotypique</p> <p>Dépendante</p> <p><i>(Dépressive)</i></p> <p>Score total : 43</p>
Mme H.J	<p>Persévérant</p> <p>Promoteur</p> <p>Rêveur</p> <p>Travailleuse</p> <p>Rebelle</p> <p>Base / Phase : Empathique</p>	<p>Paranoïaque</p> <p>Schizoïde</p> <p>Borderline</p> <p>Évitante</p> <p><i>(Dépressive)</i></p> <p>Score total : 40</p>
Mr B.G	<p>Promoteur</p> <p>Rebelle</p> <p>Rêveur</p> <p>Persévérant</p> <p>Phase : Empathique</p> <p>Base : Travailleuse</p>	<p>Paranoïaque</p> <p>Obsessionnelle-Compulsive</p> <p>Évitante</p> <p>Schizotypique</p> <p>Borderline</p> <p><i>(Dépressive)</i></p> <p>Score total : 43</p>
Mr G.E	<p>Promoteur</p> <p>Rebelle</p> <p>Travailleuse</p> <p>Empathique</p> <p>Persévérant</p> <p>Base / Phase : Rêveur</p>	<p>Schizotypique</p> <p>Score total : 31</p>
Mme M.C	<p>Promoteur</p> <p>Travailleuse</p> <p>Persévérant</p> <p>Rebelle</p> <p>Rêveur</p> <p>Base / Phase : Empathique</p>	<p>Paranoïaque</p> <p>Obsessionnelle-Compulsive</p> <p>Score total : 30</p>
Mme V.V	<p>Travailleuse</p> <p>Promoteur</p> <p>Rebelle</p> <p>Empathique</p> <p>Rêveur</p> <p>Base / Phase : Persévérant</p>	<p>Paranoïaque</p> <p>Évitante</p> <p>Score total : 37</p>

Mme A.M	<p>Promoteur Rebelle Rêveur Travaillomane Persévérant Base / Phase : Empathique</p> 	<p>Paranoïaque Obsessionnelle-Compulsive Évitante Schizotypique Borderline <i>(Dépressive)</i></p> <p>Score total : 40</p>
Mme K.M	<p>Persévérant Phase actuelle : Rêveur Phase vécue : Promoteur Phase vécue : Travailomane Phase vécue : Empathique Base : Rebelle</p> 	<p>Paranoïaque Obsessionnelle-Compulsive Narcissique Évitante Schizotypique Borderline <i>(Dépressive)</i></p> <p>Score total : 55</p>
Mme P.I	<p>Rêveur Promoteur Rebelle Travaillomane Persévérant Base / Phase : Empathique</p> 	<p>Obsessionnelle-Compulsive Schizoïde Narcissique Évitante Schizotypique Borderline <i>(Dépressive)</i></p> <p>Score total : 61</p>
Mme S.A	<p>Rêveur Promoteur Rebelle Empathique Travaillomane Base / Phase : Persévérant</p> 	<p>Schizoïde Évitante Schizotypique Borderline <i>(Dépressive)</i></p> <p>Score total : 48</p>
Mr L.J-I	<p>Persévérant Promoteur Empathique Rebelle Travaillomane Base / Phase : Rêveur</p> 	<p>Paranoïaque Schizoïde Évitante <i>(Dépressive)</i></p> <p>Score total : 44</p>
Mme D.D	<p>Promoteur Persévérant Travaillomane Rêveur Rebelle Base / Phase : Empathique</p> 	<p>Paranoïaque Histrionique Antisociale Obsessionnelle-Compulsive Passive agressive Narcissique Évitante Borderline <i>(Dépressive)</i></p> <p>Score total : 54</p>

Mme D.T	<p>Promoteur Persévérant</p> <p>Phase actuelle : Empathique Phase vécue : Travaillomane Phase vécue : Rêveur Base : Rebelle</p> 	<p>Paranoïaque Histrionique Obsessionnelle-Compulsive Passive Agressive Évitante Schizotypique Borderline Dépendante <i>(Dépressive)</i></p> <p>Score total : 62</p>
Mme T.L	<p>Promoteur Rebelle Rêveur Travaillomane</p> <p>Phase actuelle : Persévérant Base : Empathique</p> 	<p>Paranoïaque Obsessionnelle-Compulsive Schizoïde Évitante Schizotypique Borderline Dépendante <i>(Dépressive)</i></p> <p>Score total : 53</p>
Mme H.C	<p>Empathique Persévérant Promoteur Rebelle</p> <p>Phase actuelle : Rêveur Base : Travaillomane</p> 	<p>Obsessionnelle-Compulsive Schizoïde <i>(Dépressive)</i></p> <p>Score total : 33</p>
Mme L.S	<p>Persévérant Promoteur Rebelle Travaillomane</p> <p>Phase actuelle : Rêveur Base : Empathique</p> 	<p>Borderline <i>(Dépressive)</i></p> <p>Score total : 31</p>
Mme V.A	<p>Promoteur Rebelle Rêveur</p> <p>Phase actuelle : Persévérant Phase vécue : Travaillomane Base : Empathique</p> 	<p>Paranoïaque Évitante Borderline <i>(Dépressive)</i></p> <p>Score total : 38</p>
Mr B.J-C	<p>Promoteur Rebelle Travaillomane Rêveur Persévérant</p> <p>Base / Phase : Empathique</p> 	<p>Paranoïaque Évitante Borderline <i>(Dépressive)</i></p> <p>Score total : 36</p>

Mme B.S	Promoteur Rebelle Rêveur Persévérant Travillomane Base / Phase : Empathique 	Évitante <i>(Dépressive)</i> Score total : 30
Mme B-L.E	Promoteur Rêveur Rebelle Persévérant Travillomane Base / Phase : Empathique 	Paranoïaque Obsessionnelle-Compulsive Évitante Schizotypique <i>(Dépressive)</i> Score total : 49
Mr D.L	Travillomane Rêveur Empathique Phase actuelle : Persévérant Phase vécue : Promoteur Base : Rebelle 	Passive Agressive Évitante Dépendante Score total : 40
Mme O.C	Promoteur Rêveur Persévérant Rebelle Phase actuelle : Travillomane Base : Empathique 	Paranoïaque Obsessionnelle-Compulsive Évitante Borderline Score total : 39
Mme B.S	Rebelle Promoteur Rêveur Persévérant Travillomane Base / Phase : Empathique 	Paranoïaque Évitante Schizotypique Dépendante <i>(Dépressive)</i> Score total : 39
Mr D.A	Empathique Rebelle Rêveur Promoteur Persévérant Base / Phase : Travillomane 	Paranoïaque Antisociale Borderline <i>(Dépressive)</i> Score total : 44
Mme R.M	Persévérant Promoteur Travillomane Empathique Phase actuelle : Rebelle Base : Rêveur 	Histrionique Obsessionnelle-Compulsive Passive Agressive Évitante Dépendante <i>(Dépressive)</i> Score total : 44

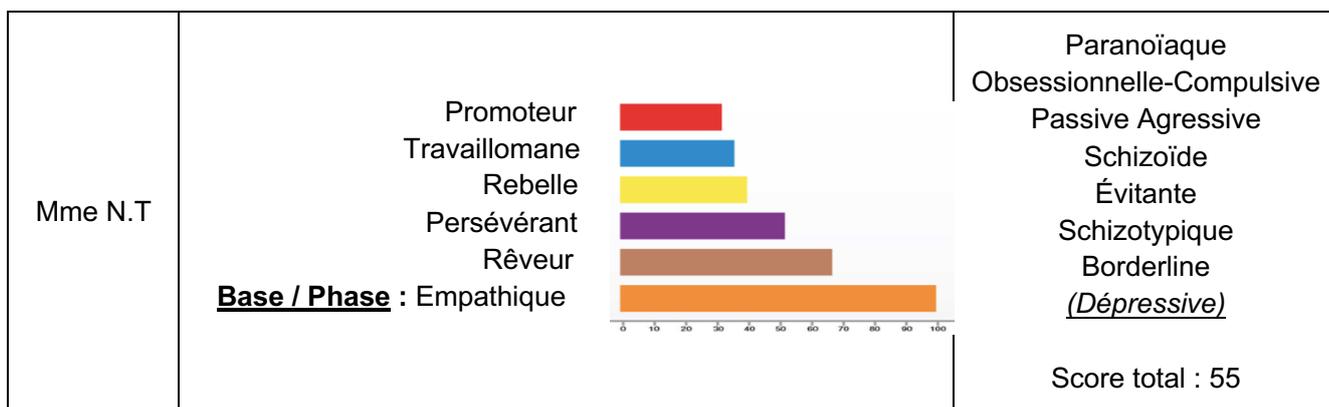


Tableau 78 : Résultats des questionnaires IDP et PDQ-4

Le **Tableau 79** fournit les répartitions des troubles de la personnalité selon la population étudiée.

Troubles de personnalité	Nombre de personnes présentant le trouble au sein de l'échantillon	Pourcentage de personnes présentant le trouble au sein de l'échantillon (n total = 26)
Paranoïaque	17	65,4%
Schizoïde	7	26,9%
Schizotypique	12	46,1%
Antisociale	2	7,7%
Borderline	15	57,7%
Histrionique	3	11,5%
Narcissique	3	11,5%
Évitante	21	80,8%
Dépendante	6	23%
Obsessionnelle-Compulsive	13	50%
Passive-Agressive	5	19,2%
(<i>Dépressive</i>)	21	80,8%
<i>Moyenne du score total de la PDQ 4+</i>	43	

Tableau 79 : Répartition des patients présentant un trouble de personnalité selon le PDQ-4 dans la population étudiée

Le **Tableau 80** montre la répartition des configurations PCM fournies par l'IDP au sein de la population étudiée. Le pourcentage figurant dans la première colonne repose sur les valeurs de Kahler figurant dans son ouvrage sur la Process Thérapie (Kahler, 2010).

Configurations PCM	Pourcentage de personnes en population générale présentant le type en Base	Nombre (Pourcentage) de personnes présentant le type en Base au sein de l'échantillon	Nombre de personnes présentant le type en Phase actuelle	Nombre de personnes présentant le type en Phase vécue	Nombre (Pourcentage) de personnes présentant le type en Base ou Phase (vécue ou actuelle)
Empathique	30%	15 (57,7%)	13	1	18 (69,2%)
Persévérant	10%	2 (7,7%)	5	0	5 (19,2%)
Travaillomane	25%	3 (11,5%)	2	3	7 (26,9%)
Rebelle	20%	3 (11,5%)	1	0	4 (15,4%)
Promoteur	5%	0 (0%)	0	2	2 (7,7%)
Rêveur	10%	3 (11,5%)	5	1	7 (26,9)

Tableau 80 : Répartition des configurations PCM selon l'IDP dans la population étudiée

Le **Tableau 81** montre les différents taux de correspondances entre les hypothèses formulées et les résultats au sein de la population étudiée.

Trouble de personnalité (Nombre de personnes présentant le trouble dans l'échantillon)	Hypothèses de rapprochement du TP avec le modèle PCM	Nombre de personnes présentant à la fois le trouble de personnalité et le type PCM en Base ou Phase (vécue ou actuelle)	Pourcentage de correspondances des hypothèses formulées (Nombre de personnes présentant le TP / Nombre de personnes correspondant aux hypothèses)
Paranoïaque (17)	Persévérant	3	17,6 %
Schizoïde (7)	Rêveur	2	28,6 %
Schizotypique (12)	Rêveur	3	25 %
	Persévérant	2	16,7 %
Antisociale (2)	Promoteur	0	0 %
Borderline (15)	Promoteur	0	0 %
	Rebelle	2	13,3 %
	Changement de phase multiple (Changement de phase > 3)	2	13,3 %
Histrionique (3)	Empathique	2	66,7%

Narcissique (3)	Promoteur et Travaillomane	1	33,3 %
Évitante (21)	Empathique et Travaillomane	5	23,8 %
	Rêveur	4	19 %
Dépendante (6)	Empathique	4	66,7 %
Obsessionnelle- Compulsive (13)	Travaillomane	5	38,5 %
	Persévérant	1	7,7 %
Passive-Aggressive (5)	Rebelle	3	60 %

Tableau 81 : Résultats des correspondances entre hypothèses PCM et TP au sein de la population étudiée

2.3.2. Analyse des résultats

- Concernant les résultats de prévalence dans notre échantillon :

Tout d'abord, nous pouvons constater que le score total de la PDQ4+ dans notre échantillon s'avère très élevé avec une moyenne de 43 points sachant que pour rappel un score est considéré comme pathologique au-dessus de 28 ou 25 selon les référentiels.

Il est également intéressant de noter que si on ne tient pas compte du « trouble de personnalité dépressive », 88,5% des patients analysés présentaient au moins deux troubles de la personnalité ce qui sous-entendrait que les cooccurrences entre TP seraient quasi systématiques. Ce constat semble aller dans le sens des recherches de Zimmerman et de ses collègues qui pour rappel avaient noté que 60% des patients présentant un TP présentaient également les critères pour un second trouble (Zimmerman et al., 2005). Il convient cependant de préciser que nos résultats plus élevés pourraient également s'expliquer par un fort taux de faux positif du fait de l'absence de réalisations de l'échelle clinique normalement recommandée.

Nous pouvons également remarquer la surreprésentation du TP paranoïaque avec une prévalence de 65,4% dans notre échantillon comparativement au 2 à 10% en population ambulatoire psychiatrique (Sperry, 2016).

Un constat identique peut être fait pour les TP antisociale avec un taux dans notre échantillon à 7,7% contre 1 à 3 % (Patterson, 1982), le TP borderline 57,7% contre 10% (Sperry, 2016), le TP évitante 80,8% contre 10 à 15 % (Loranger et al., 1994), le TP dépendante 23% contre 4% (Bornstein, 1993) et le TP obsessionnelle-compulsive 50% contre 8,7% (Diedrich & Voderholzer, 2015).

Les taux de prévalence pour le TP histrionique (11,5% contre 1 à 21,3%), narcissique (11,5% contre 2 à 16 %) et passive-agressive (19,2% contre 12,4%) semblent en revanche plus proches des données retrouvées dans les études de prévalence (Angstman & Rasmussen, 2011 ; Morey, 1988 ; Skodol et al., 2011).

Les taux de prévalence pour les TP schizoïde et schizotypique sont plus difficiles à comparer, les études abordées (Angstman & Rasmussen, 2011) s'appuyant sur une population générale et non sur une population clinique, même si la prévalence élevée supposerait également une surreprésentation de ces deux troubles dans notre échantillon (26,9% pour le TP schizoïde et 46,1% pour le TP schizotypique).

On peut également noter la forte prévalence du TP dépressive au sein de notre population (80,8%), qui bien que n'étant pas abordé précisément dans ce travail pourrait laisser penser à l'implication d'une composante thymique malgré l'exclusion des patients normalement atteints d'une décompensation aiguë d'un trouble de l'axe I.

Concernant la prévalence des configurations du PCM, il semble exister une surreprésentation du profil de Base Empathique (57,7% dans notre échantillon contre 30% en population générale) et ce d'autant plus si l'on rajoute les patients présentant ce type en Base, Phase vécue ou Phase en cours (69,2%) interpellant sur la possibilité d'une sensibilité de ce profil vis-à-vis des troubles de la personnalité et des troubles psychiatriques de façon plus générale.

Cette hypothèse reste néanmoins à nuancer car nous avons vu que les personnes de Base ou de Phase Empathique étaient les plus sujettes à prendre contact de façon autonome avec les systèmes de soin, ce qui pourrait expliquer sa forte prévalence comparée aux autres types.

- Concernant les hypothèses de rapprochement entre TP et profil PCM :

Si l'on se réfère aux résultats obtenus, on constate des taux correspondance plutôt bas vis-à-vis des hypothèses formulées.

Les taux les plus importants correspondant aux hypothèses rapprochant les TP histrionique avec le profil Empathique (66,7%), le TP dépendante avec le profil Empathique (66,7%), le TP passive-agressive avec le profil Rebelle (60%) dans une moindre mesure le TP obsessionnelle-compulsive avec le profil Travaillomane (38,5%), le TP narcissique avec une combinaison des profils Promoteur et Travaillomane et le TP schizoïde et schizotypique avec le profil Rêveur.

La difficulté principale dans l'analyse de ces résultats repose sur la très probable forte propension de faux positifs vis-à-vis des TP conduisant à un abaissement des taux de correspondance entre TP et profil PCM.

En effet, on peut supposer par exemple que le TP paranoïaque apparaissant comme très fréquent dans notre échantillon soit en réalité nettement moins important si on prend en compte les résultats des études de prévalence précédemment citées. Cette surestimation de la prévalence conduit de fait en un abaissement des taux de correspondance, ce qui aurait probablement pu être évité ou du moins limité par l'utilisation de l'échelle de signification clinique ou par l'utilisation d'un entretien semi-structuré.

Une remarque intéressante peut néanmoins être faite concernant les sujets ne disposant que d'un ou deux TP telles que :

- Mme G.E : Base/Phase Rêveur et TP schizotypique
- Mme V.V : Base/Phase Persévérant et TP paranoïaque/évitante
- Mme HC : Base Travaillomane / Phase Rêveur et TP obsessionnelle-compulsive/schizoïde
- Mme B.S : Base/Phase Empathique et TP évitante

Ces quatre exemples présentent l'intérêt de ne disposer que d'un seul ou de deux TP limitant les interactions entre TP. De plus, les scores totaux étant supérieurs à 30 pour les quatre situations, il est fort probable que les TP repérés soient effectivement présents d'autant que l'avantage principal du PDQ-4+ est de présenter un faible taux de faux négatifs limitant ainsi le risque de passer à côté d'un TP comorbide.

Dans ces quatre situations, les hypothèses de correspondance entre TP et profil PCM semblent être justifiées, même s'il n'est pas possible de conclure à une réalité de l'association.

2.4. Conclusions

Ces résultats n'ont pas pour vocation à servir d'étude méthodologique confirmant ou infirmant les hypothèses initiales, mais sont plus à valeur d'illustration.

Plusieurs limites sont à prendre en considération telle que le faible échantillonnage, l'absence d'analyse statistique et surtout l'absence de réalisation de l'échelle de signification clinique pour le PDQ-4+ pouvant entraîner une augmentation des faux positifs vis-à-vis de la détection des TP et conduisant en une possible sous-estimation des résultats.

Un autre paramètre pouvant limiter l'interprétation des résultats repose sur la multiplicité des TP chez une même personne, qui comme nous l'avons vu se présente plus

comme étant la règle que l'exception. De même, la présence de comorbidités de l'axe I étant extrêmement fréquent pour les personnes souffrant de TP, il est fort probable que ces comorbidités aient eu une influence sur les résultats obtenus.

Néanmoins, d'après les quatre exemples cités précédemment qui présentent l'avantage de ne comporter qu'un nombre limité de TP, certaines hypothèses sembleraient être particulièrement judicieuses à explorer à l'occasion de recherches complémentaires.

IV. Intérêt et critiques du PCM dans les TP, perspectives pour l'avenir

1. Intérêt du Process Thérapie Modèle

1.1. Le travail sur l'alliance thérapeutique

Le concept d'alliance thérapeutique apparaît avec Freud suite au constat de l'importance de transmettre de la sympathie et de l'intérêt pour le patient dans l'optique d'un travail collaboratif efficace (Meissner, 1996). Pour autant, diverses définitions existent selon les courants de conceptualisation afin d'expliquer le processus qui se met en place entre un patient et son médecin.

Sur le plan psychanalytique nous utiliserons la définition de Gutheil et Havens (1979) qui l'a défini comme étant la « division thérapeutique dans l'égo qui permet à l'analyste de travailler avec les éléments les plus sains du patient contre la résistance et la pathologie ». Nous ne pouvons pas résumer au sein de ce travail la complexité du concept qui nécessiterait un travail conséquent en tant que tel.

Afin de ne pas surcharger le lecteur, nous nous attacherons plus particulièrement à la conception de Bordin (1979) qui décompose l'Alliance thérapeutique en trois composantes interdépendantes qui sont : le lien (ou la qualité de la relation) entre le praticien et son patient ; les tâches qui seront proposées au patient par le praticien et qui ne seront effectuées que si le lien se montre de qualité ; et enfin les objectifs fixés.

Dans une méta-analyse de 1991, il était retrouvé qu'une alliance thérapeutique de qualité était source d'efficacité pour la thérapie et cela quel que soit le trouble évoqué (Horvath & Symonds, 1991). Bender (2005) avait noté que les TP avaient une influence sur l'alliance thérapeutique. En effet, les difficultés interpersonnelles qu'entraînent ce type de problématique sont nombreuses et peuvent être source de rupture et de désengagement dans la relation médecin-malade. A contrario, une alliance de qualité serait plutôt en faveur de résultats thérapeutiques et d'une meilleure observance dans les propositions de prise en charge.

Dans une étude de 1975, Luborsky et ses collègues exploraient les différences d'efficacité des psychothérapies utilisées en pratique courante. Un des constats était que les psychothérapies semblaient apporter une amélioration globale pour le patient sans pour autant mettre en évidence de différences significatives en termes d'efficacité d'une approche spécifique comparativement à une autre (Luborsky et al., 1976). Plusieurs

études et méta-analyses dans les années qui ont suivi ont apporté des résultats similaires (Ardito & Rabellino, 2011; Parloff, 1979; Stiles et al., 1986). Pour Lambert (1986), l'efficacité comparable des psychothérapies s'explique par un ensemble de caractéristiques communes qui seraient à l'origine de 30% des changements chez le patient tandis que la spécificité d'une thérapie particulière n'aurait un impact que dans 15% des cas.

Les différents facteurs communs prédictifs d'une issue favorable à la psychothérapie ont été décrits par Frank (1982) qui en répertorie six différents :

- La force de la relation patient/thérapeute
- Les méthodes et stratégie qui accroissent la motivation du patient
- L'augmentation du sentiment de maîtrise et d'efficacité personnelle
- L'exposition à de nouvelles expériences d'apprentissage
- La stimulation des émotions
- L'opportunité de pratiquer des nouveaux comportements

1.2. Le Process Communication Modèle : catalyseur de l'alliance thérapeutique ?

Nous avons vu que le Process Communication Modèle a pour objectif principal de s'adapter à chaque instant au discours du patient pour éviter d'entrer dans la Mécommunication en fournissant le Canal et la Perception appropriés.

Nous pouvons donc supposer que cet outil permettrait de ce fait de créer une alliance thérapeutique de qualité plus rapidement et de manière plus solide entre un praticien et son patient, ce qui, par conséquent, favoriserait l'évolution favorable de la thérapie. Par définition, les personnes souffrant d'un TP se trouvent en proie à des difficultés d'ordre interpersonnel que ce soit en termes de communication ou de création de lien, un outil d'accompagnement pour cette population semble de ce fait particulièrement approprié.

Au cours de ma première année d'internat, j'ai eu la chance de bénéficier d'un séminaire sur les éléments à prendre en compte pour entrer en relation avec un patient. Néanmoins, les informations délivrées se voulaient générales afin de correspondre à la majeure partie des patients. Les connaissances alors acquises se trouvaient vite insuffisantes face aux difficultés que posent les TP.

L'approche PCM pourrait offrir en ce sens une approche plus individualisée des relations humaines tout en fournissant des conduites à tenir permettant ainsi de rassurer les jeunes thérapeutes dans leurs premières années de cursus qui se retrouvent souvent démunis face à la complexité des relations humaines.

1.3. Le Process Thérapie Modèle: un mode de traitement des troubles de la personnalité ?

Les hypothèses de Kahler sur les Adaptations et les Problématiques de Phase pourraient permettre, si elles s'avéraient exactes, d'offrir de nouvelles pistes de travail au sein d'une population de patients souffrant de TP. Comme nous l'avons déjà évoqué et constaté, la recherche ne s'intéresse que peu aux TP et encore moins aux traitements, exception faite du trouble Borderline.

L'autre intérêt serait d'expliquer certaines zones d'ombre concernant la fluctuation temporelle des manifestations des troubles de personnalité. Le concept de changement de Phase permet par exemple de fournir un modèle explicatif à l'assouplissement de certaines manifestations des TP avec le temps, ce qui en soit serait incompatible avec la définition même du trouble.

1.4. Le Process Communication Modèle : un modèle positif de la personnalité

On pourrait également citer qu'à la différence de l'approche du DSM-5 ou de la CIM-10 qui ont pour vocation de décrire les limitations et l'aspect pathologique de chaque trouble, le PCM offre une vision plus positive de l'être humain. En effet, ce modèle met en avant les différents Types de personnalité comme étant des adaptations constantes à un environnement avec des ressources et des points forts, et cherchant à chaque instant la satisfaction des Besoins psychologiques. Ainsi, même dans les deuxièmes et troisièmes niveaux de stress, l'individu bien qu'en souffrance peut espérer une amélioration de son état s'il répond de façon positive à son Besoin psychologique ou en effectuant un changement de Phase.

Cette approche permet d'être plus facilement recevable par le patient, qui dans sa conception rattache bien souvent la personnalité à un concept immuable et fataliste. Pour nombre de praticiens, le sujet des TP est également difficile à aborder avec leurs patients car connoté négativement.

L'approche PCM permet au patient non plus de se définir comme « schizoïde », « paranoïaque » ou « borderline », mais comme adoptant un Masque transitoire de deuxième ou troisième niveau de stress qu'il pourra ôter en répondant à ses Besoins pour voyager de nouveau au sein de son immeuble de personnalité.

1.5. Le Process Communication Modèle : un modèle transculturel ?

Bien que d'origine américaine, le Process Communication Modèle se développe aujourd'hui encore dans le monde sur divers continents. Il n'existe cependant pas à l'heure actuelle d'organisme de centralisation des différentes antennes de formation et de recherche permettant une mise en commun des résultats d'IDP rendant complexe tout travail questionnant l'impact ou les spécificités culturelles.

Actuellement, le modèle dispose d'une visibilité essentiellement en Amérique du Nord et en Europe, mais commence tout juste à se développer en Afrique, au Canada et dans quelques pays d'Asie. Nous ne disposons donc d'aucune preuve pouvant affirmer la transposition du modèle à travers différentes cultures.

Néanmoins nous citerons le modèle BASIC-Ph du Dr Lahad (2013) étudié dans le stress post-traumatique. Ce modèle d'origine israélienne a été mis au point en 1980 suite à des observations et à des modélisations qui ont été publiées en 2013 au sein de l'ouvrage « *The BASIC Ph* », *Model of Coping and Resiliency*.

Dans ce modèle, six composantes sont mises en avant pour décrire le comportement humain lors des situations de survie et de combat :

- B pour Belief (croyances et valeurs)
- A pour Affect (émotions)
- S pour Social
- I pour Imagination
- C pour Cognitif
- Ph pour Physiological

Les auteurs expliquent que cette approche suggère que « chaque personne possède une combinaison personnelle de ces éléments qui forme une manière unique et individuelle de réagir face à une situation difficile ». Ces différents éléments sont résumés au sein du **Tableau 82**.

Valeurs personnelles	Émotions	Rôle / Organisation avec les autres	Intuition, humour	Connaissance de la réalité	Action pratique
B	A	S	I	C	Ph
Croyances	Affect	Social	Imagination	Cognition	Physical / Physique
Maslow	Freud, Roger, Sadler	Erikson	Jung De Bono	Lazarus Ellis	Pavlov Watson

Attitudes Croyances Étapes de la vie Valeur Clarification/ Éclairage Sens	Capacité d'écoute Émotions Acceptation Expression	Rôle social Capacité d'organisation Affirmation de soi Groupe Jeu de rôle	Créativité Jeu Psychodrame « Comme si » Symboles Imagerie guidée	Information Choix et préférences Résolution de problème Autoguidage Discours intérieur	Activités Jeux Exercices Relaxation Manger Travailler
---	---	---	---	---	--

Tableau 82 : Le modèle BASIC-Ph de Dr LAHAD

Nous ne rentrerons pas dans les détails de ce modèle, mais nous soulignerons simplement son étonnante ressemblance aux différents profils et caractéristiques définis par le PCM.

2. Limites et critiques du DSM et de l'approche PCM

2.1. Limites de la classification des troubles de la personnalité selon le DSM

L'approche catégorielle telle que définie par la classification des TP au sein du DSM ou de la CIM présente des avantages comme nous l'avons vu au sein de la partie I, mais également de nombreux inconvénients source de critiques notamment vis-à-vis des qualités métrologiques dans l'évaluation des TP.

2.1.1. Fidélité inter-juges

Nous pouvons mentionner la fidélité inter-juges lors de l'établissement d'un diagnostic de TP qui est parfois jugée médiocre par certains auteurs du fait de la part importante de subjectivité chez l'examineur en ce qui concerne l'exploration des TP (Mellsop et al., 1982). Cette part de subjectivité est d'autant plus présente que nombre de praticiens ne se réfèrent que peu aux critères et algorithmes fournis par le DSM dans leur pratique diagnostique, privilégiant leur ressenti et leurs interprétations (Zimmerman & Galione, 2010).

2.1.2. Instabilité temporelle

Il convient également de noter que les critères définissant certains TP ne semblent finalement pas aussi stables que la définition du trouble le voudrait (Nestadt et al., 2010). En effet, un des critères permettant les diagnostics de TP repose sur la présence d'une stabilité dans le temps.

Or, il a été décrit que 88% des patients ayant reçu un diagnostic de trouble borderline ne répondaient plus au diagnostic huit ans après (Sanislow et al., 2009).

2.1.3. Comorbidités des troubles de personnalité

Nous avons également évoqué la forte cooccurrence des TP avec les troubles psychiatriques de l'axe I, mais également des TP entre eux (Samuels, 2011). La passation des questionnaires PDQ-4+ vont dans ce sens, la multiplicité des TP chez un même patient paraissant être plus la norme que l'exception.

Nous rappelons que Zimmerman et ses collègues avaient constaté que 60% des patients présentaient les critères d'au moins deux TP et que 25% présentaient les critères de plus de deux TP (Zimmerman et al., 2005).

2.1.4. Hétérogénéité au sein du même trouble

L'aspect catégoriel des critères définissant un TP peut également conduire à de grandes variations de présentations cliniques pour un même trouble donné.

Si on prend l'exemple du TP borderline qui nécessite la présence de cinq critères sur un ensemble de neuf, cela peut conduire à 126 configurations critériologiques différentes. A l'extrême, nous pouvons même concevoir que deux patients ayant reçu un même diagnostic ne présentent qu'un seul et unique critère commun (Johansen et al., 2004).

La norme établissant les limites entre normal et pathologique pourrait être également contestée. En effet, il n'existe pas à notre connaissance de justification empirique sur la raison ayant conduit à définir une personne présentant uniquement quatre critères comme saine et celle en présentant cinq comme pathologique.

2.1.5. Aspect discriminant et manque d'utilité thérapeutique

Un des autres reproches qui a pu être formulé concernant les définitions de TP fournies par le DSM est son manque d'utilité thérapeutique. En effet, hormis le TP borderline qui est à l'origine de nombreuses recherches, les autres TP semblent être mis de côté et ne bénéficient que de peu de résultats comparativement. Ce constat est d'autant plus marquant que les résultats existants sur l'efficacité thérapeutique des accompagnements existants ne permettent pas de définir de retrouver des recommandations consensuels (Blashfield & Intocchia, 2000).

Le parti pris de ne mettre en avant que les difficultés ou aspects négatifs du TP présente le risque d'une certaine forme de discrimination des cliniciens vis-à-vis de certains profils de patients. L'évocation du sujet avec les patients reste difficile pour le thérapeute, car cette vision de la personnalité pourrait entraîner une remise en cause de la personne dans son entièreté, alors que ce sont avant tout les comportements qui sont à l'origine de la souffrance et des difficultés rencontrées.

2.1.6. Origine Américaine et différences interculturelles

Il est à noter que le DSM est d'origine Américaine et s'appuie sur une conception de la maladie culturellement Américaine. Bien que les cultures Européenne et Américaine présentent certaines similarités, elles ne sont pas exemptées de différences entre elles, et ce d'autant que l'Europe est composée d'un ensemble de cultures et ne figure pas comme une entité culturelle commune.

Nous avons par exemple vu que sur le plan épidémiologique, il existait de fortes variations de la prévalence de certains TP en fonction des pays Européens. Nous pouvons imaginer qu'une application stricte des définitions et des observations fournies par le DSM au sein d'une population très éloignée de la vision occidentale ne serait pas appropriée.

Quid des manifestations et de la définition des TP en population Africaine ou Asiatique ?

2.2. Limites de l'approche PCM de Taibi Kahler

2.2.1. Manque de correspondance avec certains troubles de personnalité

Un des reproches vis-à-vis du modèle proposé par Kahler concernait l'absence d'Adaptations pour certains TP telles que les personnalités narcissiques et borderlines (Tudor et al., 2011). Si des similitudes peuvent paraître évidentes entre certains TP et comportements de deuxième ou troisième degré de stress, plusieurs TP ne correspondent à aucune modélisation proposée par Kahler.

Cela veut-il dire que le modèle nécessiterait des modifications théoriques par la création de nouveaux profils ? Ou bien qu'il ne peut s'appliquer qu'à une population « saine » et exempte de troubles psychiques ?

De plus, la disparition du TP passive-agressive n'a pas conduit à de nouvelles hypothèses alternatives pour venir rectifier les propositions initiales. Les hypothèses que nous avons formulées et qui avaient pour but de rapprocher les onze TP au profil PCM, montrent également une limite en termes d'hétérogénéité.

Nous pouvons par exemple faire le reproche que le Type Empathique est corrélé à plusieurs entités cliniques du DSM, ce qui questionne sur la sensibilité des diagnostics. Certes, certains points communs existent entre le TP dépendante et histrionique, ce qui peut expliquer en partie leur recoupement sous le même cluster, mais d'importantes différences sont également présentes et offrent une multiplicité de présentations et de comportements différents.

2.2.2. Une théorisation de la personnalité humaine

L'idée d'un modèle pouvant permettre de comprendre parfaitement et d'anticiper le fonctionnement humain bien qu'intéressant d'un point de vue clinique, ne semble finalement pas si simple. L'être humain, de par sa complexité, ne peut pas répondre aux attentes et aux différentes prédictions attendues. Un modèle, aussi complet soit-il, ne parviendra probablement jamais à prendre en compte toutes les variables pouvant expliquer tous les comportements.

Nous pouvons par exemple questionner l'impact de l'environnement ou de la composition familiale sur la structure de personnalité d'un individu. Il ne serait pas impossible que certains événements de vie ou facteurs de stress (naissance, mariage, décès brutal) puissent complètement perturber le fonctionnement d'un individu au point de lui faire adopter des comportements de stress différents de sa Base ou de sa Phase.

N'y a-t-il jamais eu de personne dans le monde de Base et de Phase Rêveur avec un faible niveau d'énergie pour le profil Persévérant, ayant adopté des comportements pouvant évoquer le deuxième niveau de stress de ce dernier ?

Un autre risque pour le thérapeute cette fois, serait l'enfermement dans une approche qui, bien que conçue pour améliorer la communication, conduise finalement en une utilisation rigide des concepts du modèle quitte à perdre de vue l'individu dans son entièreté. Il serait par exemple dommageable qu'un thérapeute qui identifierait une structure précise chez son patient ne se donne pas la permission de faire preuve de créativité et de spontanéité dans ses échanges sous prétexte que cela ne correspond pas au Canal privilégié de son interlocuteur.

2.2.3. L'impact culturel

L'impact et les variations culturels ne sont que peu pris en compte au sein du modèle. Certains indices que nous avons abordés précédemment pourraient faire évoquer une certaine universalité des concepts, mais à l'heure actuelle il n'existe aucune preuve confirmant cette hypothèse. Il paraît même improbable que l'influence culturelle n'ait pas d'implications plus importantes que ce que les hypothèses de Kahler laissent entrevoir.

On pourrait imaginer que les six Types définis par Kahler correspondent particulièrement bien à une population occidentale du fait de sa culture capitaliste où l'expression des traits « Travaillomaniaque » et du Promoteur sont valorisés, mais qu'à l'inverse une population orientale ou avec un fonctionnement valorisant d'autres aspects de la personnalité fassent émerger des types différents aux six répertoriés par Kahler.

2.2.4. Des hypothèses et justifications parfois arbitraires

On pourrait également faire la remarque que les théories de Kahler reposent avant tout sur des observations empiriques, les quelques recherches restant trop peu nombreuses. Kahler a d'ailleurs utilisé de nombreux concepts et théories extérieurs pour justifier ses propos et il ne serait pas impossible qu'un biais de confirmation²³ soit à l'œuvre lors de la théorisation du modèle à travers une sélection des informations.

De même que pour les TP, Kahler avait tenté de rapprocher certains troubles de l'axe I du DSM avec les différents profils PCM en évoquant que certains profils pourraient être vulnérables à des pathologies psychiques particulières.

Nous résumerons brièvement dans le **Tableau 83** les hypothèses formulées à l'époque par Kahler et Mlinarcik et qui ont été évoquées lors d'un séminaire de formation auquel j'ai assisté (Mlinarcik, 1990).

Types de personnalité	Troubles de l'axe I possiblement plus fréquents
Travaillomane	Trouble anxieux généralisé Troubles obsessionnels et compulsifs Abus d'alcool et dépendances
Persévérant	Troubles schizophréniques forme paranoïde Paranoïa Trouble anxieux généralisés Trouble phobique Anorexie
Rêveur	Trouble schizophrénique Psychose affective Trouble phobique Autisme
Promoteur	Exhibitionnisme Trouble bipolaire en phase maniaque Boulimie ?
Rebelle	Abus et dépendance Trouble phobique Boulimie ?
Empathique	Psycho schizo-affective Dépression Trouble anxieux généralisé Hystérie Trouble somatoforme Trouble bipolaire (Base persévérant – Phase Empathique)

Tableau 83 : Hypothèse de rapprochement entre profil PCM et trouble de l'axe I du DSM

²³ Le biais de confirmation consiste à privilégier les informations confirmant ses idées préconçues ou ses hypothèses et/ou à accorder moins de poids aux hypothèses et informations jouant en défaveur de ses conceptions

Ce raisonnement, bien qu'intéressant pour les troubles dépressifs ou anxieux, nous semble hors de propos dans le cadre de ce travail et ce d'autant que certains parallèles nous paraissent éthiquement discutables en raison de certains rapprochements faits à l'époque vis-à-vis de possibles prédispositions de certains profils pour la pédophilie ou pour les agressions sexuelles (Travaillomane ou Persévérant) tandis que d'autres seraient plus sujet à l'exhibitionnisme (Promoteur) ou au fait d'avoir été abusés dans l'enfance (Empathique, Rêveur et Rebelle).

Les affirmations concernant l'aspect immuable de l'organisation de la structure de personnalité peuvent également interpeller. En dehors de l'aspect « pratique » qu'une telle affirmation prodigue, Kahler ne justifie pas les raisons de ce choix. Pour lui, la structuration des différents étages serait définie à l'âge de 7 ans et ne se modifierait jamais au cours de la vie sans expliquer les raisons d'une telle hypothèse. Par exemple, il me semble dommageable de vouloir affirmer avec certitude qu'un changement de Phase se fera forcément vers l'étage directement supérieur à la Phase en cours, donnant une impression de prophétie à laquelle on ne pourrait échapper (dans l'hypothèse où un individu aurait entamé un processus de changement de Phase).

Enfin, l'évaluation des caractéristiques des différents profils repose sur un jugement subjectif, employant des termes comme « organisé », « consciencieux », « charmeur » etc, ou pour les caractérisations des différentes parties de personnalité « ton bienveillant », « position calme ». Ces qualificatifs peuvent prendre des sens différents en fonction de l'évaluateur concerné, deux individus pourraient interpréter un ton de voix à la fois comme « calme » et « agressif » selon le référentiel choisi.

2.2.5. Effet Barnum²⁴ et limite de l'inventaire de personnalité

Le fait que l'IDP soit un auto-questionnaire entraîne certains biais inhérents à ce type d'évaluation. Il est possible en premier lieu que le répondant ne soit pas honnête et réponde soit volontairement à côté, soit par manque d'objectivité.

Plusieurs biais reposent sur la formulation des questions et des réponses au sein de l'IDP.

²⁴ L'effet Barnum ou « effet de validation personnelle » désigne un biais cognitif induisant toute personne à accepter une vague description de la personnalité comme s'appliquant spécifiquement à elle-même

Par exemple, plusieurs réponses se présentent sous la forme de « double détente », c'est-à-dire que certaines affirmations sont composées de plusieurs éléments du type « il est important pour moi que l'on respecte mes opinions et mes principes ». Dans ce type de proposition, l'individu pourrait ne considérer vrai qu'une partie de l'affirmation et non l'entièreté de la phrase, ce qui conduirait dans ce cas à un biais dans les résultats.

Certaines questions peuvent également paraître abstraites pour le répondant du fait de l'emploi de termes trop généraux « un leader efficace doit être ludique », le terme ludique dispose d'une définition assez claire au sein du modèle PCM, mais une personne extérieure pourrait ne pas comprendre une telle affirmation.

De même, l'utilisation au sein de plusieurs questions d'échelles temporelles du type « souvent », « régulièrement » conduit à des variations de définitions subjectives.

Un autre biais repose sur la nature même de ce type de questionnaire, à savoir le format questions à choix multiples. Du fait du nombre limité de réponses proposées par le questionnaire, il n'est bien évidemment pas possible de couvrir l'ensemble des comportements humains existants, or il est concevable d'envisager l'existence d'alternatives aux propositions présentées. Les propositions étant formulées dans le sens de correspondre à un des profils définis par Kahler, il ne laisse pas de place pour des « profils non répertoriés », obligeant la personne à se positionner sur au moins un des six choix proposés.

Cette liste de biais reste bien évidemment non exhaustive, mais témoigne des limites d'un tel questionnaire.

Citons également que la méthode de remplissage du questionnaire en lui-même a posé problèmes pour plusieurs patients. En effet, dans ce travail plusieurs patients ont été exclus des analyses car ces derniers n'ont pas hiérarchisé leurs réponses mais ont seulement entouré ou noté les réponses qui les concernaient sans marquer leur ordre de préférence et ceci malgré le fait qu'une explication sur la méthode de remplissage et qu'un rappel des informations explicatives leur avaient été remis durant l'entretien. Il est certain que la version numérique de l'IDP habituellement utilisée évite ce biais car le participant se trouve dans l'obligation de hiérarchiser ses réponses pour passer à la question suivante.

Malgré le fait d'avoir conscience de ce biais potentiel, nous avons pris le parti dans ce travail de rentrer nous même les résultats à partir de questionnaire papier, car cela s'est montré plus pratique sur le plan organisationnel.

Une fois les résultats obtenus, l'effet Barnum peut également se manifester dans l'interprétation des résultats par le répondant. A la fin du questionnaire, un rapport complet

est transmis au participant pour lui expliquer les grandes lignes du modèle ainsi que sa configuration personnelle. Même s'il est normalement prévu un entretien de « debriefing » avec un formateur PCM pour expliquer de façon individualisée les résultats, il persiste le risque qu'un individu ayant passé 45 minutes à remplir un questionnaire et étant bien souvent à la recherche d'explications de son fonctionnement, accepte les résultats et interprète ses comportements sous le prisme de ces résultats.

Par exemple, une personne qui découvrirait que sa Base et sa Phase correspondent au Type Rebelle pourrait analyser ses comportements passés et futurs sous le filtre « Rame » et « Rôle ».

2.2.6. Manque de reproductibilité du questionnaire

Le dernier reproche que nous avancerons repose sur le questionnaire de l'IDP du fait de l'absence de preuves disponibles dans sa reproductibilité.

A ma connaissance, je n'ai retrouvé aucune étude sur la validité Test-Retest de l'IDP et la validité du questionnaire lors de sa nouvelle passation reste difficile à évaluer. Le fait que le répondant reçoive un retour explicatif sur sa composition personnelle et sur le modèle de façon plus générale va forcément influencer sur le remplissage du nouveau questionnaire. Ce dernier risque de repérer les correspondances existantes entre l'affirmation proposée et le Type auquel elle est rattachée, ce qui peut conduire à des biais dans les résultats et à des configurations différentes.

3. Perspective pour l'avenir et pistes de recherches

3.1. Perspective d'évolution pour l'approche des troubles de personnalité selon le DSM

Nous avons vu que l'approche catégorielle du DSM dans l'évaluation des TP présente de nombreuses limites. C'est pour cette raison qu'il a été abordé pour la première fois au sein du DSM-5 une évaluation alternative de la personnalité sous forme dimensionnelle.

L'intérêt de ce changement de paradigme est de permettre d'obtenir un plus fort pouvoir descriptif et d'expliquer plus facilement les multiples dysfonctionnements de la personnalité rencontrés en pratique courante. De plus, cette approche répartit les différentes présentations de la personnalité sur un continuum allant du normal au pathologique, expliquant les différences cliniques observables qu'une approche catégorielle rangerait pourtant sous le même terme.

Nous pouvons également préciser qu'une telle approche apporte des nuances en mettant en avant les spécificités liées au contexte, à la culture et aux différences individuelles. Elle offre aussi des éléments de réponses vis-à-vis de la problématique des multiples comorbidités de TP constatée avec l'approche catégorielle (la personnalité étant définie en termes de traits et non plus en termes de catégories diagnostiques)

Nous avons abordé au cours de la partie I plusieurs modèles d'évaluation de la personnalité selon l'approche dimensionnelle. Nous ne détaillerons pas l'ensemble des modèles existants du fait de leur multiplicité (au nombre de dix-huit) (Widiger & Simonsen, 2005), mais nous noterons qu'en dépit des intérêts abordés ci-dessus, ces approches présentent également des limites.

Nous citerons par exemple le risque de sur-inclusion des patients, cette approche considérant que tous les patients présentent des traits de personnalité dysfonctionnels (Wakefield, 2008), mais également une plus grande difficulté dans l'échange d'informations rapide entre médecins (Skodol et al., 2011).

Le DSM-5 présente la particularité de fournir une méthode d'évaluation alternative aux TP, le but étant de permettre d'explorer une méthode d'évaluation ne présentant pas les limites de l'approche catégorielle (**Annexe 6**).

Dans cette conception, les TP sont définis par des traits de personnalité pathologiques et comme des altérations du « fonctionnement » de la personnalité (Association American Psychiatric, 2015).

Nous ne développerons pas plus en détail ce modèle, ce dernier n'étant pas le sujet de notre travail. Nous le mentionnons cependant, car son apparition au sein du DSM-5 apporte un regard différent sur la conception médicale des TP et peut de ce fait potentiellement impacter les catégorisations diagnostiques dans les prochaines années.

3.2. Piste de recherches pour le Process Communication Modèle

Nous avons vu que le modèle d'évaluation de la personnalité selon le PCM bien que présentant certaines limites a aussi un certain nombre d'intérêts.

Nous pouvons citer sa conception « positive » de la personnalité qui est une des forces du modèle. Ce dernier reste cependant assez jeune et manque cruellement de données scientifiques sur sa validité et son application dans les TP.

Plusieurs pistes de recherches seraient néanmoins intéressantes à approfondir pour l'avenir :

- Existe-t-il une réelle correspondance entre certains profils PCM et les TP ?

- Les personnes souffrant de TP présentent-elles des profils énergétiques particuliers dans leur immeuble de personnalité ?
- L'accompagnement au travers du PTM permet-il d'amender ou de diminuer les manifestations des TP ?
- Quelle est la validité test/retest de l'IDP ?
- Peut-on retrouver une correspondance entre vulnérabilité aux troubles de l'axe I ou II du DSM et certaines Bases ou Phases ?
- Existe-t-il une prédominance d'un Type de Base ou de Phase particulier chez les soignants ?
- La connaissance de ce modèle chez le personnel soignant peut-il améliorer l'observance et la continuité des soins des patients souffrant de troubles psychiques ?
- Quelles directions données aux évolutions du Modèle du fait des nouvelles conceptions médicales de la personnalité (apport des approches multidimensionnelles) ?

Il est d'ailleurs à noter que son apparition dans le domaine médical commence tout juste à émerger avec la réalisation d'une étude scientifique menée à Tours où le PCM est évalué en imagerie cérébrale. Le protocole de cette étude a été pensé en partie par Patrice Dubourg (psychologue praticien formateur en Process Thérapie au sein de Kahler Communication France) et par l'équipe du Professeur Wissam El Hage.

L'étude se fait sous imagerie par résonance magnétique fonctionnelle et repose sur les hypothèses suivantes :

- 1^{ère} hypothèse : chacune des perceptions sollicite une aire corticale différente.
- 2^{ème} hypothèse : lorsque la communication utilise le canal correspondant à la Base du sujet, cela déclenche une réaction de plaisir.

Pour ce faire, l'ensemble des sujets a passé l'IDP avant l'expérience afin d'identifier leur Base et leur Phase. Il leur est ensuite montré douze vidéos (deux vidéos par Perceptions) d'une quinzaine de secondes chacune. Chaque Perception est activée à travers une phrase formulée par un homme et par une femme, le sujet doit alors appuyer sur un bouton pour manifester son plaisir face au type de communication proposée. Les résultats devraient paraître fin 2021.

Conclusion

Tout au long de ce travail de thèse nous avons tenté de définir le plus précisément possible ce que sont TP et le PCM.

A la fois extrêmement vaste et complexe, nous avons tout d'abord vu que le concept de personnalité, et par extension de TP, regorge de définitions différentes selon les courants théoriques et les méthodes descriptives et diagnostiques. Ainsi, se présentant à la fois comme un enjeu diagnostique du fait des fréquentes mutations dans les critères diagnostiques et de l'évolution des concepts, mais également comme un enjeu thérapeutique du fait de la forte prévalence de l'ensemble des TP et de leur comorbidité, le développement d'outils efficaces dans l'accompagnement des personnes souffrant de TP semble crucial.

Nous nous sommes ensuite penchés plus particulièrement sur le PCM et sur ses très nombreuses caractéristiques afin d'évaluer si cet outil d'évaluation et de communication pouvait permettre d'offrir de nouvelles pistes d'accompagnement psychothérapeutiques dans le champ de ces entités cliniques que sont les TP.

Nous avons alors formulé des hypothèses de correspondance entre les définitions des TP telles que définies par les recueils médicaux de référence et des configurations particulières selon le PCM. Nous avons également tenté, à travers l'utilisation de questionnaires spécifiques au sein d'une population psychiatrique ambulatoire, de repérer si les hypothèses formulées semblaient se confirmer. Nous avons ainsi fait le constat que si certaines des hypothèses semblaient plausibles, la présence de nombreux biais méthodologiques, le faible échantillonnage et surtout la présence quasi constante de plusieurs TP associés chez un même individu ne permettait pas de conclure et de généraliser ces résultats.

Nous avons ensuite mis en avant l'intérêt de l'approche médicale (DSM-5) et de l'approche PCM sur le sujet de la personnalité, tout en soulevant les limites de ces approches conceptuelles. En effet, il semble que ni l'approche catégorielle du DSM-5, ni l'approche de Kahler ne parviennent à fournir un modèle complet prenant en compte l'ensemble des variables permettant d'évaluer avec exactitude le comportement et le fonctionnement d'un individu. Nous avons cependant constaté, qu'à la différence du DSM, l'approche PCM opte pour une vision positive se centrant sur les forces d'un individu et non sur les éléments de souffrance ou sur ses incapacités. Nous avons également noté que l'approche de Kahler fournit des outils pragmatiques de mise en relation dont il convient de préciser les limites d'utilisation et la réalité de leur efficacité à travers la réalisation de recherches complémentaires.

Pour conclure, nous pouvons donc dire que, bien qu'intéressant sur de nombreux aspects notamment grâce à ses outils de communication, il n'existe pas encore assez de données scientifiquement reconnues pour affirmer que le PCM pourrait s'avérer utile dans l'évaluation et le traitement des TP. Il semble d'ailleurs compliqué à l'heure actuelle d'imaginer une parfaite correspondance entre un TP et une configuration PCM précise du fait de la présence quasi constante de multiples TP chez un même individu et de l'hétérogénéité clinique possible au sein d'un même TP.

Pour terminer cet exposé, je souhaiterais évoquer mon ressenti personnel concernant l'intérêt, mais également les limites de l'approche PCM dans ma pratique clinique. Exerçant actuellement et depuis plusieurs mois au sein d'un CAMP, la découverte de l'approche PCM en début d'année 2021 m'a tout de suite intéressé au regard des difficultés à interagir et à entrer en relation thérapeutique avec certains patients souffrant de TP. Il est clair que la mise en pratique des différentes notions qu'offre le PCM nécessite beaucoup d'entraînement et que certaines notions telles que les Scénarios ou les Mythes restent encore difficiles à appréhender. Bien que riches intellectuellement dans la conceptualisation des difficultés qu'un patient peut rencontrer, ces dernières me semblent d'autant plus complexes à aborder et à utiliser en consultation. De même, l'évaluation au cours d'une consultation de la Base et la Phase d'un patient sans avoir recours à l'utilisation de l'IDP, n'est pas aisée et il n'est pas rare que l'IDP ait retrouvé des résultats divergents aux hypothèses que j'avais formulées.

Là où cette approche me paraît en revanche extrêmement efficace et utile est lorsque la structure Base/Phase se trouve être identifiée chez un patient. A partir de ce moment-là, l'utilisation adaptée des Canaux de communications permet une réelle différence de ressenti au cours des entretiens en favorisant l'Alliance thérapeutique. En effet, les patients se disent facilement en confiance et l'interaction paraît plus aisée, plus constructive et moins énergivore. De plus, l'aspect « positif » de la personnalité dans cette approche est également plus stimulant et valorisant pour le patient, permettant de mettre en avant les ressources et les forces de ce dernier qu'il pourra ensuite mobiliser tout au long de l'accompagnement et dans son quotidien. Ceci, à mon sens, permet de favoriser son désir de changement plutôt que de pointer des difficultés et ses sources de souffrance. La notion de Besoins psychologiques permet également de fournir au patient divers moyens d'actions dans son quotidien au travers de prescriptions de tâches personnalisées, mais également de lui communiquer des éléments de compréhension de soi qu'il pourra adapter et développer dans son quotidien.

Pour toutes ses raisons et également pour l'ouverture d'esprit que cette approche apporte notamment grâce à la conceptualisation qu'il existe des Perceptions différentes selon les individus, je souhaiterais poursuivre l'approfondissement de ce modèle et contribuer à sa diffusion afin d'encourager le champ de la recherche sur ce sujet, qui comme nous l'avons vu, n'en est encore qu'à ses balbutiements.

Annexes

1. Charme superficiel	11. Incapacité d'introspection
2. Absence de délire ou de tout autre signe de pensée irrationnelle	12. Incapacité de répondre adéquatement aux manifestations générales qui marquent les relations interpersonnelles (considération, gentillesse, confiance, etc.)
3. Absence de « nervosité » ou de manifestations psycho-névrotiques	13. Comportement fantaisiste et peu engageant sous l'effet de l'alcool, voire sans l'effet de l'alcool
4. Manque de fiabilité	14. Rarement porté au suicide
5. Fausseté et hypocrisie	15. Vie sexuelle impersonnelle, banale, intégrée
6. Absence de remords et de honte	16. Incapacité à se plier à un projet d'existence
7. Comportement antisocial non motivé	
8. Pauvreté de jugement et incapacité d'apprendre de ses expériences	
9. Egocentrisme pathologique et incapacité d'aimer	
10. Réactions affectives pauvres	

Annexe 1: Caractéristiques de la Psychopathie selon Cleckley

Phase	Besoins psychologiques	Exemples d'activités efficaces	Exemples d'interventions efficaces au deuxième niveau de stress
Travailleuse	Reconnaissance du travail	Prendre le temps de savourer le plaisir du travail accompli Développer sa compétence professionnelle et aider ses collaborateurs à développer leurs propres compétences professionnelles Réaliser des choses que ses proches et lui-même apprécient	Reconnaître le travail effectué Leur dire « Bon Boulot ! » Être organisé Donner des informations factuelles et des données Être logique et responsable Donner des récompenses et dire pourquoi
	Structuration du temps	Organiser et planifier à l'avance ses loisirs et vacances Accepter sereinement de perdre du temps Hiérarchiser ses priorités de la journée et prévoir du temps libre pour gérer l'imprévu Veiller à ce que les réunions dont on est responsable commencent et finissent à l'heure	Dire pour quand la tâche doit être effectuée Être à l'heure S'il y a un changement dans le programme, les prévenir rapidement

Persévérant	Reconnaissance du travail	<p>Demander du feed-back sur un travail que vous avez et dont vous êtes fier</p> <p>Enseigner quelque chose que l'on sait à quelqu'un que ça intéresse</p>	<p>Leur dire « Bon Boulot ! »</p> <p>Leur demander leur avis</p>
	Reconnaissance des opinions	<p>Avoir quelques amis fidèles avec qui discuter de ses opinions</p> <p>Etre engagé dans une association, parti politique ou syndicat en accord avec son cadre de référence</p> <p>Lire des proverbes, des maximes d'auteurs que l'on apprécie</p> <p>Travailler dans une entreprise avec laquelle on est d'accord sur les valeurs qui y sont affichées</p>	<p>Écouter lorsqu'ils donnent leur avis</p> <p>Montrer du respect</p> <p>Dire à quel point leur engagement ou leur implication est appréciée</p>
Rêveur	Solitude	<p>S'aménager un coin chez soi dans lequel se retirer régulièrement</p> <p>Une à deux fois par an passer une semaine dans un lieu de calme, de réflexion, de sérénité</p> <p>Écrire, peindre, dessiner, bricoler au calme, sans pouvoir être dérangé(e)</p> <p>S'autoriser à s'isoler quand le besoin se fait sentir</p> <p>Avoir régulièrement des échanges tranquilles, riches et profonds avec ses collègues</p>	<p>Fournir des directives</p> <p>Leur laisser leur propre espace</p> <p>Limitier les tâches à des éléments définis, simples, précis et courts</p> <p>Leur donner des priorités claires</p> <p>Les laisser choisir leur propre espace de travail</p> <p>Leur donner du temps pour réfléchir avant de leur demander leur point de vue</p> <p>Prévenir en avance de ce que vous comptez leur demander par la suite</p>
Promoteur	Excitation	<p>Trouver des solutions rapides et efficaces grâce à ses contacts pour soi et ses proches</p> <p>Pratiquer régulièrement un sport à haut niveau d'excitation (parachutisme, escalade)</p> <p>Participer à des compétitions</p> <p>Se fixer chaque jour un défi</p> <p>Utiliser son charisme pour être un modèle positif d'identification</p>	<p>Leur proposer un contrat</p> <p>Leur confier le pilotage d'un projet</p> <p>Les aider à être dans l'action</p> <p>Leur donner des tâches impliquant des gens</p> <p>Lancer des défis</p> <p>Fournir des récompenses rapides</p>

<p>Rebelle</p>	<p>Contact</p>	<p>Participer ou organiser des fêtes régulièrement</p> <p>Avoir un réseau d'amis disponibles pour l'imprévu</p> <p>Garder à portée de main un gadget, un objet fun</p> <p>Avoir des activités qui plaisent et dans lesquelles peut se lâcher sa créativité</p> <p>Aller vers les inconnus avec un mot sympa pour entrer en contact</p> <p>Aménager des plages d'activités <i>fun</i> tout au long de la journée pour mieux faire le travail « sérieux »</p>	<p>Être spontané</p> <p>Donner des tâches créatives</p> <p>Faire de la place au plaisir et à l'humour</p> <p>Leur permettre de customiser leur zone de travail et leur espace de vie</p> <p>Les inciter à utiliser de la musique ou des jouets</p>
<p>Empathique</p>	<p>Reconnaissance en tant que personne</p>	<p>Entretenir les relations avec ses amis proches et les appeler quand le besoin se fait ressentir</p> <p>Se faire à soi-même des petits cadeaux qui font plaisir</p> <p>Avoir des photos d'être chers et prendre le temps de les regarder et de ressentir les émotions qu'elles suscitent</p> <p>S'autoriser à veiller à prendre soin de soi d'abord</p> <p>Oser s'affirmer positivement</p>	<p>Leur faire comprendre qu'ils sont reconnus en temps qu'être humain et de façon inconditionnelle</p> <p>Poser des questions sur leur famille ou leurs amis</p> <p>Se montrer sensible</p> <p>Faire des compliments authentiques</p> <p>Écouter quand ils vous parlent de ce dont ils ont envie de parler</p>
	<p>Sensoriel</p>	<p>Créer un environnement personnel et si possible professionnel dans lequel "on se sent bien"</p> <p>Choisir des vêtements dans lesquels on se sent bien et qui mettent en valeur</p> <p>Faire du sport régulièrement pour se sentir bien dans sa peau</p> <p>Écouter la musique qui <i>fait du bien</i></p>	

Annexe 2 : Exemples d'interventions positives vis à vis des Besoins psychologiques²⁵

²⁵ D'après *Le Grand Livre de la Process Thérapie* (Kahler, 2010).

Depuis plusieurs années ...

96 Je me demande souvent si ma femme (mari, ami(e)) m'a trompé(e).

97 Je me sens souvent coupable.

98 J'ai fait, de manière impulsive, des choses (comme celles indiquées ci-dessous) qui pourraient me créer des problèmes.

Veillez indiquer celles qui s'appliquent à vous :

- a. Dépenser plus d'argent que je n'en ai.
- b. Avoir des rapports sexuels avec des gens que je connais à peine.
- c. Boire trop.
- d. Prendre des drogues.
- e. Manger de façon boulimique.
- f. Conduire imprudemment.

VRAI	FAUX
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-
-
-
-
-
-

Depuis plusieurs années ...

99 Lorsque j'étais enfant (avant l'âge de 15 ans), j'étais une sorte de délinquant(e) juvénile et je faisais certaines des choses ci-dessous.

Veillez indiquer celles qui s'appliquent à vous :

- a. J'étais considéré(e) comme une brute.
- b. J'ai souvent déclenché des bagarres avec les autres enfants.
- c. J'ai utilisé une arme dans mes bagarres.
- d. J'ai volé ou agressé des gens.
- e. J'ai été physiquement cruel(le) avec d'autres gens.
- f. J'ai été physiquement cruel(le) avec des animaux.
- g. J'ai forcé quelqu'un à avoir des rapports sexuels avec moi.
- h. J'ai beaucoup menti.
- i. J'ai découché sans la permission de mes parents.
- j. J'ai dérobé des choses aux autres.
- k. J'ai allumé des incendies.
- l. J'ai cassé des fenêtres ou détruit la propriété d'autrui.
- m. Je me suis plus d'une fois enfui(e) de la maison en pleine nuit.
- n. J'ai commencé à beaucoup manquer l'école avant l'âge de 13 ans.
- o. Je me suis introduit(e) par effraction dans la maison, le bâtiment ou la voiture de quelqu'un.

VRAI	FAUX
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Annexe 3 : Personality Diagnostic Questionnaire PDQ-4 +

FEUILLE DE CORRECTION DU PDQ-4+

Personnalité paranoïaque (utile 4)	Personnalité histrionique (utile 5)	Personnalité antisociale (utile B + 3) et B = 99 (utile 3)	Personnalité obsessionnelle compulsive (utile 4)	Personnalité négativiste (passive-agressive) (utile 4)
11. _____	4. _____	8. _____	3. _____	7. _____
24. _____	17. _____	20. _____	16. _____	21. _____
37. _____	30. _____	33. _____	29. _____	35. _____
50. _____	43. _____	46. _____	41. _____	49. _____
62. _____	55. _____	59. _____	54. _____	63. _____
85. _____	67. _____	75. _____	66. _____	77. _____
96. _____	80. _____	94. _____	81. _____	91. _____
	90. _____	B=99 _____	89. _____	

Personnalité schizoïde (utile 4)	Personnalité narcissique (utile 5)	Personnalité évitante (utile 4)	Trop bon (utile 2)	Personnalité dépressive (utile 5)
9. _____	5. _____	1. _____	*12. _____	14. _____
22. _____	18. _____	13. _____	*25. _____	28. _____
34. _____	31. _____	26. _____	*38. _____	42. _____
47. _____	44. _____	39. _____	51. _____	56. _____
+60. _____	57. _____	52. _____	*faux est la réponse pathologique	70. _____
71. _____	68. _____	83. _____		84. _____
95. _____	73. _____	87. _____		97. _____
	79. _____			
	92. _____			

Personnalité schizotypique (utile 5)	Personnalité borderline (utile 5)	Personnalité dépendante (utile 5)	Questionnaire suspect (utile 1)	Total PDQ-4+
10. _____	6. _____	2. _____	64. _____	SCORE : _____ <i>(+ 60: si positif, ne le compter qu'une fois)</i>
23. _____	19. _____	15. _____	76. _____	
36. _____	32. _____	27. _____		
48. _____	98. _____	40. _____		
61. _____	(utile 2)	53. _____		
72. _____	45. _____	65. _____		
74. _____	58. _____	82. _____		
+60. _____	69. _____	88. _____		
86. _____	78. _____			
	93. _____			

Annexe 4 : Feuille de cotation de l'échelle PDQ4+

ÉCHELLE DE SIGNIFICATION CLINIQUE

Le (la) clinicien(ne) doit évaluer la signification clinique de tout trouble pour lequel le (la) patient(e) présente des critères.

« Vous avez indiqué que les items suivants étaient vrais pour vous »² (*lire les items pathologiques d'un seul type de trouble à la fois*) :

- A. Est-ce qu'en fait l'un ou l'autre de ces items n'est pas réellement vrai pour vous ?
Si oui, indiquez-moi le(s)quel(s). (annuler tout item que le (la) patient(e) déclare maintenant pas réellement vrai pour lui (elle) ^(*)).
- B. Depuis combien de temps ces items font-ils partie de votre personnalité ?
moins d'un an,
d'un à cinq ans,
la plus grande partie de votre vie, ou dès avant l'âge de 18 ans ^(*).
- C. Ces items ne font-ils partie de votre personnalité que lorsque vous êtes déprimé(e), anxieux(se), malade physiquement ou lorsque vous consommez de l'alcool ou de la drogue ? Ou sont-ils présents la plupart du temps, sans relation avec votre humeur, votre niveau d'anxiété, votre consommation d'alcool ou de drogue, ou votre état général de santé ?
seulement lors de dépression,
seulement lors d'anxiété,
seulement lors de consommation d'alcool ou de drogue,
seulement lors de maladie physique,
sans relation avec les points ci-dessus ^(*).
- D. Dans quel(s) domaine(s) ces items vous créent-ils des difficultés ?
à la maison,
au travail,
dans vos relations,
autres (spécifier).
- (Une altération dans au moins un domaine est nécessaire pour valider D ^(*)).
- Ou :
- E. Tout ce que nous venons de voir vous inquiète-t-il beaucoup pour vous-même ?
oui ^(*),
non.

- ^(*) Pour être cliniquement significatif, le trouble de personnalité doit :
- atteindre encore le seuil pathologique après que le (la) patient(e) a eu l'occasion d'indiquer si certains items n'étaient en fait pas réellement vrais pour lui (elle) (A) ;
 - le trouble doit être de longue durée (B) ;
 - le trouble ne doit pas être limité aux moments où le (la) patient(e) est déprimé(e), anxieux(se), sous l'effet de l'alcool ou de drogues, ou physiquement malade (C) ;
 - le trouble doit avoir conduit à une altération fonctionnelle (D) ou à un état de détresse (E).

2. à répéter pour chaque trouble positif au PDQ-4+

Annexe 5 : Échelle de signification clinique PDQ4+

Un trouble de personnalité est caractérisé par six critères généraux qui sont :

A : Une altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité (soi/interpersonnel)
B : Au moins un trait pathologique de personnalité
C : Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité sont relativement rigides et envahissent une large gamme de situations personnelles et sociales
D : Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité sont relativement stables dans le temps, ayant débuté au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte
E : Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental
F : Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité ne sont pas seulement imputables aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale
G : Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité ne sont pas mieux comprises comme faisant partie d'un stade normal du développement ou d'un environnement socioculturel normal

Annexe 6 : Approche alternative de la personnalité selon le DSM-5

Bibliographie

- Ajamieh, A., & Ansseau, M. (2000). Biological markers in schizotypal and borderline personality disorders. *L'Encephale*, 26(6), 42-54.
- Alexander, F. (1930). The neurotic character. *The International Journal of Psychoanalysis*, 11, 292-311.
- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York, NY : H.Holt
- Angstman, K., & Rasmussen, N. H. (2011). Personality Disorders : Review and Clinical Application in Daily Practice. *American Family Physician*, 84(11), 1253-1260.
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy : Historical Excursus, Measurements, and Prospects for Research. *Frontiers in Psychology*, 2. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>
- Association American Psychiatric (2015). *DSM-5—Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.
- Bakkevig, J. F., & Karterud, S. (2010). Is the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, histrionic personality disorder category a valid construct? *Comprehensive Psychiatry*, 51(5), 462-470. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.11.009>
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2016). *Cognitive Therapy of Personality Disorders, Third Edition (3e édition)*. Guilford Press.
- Beckwith, H., Moran, P. F., & Reilly, J. (2014). Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients : A systematic literature review. *Personality and Mental Health*, 8(2), 91-101. <https://doi.org/10.1002/pmh.1252>

- Becquereau, C. (2011). *Process Com® pour les managers : Manager sans stress et booster ses équipes*. Editions Eyrolles.
- Bender, D. S. (2005). The Therapeutic Alliance in the Treatment of Personality Disorders: *Journal of Psychiatric Practice*, 11(2), 73-87. <https://doi.org/10.1097/00131746-200503000-00002>
- Benedict, R. (2005). *Patterns of Culture*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Benjamin, L. S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders, 2nd ed* (p. xvi, 431). Guilford Press.
- Berne, E. (1975a). *Des jeux et des hommes : Psychologie des relations humaines*. Stock.
- Berne, E. (1975b). *Sex in Human Loving*. Pocket Books.
- Berne, E. (1989). *Que dites-vous après avoir dit bonjour ?* Sand & Tchou.
- Blagov, P. S., & Westen, D. (2008). Questioning the coherence of histrionic personality disorder : Borderline and hysterical personality subtypes in adults and adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(11), 785-797. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31818b502d>
- Blashfield, R. K., & Intoccia, V. (2000). Growth of the literature on the topic of personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 157(3), 472-473. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.3.472>
- Bodlund, O., Grann, M., Ottosson, H., & Svanborg, C. (1998). Validation of the self-report questionnaire DIP-Q in diagnosing DSM-IV personality disorders : A comparison of three psychiatric samples. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(6), 433-439. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10028.x>

- Bordin, E. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research and Practice.*
- Bornovalova, M. A., Hicks, B. M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2009). Stability, Change, and Heritability of Borderline Personality Disorder Traits from Adolescence to Adulthood: A Longitudinal Twin Study. *Development and psychopathology, 21(4)*, 1335-1353. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990186>
- Bornstein, R. F. (1993). Dependency and patienthood. *Journal of Clinical Psychology, 49(3)*, 397-406. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199305\)49:3<397::AID-JCLP2270490314>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199305)49:3<397::AID-JCLP2270490314>3.0.CO;2-V)
- Boschen, M. J., & Warner, J. C. (2009). Publication trends in individual DSM personality disorders: 1971–2015. *Australian Psychologist, 44(2)*, 136-142. <https://doi.org/10.1080/00050060802680598>
- Bouvard, M. (2009). *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité* (3e édition). Elsevier Masson.
- Bouvard, M., & Cosma, M. P. (2008). Étude exploratoire d'un questionnaire sur les troubles de la personnalité. *L'Encephale, 34*, 517-525. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.08.006>
- Busch, A. J., Morey, L. C., & Hopwood, C. J. (2017). Exploring the Assessment of the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders With the Personality Assessment Inventory. *Journal of Personality Assessment, 99(2)*, 211-218. <https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1217872>

- Butcher, J. N. (2010). Minnesota Multiphasic Personality Inventory. In *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (p. 1-3). American Cancer Society. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0573>
- Cain, N. M., Pincus, A. L., & Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads : Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review, 28*(4), 638-656. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.006>
- Caligor, E., Levy, K. N., & Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic personality disorder : Diagnostic and clinical challenges. *The American Journal of Psychiatry, 172*(5), 415-422. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14060723>
- Canguilhem, G. (2013). *Le normal et le pathologique*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.cangu.2013.01>
- Carroll, A. (2009). Are you looking at me? Understanding and managing paranoid personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment, 15*(1), 40-48. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005421>
- Choca, J. P., & Grossman, S. D. (2015). Evolution of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Personality Assessment, 97*(6), 541-549. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1055753>
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, L., & Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia : A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 568-578. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.568>

- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder : Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58, 227-257. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190200>
- Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity; an attempt to reinterpret the so-called psychopathic personality* (p. 298). Mosby.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975-990. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 188, 423-431. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.5.423>
- Collignon, G. (2019). *Comment leur dire... La Process Communication—3e éd.* InterEditions.
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (2008). *The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R)*. Sage Publications, Inc.
- Costa, P., & McCrae, R. (1990). Personality Disorders and The Five-Factor Model of Personality. *Journal of Personality Disorders*, 4, 362-371. <https://doi.org/10.1521/pedi.1990.4.4.362>
- Cottraux, J. (2017). *Les psychothérapies cognitives et comportementales*.
- Cottraux, J., Beck, A. T., Pascal, B., & Young, J. E. (2017). *La thérapie cognitive et les troubles émotionnels*. De Boeck Supérieur.

- Cottraux, J., & Blackburn, I. (2007). Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 7. [https://doi.org/10.1016/S1627-4830\(07\)89961-2](https://doi.org/10.1016/S1627-4830(07)89961-2)
- Czajkowski, N., Kendler, K. S., Jacobson, K. C., Tambs, K., Røysamb, E., & Reichborn-Kjennerud, T. (2008). Passive-aggressive (negativistic) personality disorder : A population-based twin study. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 109-122. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.109>
- Damasio, A. R. (2006). *L'Erreur de Descartes : La raison des émotions*. Odile Jacob.
- Davison, S., Leese, M., & Taylor, P. J. (2001). Examination of the screening properties of the personality diagnostic questionnaire 4+ (PDQ-4+) in a prison population. *Journal of Personality Disorders*, 15(2), 180-194. <https://doi.org/10.1521/pedi.15.2.180.19212>
- Debray, Q., Kindynis, S., & Leclère, M. (2005). *Protocoles de traitement des personnalités pathologiques : Approche cognitivo-comportementale*. Elsevier Masson.
- Diedrich, A., & Voderholzer, U. (2015). Obsessive-compulsive personality disorder : A current review. *Current Psychiatry Reports*, 17(2), 2. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0547-8>
- Donath, J. (1897). *Kenntnis des Anankasmus*. Arch Psychiatr.
- Drake, R. E., & Vaillant, G. E. (1985). A validity study of axis II of DSM-III. *The American Journal of Psychiatry*, 142(5), 553-558. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.5.553>
- Dusay, J. M. (1972). Egograms and the "Constancy Hypothesis". *Transactional Analysis Journal*, 2(3), 37-41. <https://doi.org/10.1177/036215377200200313>

- Edens, J. F., Marcus, D. K., & Morey, L. C. (2009). Paranoid Personality Has a Dimensional Latent Structure : Taxometric Analyses of Community and Clinical Samples. *Journal of abnormal psychology*, 118(3), 545-553.
<https://doi.org/10.1037/a0016313>
- Eikenaes, I., Hummelen, B., Abrahamsen, G., Andrea, H., & Wilberg, T. (2013). Personality functioning in patients with avoidant personality disorder and social phobia. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 746-763.
https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_109
- Ellis, A., & Dryden, W. (2007). *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy*.
<https://doi.org/10.1891/9780826122179>
- Erikson, E. H. (1994). *Childhood & Society Reissue* (Reissue édition). W. W. Norton & Company.
- Ernst, F. (1971). *The OK Corral*. TA journal.
- Eysenck. (1950). *Les dimensions de la personnalité*.
- First, M. B., & Gibbon, M. (2004). The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). In *Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 2 : Personality assessment* (p. 134-143). John Wiley & Sons, Inc.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 188, 1-3.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.012088>

Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Battaglia, M., Donati, D., Donini, M., Fiorilli, M., Novella, L., & Prolo, F. (2000). Patterns of covariation of DSM-IV personality disorders in a mixed psychiatric sample. *Comprehensive Psychiatry*, 41(3), 206-215. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(00\)90049-X](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(00)90049-X)

Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Donini, M., Fiorilli, M., & Novella, L. (2000). A psychometric study of DSM-IV passive-aggressive (negativistic) personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 14(1), 72-83. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.1.72>

Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Donini, M., Fiorilli, M., Novella, L., & Ansoldi, M. (1998). Brief communication: Criterion validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in a mixed psychiatric sample. *Journal of Personality Disorders*, 12(2), 172-178. <https://doi.org/10.1521/pedi.1998.12.2.172>

Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In *Psychotherapy research and behavior change* (p. 9-37). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10083-001>

Freud, S. (1914). *Pour introduire le narcissisme*.

Freud, S. (1923). *L'organisation génitale infantile*.

Freud, S. (1924). *Névrose et psychose*.

Freud, S. (1974). *L'homme aux rats: Journal d'une analyse*.

Gabbard, G. O. (1998). Transference and countertransference in the treatment of narcissistic patients. In *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (p. 125-145). American Psychiatric Association.

- Gabbard, G. O. (2000). Psychotherapy of Personality Disorders. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(1), 1-6.
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* (5e édition). American Psychiatric Association Publishing.
- Garofalo, C., & Bogaerts, S. (2019). Attachment and Personality Disorders Among Child Molesters : The Role of Trust. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 31(1), 97-124. <https://doi.org/10.1177/1079063217720928>
- Gelhorn, H. L., Sakai, J. T., Price, R. K., & Crowley, T. J. (2007). DSM-IV Conduct disorder criteria as predictors of antisocial personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 48(6), 529-538. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.04.009>
- Gibbon, S., Duggan, C., Stoffers, J., Huband, N., Völlm, B. A., Ferriter, M., & Lieb, K. (2010). Psychological interventions for antisocial personality disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD007668. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007668.pub2>
- Gjerde, L. C., Czajkowski, N., Røysamb, E., Orstavik, R. E., Knudsen, G. P., Ostby, K., Torgersen, S., Myers, J., Kendler, K. S., & Reichborn-Kjennerud, T. (2012). The heritability of avoidant and dependent personality disorder assessed by personal interview and questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(6), 448-457. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01862.x>
- Goulding, Robert, & Mary. (1976). *Injunctions, Decisions and Redecisions*. TA journal.

- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States : Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry, 65*(7), 948-958. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0711>
- Gregory, R. J. (2004). *Psychological testing : History, principles, and applications* (p. xxv, 694). Allyn & Bacon.
- Groder, M. (1977). *Asklepieion : An Integration of Psychotherapies*. Transactional Analysis After Eric Berne.
- Grover, K. E., Carpenter, L. L., Price, L. H., Gagne, G. G., Mello, A. F., Mello, M. F., & Tyrka, A. R. (2007). The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *Journal of Personality Disorders, 21*(4), 442-447. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.4.442>
- Guelfi, J.D, Hardy, P. *Les personnalités pathologiques*. Médecine Sciences Publications, 2013.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A., & Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder : Psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of General Psychiatry, 68*(8), 827-837. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Gutheil, T. G., & Havens, L. L. (1979). The therapeutic alliance : Contemporary meanings and confusions. *International Review of Psycho-Analysis, 6*(4), 467-481.

- Hare, R. D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*, 1(2), 111-119. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(80\)90028-8](https://doi.org/10.1016/0191-8869(80)90028-8)
- Hook, J. N., Hall, T. W., Davis, D. E., Van Tongeren, D. R., & Conner, M. (2021). The Enneagram : A systematic review of the literature and directions for future research. *Journal of Clinical Psychology*, 77(4), 865-883. <https://doi.org/10.1002/jclp.23097>
- Hopwood, C. J., Morey, L. C., Markowitz, J. C., Pinto, A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., Shea, M. T., Yen, S., McGlashan, T. H., Ansell, E. B., Grilo, C. M., & Sanislow, C. A. (2009). The Construct Validity of Passive-Aggressive Personality Disorder. *Psychiatry*, 72(3), 256-267. <https://doi.org/10.1521/psyc.2009.72.3.256>
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy : A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Hyer SE. (1994). *Personality Questionnaire (PDQ-4 plus)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Jackson, H., & Jovev, M. (2013). Personality disorder constructs and conceptualizations. In R. A. Sansone & J. L. Levitt (Éds.), *Personality Disorders and Eating Disorders : Exploring the Frontier* (p. 3-20). Routledge.
- Janca, A., Ustün, T. B., Early, T. S., & Sartorius, N. (1993). The ICD-10 symptom checklist : A companion to the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28(5), 239-242. <https://doi.org/10.1007/BF00788743>

- Janet, P. (2005). *Les obsessions et la psychasthénie : Tome I Analyse des symptômes - Volume I*. Editions L'Harmattan.
- Johansen, M., Karterud, S., Pedersen, G., Gude, T., & Falkum, E. (2004). An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 289-298. <https://doi.org/10.1046/j.1600-0447.2003.00268.x>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 579-587. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.579>
- Kahler, T. (1975). *Drivers : The Key to the Process of Scripts*. TA journal.
- Kahler, T. (1977). *T.A.S.P. Guide for Therapists*. Taibi Kahler Associates, Inc.
- Kahler, T. (1978). *Transactional analysis revisited*. Human Development Publications.
- Kahler, T. (1979). *Process therapy in brief: The clinical application of miniscript* (3rd edition). Human Development Publications.
- Kahler, T. (1982a). *Managing with the Process Communication Model*. Little Rock: Kahler Communications, Inc.
- Kahler, T. (1982b). *Pattern Inventory Validity Studies An overview of studies that examine the validity of the Personality Pattern Inventory*.
- Kahler, T. (1982c). *Personality pattern inventory*. Little Rock: Kahler Communications, Inc.
- Kahler, T. (1982d). *Process Communication Model*. Little Rock: Kahler Communications, Inc.
- Kahler, T. (2010). *Le grand livre de la Process Thérapie* (1er édition). Eyrolles.

- Karpman, S. (1968). *Fairy Tales and Script Drama Analysis*. Transactional Analysis Bulletin.
- Kellett, S., & Hardy, G. (2014). Treatment of paranoid personality disorder with cognitive analytic therapy: A mixed methods single case experimental design. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(5), 452-464. <https://doi.org/10.1002/cpp.1845>
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs. Vol. 1. A theory of personality. Vol. 2. Clinical diagnosis and psychotherapy* (p. xxviii, 1218). W. W. Norton.
- Kendell, R. E. (2002). The distinction between personality disorder and mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 180(2), 110-115. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.2.110>
- Kendler, K. S. (1985). Diagnostic approaches to schizotypal personality disorder: A historical perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 11(4), 538-553. <https://doi.org/10.1093/schbul/11.4.538>
- Kernberg, O. (2007). The almost untreatable narcissistic patient. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(2), 503-539. <https://doi.org/10.1177/00030651070550020701>
- Kernberg, O. (2016). *Les troubles limites de la personnalité*. Dunod.
- Kim, N. S., & Ahn, W. (2002). Clinical psychologists' theory-based representations of mental disorders predict their diagnostic reasoning and memory. *Journal of Experimental Psychology. General*, 131(4), 451-476.
- Kobak, R., Zajac, K., & Smith, C. (2009). Adolescent attachment and trajectories of hostile-impulsive behavior: Implications for the development of personality disorders. *Development and Psychopathology*, 21(3), 839-851. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000455>

- Koch, J., Modesitt, T., Palmer, M., Ward, S., Martin, B., Wyatt, R., & Thomas, C. (2016). Review of pharmacologic treatment in cluster A personality disorders. *The Mental Health Clinician*, 6(2), 75-81. <https://doi.org/10.9740/mhc.2016.03.75>
- Kretschmer, E., & Jankélévitch, S. (1930). *La Structure du corps et le caractère*. Payot.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial Construction of a Maladaptive Personality Trait Model and Inventory for DSM-5. *Psychological medicine*, 42(9), 1879-1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Kushner, S. C., Quilty, L. C., Tackett, J. L., & Bagby, R. M. (2011). The hierarchical structure of the Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP-BQ). *Journal of Personality Disorders*, 25(4), 504-516. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.4.504>
- Lacan, J. (1960). *Le séminaire, Livre VIII, Le transfert*.
- Lagache, D., & Rosenblum, E. (1982). La psychanalyse et la structure de la personnalité. *Bibliothèque de psychanalyse*, 191-237.
- Lahad, M. (2013). *The « Basic Ph » Model of Coping and Resiliency: Theory, Research and Cross-cultural Application*. Jessica Kingsley Publishers.
- Lambert, M. J. (1986). Some implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, 5(1), 16-45.
- Laverdière, O., Ogrodniczuk, J. S., & Kealy, D. (2019). Interpersonal Problems Associated With Passive-Aggressive Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(10), 820-825. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001044>

- Lelord, F., & André, C. (1996). *Comment gérer les personnalités difficiles*. Odile Jacob.
- Lempérière, T., & Hardy, P. (1982). [The hysterical personality]. *La Revue Du Praticien*, 32(13), 879-882 passim.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 62(6), 553-564. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019>
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *The American Journal of Psychiatry*, 151(12), 1771-1776. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.12.1771>
- Linton, R. (1968). *Le fondement culturel de la personnalité*.
- Livesley, W., Jang, K., & Vernon, P. (1998). Phenotypic and Genetic Structure of Traits Delineating Personality Disorder. *Archives of general psychiatry*, 55, 941-948. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.10.941>
- Loas, G., & Corcos, M. (2006). *Psychopathologie de la personnalité dépendante*. Dunod.
- Loranger, A. W., Janca, A., Sartorius, N., & Organization, W. H. (1997). *Assessment and diagnosis of personality disorders: The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE)*. Cambridge : Cambridge University.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R. F., & Ferguson, B. (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51(3), 215-224. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950030051005>

- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1976). Comparative studies of psychotherapies : Is it true that « everybody has won and all must have prizes »? *Proceedings of the Annual Meeting of the American Psychopathological Association*, 64, 3-22.
- Marinangeli, M. G., Butti, G., Scinto, A., Di Cicco, L., Petruzzi, C., Daneluzzo, E., & Rossi, A. (2000). Patterns of comorbidity among DSM-III-R personality disorders. *Psychopathology*, 33(2), 69-74. <https://doi.org/10.1159/000029123>
- Massoubre, C., Bonnefond, H., Grosselin, A., Nelva, A., Pellet, J., & Lang, F. (2009). Étude préliminaire comparative de l'instrument d'évaluation des troubles de la personnalité DIP avec l'entretien semi-structuré SCID-II. *L'Encéphale*, 35(6), 544-553. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.09.007>
- Meissner, W. W. (1996). *The therapeutic alliance*. <http://www.jstor.org/stable/10.2307/j.ctt32bj01>
- Mellsop, G., Varghese, F., Joshua, S., & Hicks, A. (1982). The reliability of axis II of DSM-III. *The American Journal of Psychiatry*, 139(10), 1360-1361. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.10.1360>
- Mihaescu, G., Séchaud, M., & Cottraux, J. (1997). Le questionnaire des schémas cognitifs de Young : Traduction et validation préliminaire. *Encéphale*, 21, 194-199.
- Millon, T. (1981). *Disorders of Personality : DSM-III: Axis II* (1st edition). Wiley.
- Millon, T. (1996). *Disorders of Personality : DSM-IVTM and Beyond* (2nd Edition). John Wiley & Sons.
- Millon, T., & Everly, G. S. (1985). *Personality and Its Disorders : A Biosocial Learning Approach*. Wiley.

- Mlinarcik, J. (1990). *Alcoholic Personality Types Revisited a la Kahler's Process Communication*. The Fielding Institute. Dissertation.
- Morey, L. C. (1988). Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: Convergence, coverage, and internal consistency. *The American Journal of Psychiatry*, 145(5), 573-577. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.5.573>
- Murray, H. A. (1951). Uses of the thematic apperception test. *The American Journal of Psychiatry*, 107(8), 577-581. <https://doi.org/10.1176/ajp.107.8.577>
- Myers, I. B., & McCaulley, M. H. (1985). *Manual : A Guide to the Development and Use of the Myers-Briggs Type Indicator* (Subsequent édition). Consulting Psychologists Pr.
- Näcke, P. (1899). *Die sexuellen Perversitäten in der Irrenanstalt*.
- Nestadt, G., Di, C., Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., Reti, I. M., Costa, P., Eaton, W. W., & Bandeen-Roche, K. (2010). The stability of DSM personality disorders over twelve to eighteen years. *Journal of Psychiatric Research*, 44(1), 1-7.
- O'Donohue, W. (2001). Chapter 6. In *A History of the Behavioral Therapies : Founder's Personal Histories*.
- Oldham, J., & Morris, L. B. (2012). *The New Personality Self-Portrait : Why You Think, Work, Love and Act the Way You Do* (Revised edition). Bantam.
- O'Leary, M. M., Taylor, J., & Eckel, L. (2010). Psychopathic personality traits and cortisol response to stress : The role of sex, type of stressor, and menstrual phase. *Hormones and Behavior*, 58(2), 250-256. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2010.03.009>

- Ottosson, H., Bodlund, O., Ekselius, L., Grann, M., von Knorring, L., Kullgren, G., Lindström, E., & Söderberg, S. (1998). DSM-IV and ICD-10 personality disorders : A comparison of a self-report questionnaire (DIP-Q) with a structured interview. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 13(5), 246-253. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(98\)80013-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(98)80013-8)
- Parloff, M. B. (1979). Can psychotherapy research guide the policymaker? A little knowledge may be a dangerous thing. *The American Psychologist*, 34(4), 296-306. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.34.4.296>
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive Family Process*. Castalia Publishing Company.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1994). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. Souvenir.
- Pfohl, B., LISW, N. B. M., & Zimmerman, M. (1997). *Structured Interview for Dsm-IV Personality : Sidp-IV* (Pck édition). American Psychiatric Association Publishing.
- Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 421-446. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215>
- Quétel, C., & Postel, J. (2004). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Dunod. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00004155>
- Raine, A. (1991). The SPQ : A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17(4), 555-564. <https://doi.org/10.1093/schbul/17.4.555>

- Raine, A. (2006). Schizotypal personality: Neurodevelopmental and psychosocial trajectories. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 291-326.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095318>
- Reber, A. S. (2002). *The Penguin Dictionary of Psychology* (1er édition). Prentice Hall.
- Ribot, T. A. du texte. (1921). *Les maladies de la personnalité (18e édition) / par Th. Ribot,...*
<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k480255z>
- Rogers, C. R. (1989). *The Carl Rogers Reader*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Rogers, C. R. (2001). *L'approche centrée sur la personne*. Ed. Ambre.
- Ronningstam, E. F. (2005). *Identifying and understand the narcissistic personality* (p. xiv, 239). Oxford University Press.
- Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostics*.
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders : A facet level analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1326-1342.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.07.002>
- Samuels, J. (2011). Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 23(3), 223-233.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2011.588200>
- Sanislow, C. A., Little, T. D., Ansell, E. B., Grilo, C. M., Daversa, M., Markowitz, J. C., Pinto, A., Shea, M. T., Yen, S., Skodol, A. E., Morey, L. C., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., & McGlashan, T. H. (2009). Ten-year stability and latent structure of the DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 507-519.

- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Personality disorders: A nation-based perspective on prevalence. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(4), 13-18.
- Schotte, C., Doncker, D., Dmitruk, D., Van Mulders, I., D'Haenen, H., & Cosyns, P. (2004). The ADP-IV Questionnaire : Differential Validity and Concordance with the Semi-Structured Interview. *Journal of personality disorders*, 18, 405-419.
<https://doi.org/10.1521/pedi.18.4.405.40348>
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis* (p. 457).
Appleton-Century.
- Skodol, A. E., Bender, D. S., Morey, L. C., Clark, L. A., Oldham, J. M., Alarcon, R. D., Krueger, R. F., Verheul, R., Bell, C. C., & Siever, L. J. (2011). Personality disorder types proposed for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25(2), 136-169.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.2.136>
- Skodol, A. E., Clark, L. A., Bender, D. S., Krueger, R. F., Morey, L. C., Verheul, R., Alarcon, R. D., Bell, C. C., Siever, L. J., & Oldham, J. M. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I : Description and rationale. *Personality Disorders*, 2(1), 4-22.
<https://doi.org/10.1037/a0021891>
- Spencer, S. W. (2000). *The History of the Process Communication Model in Astronaut Selection*. Cornell University.
- Sperry, L. (2016). *Handbook of the Diagnosis and Treatment of DSM 5 Personality Disorders* (3e édition). Routledge.
- Stansbury, P. (1990a). *Myers-Briggs/Personality Pattern Inventory Research*.

- Stansbury, P. (1990b). *Report of adherence to theory discovered when the Personality Pattern Inventory was administered twice*. Baton Rouge.
- Steiner, C. (1966). *Scripts et Counterscripts*. Transactional Analysis Bulletin.
- Stern, A. (1938). Borderline group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.
- Stiles, W., Shapiro, D., & Elliott, R. (1986). Are All Psychotherapies Equivalent? *The American psychologist*, 41, 165-180. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.165>
- Tenenbaum, S., Laugero, D., & Cavé, F. (2014). *L'ennéagramme - Connaissance de soi et développement personnel : Connaissance de soi et développement personnel* (2e édition). InterEditions.
- Torgersen, S., Czajkowski, N., Jacobson, K., Reichborn-Kjennerud, T., Røysamb, E., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2008). Dimensional representations of DSM-IV cluster B personality disorders in a population-based sample of Norwegian twins : A multivariate study. *Psychological Medicine*, 38(11), 1617-1625. <https://doi.org/10.1017/S0033291708002924>
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590-596. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>
- Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P., & Siever, L. J. (2012). Schizoid personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 919-926. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.6.919>
- Trull, T., Widiger, T., Ueda, J., Holcomb, J., Doan, B.-T., Axelrod, S., Stern, B., & Gershuny, B. (1998). A structured interview for the assessment of the Five-Factor Model of Personality. *Psychological Assessment*, 10, 229-240.

- Tudor, K., Widdowson, M., & Grégoire, J. (2011). Du processus du client au processus thérapeutique : Une critique du modèle du processus et de la théorie des adaptations de personnalité. *Actualités en analyse transactionnelle*, 138(2), 1. <https://doi.org/10.3917/aatc.138.0001>
- Tyrer, P., Morgan, J., & Cicchetti, D. (2004). The Dependent Personality Questionnaire (DPQ) : A screening instrument for dependent personality. *The International Journal of Social Psychiatry*, 50(1), 10-17. <https://doi.org/10.1177/0020764004038754>
- Verdon, B. (2012). *SIGMUND FREUD*, « Les névropsychoses de défense » (1894) « Nouvelles remarques sur les névropsychoses de défense » (1896), *Œuvres complètes , Psychanalyse , vol. III, Paris, PUF, 1-18 et 121-146* (p. 15). <https://doi.org/10.3917/dunod.chagn.2012.02.0015>
- Volkert, J., Gablonski, T.-C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries : Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 213(6), 709-715. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.202>
- Vuailat, S. (2003). La personnalité schizoïde : L'apport original de Fairbairn. *L'Évolution Psychiatrique*, 68(3), 409-420. [https://doi.org/10.1016/S0014-3855\(03\)00086-0](https://doi.org/10.1016/S0014-3855(03)00086-0)
- Wakefield, J. (2008). The Perils of Dimensionalization : Challenges in Distinguishing Negative Traits from Personality Disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 31, 379-393, v. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.009>
- Ware, P. (1983). Personality Adaptations : (Doors to Therapy). *Transactional Analysis Journal*, 13(1), 11-19. <https://doi.org/10.1177/036215378301300104>
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20(2), 158-177.

- Wetzler, S., & Morey, L. C. (1999). Passive-aggressive personality disorder : The demise of a syndrome. *Psychiatry*, 62(1), 49-59.
<https://doi.org/10.1080/00332747.1999.11024851>
- Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder : Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, 19(2), 110-130. <https://doi.org/10.1521/pedi.19.2.110.62628>
- Winnicott, D. W. (1960). *Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux « self »*.
- Woodruff, R. A., Goodwin, D. W., & Guze, S. B. (1974). *Psychiatric diagnosis* (p. xii, 221). Oxford University Press.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L., & O'Brien, C. P. (1985). Sociopathy and psychotherapy outcome. *Archives of General Psychiatry*, 42(11), 1081-1086.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790340059009>
- World Health Organization. (2020). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema Therapy : A Practitioner's Guide*. Guilford Press.
- Young, J. E., Weishaar, M. E., & Klosko, J. S. (2017). *La thérapie des schémas : Approche cognitive des troubles de la personnalité*. De Boeck Supérieur.
- Zagury, D. (2008). Humeur : Les troubles de la personnalité sont-ils des maladies mentales ? *L'information psychiatrique, Volume 84(1)*, 11-13.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, *169*(5), 476-483. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11101550>

Zanarini, M., Frankenburg, F., Hennen, J., Reich, D., & Silk, K. (2006). Prediction of the 10-Year Course of Borderline Personality Disorder. *The American journal of psychiatry*, *163*, 827-832. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.5.827>

Zimmerman, M., & Galione, J. (2010). Psychiatrists' and nonpsychiatrist physicians' reported use of the DSM-IV criteria for major depressive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *71*(3), 235-238. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04940blu>

Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(10), 1911-1918. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1911>

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de la Faculté

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2020/2021

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : CHÉDEVILLE Rémi

TITRE DE LA THÈSE : Le Process Communication Modèle comme outil d'évaluation et de prise en charge : Application aux troubles de la personnalité

RESUMÉ DE LA THESE EN FRANÇAIS :

Les troubles de la personnalité figurent comme l'un des troubles psychiatriques les plus fréquents, mais également comme l'un des plus difficiles à traiter du fait de l'absence de stratégie thérapeutique bien définie et de l'importance de la relation thérapeutique pourtant mise à mal dans ce type de pathologie. Le but de ce travail est de décrire et d'évaluer si le Process Communication Modèle développé par Taibi Kahler pourrait être un outil d'évaluation et de traitements dans les troubles de la personnalité, permettant ainsi d'ouvrir de nouvelles pistes de prise en charge. Outil d'amélioration de la communication et d'évaluation prometteur, son apparition dans le domaine médical et dans le champ de la recherche reste encore limitée et bénéficierait d'études supplémentaires.

MOTS CLÉS : Trouble de la personnalité ; Process Communication Modèle ; prise en charge ; évaluation ; communication ; relation thérapeutique.

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : The Process Communication Model as an assessment and management tool: Application to personality disorders

RESUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Personality disorders appear as one of the most frequent psychiatric disorders, but also as one of the most difficult to treat due to the absence of a well-defined therapeutic strategy and the importance of the therapeutic relationship, however put in place. to harm in this type of pathology. The aim of this work is to describe and assess whether the Process Communication Model developed by Taibi Kahler could be an assessment and treatment tool in personality disorders, thus opening up new avenues of care. A promising tool for improving communication and evaluation, its appearance in the medical field and in the field of research is still limited and would benefit from further study.

KEY WORDS : Personality trouble ; Process Communication Model; supported ; evaluation; communication; therapeutic relationship.