



**TROUBLES DE COMPORTEMENT
ET TROUBLES DE PERSONNALITÉ CHEZ LA
CLIENTÈLE ÂGÉE : UNE DÉMARCHE CLINIQUE EN
SOINS INFIRMIERS**

Claire Bonin, inf. M. Sc., infirmière consultante en gériopsychiatrie

Lucie Côté, inf. B. Sc., conseillère clinicienne en soins infirmiers

CSSS-IUGS

AVRIL 2006

**TROUBLES DE COMPORTEMENT ET
TROUBLES DE PERSONNALITÉ CHEZ LA CLIENTÈLE ÂGÉE :
UNE DÉMARCHÉ CLINIQUE EN SOINS INFIRMIERS
CLAIRE BONIN, INFIRMIÈRE CONSULTANTE EN GÉRONTOPSYCHIATRIE
LUCIE CÔTÉ, INFIRMIÈRE, CONSEILLÈRE CLINICIENNE EN SOINS INFIRMIERS**

PROBLÉMATIQUE CLINIQUE

Les intervenants qui travaillent, auprès d'une clientèle âgée ayant un trouble de la personnalité, constatent fréquemment à quel point l'intervention et le mode de relation s'avèrent complexes et exigeants. En effet, ces intervenants rapportent que l'investissement thérapeutique auprès de ce groupe est considérable et les approches habituelles souvent inefficaces. Il est troublant de jouer un rôle d'aidant auprès d'une personne qui démontre des attitudes négatives, des réactions imprévues ou encore une non-compliance au traitement. De plus, bien souvent ces mêmes intervenants sont confrontés avec l'épuisement vécu par l'entourage de la personne et la présence de dynamiques interpersonnelles insatisfaisantes et établies de longue date.

Dans notre travail comme infirmière clinicienne et infirmière consultante en gérontopsychiatrie, nous avons à plusieurs reprises observé cette problématique. Pour notre part, notre intervention porte auprès de la clientèle vivant dans la communauté ou en milieu d'hébergement et de son entourage, incluant les proches et les intervenants. Notre expérience nous a permis de constater à quel point la perte d'autonomie occasionne des répercussions majeures chez la personne âgée souffrant d'un désordre de la personnalité de même qu'auprès de son entourage. Devant ce constat, nous avons voulu explorer davantage cette problématique afin de préciser les stratégies d'interventions les plus aidantes.

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Clément et Darthout (2002) expliquent que le tempérament représente l'inné et est l'expression des facteurs biologiques, physiologiques et génétiques. D'autre part, le caractère comprend les acquis et les apprentissages. Pour ces auteurs, la personnalité serait à la fois le témoin et l'actrice de l'interaction entre l'inné et l'acquis. La personnalité représente les pensées, les sentiments et les comportements qui caractérisent les types d'adaptation et le style de vie.

La personnalité est donc la synthèse de tous les éléments qui concourent à la conformation mentale du sujet. Elle se caractérise par son unité et par sa continuité, ce qui permet à l'individu de rester lui-même durant son existence. On parle de trouble de la personnalité lorsque les traits prédominants et durables sont marqués par des comportements en dehors des normes (Wertheimer, 1997). Le tableau I présente les différents désordres de la personnalité décrits dans le DSM-IV.

Il existe encore peu d'études portant spécifiquement sur les troubles de la personnalité chez la personne âgée. On parle d'une prévalence variant entre 2.8 à 11 % (Gurland et Cross, 1982) mais celle-ci diminue chez l'aîné (Casey, 1998 et Kroessier, 1990). Par ailleurs, plusieurs auteurs dont Abrams et Horowitz (1996) notent que la présence des symptômes chez l'aîné diffère des critères décrits dans les catégories du DSM-IV. Ainsi, l'impulsivité de la personne "borderline" est peu fréquente chez la personne âgée (Abrams et al, 1994) alors qu'on rencontre davantage de personnalité de type C ayant des comportements d'obsession et de dépendance (Abrams et Horowitz, 1996). D'autres études au contraire font état d'une augmentation des personnalités du type A avec les présentations paranoïdes et schizoïdes (Christensen et Blazer, 1984). Les situations de crise liées au vieillissement, notamment la maladie, les deuils, l'entrée en institution contribuent à intensifier certaines symptomatologies du trouble de la personnalité. On fait souvent état de trouble de la personnalité non spécifique chez la personne âgée (Abrams et al, 1994 et Kunik et al, 1993).

Des auteurs dont Green (1997) ont identifié certaines caractéristiques individuelles suggérant la présence d'un trouble de la personnalité chez la personne âgée. Il s'agit de la tendance chez la personne à la critique et au blâme de même qu'à la tendance à la victimisation. Ces individus sont davantage centrés sur leur propre besoin, font preuve d'une capacité d'introspection limitée et ont grand besoin d'être en contrôle. Leur compliance au traitement est difficile à obtenir malgré le fait qu'ils soient souvent de grands consommateurs du système de la santé. L'anxiété, la méfiance et la somatisation sont des manifestations que l'on rencontre régulièrement. Le tableau suivant résume les caractéristiques individuelles spécifiques à la personne âgée et suggérant un désordre de la personnalité.

LES RÉPERCUSSIONS

La recension des écrits permet de mettre en évidence qu'il s'agit d'une problématique ayant des répercussions multiples. Lorsqu'une personne âgée présente un désordre de la personnalité, les auteurs consultés rapportent que les proches sont susceptibles de vivre des sentiments d'épuisement, de culpabilité, de frustration et de colère. Leur rôle d'aidant naturel est souvent mis à rude épreuve en raison des responsabilités accrues et des difficultés relationnelles vécues avec leur parent. Ces difficultés sont issues de dynamiques interpersonnelles insatisfaisantes présentes de longue date. Les inquiétudes de la famille quant à l'avenir sont au centre de leurs préoccupations quotidiennes rendant l'équilibre de la relation très précaire.

Quant aux intervenants, ils se sentent souvent déstabilisés quant aux agissements de la personne et de sa réponse négative à l'aide que ceux-ci tentent de lui apporter. Le phénomène de clivage s'avère fréquent. Les intervenants et les soignants vivent souvent des sentiments de frustration, de colère, d'incompétence, d'échec et d'épuisement face à la personne âgée ayant un trouble de la personnalité et ce, bien que celle-ci soit au centre de leurs préoccupations.

Tariot et al (1993) remarquent pour leur part que la problématique des troubles de la personnalité chez la personne âgée est peu connue, explorée et diagnostiquée. Les recherches comparatives et longitudinales sont nettement insuffisantes. Ces mêmes auteurs reconnaissent que l'évaluation s'avère compliquée en raison des variantes de la présentation des désordres et de la rareté des outils diagnostiques d'où la difficulté selon nous à cerner les approches requises.

QUE FAIRE ?

Bien que la majorité des auteurs consultés font le constat que la clientèle âgée ayant un trouble de la personnalité exige de la part de leur entourage un investissement considérable, que les approches sont difficiles à cibler, que l'épuisement représente une conséquence fréquente, il existe encore peu de démarches spécifiques à cette problématique clinique.

À l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (I.U.G.S.), nous avons développé une démarche clinique permettant de mieux composer avec les situations complexes en lien avec la clientèle âgée présentant des caractéristiques individuelles et des comportements dysfonctionnels suggérant un désordre de la personnalité.

CONCEPTS THÉORIQUES

Deux concepts théoriques sous-tendent la démarche clinique. Il s'agit des concepts de **co-victimisation** et de **coping**.

La co-victimisation étudiée par Davenport (1999) s'intéresse à la nature des relations dites toxiques entre la personne âgée et son entourage. Cette chercheuse stipule que la relation interpersonnelle est au cœur de la problématique et qu'il importe d'ajuster les interventions de l'entourage (famille, intervenants) pour diminuer l'expression des comportements dysfonctionnels exprimés par la personne âgée. Les travaux de Davenport

tendent donc à démontrer que la toxicité de la relation s'atténue ou se modifie si la perception et les agirs de l'entourage se modifient également. Pour ce faire, il importe entre autres d'identifier la relation dysfonctionnelle, d'augmenter la compréhension de la dynamique relationnelle, de modifier la perception de l'entourage par rapport aux agirs de la personne âgée ainsi que la façon d'être en contact avec celle-ci. Les mécanismes de protection sont aussi des éléments importants de cette approche. Le tableau suivant résume les principaux éléments de cette approche. (*Tableau II*)

Le concept «**coping**» de Lazarus et Folkman est ainsi décrit : «L'appréciation cognitive primaire consiste à l'évaluation des situations et permet de déterminer si la situation est jugée stressante ou non stressante. Lorsqu'il s'agit d'une situation de stress, celle-ci peut être perçue comme une situation de perte, de menace ou de défi. L'appréciation cognitive secondaire consiste à la mise en place des mécanismes de **coping** ou des stratégies pour faire face à la situation, de façon à diminuer la sensation de stress et ainsi augmenter le sentiment de bien-être et de contrôle. Selon le cas, les stratégies adaptatives utilisées pourront varier d'une personne à l'autre. Il peut s'agir de stratégies de résolution de problèmes, c'est-à-dire centrées sur l'action ou de stratégies de compétence émotionnelle permettant de diminuer la sensation de stress. On parle alors de moyens d'ordre cognitif par exemple, l'utilisation d'un discours intérieur. On peut également observer des stratégies liées aux compétences sociales faisant appel à la recherche d'aide extérieure et à l'utilisation de celle-ci. La réévaluation est le dernier processus cognitif qui permet de déterminer si la sensation de stress est atténuée et si les moyens utilisés ont permis d'augmenter le sentiment de bien-être et de contrôle.

Ce concept "**coping**" consiste donc en la capacité d'évaluer une situation de stress et à mettre en place des stratégies adaptatives efficaces pour y faire face (Lazarus et Folkman, 1994). Notre mode de **coping**, sera alors influencé à la fois par des processus conscients et inconscients et par des facteurs internes et externes. On réfère entre autres aux expériences antérieures, aux types de personnalité, aux défenses psychologiques de la personne et aux peurs inconscientes du passé.

LA DÉMARCHE CLINIQUE

Cette démarche clinique s'adresse principalement aux familles et aux soignants et ce, bien que la personne âgée soit au cœur de nos préoccupations et que le but ultime consiste à une amélioration de son bien-être et à une diminution de la symptomatologie du trouble de la personnalité. Cette démarche comporte quatre temps.

Le premier temps, appelé **conscientisation**, consiste à reconnaître la problématique existante, à identifier qu'il s'agit d'une problématique complexe où il existe des dynamiques relationnelles dysfonctionnelles. Il importe également pour les proches, les intervenants d'identifier et de reconnaître que la recherche de solutions pour aider est compliquée et que les habiletés habituelles de **coping** s'avèrent insuffisantes. Cette étape, la **conscientisation**, est favorisée par le partage des difficultés vécues. Des rencontres avec les proches et avec les intervenants impliqués auprès de la personne âgée représente le moyen utilisé pour permettre ce partage. L'animation doit donc être menée de façon à éviter les dérapages et à permettre l'expression des sentiments dans un esprit positif.

La collecte de données constitue le deuxième temps de cette démarche. Il s'agit d'une évaluation en soins infirmiers qui complète l'évaluation médicale et s'il y a lieu, l'évaluation multidisciplinaire. Cette évaluation porte principalement sur le fonctionnement actuel et antérieur de la personne et sur son histoire de vie. Les informations colligées auprès de la personne et des soignants sont en lien avec les attitudes comportementales de la personne, leur présentation et leur fréquence de même que les éléments précipitants. Les données concernant le vécu antérieur et obtenues auprès des proches concernent les traits de la personnalité, les caractéristiques des relations interpersonnelles de la personne âgée ainsi que les mécanismes adaptatifs qu'elle a utilisés tout au long de sa vie. La perception des intervenants et des proches face aux attitudes manifestées par l'aîné, représente également un aspect important dans le recueil des informations. La démarche d'évaluation permet en bout de ligne de clarifier les traits de la personnalité, les modes de relations interpersonnelles ainsi que les stratégies

adaptatives individuelles. L'information concernant les différents modes d'évaluation en soins infirmiers est décrite à l'annexe I. (*Tableau III*)

L'élaboration d'un **plan d'actions** se situe au troisième temps. Le plan d'actions s'intéresse particulièrement aux modes relationnels qu'entretiennent les soignants et les membres de la famille avec la personne âgée. Il importe que l'entourage soit sensibilisé aux modes de communication de la personne atteinte d'un désordre de la personnalité et reconnaisse l'expression de la souffrance de celle-ci. Cette étape rend possible l'identification des attitudes aidantes que l'entourage doit adopter. Le consensus pour ajuster leur approche est alors facilitée et les actions ciblées sont directement liées à la personne. Le rôle de l'infirmière consultante consiste à rencontrer les équipes soignantes, à dispenser l'information sur les résultats de l'évaluation de façon à cibler les interventions aidantes. Le plan est discuté en équipe afin que tous y adhèrent puis ensuite rédigé pour faciliter la consultation. Il s'avère ici essentiel de viser des objectifs réalistes tel la diminution des symptômes et une "cohabitation" plus agréable.

Auprès de la famille, le plan d'actions permettra de reconnaître leur vécu et leur souffrance, de les informer des actions de l'équipe soignante, de discuter des stratégies à adopter et de leur offrir un soutien psychologique sous forme de suivi avec une ressource spécialisée.

Enfin une "supervision dans l'action" c'est-à-dire lors des interventions entre la personne âgée et les membres de son entourage permet à ceux-ci d'identifier les sentiments ressentis, l'impact des attitudes adoptées et les ajustements requis. Le recours à des moyens de protection tels groupe de soutien, relaxation, humour représentent une aide complémentaire.

Dans un quatrième temps, **l'évaluation** permet, après avoir préalablement identifié les différents indicateurs, de vérifier l'impact de cette démarche chez les intervenants, la famille et le personnel. Les indicateurs suivants nous permettent d'apprécier les retombées de la démarche. Il s'agit:

- Perception plus réaliste de la situation.
- Conscientisation accrue des sentiments vécus.
- Diminution des sentiments de culpabilité, de colère et d'incompétence.
- Développement de nouvelles stratégies de **coping**.
- Attentes plus réalistes.
- Identification de son style d'aidant (chez les intervenants).

Les indicateurs auprès de la personne sont:

- Diminution de l'intensité des attitudes dysfonctionnelles et de leur expression.
- Augmentation de la compliance et de la collaboration.

CONCLUSION

Le fait de mieux connaître la personne âgée – ses traits de personnalité, son mode de relation interpersonnelle et son mode de **coping** - et par le fait même de mieux saisir sa dynamique permet à l'entourage soignant et familial de modifier la perception négative de la personne et d'ajuster leurs actions.

Cette démarche clinique permet de recentrer nos interventions sur la relation plutôt que sur les comportements dysfonctionnels.

TABLEAU I

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ SELON DSM-IV

TYPE A : CARACTÉRISÉ PAR DES COMPORTEMENTS EXCENTRIQUES

- ◆ Personnalité paranoïde
- ◆ Personnalité schizoïde
- ◆ Personnalité schizotypique

TYPE B : CARACTÉRISÉ PAR DES COMPORTEMENTS DRAMATIQUES, ÉMOTIONNELS ET ERRATIQUES

- ◆ Personnalité antisociale
- ◆ Personnalité borderline
- ◆ Personnalité histrionique
- ◆ Personnalité narcissique

TYPE C : CARACTÉRISÉ PAR DES COMPORTEMENTS ANXIEUX ET "DE CRAINTE"

- ◆ Personnalité évitante
- ◆ Personnalité dépendante
- ◆ Personnalité obsessionnelle – compulsive
- ◆ Personnalité passive – agressive

TABLEAU II

CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES DE LA PERSONNE ÂGÉE SUGGÉRANT UN DÉSORDRE DE LA PERSONNALITÉ

TENDANCE À LA CRITIQUE ET AU BLÂME

- ◆ Plaintes et insatisfactions nombreuses
- ◆ Récriminations, propos négatifs

TENDANCE À LA VICTIMISATION

- ◆ Rejette la faute sur autrui
- ◆ Projette une image où « il fait pitié »
- ◆ Prend peu de responsabilité, peu ou pas de prise en charge
- ◆ La recherche de solutions satisfaisantes est laborieuse

CENTRÉ SUR SOI

- ◆ Peu concerné par autrui
- ◆ Introspection et autocritique diminuées
- ◆ Recherche d'attention

GRAND BESOIN D'ÊTRE EN CONTRÔLE

- ◆ Exigences nombreuses
- ◆ Rigidité

MÉFIANCE

- ◆ Attitude distante
- ◆ Alliance thérapeutique difficile
- ◆ Sujet au doute
- ◆ Le contact est difficile

ANXIÉTÉ

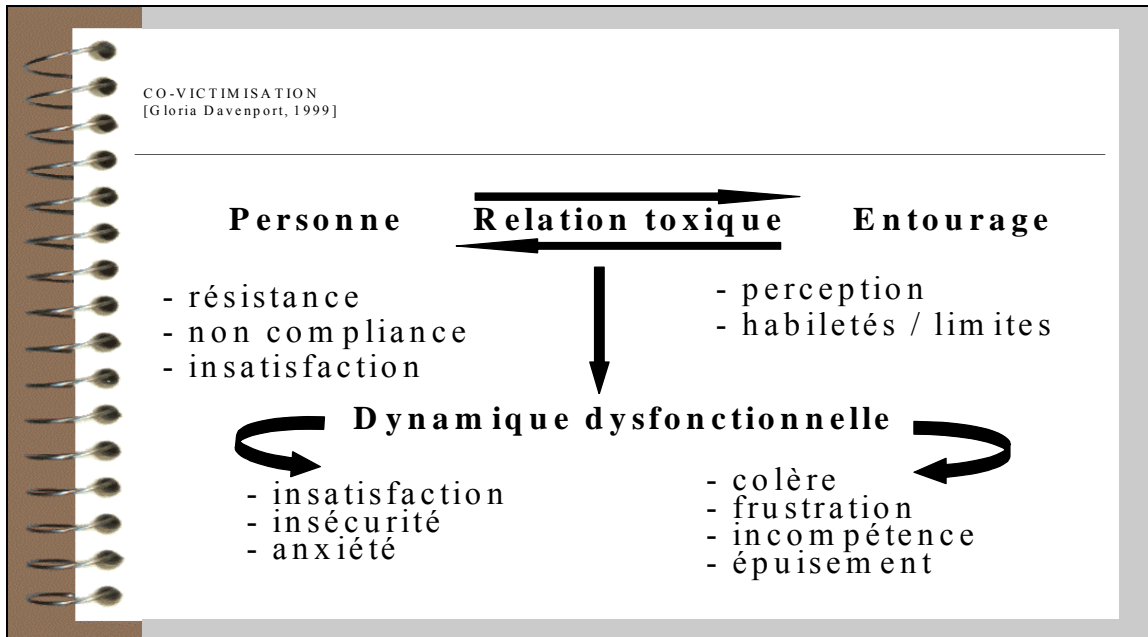
- ◆ Insécurité
- ◆ Comportement rigide
- ◆ Malaises physiques nombreux

PAUVRE COMPLIANCE

- ◆ Face aux traitements, suivis, etc.
- ◆ Consommation importante de services de santé et communautaires malgré tout

TABLEAU III

1)



2)

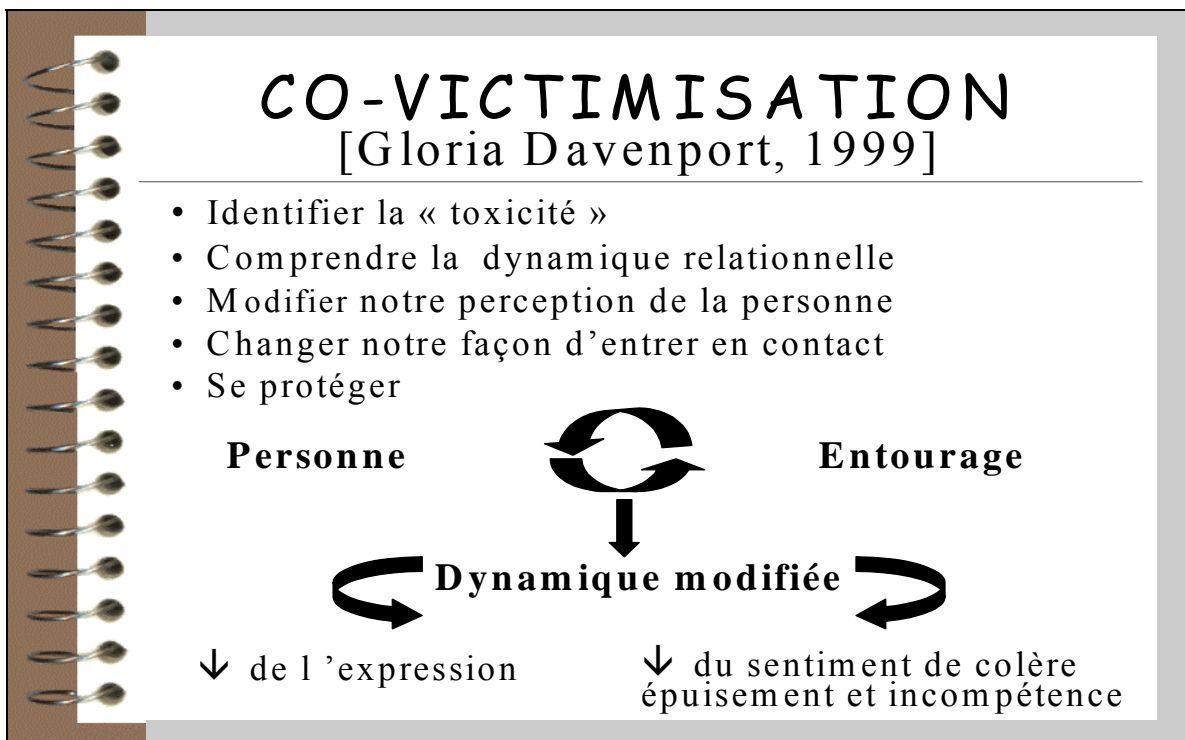


TABLEAU IV

COLLECTE DE DONNÉES GÉRONTOPSYCHIATRIQUES

SOURCES

- ◆ Entrevue(s) avec la personne âgée
- ◆ Étude du dossier actuel
- ◆ Discussion avec l'équipe soignante

CONTENU

- ◆ Histoire de santé (situation actuelle et antécédents)
- ◆ AVQ (alimentation, hygiène et habillement, repos, mobilité, élimination)
- ◆ AVD (achats, entretien ménager, préparation des repas, loisirs, etc.)
- ◆ Examen de l'état mental
- ◆ Examen de l'état cognitif
- ◆ Adaptation, comportement
- ◆ Particularités, changements, éléments déclencheurs

COLLECTE DE DONNÉES AUPRÈS DES INTERVENANTS

SOURCE

- ◆ Équipes soignantes

CONTENU

- ◆ Réactions des intervenants
 - envers la personne
 - leur perception de la situation
 - indices de clivage, de dissension

TABLEAU V

HISTOIRE DE VIE

SOURCE

- ◆ Entourage significatif

CONTENU

- ◆ Caractéristiques personnelles
- ◆ Fonctionnement antérieur
- ◆ Traits de personnalité
- ◆ Événements marquants et façon de composer avec ceux-ci.

BIBLIOGRAPHIE

- Abrams, R.C., Horowitz, S.V. [1996]. *Personality disorders after age 50 : A meta analysis*. Journal of personality disorders, 10, 3, 271-281.
- Abrams, R.C. [1996]. Editorial review. *Personality disorders in the elderly*. International journal of geriatric psychiatry, 11, 759-763.
- Abrams, R.C., Zweig, R.A. [1999]. *Personality disorders in older adults. Emerging issues in diagnosis and treatment*. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Abrams, R.C., Alexopoulos, G.S., Spielman, L.A., Klausner, E., Kakuma, T. [2001]. *Personality disorder symptoms predict declines in global functioning and quality of life in elderly depressed patients*. American Journal of Geriatric Psychiatry, 9, 1, 67-71.
- Ashley, A., Molinari, V. [1994]. *Prevalence of personality disorders in community-living elderly*. J. Geriatric psychiatry and neurology, 7, 189-193.
- Barnes, I. [2003]. *The resident nobody wants*. Canadian Nursing Home, 14, 2, 19-25.
- Casey, J.E., Joyce, P.R., [1999]. *Personality disorders and the temperament and character inventory in the elderly*. Acta Psychiatr Scand. 100, 302-308.
- Clarkin, J.F., Abrams, R. [1998]. *Personality disorders in the elderly*. Current opinion in psychiatry, 11, 2, 131-135.
- Clément, J.P., Darthout, N. [2002]. *Guide pratique de psychogériatrie*. Paris : Masson.
- Clément, J.P., Darthout, N., Nubukpo, P. [2003]. *Éléments de vie, personnalité et démence*.

Psychol NeuroPsychiatr Vieillesse, 2, 129-38.

Conn, D.K., Hermann, N., Kaye, A., Rewilak, D., Schogt, B. [2001]. *Practical psychiatry in the long-term care facility*. A handbook for staff. Canada : Hogrefe & Huber Publishers.

Daudelin, H. [2003]. *Applications de stratégies de diversion autobiographique en situation critique d'agitation chez la personne âgée atteinte de démence et hébergée en CHSLD*.

Actes du colloque. Centre de consultation et de formation en psychogériatrie.

Davenport, G.M. [1999], *Working with toxic older adults. A guide to coping with difficult elders*.

New York : Springer Publishing Company.

De Leo, D., Scocco, P., Meneghel, G. [1999]. *Pharmacological and psychotherapeutic treatment of personality disorders in the elderly*. International Psychogeriatrics, 11, 2, 191-206.

International Psychogeriatrics, 11, 2, 191-206.

Frederiksen, K., Tariot, P., De Jonghe, E. [1996]. *Minimum data set plus (MDS+) scores compared with scores from five rating scales*. Journal American Geriatrics Society, 44, 305-09.

Jacoby, R., Oppenheimer, C. [2002]. *Psychiatric in the elderly*. 3^e édition. New York : Osford University Press.

Lalonde P., Aubut, J., Grunberg, F. [1999]. *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale*. Tome I. Montréal : Gaétan Morin, éditeur.

- Landesman, A. [2002]. Mahler's developmental theory. *Training the nurse to treat older adults with borderline personality disorder*. J. gérontol. Nursing, 29, 2, 22-28.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. [1984]. *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer Publishing Company.
- Monfort, J.C. [1996]. *The difficult elderly patient : curable hostile depression of personality disorder*. International Psychogeriatrics, 7, 95-111.
- Morris, J.N. & al. [1990]. *Designing the national resident assessment instrument for nursing home*. The Gerontologist, 30, 3, 293-307.
- Puntil, C. [1991]. *Integrating three approaches to counter resistance in a noncompliant elderly client*. M. Psychosocial Nursing, 29, 2, 26-30.
- Rosowsky, E., Dougherty, L.M. [1998]. *Personality disorders and clinician responses*. Clinical gerontologist, 18, 4, 31-42.
- Sadavoy, J. [1996]. *Personality disorder in old age : symptom expression*. Clinical Gerontologist, 16, 3, 19-36.
- Silver, D. [1989]. *Personality disorders : characterologically difficult patients*. Medecine North America 36, 6570-75.