

Personnalité, pathologies cognitives et troubles du comportement : un continuum ?

Links between personality, cognitive disorders, and behavioral disturbances

J.M. Dorey*, C. Padovan*

Les pathologies cognitives, au premier rang desquelles se situe la maladie d'Alzheimer, sont fréquentes chez les sujets de plus de 65 ans, et leur prévalence augmente avec l'âge (1). Plus que le déclin cognitif ou la perte d'autonomie, la difficulté de prise en charge et d'accompagnement des patients est essentiellement associée à l'existence de perturbations comportementales ou affectives, habituellement désignées sous le terme générique de symptômes comportementaux et psychologiques des démences (SCPD). Ces SCPD, très divers dans leurs manifestations, sont, dans la population des patients déments, présents dans 50 à 90 % des cas (2) et s'accroissent avec l'évolution du déclin cognitif. Il peut s'agir aussi bien de comportements dits perturbateurs comme l'agitation, l'agressivité ou les idées délirantes que de symptômes silencieux tels que l'apathie ou la dépression. La précocité de leur survenue, leur fréquence et leur intensité sont associées à une évolution péjorative de la maladie avec, bien souvent, des conséquences majeures sur les aidants et l'entourage familial. L'un des enjeux de la prise en charge des sujets souffrant de pathologies cognitives repose sur une meilleure compréhension des processus impliqués dans la genèse des SCPD et du rôle que pourraient jouer les facteurs de personnalité.

Approche bio-psychosociale des pathologies cognitives

Une vision strictement neurobiologique consisterait à considérer les SCPD comme la conséquence

directe des lésions neuropathologiques, avec des sémiologies variables en fonction de leur localisation et de leur extension. Ainsi, nous savons que les troubles dysexécutifs, les levées d'inhibition et les perturbations des conduites sont très étroitement liés à des dysfonctionnements frontaux. Pour autant, ce corrélat anatomo-clinique n'apparaît pas un modèle explicatif exclusif et suffisant pour rendre compte de la complexité et de la variabilité des SCPD. L'observation clinique met en évidence d'importantes disparités entre individus, certains pouvant présenter des troubles sévères dès le stade débutant de la maladie, alors que d'autres restent paisibles, avec un niveau d'adaptation parfois stupéfiant à un stade évolutif sévère. D. Snowden, dans l'étude longitudinale *Nun Study* s'intéressant au vieillissement d'une population de 678 nonnes américaines, souligne qu'il n'existe pas toujours de concordance anatomopathologique entre la gravité des lésions neurodégénératives et les perturbations cognitives (3).

Depuis plusieurs années, une approche bio-psychosociale des pathologies cognitives tend à se développer. Elle propose de dépasser le paradigme médical en prenant en compte l'ensemble des éléments pouvant concourir à moduler l'expression comportementale de ces pathologies cognitives. Dans cette mouvance, T. Kitwood propose un modèle intégratif sous la forme d'une équation où la présentation de la démence (D) serait la résultante des facteurs de personnalité (P), de la biographie (B), de la santé physique (SP), des lésions neurologiques (LN) et

* Service du professeur T. D'Amato, hôpital Le Vinatier, Bron.

Mots-clés

Démence
Personnalité
Névrosisme
Trouble
du comportement

Résumé

Les pathologies cognitives sont des affections fréquentes du sujet âgé. La difficulté de leur prise en charge est surtout conditionnée par l'existence et l'intensité des troubles du comportement. Certains profils de personnalité pourraient être des facteurs de risque d'évolution démentielle et, une fois la maladie installée, contribuer à favoriser l'émergence de certains troubles du comportement. La prise en considération de la personnalité antérieure est un élément clinique permettant de mieux comprendre les troubles du comportement et de mieux déterminer les approches thérapeutiques non médicamenteuses.

Summary

Cognitive disorders are frequent in subjects over 65 and prevalence increases with age. More than the cognitive deterioration and loss of autonomy, difficulties in managing these patients are mainly due to the presence of behavioral disturbances. Traditionally, behavior disorders in people with dementia were seen as the consequence of the degeneration of the brain. It has also been suggested that personality may be a risk factor of dementia, or may favor the arisen of certain behavior disorders. Taking into account premorbid personality could lead to a better understanding of behavior disturbances, and to a better targeting of non pharmacological therapeutic approaches.

Keywords

Dementia
Personality
Nevrosism
Behavior disorders

de la psychologie sociale (PS) [D = P + B + SP + LN + PS] (4). Cette approche qui replace les facteurs individuels et psychologiques au cœur du processus démentiel peut sembler évidente, mais est encore trop souvent négligée ou placée en arrière-plan dans les stratégies de soins. Si les moyens d'intervention sur le substrat anatomique et lésionnel de la détérioration cognitive restent à ce jour limités, comme le prouve l'efficacité modeste des traitements spécifiques contre la démence, il serait en revanche possible de modifier le cours évolutif de la maladie et plus particulièrement des SCPD en tenant compte des facteurs psychologiques et sociaux ou en agissant spécifiquement sur eux (5). Dans la continuité du modèle bio-psychosocial, l'étude des liens entre personnalité et démence trouve alors tout son intérêt.

La personnalité est-elle un facteur de risque de pathologie cognitive ?

Les auteurs d'inspiration psychanalytique, notamment G. Le Gouès (6), avaient déjà souligné depuis longtemps l'importance de l'organisation de la personnalité quant au commencement et à l'évolution des maladies neurodégénératives. Depuis une vingtaine d'années, les liens entre personnalité, événements de vie, traumatismes et démence ont fait l'objet d'un nombre croissant de publications. Les événements psychosociaux négatifs, survenus au cours de l'enfance, en particulier, constitueraient un facteur de risque d'évolution démentielle (7). La qualité du vieillissement cognitif pourrait aussi être en partie conditionnée par le profil de personnalité. Dans la littérature, la plupart des travaux portant sur ce sujet utilisent le modèle des 5 facteurs qui décrit la personnalité à travers 5 dimensions (8) : agréabilité, extraversion, conscience, névrosisme et ouverture à l'expérience. Le névrosisme, qui se définit comme la tendance à éprouver facilement des émotions négatives, est la dimension la plus étudiée. Il est maintenant fortement établi qu'il existe une association entre un haut niveau de névrosisme et une vulnérabilité accrue aux troubles psychiatriques. En ce qui concerne les pathologies

cognitives, un haut niveau de névrosisme associé à un bas niveau d'extraversion ou à un haut niveau de détresse psychologique constitueraient un facteur de risque de démence (9, 10). A contrario, un niveau élevé de conscience (personnes consciencieuses et organisées) [11] ou un haut niveau d'extraversion associé à un bas niveau de névrosisme (12) seraient des facteurs protecteurs. J. Clément propose une approche intégrative des liens entre personnalité, événements psychosociaux et démence (13). Les individus à haut niveau de névrosisme seraient plus sensibles au stress, ce qui aurait pour conséquence une hyperactivation chronique de l'axe hypothalamohypophysaire, entraînant une sécrétion excessive de cortisol à l'origine d'une toxicité hippocampique, d'où un risque majoré de développer une pathologie cognitive.

Effet de la personnalité sur les symptômes comportementaux et psychologiques des démences

Pour les sujets chez lesquels une détérioration cognitive est déjà installée, les interactions entre personnalité et cognition sont à l'origine de nombreux biais d'évaluation. D'une part, le processus démentiel modifie la présentation de la personnalité en s'attaquant directement au support biologique de l'appareil psychique ; d'autre part, il existerait un effet pathoplastique de la personnalité sur les SCPD (14).

Plusieurs publications suggèrent que la maladie d'Alzheimer s'accompagnerait, dès le stade débutant, d'une accentuation du névrosisme, d'une diminution de l'ouverture à l'expérience mais d'une persistance de l'agréabilité (15, 16).

Ces modifications ne semblent cependant pas totalement redéfinir la personnalité, qui conserverait une relative stabilité au niveau de son organisation structurelle et hiérarchique (17). Ainsi, l'individu conserverait des modalités de fonctionnement et d'adaptation dans la continuité de sa personnalité antérieure, ce qui rendrait compte de la singularité et de la grande hétérogénéité clinique des syndromes démentiels

d'un individu à l'autre. L'effet pathoplastique de la personnalité sur les SCPD a fait l'objet de quelques publications. N. Auguste et al., à partir d'un travail portant sur 100 sujets déments à différents stades d'évolution, ont mis en évidence une association entre les traits de personnalité prémorbides définis selon les critères du DSM-IV et la typologie des troubles du comportement (18). Les patients avec une majorité de traits de personnalité du cluster A (structure psychotique) avaient un risque majoré de développer des idées délirantes tandis que les traits de personnalité du cluster C (structure névrotique) étaient plus à risque de dépression. N. Archer et al., à partir d'une étude portant sur 208 patients atteints de maladie d'Alzheimer et présentant des SCPD mesurés à l'aide de l'échelle NPI (*Neuropsychiatric Inventory*), confirment un effet de la personnalité prémorbide sur le comportement (19). Dans cette étude, le névrosisme était associé au score total de la NPI et à la symptomatologie anxieuse, tandis que l'agréabilité était négativement corrélée à l'agitation et à l'irritabilité. H. Osborne et al., dans une revue de la littérature regroupant uniquement des travaux évaluant la personnalité à l'aide du modèle à 5 facteurs, retrouvent une association significative entre personnalité et SCPD dans plus de 70 % des études sélectionnées (20). Plus spécifiquement, ces auteurs soulignent la corrélation forte qui existerait entre un haut niveau de névrosisme prémorbide et l'existence de troubles affectifs, d'agressivité et de perturbations comportementales. Il semblerait que l'extraversion soit corrélée positivement à certains SCPD comme les déambulations et les hallucinations, et négativement aux autres troubles du comportement. Enfin, un haut niveau d'agréabilité se caractériserait par le maintien de meilleures performances dans les relations interpersonnelles et dans les capacités de coopération.

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence sont-ils des mécanismes d'adaptation ?

La littérature récente conforte les données des observations cliniques et psychodynamiques plus anciennes, qui insistent sur l'influence manifeste de la personnalité sur le cours évolutif des pathologies cognitives (21). P.M. Charazac invite à appréhender les SCPD non pas du dehors, selon une

approche descriptive et analytique, mais du dedans, en tenant compte des dynamiques psychiques propres au sujet (22). Il apparaît essentiel de ne pas uniquement considérer les aspects perturbateurs et/ou déficitaires des SCPD, mais de les concevoir aussi comme une modalité d'adaptation et d'expression en relief, réactionnelle aux contraintes générées par la maladie, et en lien avec l'histoire de vie et la personnalité antérieure. À titre d'exemple, les délires de vol ou d'effraction, communément rencontrés dans la maladie d'Alzheimer, relèvent d'une organisation et d'une psychopathologie différentes de celles décrites dans les troubles psychotiques du sujet jeune. Confronté à ses oublis et à sa défaillance cognitive, le sujet va, à travers l'expérience délirante, construire une néoréalité qui redonne du sens et une explication rassurante à un environnement qui lui échappe. L'apathie, un des symptômes comportementaux les plus fréquents et les plus précoces de la maladie d'Alzheimer, qui se caractérise par une perte d'initiative spontanée, peut aussi bien être sous-tendue par un dysfonctionnement sous-cortico-frontal que par un mécanisme de mise en retrait destiné à échapper à des stimulations auxquelles le sujet ne parviendrait plus à répondre. Ces mécanismes de *coping* s'avèrent adaptatifs, dans le sens où ils protègent l'appareil psychique du stress induit par sa désorganisation cognitive. En revanche, il en découle aussi un risque de désadaptation au niveau des relations interpersonnelles et sociales, avec des répercussions négatives sur l'entourage et la mise en œuvre des soins. M. Bahro et al. ont décrit différentes stratégies de *coping* chez les sujets souffrants de démence : le déni, l'externalisation (attribution de ses problèmes aux autres), la somatisation (attribution de ses problèmes à une maladie physique) et l'autodépréciation (23). L'intensité des SCPD, reflets de ces stratégies de *coping*, semble d'autant plus importante qu'il existait un trouble antérieur de la personnalité. La prise de conscience et la compréhension par les aidants et les institutions du fonctionnement psychoaffectif du malade peuvent aider à mieux respecter et à contenir ces mécanismes de défense et, ainsi, à limiter l'émergence ou l'aggravation de certains SCPD.

Perspectives : cibler des prises en charge en fonction de la personnalité ?

Sur le plan thérapeutique, il n'existe à ce jour pas de prise en charge standardisée des SCPD. Le recours

Annoncez vous !

Contactez Valérie Glatin
au 01 46 67 62 77
ou faites parvenir
votre annonce par mail
à vglatin@edimark.fr

aux psychotropes, encore trop fréquent, s'accompagne régulièrement d'effets indésirables, avec une balance bénéfique/risque que l'on sait défavorable. Les recommandations conseillent de limiter le recours aux psychotropes et de favoriser les stratégies non médicamenteuses : réminiscence, stimulation cognitive, musicothérapie, relaxation, massage, exercice physique, etc. Une méta-analyse récente met en avant les disparités méthodologiques et les résultats contrastés de ces diverses approches, tout en suggérant cependant qu'elles peuvent avoir des effets bénéfiques sur l'humeur, les troubles du comportement ou la qualité de vie (24). Afin d'améliorer l'engagement des patients et par conséquent l'efficacité de ces techniques de soins alternatives, certains auteurs défendent la nécessité de prendre

le plus possible en considération la personnalité à travers ses principales dimensions. L'objectif recherché est de mieux cibler les interventions en tenant compte des besoins, des attentes et du profil psychoaffectif (25). En fonction du niveau d'extraversion, il serait par exemple possible de privilégier les activités groupales (haut niveau d'extraversion) ou individuelles (bas niveau d'extraversion). Le niveau d'ouverture déterminerait surtout la nature des activités proposées, soit artistiques et créatives (haut niveau d'ouverture), soit conventionnelles (bas niveau d'ouverture) [26].

Ces prises en charge sélectionnées en fonction de la personnalité sont séduisantes et prometteuses dans leur principes, mais mériteraient néanmoins d'être validées par des études ultérieures. ■

Références bibliographiques

1. Helmer C, Pérès K, Letenneur L et al. Dementia in subjects aged 75 years or over within the PAQUID cohort: prevalence and burden by severity. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006;22:87-94.
2. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT, Norton MC, Steffens DC, Breitner JC. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *Am J Psychiatry* 2000;157:708-14.
3. Snowdon DA. Healthy aging and dementia: findings from the Nun Study. *Ann Intern Med* 2003; 139 (5 Pt 2): 450-4.
4. Kitwood T. Towards a theory of dementia care: the interpersonal process. *Ageing Soc* 1993;13:51-67.
5. Spector A, Orrell M. Using a biopsychosocial model of dementia as a tool to guide clinical practise. *Int Psychogeriatr* 2010;22(6):957-65.
6. Le Gouès G. La psychopathologie de la démence et ses conséquences sur l'entourage. *Confrontations Psychiatriques* 1991;33:87-97.
7. Clément JP, Darthout N, Nubukpo P. Événements de vie, personnalité et démence. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2003;1(2):129-38.
8. Costa PT, Mc Crae RR. The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *J Personal Disord* 1992;6:343-59.
9. Crowe M, Andel R, Pedersen NL, Fratiglioni L, Gatz M. Personality and risk of cognitive impairment 25 years later. *Psychol Aging* 2006;21:573-80.
10. Wilson RS, Evans DA, Bienias JL, Mendes de Leon CF, Schneider JA, Bennett DA. Proneness to psychological distress is associated with risk of Alzheimer's disease. *Neurology* 2003;61:1479-85.
11. Wilson RS, Schneider JA, Arnold SE, Bienias JL, Bennett DA. Conscientiousness and the incidence of Alzheimer disease and mild cognitive impairment. *Arch Gen psychiatry* 2007;64:1204-12.
12. Wang HX, Karp A, Herlitz A et al. Personality and lifestyle in relation to dementia incidence. *Neurology* 2009;72(3):253-59.
13. Clément JP, Teïssier MP. Personnalité et risque de démence. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2010;8(4):243-54.
14. Von Gunten A, Pocnet C, Rossier J. The impact of personality characteristics on the clinical expression in neurodegenerative disorder – A review. *Brain Res Bull* 2009;80(4-5):179-91.
15. Robins Wahlin TB, Byrne GJ. Personality changes in Alzheimer's disease: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011;26(10):1019-29.
16. Pocnet C, Rossier J, Antonietti JP, von Gunten A. Personality changes in patients with beginning Alzheimer disease. *Can J Psychiatry* 2011;56(7):408-17.
17. Dawson DV, Welsh-Bohmer KA, Siegler IC. Premorbid personality predicts level of rated personality change in patients Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2000;14:11-9.
18. Auguste N, Federico D, Dorey JM et al. Particularités sémiologiques des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence en fonction de la personnalité antérieure, de l'environnement familial et de la sévérité de la démence. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2006;4(3):227-35.
19. Archer N, Richard G, Brown RG et al. Premorbid personality and behavioural and psychological symptoms in probable Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15(3):202-13.
20. Osborne H, Simpson J, Stokes G. The relationship between pre-morbid personality and challenging behaviour in people with dementia: a systematic review. *Ageing Ment Health* 2010;14(5):503-15.
21. Coreau-Guillier S, Villerbu LM. Facteurs psychoaffectifs de la démence ; d'une hypothétique psychogenèse de la démence. *NPG* 2006;6(35):29-35.
22. Charazac PM. Comprendre la crise de la vieillesse. Paris: Dunod 2005;90-2.
23. Bahro M, Silber E, Sunderland T. How do patients with Alzheimer's disease cope with their illness? A clinical experience report. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:41-6.
24. Olazarán J, Reisberg B, Clare L et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010;30:161-78.
25. Kolanoski AM, Richards KC. Introverts and extraverts: leisure activity behavior in persons with dementia. *Activities, adaptation and aging* 2002;26(4):1-16.
26. Kolanoski A, Buettner L. Prescribing activities that engage passive residents. An innovating method. *J Gerontol Nurs* 2008;34(1):13-8.