

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTE A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

STEPHANE LABONTE

TRAIT D'ANXIETE

ET

TROUBLES DE LA PERSONNALITE

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Table des matières

Chapitre premier – Contexte théorique.	6
L'anxiété	9
Les troubles de personnalité.	18
Objectif et hypothèse de la recherche	37
 Chapitre II – Description de l'expérience.	39
Sujets.	40
Epreuves expérimentales	41
Procédure	51
Méthodes statistiques	53
 Chapitre III – Analyse des résultats	54
Présentation des résultats.	56
Discussion des résultats.	61
 Synthèse et conclusion	72
 Remerciements.	78
 Références	79

Liste des tableaux

Tableau 1 - Correspondances entre les échelles cliniques du MCMI et la classification du DSM-III

Tableau 2 - "Taux de concordance" entre les classifications du DSM-III et du MCMI

Tableau 3 - Corrélations obtenues suite aux procédures Test-Retest pour chaque échelle du MCMI

Tableau 4 - Corrélations entre les mesures d'anxiété et les échelles de personnalité

Tableau 5 - Corrélations partielles entre l'anxiété et les échelles de personnalité avec contrôle de la dépression

Tableau 6 - Matrice de corrélations entre les échelles de personnalité MCMI

Sommaire

Cette recherche vise à établir la relation existante entre deux variables fort importantes en psychopathologie: l'anxiété et les troubles de la personnalité.

La théorie de l'apprentissage biosocial propose un rationnel systématique établissant des liens entre l'anxiété et les divers désordres de personnalité décrits par le DSM-III. Ces derniers furent évalués par le biais du Millon Clinical Multiaxial Inventory. Le trait d'anxiété s'exprimant sous la forme de rapports verbaux fut évalué par le Clinical Anxiety Scale et le Self-Rating Anxiety Scale. De plus, considérant la nature de l'influence qu'elle peut avoir sur l'anxiété, la variable dépression fut mesurée à l'aide du Beck Depression Inventory.

L'échantillon se compose de 100 sujets (69 femmes, 31 hommes) dont 60% d'agoraphobes, 25% d'étudiants et 15% d'infirmières. Ces derniers ont répondu à la batterie de tests et les scores aux échelles cliniques sont tous exprimables sur une échelle à intervalles. L'analyse des résultats confirme l'hypothèse selon laquelle il y a un lien entre le trait d'anxiété et la présence de certains troubles de personnalité, d'une part, et d'autre part, elle tend à vérifier empiriquement les hypothèses découlant du modèle

biosocial. En effet, les corrélations de Pearson indiquent que les échelles de personnalité évitante, passive-agressive, dépendante et limite corrélaient positivement avec les mesures de l'anxiété, tandis que les échelles de personnalité histrionique, narcissique et antisociale présentent des corrélations négatives. Les corrélations partielles permettent d'isoler statistiquement la variable dépression, mais ne changent pas substantiellement les conclusions.

Malgré certaines limites de cette recherche, les retombées cliniques se situent principalement aux niveaux du diagnostic, du pronostic et de l'évaluation du changement psychothérapeutique. Certaines recommandations sont aussi précisées concernant des suggestions de recherches futures avec cette batterie de tests.

Chapitre premier

Contexte théorique

Quelques statistiques américaines soulignent l'importance de l'anxiété dans le domaine de la psychopathologie. Myers et al. (1984) situent les troubles d'anxiété au premier rang parmi les problèmes psychologiques apparaissant dans la population générale; en effet, 7,5% de la population souffre d'anxiété, 6,5% de toxicomanies et 6% de dépression. Une proportion de 4% souffre d'anxiété de façon chronique et handicapante (Andrews, 1985). Appliquées à la région de Trois-Rivières, ces statistiques représentent plus de 3 000 personnes souffrant d'anxiété.

L'Association de Psychiatrie Américaine (1980) distingue dans sa classification de l'Axe I du DSM-III les troubles d'anxiété suivants: panique, anxiété généralisée, trouble obsessionnel-compulsif, état de stress post-traumatique, phobie simple, phobie sociale et agoraphobie. L'Axe II du DSM-III comprend les troubles de la personnalité: schizoïde, évitante, dépendante, histrionique, narcissique, antisociale, compulsive, passive-agressive, schizotypique, limite et paranoïde. Rares sont les personnes qui présentent un trouble de personnalité de façon exclusive et exhaustive. En clinique, les clients tendent le plus souvent à privilégier quelques modes d'adaptation ou à présenter des troubles mixtes de la personnalité (Cantor et Genero, 1986).

Par ailleurs, la décision majeure de l'A.P.A. (1980) de séparer les troubles de personnalité (Axe II) des autres syndrômes psychiatriques (Axe I) soulève le problème des rapports entre les deux axes du DSM-III. Il y a quatre (4) possibilités de relation causale entre un désordre de la personnalité et un syndrôme psychiatrique lorsque ceux-ci surviennent simultanément chez un individu. La première possibilité est que certains traits de personnalité prédisposent une personne à des conditions particulières de l'Axe I. A l'inverse, peut-être que certains troubles de personnalité ne sont que l'expression chronique ou résiduelle d'un syndrôme psychiatrique aigu. Une troisième possibilité est que la relation entre un trouble de l'Axe I et un trouble de l'Axe II résulte de l'effet d'un troisième facteur inconnu (d'ordre constitutionnel ou environnemental). Enfin, il se peut que la relation soit une simple coïncidence.

Le DSM-III assume que les désordres de la personnalité se distinguent suffisamment des autres syndrômes cliniques pour justifier l'utilisation d'une classification multiaxiale. Cependant, Millon (1981) et Frances (1986) conçoivent les syndrômes psychiatriques comme le prolongement des troubles de personnalité. Pour ces auteurs, certains désordres de la personnalité (schizoïde, schizotypique) précipiteraient les pathologies sévères telles que les schizophrénies; d'autres (histrionique, narcissique) seraient plutôt sujets aux troubles somatoformes; et le trouble de la personnalité limite prédisposerait à l'émergence des troubles affectifs comme la dépression ou la manie. Dans le cadre de cette recherche, il est attendu que certains troubles de personnalité (Axe II)

covariant en fonction de l'anxiété (Axe I).

Toutefois, cette recherche ne vise pas la démonstration d'un lien de causalité entre les deux axes (I et II) du DSM-III. Qu'il suffise ici de comparer divers niveaux de corrélations entre les mesures de modes d'adaptation reliés à des prototypes de désordres de personnalité et des mesures de l'anxiété. Pour ce faire, la théorie de l'apprentissage biosocial (Millon, 1969, 1981) sera retenue puisqu'elle suggère un rationnel qui établit des liens entre l'anxiété et les divers désordres de personnalité décrits dans le DSM-III. Millon propose de plus un instrument psychométrique, le Millon Clinical Multiaxial Inventory, qui permet l'opérationnalisation de tous ces concepts.

Le premier chapitre présente les concepts qui ont servi de base à l'élaboration de cette recherche. L'anxiété et les troubles de la personnalité sont examinés de façon à mieux voir la relation attendue entre ces deux variables. Ce cheminement débouche sur la présentation des objectifs et de l'hypothèse de la recherche.

L'anxiété

La démarcation entre l'anxiété normale et pathologique n'est pas très claire et fait l'objet d'une littérature parsemée de controverses (voir à ce sujet: Beck et Emery, 1985; et Barlow, 1986). Pour les besoins de la présente recherche, il importe de définir la variable anxiété. Pour

ce faire, la première partie de ce chapitre se limite à deux distinctions pragmatiques susceptibles de guider le clinicien dans son choix de stratégies d'intervention thérapeutique: anxiété versus dépression; et état versus trait d'anxiété. Cette partie contient également une brève présentation des composantes de l'anxiété et des stratégies de mesures utilisées pour chacune d'elles.

Anxiété versus dépression

En pratique, la question: "qu'est-ce que l'anxiété?", peut se substituer par la question: "en quoi l'anxiété diffère-t-elle de la dépression?" Bien que l'expérience clinique suggère une distinction entre l'anxiété et la dépression (A.P.A., 1980; Klerman, 1980; Beck et Emery, 1985) et qu'il s'agit bien de deux troubles distincts, les observations psychométriques à ce sujet n'aboutissent pas à un tel consensus. Les paragraphes suivants se consacrent à la présentation des observations psychométriques qui réfutent et qui supportent l'hypothèse de la discrimination entre ces deux variables.

D'un côté, plusieurs instruments de mesure des traits d'anxiété et de dépression ne permettent pas une discrimination satisfaisante. Par exemple, Barlow (1985) remarque que le Hamilton Anxiety Rating Scale (Hamilton, 1959) et le Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960) utilisent plus de 70% d'items identiques afin de mesurer deux traits supposément distincts. De ce fait, il obtient une validité discriminante

pauvre. De même, Dobson (1985) obtient des corrélations de 0,66 entre l'état et le trait d'anxiété et de 0,61 entre l'anxiété et la dépression. Les instruments utilisés sont le State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1970) et le Zung Self-Rating Depression Scale (Zung, 1965). Ces deux exemples de recherche démontrent que certains questionnaires ne permettent pas de distinguer l'anxiété de la dépression; en conséquence, plusieurs auteurs prétendent que ces deux états affectifs sont semblables (Barlow, 1986; Foa et Foa, 1982).

Cependant, une série d'observations psychométriques appuient l'hypothèse de la discrimination entre l'anxiété et la dépression. Ainsi, Tellegen (1985) construit un instrument dans le but de dégager le propre de l'anxiété et de la dépression. Il administre celui-ci à 284 étudiants de niveau collégial et conclut que les sujets anxieux présentent une fréquence élevée d'affects négatifs, tandis que les sujets dépressifs se caractérisent par le manque d'affects positifs.

Pour sa part, Riskind (1987) révisent les deux échelles de Hamilton (1959, 1960) en administrant ces dernières à deux groupes de patients psychiatriques diagnostiqués selon les critères du DSM-III (A.P.A., 1980). Les patients du premier groupe souffrent de dépression majeure, et ceux du deuxième, d'anxiété généralisée. Les items discriminants de l'échelle d'anxiété pour ces groupes sont entre autres les suivants: activité cardiovasculaire et gastrointestinale, tension musculaire, agitation motrice. Les items discriminants de l'échelle de dépression sont: pensées

suicidaires, sentiments de détresse et de désespoir, ralentissement psychomoteur. Il apparaît donc que les anxieux rapportent une activation physiologique, un combat de l'organisme, un engagement; tandis que les dépressifs rapportent un ralentissement psychomoteur, un abandon, un retrait.

Enfin, l'instrument de mesure qui semble présenter une validité de discrimination supérieure à tous les autres rapports verbaux est le Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961; Beck, 1967, 1970). Beck administre le BDI à des groupes d'anxieux et de dépressifs et obtient des corrélations respectives de 0,59 pour les dépressifs versus 0,14 pour les anxieux. Le BDI semble donc bien discriminer entre le trait d'anxiété et le trait dépressif. Ce qui ne signifie pas que ces deux traits ne peuvent coexister chez une même personne.

Les conclusions des recherches de Tellegen (1985), de Riskind (1987) et de Beck (1970) se recoupent en ceci que l'anxiété semble représenter une tentative d'adaptation aux situations problématiques, tandis que la dépression semble impliquer un renoncement de tout effort d'adaptation désormais devenu impertinent pour la personne qui se résigne à son sort. Dans le cadre de la présente recherche, la variable dépression s'exprimant sous la forme de rapport verbal (variable contrôle) sera prise en considération.

État d'anxiété versus trait d'anxiété

Les tenants de l'approche éthologique reconnaissent la fonction adaptative de l'état d'anxiété. Charles Darwin soutient fondamentalement que l'expression de toute émotion constitue une communication d'un membre d'une espèce à un autre dans un but de préservation ou de survie de cette même espèce (Darwin, 1872). Parmi les chercheurs éthologistes plus récents, Lorenz (1980) décrit chez l'humain la valeur adaptative de l'anxiété dont les symptômes sont conçus en termes d'avertissements ou de signaux d'alarme. Dans cette perspective évolutionniste, les peurs et les symptômes d'anxiété peuvent signifier un ensemble de stratégies de comportement destinées à résoudre une situation problématique.

Freud (1959) reconnaît aussi le rôle fonctionnel et utilitaire de l'anxiété pour l'ego. Selon lui, l'anxiété est un signal indiquant pour le sujet la présence d'un danger. Le malaise suscité par la perception d'éléments dangereux constitue généralement un incitatif à se protéger contre sa propre vulnérabilité. De même, Anna Freud (1965) soutient que l'anxiété sert à mobiliser les forces du moi dans le but de faire face au danger.

Un des premiers auteurs à opérationnaliser la distinction entre état et trait d'anxiété est Spielberger et al. (1970), avec son célèbre instrument State-Trait Anxiety Inventory. Cet instrument distingue l'état d'anxiété, qui réfère à un état émotionnel transitoire, du trait d'anxiété,

qui réfère à la disposition à se comporter de manière anxieuse avec constance d'une situation à l'autre.

Le trait d'anxiété peut être un critère intéressant pour apprécier le caractère plus ou moins excessif de l'anxiété chez un individu donné selon l'importance du trait et l'impact de celui-ci sur le fonctionnement quotidien (Beck et Emery, 1985). Aussi, Mefferd (1979), Beck (1985) et l'A.P.A. (1980) suggèrent que l'anxiété pathologique s'associe à des troubles de la personnalité plus larges.

Premièrement, Mefferd (1979) compare le sujet très anxieux avec celui peu anxieux. Il décrit le sujet très anxieux comme étant très dépendant du support et de l'approbation d'autrui, préoccupé de son image sociale, peu empathique, hyperactif, incapable de s'arrêter sur le moment présent et insatisfait dans ses rapports interpersonnels. Mefferd décrit ensuite le sujet peu anxieux comme étant calme et sécure intérieurement, confiant, satisfait de lui-même, indépendant du support d'autrui, capable de réviser ses modes de contact interpersonnel, mieux disposé à l'empathie de même qu'aux relations interpersonnelles gratifiantes.

Deuxièmement, Beck et Emery (1985) proposent un modèle cognitif de l'anxiété. Pour eux, l'anxiété correspond à un complexe de facteurs psychobiosociaux (affectifs, biologiques, comportementaux et cognitifs). Toutefois, les règles cognitives à la base d'un mauvais décodage des situations de danger contribuent à maintenir et même à amplifier les

symptômes d'anxiété. Les règles cognitives ou schèmes cognitifs peuvent prédisposer l'individu à décoder des dangers où il n'y en a pas, à interpréter ses expériences externes et internes comme des signes de danger et à produire des réponses au danger souvent inutiles, voire nuisibles.

Troisièmement, l'A.P.A. (1980) distingue dans sa classification du DSM-III les troubles d'anxiété suivants: panique, anxiété généralisée, trouble obsessionnel-compulsif, phobie simple, phobie sociale, agoraphobie et état de stress post-traumatique. Chacun de ces troubles fait l'objet d'une littérature abondante (voir à ce sujet: Beck et Emery, 1985; Hersen et Bellack, 1985; Marks, 1969; Doctor, 1982). Malgré cela, il ressort que les troubles d'anxiété sont mis en relation les uns par rapport aux autres, mais non par rapport aux troubles de la personnalité.

En résumé, l'état d'anxiété possède une valeur adaptative en ceci qu'il permet à l'individu de réagir promptement à des situations d'urgence. De façon analogique, il est possible de concevoir le rôle des réactions d'anxiété comme celui d'un système d'alarme, qui signale à l'individu la présence d'un danger. Toutefois, certains individus semblent munis d'un système d'alarme défectueux, lequel se déclenche à tout moment. Il s'ensuit alors des réactions d'urgence inappropriées. Ainsi, la chronicité du trait d'anxiété, qui se dégage de différents tableaux cliniques, implique un dysfonctionnement de la personnalité dans son ensemble.

Mesure des composantes de l'anxiété

Plusieurs auteurs identifient trois composantes de l'anxiété: la composante physiologique, la composante comportementale et la composante cognitive (Beck et Emery, 1985; Barlow, 1985; Tuma et Maser, 1985; Rachman et Wilson, 1980). Chacune de ces composantes nécessite un type de mesure spécifique.

La composante physiologique de l'anxiété correspond à une disposition innée à réagir aux stimuli anxiogènes ou à un niveau d'excitabilité du système nerveux autonome (Eysenck, 1980; Gray, 1982; Cloninger, 1986). L'emploi d'instruments de mesure des changements physiologiques, tels que la réponse électrodermale (RPG), le rythme cardiaque (ECG), l'activité corticale (EEG), la pression sanguine, la respiration, la tension musculaire, la dilatation des pupilles... etc, permet de mesurer la composante physiologique de l'anxiété. L'avantage principal de ces instruments réside probablement dans un très bon degré d'objectivité. Toutefois, ce type d'appareils est coûteux et même si ceux-ci demeurent accessibles, la grande variabilité inter-individuelle empêche souvent d'obtenir des résultats significatifs. Certains auteurs ont tenté de pallier à cette lacune en provoquant expérimentalement l'état d'anxiété et de panique chez des sujets animaux et humains (Gray, 1982; Woods et al., 1986). Ces recherches posent des problèmes d'éthique particuliers.

Quant à la composante comportementale de l'anxiété, elle s'exprime par des comportements de fuite et d'évitement de même que par une désorganisation du fonctionnement du sujet au plan verbal (bégaiement), moteur (tremblement) ou autres... (Izard, 1977; Izard et Blumberg, 1985). En employant des méthodes d'observation, il est possible de mesurer la dimension comportementale de l'anxiété. L'avantage de ce type de mesure est probablement son objectivité, à condition d'observer les sujets sur une longue période de temps et d'établir a priori une fidélité inter-juges. Le principal inconvénient consiste dans le fait que les réponses motrices et somatiques sont très souvent reliées à un contexte précis; ce qui représente un stimulus anxiogène pour une personne ne l'est pas nécessairement pour une autre personne.

Enfin, la composante cognitive de l'anxiété consiste dans les rapports verbaux traduisant les schèmes de pensée ainsi que les processus d'attribution générateurs d'anxiété (Mandler, 1975; Spielberger, 1972, 1979, 1985; Beck, 1985; Hallam, 1985). Les instruments de mesure utilisés ici regroupent toutes les formes de rapports verbaux ou échelles d'auto-évaluation graduées selon un continuum, permettant ainsi de quantifier cette composante de l'anxiété. L'inconvénient principal de ce type d'échelles concerne la subjectivité du sujet qui peut exagérer ou nier des éléments de son expérience ou encore simuler ses réponses selon des objectifs personnels. En revanche, les réponses subjectives du répondant présentent l'avantage de faire ressortir les biais perceptuels impliqués dans les troubles d'anxiété (Beck, 1985). De plus, ce type d'échelle est

très utilisé en psychopathologie et en psychologie clinique pour son rapport coûts/bénéfices (Fischer et Corcoran, 1987).

Par ailleurs, l'application des trois types de mesure spécifiques aux composantes de l'anxiété fait l'objet de recherches destinées à vérifier le lien entre le comportement d'évitement, les changements psychophysiologiques et les rapports verbaux. Ainsi, Rachman et Wilson (1980) rapportent de faibles corrélations entre les trois formes de mesure, alors que chacune prise séparément présente des qualités psychométriques pourtant satisfaisantes. En conclusion, le chercheur doit préciser les composantes du trait d'anxiété qu'il souhaite mesurer et employer la méthodologie appropriée. Dans le cadre de la présente recherche, l'anxiété correspond au trait d'anxiété s'exprimant sous la forme de rapports verbaux.

Les troubles de personnalité

Les systèmes de classification des troubles de la personnalité posent de nombreux problèmes aux théoriciens du XXI^{ème} siècle. La distinction fondamentale entre le caractère et le tempérament donne lieu à une première série de classifications. On peut réunir dans une deuxième série les écoles psychiatriques et constitutionnelles. Une troisième série se rattache à l'école des traits personnels et interpersonnels. Enfin, la psychanalyse suggère un quatrième système de classification.

Ainsi, Lazursky (1906), McDougall (1908), Kollarits (1912) et Kahn (1931), pour n'en citer que quelques-uns, suggèrent des classifications selon le caractère et le tempérament. Allport (1937) définit le caractère comme l'adhésion individuelle à des valeurs et à des normes sociales, d'une part, et d'autre part, il définit le tempérament comme l'ensemble des dispositions biologiques de base générant un niveau d'énergie et une coloration de l'humeur propres à l'individu.

Parmi les écoles psychiatriques et constitutionnelles se retrouvent Sheldon et Stevens (1942), qui classent le sujet selon sa constitution corporelle. Par exemple, ils prétendent que l'endomorphe est sociable, détendu et d'humeur égale, que le mésomorphe est bruyant, endurci et amateur d'activité physique, et que l'ectomorphe est retenu, timide et solitaire.

Pour sa part, l'école des traits personnels et interpersonnels, regroupant entre autres Cattell (1957, 1965), Eysenck (1960), Lorr (1975) et Phillips (1968), Horney (1950) et Leary (1957), cherche à mesurer les traits centraux d'un individu pour rendre compte de sa personnalité. Un exemple célèbre d'instrument de mesure est le 16 PF de Cattell, qui quantifie seize facteurs de la personnalité. En général, les auteurs diffèrent beaucoup quant au nombre de traits centraux nécessaires pour dresser le portrait du sujet.

Enfin, les psychanalystes Freud (1908, 1931), Abraham (1921, 1925), Reich (1949) et Fenichel (1945), pour ne nommer que les principaux, ont contribué à l'édification d'une typologie du caractère, basée sur les stades du développement psychosexuel mis de l'avant par Freud. Ainsi, aux stades oral, anal et phallique correspondent des types de caractère (caractère oral, caractère anal, caractère phallique...) auxquels l'individu est resté fixé. Cette typologie explique notamment en quoi un stade psychosexuel mal résolu suscite l'apparition de traits de personnalité typiques à ce même stade. L'individu de type oral présente des traits de dépendance (oral-dépendant) ou bien des traits d'agressivité et d'hostilité (oral-sadique). L'individu de type anal privilégie des attitudes comme la suspicion, le négativisme et l'hypomanie (expulsion) ou encore la méticulosité, la parcimonie et la détermination (rétention). Et l'individu de type phallique se caractérise par des comportements soit narcissiques, soit hystériques, soit masochistes, selon le dénouement du complexe d'oedipe. En somme, les psychanalystes ont insisté sur l'importance des phénomènes inconscients réactivant les conflits associés au vécu de la première enfance, ce qui reste encore utile aujourd'hui, mais leur modèle se prête très mal à la vérification scientifique.

Une revue complète de littérature concernant la diversité des systèmes de classification des désordres de la personnalité dépasse le cadre de la présente recherche. La deuxième partie de ce premier chapitre s'attarde à la théorie de l'apprentissage biosocial.

La théorie de l'apprentissage biosocial

La théorie de l'apprentissage biosocial (Millon, 1969, 1981) a été retenue dans cette recherche parce qu'elle présente plusieurs avantages. Le premier est que le modèle biosocial aboutit à un système de classification de troubles de la personnalité correspondant à celui que propose le DSM-III (A.P.A., 1980). En second lieu, le modèle biosocial fournit une mesure des troubles mentaux par le biais du Millon Clinical Multiaxial Inventory (Millon, 1983b). En effet, le MCMI fournit une définition opérationnelle des troubles de personnalité, et ce, dans un esprit contemporain. Troisièmement, ce modèle semble être le seul à offrir un rationnel systématique du lien attendu entre chacun des troubles de la personnalité et l'anxiété. Ainsi, il permet la formulation d'attentes concernant l'importance du trait d'anxiété dans les différents troubles de personnalité mesurés par le MCMI.

La théorie de l'apprentissage biosocial fut publiée pour la première fois en 1969 par Theodore Millon, puis résumée dans ses écrits successifs de 1974, 1977, 1981, 1983. Cette théorie tente fondamentalement de cerner divers types de personnalité et de vérifier si ceux-ci covarient avec d'autres désordres mentaux.

Dans son ouvrage intitulé Disorders of personality, DSM-III, Axis II, Millon (1981) définit la personnalité comme un mode d'adaptation caractérisant la vie mentale et sociale d'un individu. Par ses

comportements, l'individu essaie d'assurer sa sécurité et son bien-être. Millon (1981) définit également le trait de personnalité et le trouble de personnalité. Un trait de personnalité correspond à un aspect saillant du sujet qui se manifeste régulièrement dans une multitude de situations. Quant à un trouble de personnalité, c'est un ensemble de traits se manifestant de façon rigide et qui peuvent entraîner soit des difficultés de l'adaptation soit une souffrance subjective.

Il va sans dire que ces définitions de la personnalité, du trait de personnalité ainsi que du trouble de personnalité seront retenues dans le cadre de la présente recherche. La section suivante traitera de la correspondance entre le MCMI et le DSM-III.

Correspondance entre le MCMI et le DSM-III

Le Millon Clinical Multiaxial Inventory (Millon, 1983b) comporte vingt (20) échelles cliniques, dont onze (11) correspondent intégralement aux onze (11) troubles de personnalité constituant l'Axe II du DSM-III (A.P.A., 1980): schizoïde, évitante, dépendante, histrionique, narcissique, antisociale, compulsive, passive-agressive, schizotypique, limite et paranoïde. Les neuf (9) autres échelles cliniques correspondent pour leur part à divers syndrômes cliniques que l'on retrouve sur l'Axe I du DSM-III. Le tableau I illustre la correspondance entre le MCMI et le DSM-III (voir le chapitre II concernant les qualités psychométriques du MCMI).

En définitive, les onze (11) échelles de personnalité du MCMI (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, S, C et P) contribuent à l'opérationnalisation des troubles de la personnalité. De ce fait, il s'avère possible de mettre en relation ces troubles de personnalité avec l'anxiété. La théorie de l'apprentissage biosocial (Millon, 1981) propose un rationnel théorique concernant l'importance de l'anxiété dans les onze (11) troubles de personnalité décrits par le DSM-III. Il convient de présenter ici ce rationnel afin de formuler des attentes se prêtant à la vérification empirique.

1. Personnalité dépendante et anxiété

Millon (1981) décrit la personne dépendante comme étant en quête d'une relation où elle peut se fier aux autres pour obtenir l'affection et la sécurité. Le manque d'initiative et d'autonomie de cette personnalité, qui résulte souvent de la surprotection parentale, s'associe à un rôle passif où l'individu n'a qu'à accepter les gentilleses et l'aide obtenues grâce aux relations interpersonnelles, et où il n'a qu'à se soumettre volontiers aux désirs des autres pour mériter leur affection. De plus, le DSM-III-R (A.P.A., 1987) propose des critères diagnostiques de ce désordre de personnalité: la personne est incapable de prendre des décisions quotidiennes sans demander des conseils; elle laisse les autres assumer la responsabilité des secteurs importants de sa vie; elle manifeste son accord avec les gens, même si elle se sent en désaccord, par peur d'être rejetée; elle présente des difficultés marquées à initier les projets et à réaliser des activités seule; elle est prête à "se sacrifier" pour faire des tâches

Tableau 1

Correspondances entre les échelles cliniques du MCMI
et la classification du DSM-III

<u>Echelles MCMI</u>	<u>Classification MCMI</u>	<u>Classification DSM-III</u>
<u>Troubles de personnalité (Axe II)</u>		
1	Schizoïde-Asocial	Schizoïde
2	Evitement	Evitante
3	Dépendant-Soumis	Dépendante
4	Histrionique-Grégaire	Histrionique
5	Narcissique	Narcissique
6	Antisocial-Agressif	Antisociale
7	Compulsif-Conformiste	Compulsive
8	Passif-Agressif-Négatif	Passive-Agressive
S	Schizotypique-Schizoïde	Schizotypique
C	Limite-Cyclothymique	Limite
P	Paranoïde	Paranoïaque
<u>Syndrômes psychiatriques (Axe I)</u>		
A	Anxiété	Troubles d'anxiété
H	Somatisation	Troubles somatoformes
N	Hypomanie	Manie
D	Dysthymie	Trouble dysthymique
B	Abus d'alcool	Abus d'alcool
T	Abus de substances toxiques	Abus de substances toxiques
SS	Pensée psychotique	Schizophrénie
CC	Dépression psychotique	Dépression majeure
PP	Délire psychotique	Paranoïa

tiré de: Millon, T. (1983b) Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual
Interpretative scoring systems inc., Minneapolis, Minn. (p15)

déplaisantes en vue de se faire aimer; elle se sent inconfortable dans la solitude et fait des efforts pour éviter cette situation; elle se sent impuissante et désarmée pour mettre fin aux relations; et elle est facilement blessée par la critique et la désapprobation.

Selon Millon, l'anxiété se manifeste souvent chez le dépendant par la peur d'être abandonné et rejeté, notamment lorsque le sujet ressent de la colère et de la révolte envers ses proches sans oser l'exprimer. Un déclencheur puissant de l'anxiété consiste également dans l'anticipation de nouvelles responsabilités. Celles-ci tendent à raviver chez l'individu ses sentiments d'incompétence et de mésestime de soi. De plus, la personne dépendante est sujette aux phobies sociales, aux paniques et à l'agoraphobie. Des gains secondaires relatifs à la surprotection des proches ou du conjoint jugés indispensables maintiennent ces symptômes. En somme, Millon soutient que le dépendant apparaît très vulnérable aux anxiétés de séparation se manifestant sous diverses formes cliniques. De ce fait, l'anxiété devrait être très reliée à ce désordre de personnalité.

2. Personnalité histrionique et anxiété

Selon Millon (1981) le type histrionique montre une recherche insatiable de stimulation et d'affection. Les comportements capricieux et dramatisés de celui-ci donnent l'impression d'une indépendance à l'égard d'autrui; cependant, sous ces apparences se cachent une crainte de l'autonomie et un besoin intense d'appréciation et d'approbation sociales. La personne doit faire le plein d'affection, et ce, sous toutes les formes

de contact interpersonnel. Les critères du DSM-III-R pour le trouble de personnalité histrionique sont les suivants: la personne est constamment en quête de réassurance, de marques d'approbation et de louanges; elle présente des comportements de séduction inappropriés et se préoccupe beaucoup de son attirance physique; elle exprime intensément ou dramatise ses émotions (ex: a des sanglots incontrôlables lors d'événements sentimentaux mineurs...); elle se sent inconfortable dans les situations où elle n'est pas le centre de l'attention; elle ne tolère pas la frustration, veut obtenir satisfaction immédiate à ses besoins; elle présente des fluctuations de l'humeur; et elle utilise un vocabulaire empreint d'idéalisme et d'exagération, dénotant ainsi un manque de réalisme.

Le rationnel de Millon prévoit chez la personne histrionique de rares manifestations de l'anxiété. En effet, si cette dernière peut être relativement vulnérable aux anxiétés de séparation, les sources d'affection multiples ainsi que l'habileté du sujet à tirer profit d'autrui réduisent l'émergence de symptômes d'anxiété. L'histrionique serait plutôt sujet aux troubles somatoformes. C'est pour ces raisons que Millon prévoit une très faible présence du trait d'anxiété chez ce type.

3. Personnalité narcissique et anxiété

Millon (1981) voit le narcissique très centré sur lui-même. A cause de leur éducation, ces personnes ont appris à se sur-évaluer; cependant, leur estime excessive de soi s'appuie sur de fausses prémisses. Néanmoins, elles assument que les autres reconnaîtront leur originalité, maintiennent

un air d'assurance en soi et d'arrogance, tout en exploitant, sans s'en rendre compte, les autres à leur avantage. Le DSM-III-R suggère des critères permettant d'observer ce désordre de la personnalité: sentiment grandiose de sa propre importance, surestimation de ses talents, de ses capacités et de ses réalisations; sentiments de colère, de honte ou d'humiliation face à la critique; exploitation des relations interpersonnelles, abus d'autrui pour satisfaire ses désirs ou pour se mettre en valeur; focalisation sur le caractère spécifique de ses problèmes personnels; sentiments "d'avoir droit", attentes de faveurs spéciales et préoccupations de fantaisies de succès sans limite, de pouvoir, de beauté ou d'amour idéal; manque d'empathie ou incapacité à ressentir les sentiments d'autrui.

Les attentes de Millon à l'endroit de l'anxiété du narcissique sont à toutes fins pratiques les mêmes que pour l'histrionique. Théoriquement, le fait de prendre conscience de la disparité entre les illusions de supériorité et les faits réels devrait susciter de l'anxiété chez le sujet, mais cette prise de conscience s'accommode mal d'un mode de fonctionnement narcissique.

4. Personnalité antisociale et anxiété

Le comportement antisocial reflète, selon Millon (1981), une méfiance apprise à l'égard des autres et un désir d'autonomie et de vengeance pour ce qui est ressenti comme une injustice passée. Il existe chez ce type un désir indiscriminé de pouvoir et de domination sociale

ainsi qu'une disposition à rejeter autrui. Ses actions antisociales lui semblent justifiées du fait que les gens ne sont pas fiables et ont de mauvaises intentions. Ainsi, l'autonomie et l'hostilité constituent les seuls moyens valables d'éviter les déceptions et les trahisures. Dans le DSM-III-R, plusieurs critères servent à évaluer les conduites antisociales caractéristiques de ce désordre de personnalité. D'abord, les troubles de la conduite débutent avant l'âge de 15 ans et prennent la forme de mensonges fréquents, de fugues, de renvois de l'école, de délits, d'abus répétés de substances toxiques... A l'âge adulte, le sujet présente une incapacité à conserver un emploi régulier et une inaptitude à assumer un rôle de parent responsable comme en témoignent par exemple le manque d'hygiène élémentaire, l'absence de gardiennage d'un enfant en bas âge, le gaspillage d'argent nécessaire au ménage... etc. L'adulte présente également une incapacité à respecter la loi tel que le démontre l'existence d'un casier judiciaire, une incapacité à s'attacher de façon durable à un partenaire sexuel ainsi qu'une irritabilité et une agressivité se traduisant par des bagarres, des actes de violence faites au conjoint ou aux enfants et des homicides dans les cas extrêmes.

L'individu présentant le désordre de la personnalité antisociale semble de toute évidence, selon Millon, peu disposé aux symptômes d'anxiété. Premièrement, il réussit à camoufler ses sentiments avec beaucoup d'habileté. Deuxièmement, son impulsivité, toute aussi destructrice qu'elle puisse être, lui permet de se défouler ("acting out") à la moindre contrariété et d'éliminer ainsi toute anxiété d'anticipation.

5. Personnalité compulsive et anxiété

La compulsion prend sa source dans un conflit entre l'hostilité à l'égard d'autrui et la peur de la désapprobation sociale (Millon, 1981). Ces personnes compulsives résolvent leur ambivalence non seulement en supprimant leurs ressentiments, mais aussi en se conformant et en se soumettant aveuglément aux règles établies. Derrière cette façade d'hyperconformisme se cachent souvent des sentiments de colère et d'opposition intense qui, à l'occasion, échappent au contrôle du sujet. Selon les critères du DSM-III-R, la personne compulsive se caractérise par un perfectionnisme entravant la faculté d'avoir des vues d'ensemble, par une préoccupation des détails sans importance (ex: règles, ordre, organisation, plans et inventaires) et par une dévotion excessive pour le travail et la productivité au détriment de la qualité des relations interpersonnelles. De plus, la personne compulsive présente une indécision se manifestant par l'évitement, l'ajournement ou le retard dans la prise de décision (ex: rumination sur les priorités). Ses contacts sociaux sont teintés d'une exigence pour que les autres se soumettent à sa propre façon de faire les choses ainsi que d'une restriction de la capacité à exprimer des émotions tendres et chaleureuses. Enfin, elle est rigide au niveau des valeurs et des principes moraux et éthiques. Par exemple, elle sera incapable de se défaire de menus objets inutiles uniquement "par principe".

Millon considère que le compulsif est très susceptible de développer des troubles d'anxiété. D'abord, il est vulnérable plus que tout autre type aux troubles obsessionnels-compulsifs. Ces derniers ont probablement

pour fonction de détourner l'attention de la véritable source d'anxiété, laquelle s'avère être interne et psychique. Le contenu des obsessions peut se caractériser par des scènes érotiques et agressives ou d'autres qui sont socialement inacceptables pour le sujet. De plus, la personne compulsive est vulnérable aux phobies et aux paniques lorsque, face à des situations problématiques, elle doit prendre des décisions ou affronter de nouveaux défis. Le mécanisme sous-jacent à ces symptômes réside dans un déplacement (Millon, 1983a), assurant au sujet un meilleur contrôle de soi. Enfin, la personne développe fréquemment un trouble d'anxiété généralisée. Ce dernier résulterait du conflit entre l'hostilité envers l'autorité et la peur d'être désapprouvé. Cette "angoisse morale" tient la personne dans un état d'hypervigilance et d'attente craintive du malheur. En somme, la théorie de l'apprentissage biosocial prévoit un lien intense entre la mesure du mode d'adaptation compulsif et le trait d'anxiété.

6. Personnalité passive-agressive et anxiété

Le comportement passif-agressif ou le négativisme représente selon Millon (1981), une incapacité à solutionner des conflits entre l'hostilité ressentie et la peur d'être désapprouvé. Cette ambivalence reste près de la conscience et se manifeste particulièrement dans les combats incessants auxquels ces personnes se livrent quotidiennement. Leurs comportements montrent un agencement erratique d'entêtement et de colère, mêlés à des moments de honte et de culpabilité. Le critère diagnostique principal que propose le DSM-III-R concerne les résistances du sujet aux demandes d'une activité adéquate dans le fonctionnement tant professionnel que social.

Ces résistances s'expriment plutôt indirectement par l'entremise de manoeuvres comme la procrastination, la perte de temps, l'entêtement, l'inefficacité délibérée et les "oublis". Le sujet passif-agressif peut s'offenser volontiers et bouder plutôt que d'argumenter lorsqu'il ne veut pas répondre à une demande. Au travail, il dérange les collègues, réagit négativement aux critiques qui lui sont faites, méprise les personnes en autorité sur lui et pose ainsi des gestes qui l'empêchent de maintenir un niveau de fonctionnement adéquat ou encore d'obtenir une promotion.

Pour Millon, l'individu passif-agressif tend à présenter, de la même façon que le compulsif, des troubles d'anxiété généralisée associés à l'ambivalence diffuse qui l'habite. Toutefois, le passif-agressif apparaît particulièrement vulnérable aux troubles affectifs comme la dépression ou la manie. Il semble donc que ce trouble de la personnalité s'associe à un trait d'anxiété important. Les troubles anxieux n'excluent cependant pas divers syndrômes cliniques, dont les troubles de l'affect.

7. Personnalité schizoïde et anxiété

Le comportement schizoïde se caractérise d'abord et avant tout par l'indifférence sociale (Millon, 1981). Les besoins affectifs et les sentiments sont minimes chez ce type qui semble bien tolérer un manque de gratification et d'affects. Il tend également à fonctionner comme un observateur détaché et passif face aux exigences des relations humaines. Les critères du DSM-III-R décrivent le mode d'adaptation schizoïde de la façon suivante: froideur, réserve distante et absence de chaleur et de

sentiments tendres pour les autres; insensibilité aux éloges, à la critique et aux sentiments d'autrui; absence d'ami et de confident et préférence marquée pour des activités en solitaire; manque de désir pour les relations interpersonnelles. Bien qu'il réponde à ces critères, le schizoïde ne présente pas de bizarreries du discours, du comportement ou de la pensée.

L'importance de l'anxiété chez le schizoïde serait modérée. Selon Millon, des attaques de panique ainsi que des troubles obsessionnels-compulsifs peuvent cependant émerger à la suite d'une hyper-stimulation du milieu. Plutôt que de présenter des troubles anxieux, le schizoïde tendrait à souffrir de syndrômes psychiatriques plus sévères. C'est pour cette raison que le mécanisme de détachement le protège temporairement de l'anxiété.

8. Personnalité évitante et anxiété

Selon Millon (1981), la personnalité évitante se caractérise par une peur et une méfiance des autres. Ces personnes maintiennent une attitude de vigilance extrême de peur que leurs besoins affectifs produisent une répétition douloureuse et angoissante du passé. C'est donc par un retrait actif et une bonne distance interpersonnelle qu'elles se protègent, malgré leur désir d'entrer en relation. L'hypersensibilité à l'humiliation, à la honte ou au rejet potentiels constitue un critère majeur du DSM-III-R pour décrire ce désordre de la personnalité. La plupart des sujets évitants se soucient de l'opinion d'autrui sur eux-mêmes de leurs propres défauts. Etant désespérés à la moindre allusion de désapprobation, ils évitent les

occasions de développer des relations proches par crainte d'être rabaissés ou humiliés. Ils peuvent avoir un ou deux amis, à la condition que ceux-ci demeurent subordonnés à une approbation sans réserve. Contrairement aux personnalités schizoïdes, socialement isolées et sans désir de relations sociales, les personnes évitantes désirent être aimées. Leur incapacité à entretenir avec aisance des contacts sociaux les désole et leur faible estime de soi les fait souffrir.

En ce qui concerne l'anxiété, la personne évitante est très vulnérable aux phobies sociales. Millon soutient que toute situation de contact interpersonnel tend à susciter chez le sujet des réactions de nervosité comme les rougissements, les tremblements ou les altérations du langage que ce dernier tente de camoufler. De plus, l'anxiété généralisée atteint chez ces personnes un seuil propice au développement d'attaques de panique. Ces paniques constituent souvent le point de départ de l'agoraphobie. Le trait d'anxiété s'inscrit enfin au sein d'une mosaïque de problèmes complexes qui s'ajoutent aux occasions pour le sujet de se déprécier. Il apparaît donc que le trait d'anxiété est très relié au trouble de personnalité évitante.

9. Personnalité limite et anxiété

Selon Millon (1981), l'individu présentant une personnalité limite ressent des humeurs endogènes intenses, avec des périodes répétitives de découragement et d'apathie mêlées de crises de colère, d'anxiété et d'euphorie. Cette personnalité représente une orientation dépendante ou du

moins ambivalente tant au plan affectif que cognitif par rapport à des sentiments simultanés de rage, d'amour et de culpabilité envers les autres. Le critère principal du DSM-III-R consiste dans une instabilité dans des domaines variés comme le comportement vis-à-vis d'autrui, l'humeur et l'image de soi. Les relations interpersonnelles sont souvent intenses mais dénuées de stabilité, avec des changements marqués d'attitude en ce sens que le sujet va tantôt idéaliser, tantôt dévaloriser, puis manipuler autrui selon son intérêt du moment. Un comportement impulsif et imprévisible, potentiellement dommageable pour la santé physique est fréquent (ex: auto-mutilation, tentatives suicidaires...) de même qu'un manque de contrôle de la colère. De plus, une perturbation profonde de l'identité peut s'exprimer par une incertitude aux niveaux de l'image de soi, de l'orientation sexuelle, des objectifs à long terme et des valeurs. Il peut y avoir aussi des sentiments permanents de vide ou d'ennui ainsi que des difficultés à supporter la solitude.

Pour Millon, le trouble de la personnalité limite covarie fréquemment avec des épisodes d'anxiété généralisée brefs pouvant mener le sujet à des épisodes psychotiques ainsi qu'à des troubles de comportements spectaculaires (ex: auto-mutilation...). Le sujet vit une angoisse quotidienne plus ou moins intense à cause de l'incertitude chronique et de la confusion qui l'habitent. Par exemple, il peut se questionner: "Qui suis-je?", "Où vais-je?", etc... Bien souvent il s'inquiète de ses humeurs endogènes sur lesquelles il n'a pas de contrôle (ex: "Je sens un gros creux dans l'estomac"). Le lien entre ce désordre de la personnalité

et l'anxiété devrait être fort malgré la prédisposition du sujet aux troubles de l'affect et aux décompensations psychotiques.

10. Personnalité paranoïde et anxiété

Le type paranoïde se caractérise, selon Millon (1981), par une méfiance vigilante à l'égard des gens et une défense tranchante contre toute critique ou duperie anticipées. Son irritabilité blessante tend à exaspérer et à mettre en colère l'interlocuteur. Ces individus expriment fréquemment une peur de perdre leur autonomie ou leur indépendance, ce qui les amène à résister avec acharnement à l'influence et au contrôle extérieur. La méfiance injustifiée ou l'absence de confiance en autrui du paranoïde est mise en évidence par le DSM-III-R. Ainsi, le sujet s'attend à être trompé, recherche les signes de menace dans l'environnement, prend des précautions injustifiées et met en doute la loyauté d'autrui (ex: jalousie pathologique envers le conjoint). Tentant constamment d'obtenir la confirmation de ses attentes et de ses interprétations de motifs cachés, il est incapable de se détendre, se sent facilement froissé, exagère les difficultés et manque de sens de l'humour. Il présente aussi une restriction de l'affectivité comme le suggère son apparence d'impassibilité et de froideur. Se croyant objectif, rationnel et sans émotion, il est habituellement incapable de ressentir et encore moins d'exprimer des sentiments doux et tendres.

La personnalité paranoïde s'associe à une anxiété généralisée relativement importante se manifestant aux niveaux affectif, cognitif et

physiologique. Millon explique la présence d'anxiété par cette méfiance chronique et cet excès de vigilance, tenant ainsi le sujet sur un état de "qui-vive" permanent. Toutefois, ce type fait montre d'un meilleur contrôle de soi que le limite. L'anxiété étant mieux camouflée, elle se transforme plutôt en action (vigilance, attaque et retrait) et génère un niveau d'énergie élevé. Lorsqu'il perd le contrôle, on observe chez le paranoïde des syndrômes psychiatriques sévères, tels que paranoïa, manie...

11. Personnalité schizotypique et anxiété

Millon (1981) considère que la personnalité schizotypique reflète une pauvre intégration personnelle ainsi qu'un détachement dysfonctionnel. Ces personnes préfèrent s'isoler avec des obligations et des relations sociales minimales. L'excentricité de leurs comportements est remarquable et amène souvent les autres à les percevoir comme étranges ou différentes. Selon qu'elle est passive ou active, la personne peut présenter un aplatissement émotif et une absence d'affect ou une hypersensibilité et une prudence anxieuse. Selon les critères du DSM-III-R, la caractéristique essentielle de ce désordre de la personnalité a trait aux bizarreries de la pensée, de la perception, du discours et du comportement. La perturbation du contenu des idées peut inclure un mode de pensée magique, un mode de pensée persécutoire ou des idées de référence. Les anomalies perceptuelles peuvent inclure des illusions récurrentes, une déréalisation ou une dépersonnalisation. Le discours est souvent confus ou étrange, des mots peuvent être utilisés inadéquatement, mais sans jamais atteindre le relâchement des associations ou l'incohérence. Enfin, les comportements

incluent non seulement un isolement social mais aussi une affectivité limitée ou inappropriée nuisant aux rapports interpersonnels.

Selon Millon, le niveau d'anxiété du schizotypique serait modéré. La schizotypie résulte souvent d'un trouble de la personnalité schizoïde pré-morbide qui s'apparente aux schizophrénies de toutes sortes. C'est pour cette raison que le sujet, même s'il est enclin à diverses phobies, ne peut tolérer bien longtemps les sentiments intenses d'anxiété qui se manifestent plutôt sous formes d'excentricités.

Objectif et hypothèse de la recherche

Le contexte théorique démontre que la sévérité du trait d'anxiété implique un dysfonctionnement de la personnalité dans son ensemble. Dans le cadre de la théorie de l'apprentissage biosocial, Millon suggère un rationnel établissant des liens entre l'anxiété et les divers désordres de la personnalité. Il propose de plus un instrument psychométrique, le MCMI, permettant l'opérationnalisation de tous ces concepts.

Cette recherche a donc pour objectif premier de vérifier les attentes de Millon concernant les rapports entre l'anxiété et les troubles de personnalité du DSM-III. Il ne s'agit pas de démontrer un lien de causalité entre ces variables, mais plutôt de comparer des niveaux de corrélations entre les mesures de désordres de personnalité et des mesures de l'anxiété. Cette recherche corrélationnelle fournira également une

contribution à la validité de construit des instruments qui seront utilisés.

L'hypothèse générale suivante est mise ici à l'épreuve: il y a un lien significatif entre le trait d'anxiété s'exprimant sous la forme de rapports verbaux et la présence de troubles de personnalité mesurés par le MCMI.

Le modèle biosocial suggère que les mesures des désordres de la personnalité compulsive, dépendante et évitante présentent les plus fortes corrélations avec des mesures de l'anxiété. Pour les mesures de personnalités limite et paranoïaque, les corrélations seraient plus faibles. Quant aux personnalités schizoïde et schizotypique, le modèle prévoit une relation positive modérée avec le trait d'anxiété. Enfin, les troubles de personnalité histrionique, narcissique et antisociale devraient présenter des corrélations négatives avec les mesures de l'anxiété.

Chapitre II

Description de l'expérience

Le deuxième chapitre décrit la méthodologie relative à l'expérimentation. Les points ayant trait au choix des sujets, aux épreuves expérimentales utilisées, au déroulement de l'expérience proprement dite, et aux méthodes statistiques, sont successivement présentés.

Sujets

L'échantillon se compose de 100 sujets, soit 69 femmes et 31 hommes, dont l'âge varie entre 19 et 67 ans. La moyenne d'âge est de 35,5 ans avec un écart-type de 11,3. Le recrutement des sujets s'est effectué principalement auprès de l'organisme E.P.S.A. (Entraide aux Personnes Souffrant d'Agoraphobie), celui-ci étant susceptible de fournir des sujets anxieux.

Toutefois, pour des raisons méthodologiques reliées à la nature corrélationnelle de cette recherche, une attention particulière fut accordée au recrutement de sujets dont la sévérité de l'anxiété varie; autrement, une constante aurait été introduite dans le calcul des corrélations, minimisant ainsi le phénomène de covariation que l'on cherche justement à observer. C'est pourquoi une proportion de sujets provient des milieux étudiant et hospitalier. En somme, 60% des sujets proviennent de

E.P.S.A. (agoraphobes et conjoints), 25% de l'UQTR et 15% du milieu hospitalier (infirmières et employés). Il est à noter que tous les sujets sont des volontaires.

Epreuves expérimentales

La batterie utilisée pour cette expérimentation compte quatre (4) épreuves expérimentales. Premièrement, le Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI), version française, a servi à évaluer les onze (11) troubles de personnalité ainsi que l'anxiété. De plus, les versions françaises du Clinical Anxiety Scale (CAS) et du Self-Rating Anxiety Scale (SAS), ont été utilisées pour mesurer le trait d'anxiété s'exprimant sous forme de rapports verbaux. Enfin, la version française du Beck Depression Inventory (BDI) a contribué à contrôler la sévérité de la dépression. Les prochaines sections se consacrent à décrire chacun de ces instruments, notamment leurs qualités psychométriques.

Millon Clinical Multiaxial Inventory

Le MCMI (Millon, 1983b) a été traduit en 1986 et adapté pour le Québec par Andrea D'Elia et Pierre-Marie Lagier, au Bureau d'intervention psychosociale (B.I.P.S.) de Montréal, sous le nom de Inventaire Clinique Multiaxial de Millon. Le MCMI est un questionnaire composé de 175 items se répondant par vrai ou faux. La compilation des réponses du sujet permet d'obtenir un score brut pour vingt (20) échelles cliniques, lequel score

est ensuite pondéré suivant des tables normatives. Ce dernier varie entre 0 et 115 pour toutes les échelles.

La correction du MCMI s'effectue soit à l'aide de l'ordinateur, soit à l'aide de grilles manuelles qu'il s'agit d'apposer tour à tour sur la feuille-réponse du sujet. C'est cette dernière technique qui fut utilisée pour cette expérimentation.

Le MCMI fut normalisé sur une population composée de sujets dits "normaux" et de patients cliniques vus en psychothérapie. Le groupe non-clinique regroupe 297 sujets provenant de divers milieux (collégiens, employés de bureaux, journaliers...), dont 144 (48%) sont des femmes, et 153 (52%) des hommes. L'âge de ce groupe varie de 18 à 62 ans. Pour sa part, le groupe clinique compte 1591 patients, dont l'âge oscille entre 18 et 66 ans. Parmi ces patients, 922 (58%) sont des hommes, et 669 (42%) des femmes. Le MCMI semble posséder de très bonnes qualités psychométriques, ayant trait principalement à la validité et à la fidélité des échelles cliniques.

La validité du MCMI fut établie principalement à partir du jugement clinique de divers professionnels de la santé mentale (psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux...). Ceux-ci avaient à diagnostiquer leurs patients à partir des critères du DSM-III, puis à leur administrer le MCMI parallèlement; de sorte qu'il est possible de voir dans quelles proportions les classifications du DSM-III et du MCMI concordent. Le

tableau 2 indique les pourcentages de concordance selon deux critères: a) lorsque le score des échelles est égal ou supérieur à 75; et b) lorsque le score des échelles est égal ou supérieur à 85.

Les résultats démontrent de forts taux de concordance, indiquant que les échelles cliniques possèdent une très bonne validité concourante. En effet, lorsque le score est égal ou supérieur à 75, les pourcentages de classifications adéquates varient entre 77% et 93% pour les échelles de personnalité; et lorsque le score est égal ou supérieur à 85, ces pourcentages augmentent légèrement, soit de 82% à 94%.

La fidélité du MCMI a été évaluée au moyen de deux études test-retest, lesquelles diffèrent légèrement de par le temps écoulé entre les épreuves. Le premier test-retest s'étend sur une période de 5 à 9 jours (moyenne = 7 jours) et porte sur 59 sujets. Le deuxième test-retest est intercalé de 4 à 6 semaines (moyenne = 5 semaines) et compte 86 sujets. A noter que ces deux études de fidélité portent sur des sujets participant à des programmes de psychothérapie. Enfin, la consistance interne fut étudiée et évaluée par la formule KR-20. Le tableau 3 présente les coefficients de corrélations obtenus à la suite de ces études. Les résultats indiquent, pour les échelles de personnalité du MCMI, des corrélations allant de 0,81 à 0,91 concernant la première étude, et de 0,77 à 0,84 concernant la deuxième étude.

Tableau 2

"Taux de concordance" entre les
classifications du DSM-III et du MCMI

Echelles	> 85 % classifications correctes	≥ 75
1. Schizoïde	94	92
2. Évitante	88	88
3. Dépendante	87	89
4. Histrionique	86	83
5. Narcissique	94	93
6. Antisociale	93	88
7. Compulsive	82	77
8. Passive-agressive	85	82
S. Schizotypique	92	90
C. Limite	88	86
P. Paranoïde	92	90

n = 256

Aussi, pour s'assurer que les différences observées entre les deux études ne sont pas dûes autant à des erreurs de mesure qu'à l'effet du temps, des KR-20 furent calculés. Les coefficients de 0,73 à 0,95 confirment une très bonne consistance interne au niveau des échelles de personnalité (voir tableau 3).

Il s'avère donc, en dépit des complications inhérentes aux études test-retest avec des sujets en psychothérapie, que le MCMI possède une fidélité plus que satisfaisante pour chacune des échelles utilisées dans le cadre de cette expérimentation. Néanmoins, les études de fidélité (et de validité) concernent la version anglaise; ce qui justifie d'autres études ayant trait spécifiquement à la version française.

Clinical Anxiety Scale

Le CAS (Thyer, 1986) est une échelle de 25 items basée sur les rapports verbaux du sujet concernant divers symptômes d'anxiété. Les réponses obtenues servent à déterminer la sévérité du trait d'anxiété ou la tendance à se comporter de manière anxieuse. Le CAS se répond au moyen d'une échelle graduée comme suit: 1) rarement ou jamais; 2) parfois; 3) souvent; 4) la plupart du temps; et 5) toujours ou presque toujours. Ainsi, le sujet choisit le chiffre qui correspond à son expérience de chaque item.

Tableau 3
Corrélations obtenues suite aux procédures test-retest
pour chaque échelle du MCMI

Echelles	test-retest A	test-retest B	KR-20
1	.85	.82	.73
2	.90	.84	.91
3	.83	.79	.78
4	.91	.85	.89
5	.85	.81	.81
6	.90	.83	.79
7	.81	.77	.84
8	.89	.81	.91
S	.86	.78	.92
C	.84	.77	.95
P	.85	.77	.82
A	.80	.68	.94
H	.81	.68	.94
N	.79	.65	.70
D	.78	.66	.94
B	.83	.76	.71
T	.83	.74	.78
SS	.80	.68	.88
CC	.79	.61	.91
PP	.82	.66	.58
	n = 59	n = 86	n = 978

La normalisation du CAS s'est effectuée sur un échantillon de 215 sujets, dont 47 (29%) agoraphobes, 83 (38%) étudiants universitaires et 85 (40%) militaires. L'âge moyen des agoraphobes est de 41 ans, celui des étudiants de 26 et celui des militaires de 27 ans. La correction du CAS comporte trois étapes: a) inverser le score des items 1-6-7-9-13-15-17; b) faire la sommation des scores de tous les items; c) soustraire 25 de cette sommation. Le score final varie de 0 à 100 et s'interprète de la façon

suivante: plus le score se rapproche de l'extrémité "0" du continuum, moins le trait d'anxiété est présent; et plus il se rapproche de l'extrémité "100", plus la présence du trait est marquée.

La validité du CAS fut établie principalement dans le cadre de la présente recherche, en ce sens que des coefficients de corrélations de Pearson ont été calculés pour mesurer la validité concomitante entre les mesures de l'anxiété utilisées au cours de l'expérimentation. La validité concomitante du CAS avec le SAS est de 0,84 ($p \leq ,001$); ce qui confère à cet instrument une très bonne capacité de mesure du trait d'anxiété s'exprimant sous la forme de rapports verbaux, et ce, pour la version française.

La fidélité de la version anglaise du CAS fut estimée à 0,94 par le constructeur du test (Thyer, 1986). Ce dernier rapporte que les scores ne sont pas affectés par les différences démographiques (âge, sexe, niveau de scolarité). Cependant, Ficher et Corcoran (1987) prétendent que les limites du CAS résident dans un faible niveau de généralisation des résultats à d'autres populations que celles constituant l'échantillon utilisé lors de sa normalisation.

Self-Rating Anxiety Scale

Le but du SAS (Zung, 1971) est d'évaluer l'anxiété à partir des rapports verbaux du sujet. Cet instrument suit le même principe que le

CAS, soit l'utilisation d'une échelle graduée allant de 1 à 4 (où 1 = rarement, 2 = parfois, 3 = souvent, et 4 = la plupart du temps). Le sujet doit donc répondre par le chiffre qui décrit le mieux son expérience de l'anxiété pour les 20 items.

La correction du SAS s'effectue en trois étapes: a) inverser le score des items 5-9-13-17-19; b) faire la sommation des scores de tous les items; et c) diviser le score total par 0,80; ce qui donne un score final variant entre 25 et 100. Le score final s'interprète sensiblement comme celui du CAS (continuum), en ce sens qu'un score final se rapprochant de 25 tend à dénoter un faible trait d'anxiété, tandis qu'un score se rapprochant de 100 tend à représenter un fort trait d'anxiété. Le SAS fut testé sur un échantillon composé de 225 patients psychiatriques, dont 152 (68%) hospitalisés en clinique interne et 73 (32%) traités en clinique externe. De plus, un groupe de 100 participants constituait le groupe-contrôle.

La validité concomitante du SAS avec le CAS est de 0,84 ($p \leq ,001$). Toutefois, un manque de données caractérise le SAS concernant sa fidélité. C'est pourquoi deux mesures ont été prises par rapport à son utilisation dans cette recherche: premièrement, la fidélité fut estimée à l'aide de la formule r_{xx}^2 (Guilford et Fruchter, 1978), pour un coefficient de 0,71; et deuxièmement, le score final du SAS fut additionné à celui du SAS afin de maximiser sa stabilité. Une telle décision fait passer le nombre d'items de 20 à 45, ce qui contribue à l'amélioration de la stabilité des deux instruments en même temps. En somme, le manque de données sur les qualités

psychométriques du SAS n'empêche pas de l'utiliser, à condition de le faire parallèlement au CAS en attendant les résultats de futures recherches sur sa stabilité.

En conclusion, la sommation des scores CAS et SAS produit un score global d'anxiété (CAS + SAS). Celui-ci varie entre 0 et 200 et s'interprète comme suit: plus le score se rapproche de l'extrémité 0 du continuum, plus le trait d'anxiété est faible; et plus ce score est près de l'extrémité 200, plus la présence du trait est considérable.

Beck Depression Inventory

Le BDI (Beck et al., 1961; Beck, 1967) est un questionnaire de 21 items visant à déterminer le degré de sévérité de la dépression. Chaque item décrit une manifestation comportementale spécifique de la dépression et consiste en une série de quatre propositions sur lesquelles le répondant doit faire un choix. Les propositions sont rangées de manière graduée (0, 1, 2 & 3), permettant ainsi de refléter le degré de gravité de chaque symptôme depuis la neutralité (0) jusqu'au maximum de gravité (3).

La correction du BDI consiste simplement à faire la sommation des scores de tous les items. Le score total varie donc de 0 à 63; plus celui-ci est élevé, plus la dépression est présumée importante. Les rapports verbaux du sujet permettent donc de contrôler le degré de dépression.

La version anglaise du BDI fut normalisée sur une population clinique composée de 598 patients psychiatriques. Cette version fut traduite puis normalisée par deux groupes de chercheurs indépendants. D'une part, Gauthier et al. (1982), de l'Université Laval, ont établi les qualités psychométriques auprès de 266 sujets (145 femmes et 121 hommes) sélectionnés aléatoirement à même le bottin téléphonique de la région de Québec. L'âge moyen de ces sujets est de 40 ans avec un écart-type de 16 ans, l'étendue variant de 18 à 90 ans. D'autre part, Bourque et Beaudette (1982) ont standardisé la version française du BDI sur un échantillon de 498 étudiants universitaires de Moncton (287 femmes et 211 hommes), dont l'âge moyen est de 20,2 ans. La répartition des étudiants semble assez équitable entre les divers programmes d'études.

La validité du BDI a été mise en évidence lors d'une série d'études où des corrélations de 0,61, 0,65 et 0,66 furent obtenues entre le BDI et des estimations de l'intensité de la dépression faites par des cliniciens indépendants (Beck et al., 1961; Metcalfe et Goldman, 1965; Pichot et Lempérière, 1964). De même, Williams et al. (1972) rapportent des corrélations similaires ($r = 0,67$) entre le BDI et une mesure comportementale des états dépressifs. De plus, cette dernière étude démontre que, contrairement aux critiques généralement énoncées pour ce genre de questionnaire, la validité du BDI ne semble pas affectée par le phénomène de désirabilité sociale. Il est à noter que le BDI présente une excellente validité de discrimination entre anxiété et dépression (Beck, 1967, 1970).

Par ailleurs, Fischer et Corcoran (1987) rapportent une fidélité allant de bonne à excellente suite à l'examen des recherches sur le BDI à ce jour. Par exemple, la méthode des deux moitiés occasionne des coefficients de corrélations se situant entre 0,78 et 0,93 ainsi qu'un très bon niveau de consistance interne. Deux autres études de Gauthier et al. (1982) et de Bourque et Beaudette (1982) indiquent des coefficients de fidélité respectifs de 0,75 et de 0,62 ($p \leq ,001$), et ce, pour la version française du BDI.

Procédure

Cette recherche s'insère dans le cadre des activités de l'organisme E.P.S.A. (Entraide aux Personnes Souffrant d'Agoraphobie)¹. Ce groupe d'entraide tient depuis environ septembre 1986 des cafés-rencontres au troisième mercredi de chaque mois. Des conférenciers sont invités pour entretenir les auditeurs des troubles d'anxiété et des méthodes de thérapie. Les activités se tiennent à Ville-Joie St-Dominique². C'est dans le respect de ce fonctionnement que s'est déroulée l'expérimentation.

1 Des remerciements s'adressent à Marie Martel et Andrée Joubert de E.P.S.A., leurs conseils et leur dévouement ayant grandement facilité le recrutement des sujets ainsi que le déroulement de l'expérience.

2 Ville-Joie St-Dominique est située au 1455, Boulevard du Carmel, Trois-Rivières. L'utilisation du local et des facilités matérielles nécessaires à l'expérimentation, n'eût pas été possible sans le concours de Jacqueline Comeau, de cette institution.

Le recrutement des sujets agoraphobes s'est effectué par le biais des cafés-rencontres et du courrier de "Chère Louise" du quotidien Le Nouvelliste. Pour leur part, les étudiants et les infirmières ont été recrutés au moyen d'affiches apposées sur les babillards de l'U.Q.T.R. et de contacts personnels aux centres hospitaliers Cooke et St-Joseph de Trois-Rivières.

L'expérimentation proprement dite s'est déroulée sur une période de deux semaines, soit du 18 janvier au 1er février 1988. Les 60 sujets agoraphobes ont été reçus dans le local de conférence habituel de Ville-Joie St-Dominique, et ce, par petits groupes de 15-20 puisque ces derniers présentent des résistances naturelles à se retrouver dans les foules. Quant aux 25 étudiants, ils ont pu répondre à la batterie de questionnaire dans un local du Pavillon Ringuet de l'U.Q.T.R. Enfin, les sujets provenant du milieu hospitalier ont rempli les questionnaires à domicile avant de les retourner. Tous les sujets ont eu droit aux mêmes consignes verbales. Les sujets recevaient les cahiers relatifs aux quatre épreuves expérimentales, qu'ils devaient remplir dans l'ordre suivant: 1) Inventaire Clinique Multiaxial de Millon (MCMI); 2) Echelle d'anxiété clinique (CAS); 3) Echelle d'auto-évaluation de l'anxiété (SAS); et 4) Inventaire de dépression de Beck (BDI). L'expérimentateur, toujours le même pour chaque petit groupe, a lu les instructions à voix haute telles qu'elles sont écrites sur la première page des cahiers relatifs aux questionnaires. Après chaque lecture, il s'enquérissait des interrogations des sujets. Une attention particulière fut portée au fait que tous les

questionnaires se répondent spontanément et qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Le temps requis pour répondre à la batterie variait entre 60 et 90 minutes (approximativement 50 pour le MCMI).

A la fin de la passation, l'expérimentateur remerciait les participants et invitait ceux qui souhaitaient obtenir leurs résultats à laisser leurs nom et numéro de téléphone. Aussi, un coupon numéroté, correspondant à leur numéro de sujet, leur fut remis en attendant qu'ils soient rappelés à une date ultérieure.

Méthodes statistiques

Les scores obtenus à l'aide des épreuves expérimentales étant tous exprimables sur une échelle à intervalles (continuum), des corrélations furent calculées entre les mesures du trait d'anxiété et les échelles de personnalité. En comparant les divers niveaux de corrélations, certains désordres de la personnalité devraient covarier avec la présence de l'anxiété.

Par la suite, des corrélations partielles furent calculées entre les mesures des variables suivantes: trait d'anxiété, troubles de personnalité et dépression. Cette procédure visait à établir des corrélations entre les scores d'anxiété et les mesures de prototypes de désordres de la personnalité lorsque la contribution de la variable dépression est statistiquement contrôlée.

Chapitre III

Analyse des résultats

Dans le troisième chapitre, les résultats de l'expérimentation sont présentés et analysés en fonction de l'hypothèse selon laquelle il y a un lien entre le trait d'anxiété et la présence de certains troubles de personnalité. Cette présentation est suivie d'une discussion des résultats par rapport au modèle biosocial et aussi par rapport aux retombées et aux limites de cette recherche.

Avant d'aller plus loin, il convient de rappeler l'essentiel des attentes que suggère le modèle biosocial concernant les liens entre l'anxiété et les troubles de personnalité. Le rationnel de Millon (1981) suggère que les mesures de désordres de personnalité compulsive, dépendante et évitante présentent les plus fortes corrélations avec les mesures de l'anxiété. Pour les mesures de personnalité limite et paranoïaque, les corrélations seraient plus faibles. Quant aux personnalités schizoïde et schizotypique, le rationnel prévoit une relation positive modérée avec le trait d'anxiété. Enfin, les troubles de personnalité histrionique, narcissique et antisociale devraient présenter des corrélations négatives avec les mesures de l'anxiété.

Présentation des résultats

Des corrélations de Pearson ont été calculées entre les mesures du trait d'anxiété: Clinical Anxiety Scale et Self-Rating Anxiety Scale, et les onze (11) échelles de personnalité du Millon Clinical Multiaxial Inventory. La principale mesure du trait d'anxiété réside ici dans la sommation des scores obtenus au CAS et au SAS. Considérant l'excellente validité concomitante entre ces instruments ($r=0,84$, $P<,001$), il apparaissait justifié d'effectuer une telle sommation afin d'optimiser la fidélité et la stabilité du score global d'anxiété résultant de l'utilisation d'un plus grand nombre d'items. Le tableau 4 montre les corrélations obtenues avec leur niveau de signification.

Les mesures des échelles de personnalité évitante, passive-agressive, dépendante et limite corrélaient les plus fortement avec la mesure principale du trait d'anxiété (CAS+SAS), les corrélations obtenues étant respectivement de 0,65 ($p<,001$), de 0,62 ($p<,001$), de 0,58 ($p<,001$) et de 0,55 ($p<,001$). Suivent les échelles de personnalité schizoïde et schizotypique, avec des corrélations respectives de 0,43 ($p<,001$) et de 0,39 ($p<,001$). Quant aux échelles de personnalité narcissique, histrionique et antisociale, elles corrélaient négativement avec le trait d'anxiété, les corrélations se chiffrant à -0,42 ($p<,001$), à -0,38 ($p<,001$) et à -0,38 ($p<,001$). Enfin, les mesures des échelles de personnalité compulsive et paranoïaque présentent des corrélations non significatives avec toutes les mesures du trait d'anxiété ($p>,01$).

Tableau 4
Corrélations entre les mesures d'anxiété
et les échelles de personnalité (n=100)

MCM	CAS	SAS	CAS+SAS
1. Schizoïde	,49*	,32*	,43*
2. Évitante	,67*	,57*	,65*
3. Dépendante	,59*	,49*	,58*
4. Histrionique	-,40*	-,35*	-,38*
5. Narcissique	-,44*	-,37*	-,42*
6. Antisociale	-,39*	-,34*	-,38*
7. Compulsive	-,08	,02	-,04
8. Passive-agressive	,67*	,57*	,62*
S. Schizotypique	,42*	,32*	,39*
C. Limite	,54*	,48*	,55*
P. Paranoïaque	-,01	-,03	-,01

* $p \leq ,001$

De même, les corrélations obtenues avec les mesures CAS et SAS, prises séparément, tendent à corroborer l'ordre d'importance du trait d'anxiété chez les personnes manifestant des troubles de personnalité tels que mesurés par le MCM (voir tableau 4). Avec le CAS, les personnalités évitante, passive-agressive, dépendante et limite présentent des corrélations de 0,67 ($p \leq ,001$), de 0,67 ($p \leq ,001$), de 0,59 ($p \leq ,001$) et de

0,54 ($p \leq .001$). Les échelles de personnalité schizoïde et schizotypique présentent pour leur part des corrélations de 0,49 ($p \leq .001$) et de 0,42 ($p \leq .001$). Les mesures de personnalité narcissique, histrionique et antisociale corrélient négativement avec le CAS, tel que le démontrent des corrélations respectives de -0,44 ($p \leq .001$), de -0,40 ($p \leq .001$) et de -0,39 ($p \leq .001$). Avec le SAS, les échelles de personnalité évitante, passive-agressive, dépendante et limite présentent des corrélations de 0,57 ($p \leq .001$), de 0,57 ($p \leq .001$), de 0,49 ($p \leq .001$) et de 0,48 ($p \leq .001$), tandis que les échelles de personnalité narcissique, histrionique et antisociale présentent des corrélations de -0,37 ($p \leq .001$), de -0,35 ($p \leq .001$) et de -0,34 ($p \leq .001$). Quant aux personnalités schizoïde et schizotypique, les corrélations se situent à 0,32 ($p \leq .001$). Les corrélations obtenues à l'aide du CAS apparaissent en général un peu plus fortes que celles obtenues à l'aide du SAS, mais ces deux séries de corrélations vont dans le même sens.

En somme, l'analyse corrélationnelle démontre qu'il y a un lien entre le trait d'anxiété s'exprimant sous la forme de rapports verbaux et la présence de certains troubles de personnalité mesurés par le MCMI. Ainsi, les mesures de personnalité évitante, passive-agressive, dépendante et limite semblent être les plus fortement associées à un trait d'anxiété élevé, tandis que les mesures de personnalité narcissique, histrionique et antisociale corrélient négativement avec les mesures du trait d'anxiété. L'analyse confirme donc en bonne partie les attentes du modèle biosocial.

Toutefois, il paraît opportun de se demander si le fait de contrôler statistiquement la sévérité de la dépression modifie l'ordre des niveaux de corrélations de Pearson. Pour répondre à cette question, la variable dépression a été mesurée à l'aide du Beck Depression Inventory puis des corrélations partielles de premier ordre ont été calculées afin de tenter d'isoler la contribution de cette variable (Guilford et Fruchter, 1978). Le tableau 5 montre des corrélations partielles obtenues entre le trait d'anxiété et les échelles de personnalité avec leur niveau de signification.

Ainsi, les échelles de personnalité évitante, dépendante, passive-agressive et limite présentent respectivement des corrélations partielles de 0,48 ($p \leq ,001$), de 0,46 ($p \leq ,001$), de 0,40 ($p \leq ,001$) et de 0,30 ($p \leq ,001$) avec la mesure globale du trait d'anxiété (CAS+SAS). Les mesures des désordres de personnalité histrionique, antisociale et narcissique corrélaient négativement avec le trait d'anxiété puisque les corrélations partielles obtenues sont de -0,43 ($p \leq ,001$), de -0,40 ($p \leq ,001$) et de -0,35 ($p \leq ,001$). De plus, l'analyse indique une absence de corrélations partielles significatives entre les mesures de l'anxiété et des troubles de personnalité schizoïde, compulsive, schizotypique et paranoïaque lorsque la contribution de la variable dépression est isolée.

Tableau 5

Corrélations partielles entre l'anxiété
et les échelles de personnalité
avec contrôle de la dépression (n = 100)

	Anxiété	Dépression	Anxiété- Dépression
Schizoïde	,43 **	,55 **	,16
Evitante	,65 **	,62 **	,48 **
Dépendante	,58 **	,50 **	,46 **
Histrionique	-,38 **	-,14	-,43 **
Narcissique	-,42 **	,29*	-,35 **
Antisociale	-,38 **	-,13	-,40 **
Compulsive	-,04	-,32 **	-,17
Passive-agressive	,62 **	,65 **	,40**
Schizotypique	,39 **	,49 **	,17
Limite	,55 **	,61 **	,30*
Paranoïaque	-,01	,14	-,09

* $p \leq ,01$

rAD = 0,56

** $p \leq ,001$

Il semble donc que l'ordre des niveaux de corrélations de Pearson diffère légèrement de celui des corrélations partielles. Cependant, les échelles de personnalité qui s'associent positivement ou négativement avec le trait d'anxiété sont les mêmes dans chaque cas (mises à part les

corrélations non significatives). L'analyse supplémentaire qui utilise des corrélations partielles confirme substantiellement les attentes du modèle biosocial par rapport aux relations entre l'anxiété et les désordres de personnalité.

Discussion des résultats

Est-ce que les personnes souffrant d'anxiété présentent certains troubles de personnalité particuliers? Cette question constitue le point de départ de ce mémoire. Pour répondre à cette question, l'hypothèse selon laquelle il y a un lien significatif entre le trait d'anxiété s'exprimant sous forme de rapports verbaux et la présence de certains troubles de personnalité mesurés par le MCMI, fut mise à l'épreuve. Ainsi, cette recherche a pour but de vérifier empiriquement le rationnel du modèle biosocial (Millon, 1981) par rapport aux liens qui existent entre l'anxiété et les désordres de personnalité tels que décrits dans le DSM-III (A.P.A., 1980).

En conformité avec le modèle biosocial (Millon, 1981), l'analyse corrélationnelle suggère que les personnes souffrant d'anxiété tendent à présenter des troubles de personnalité évitante, passive-agressive, dépendante et limite. Cette interprétation découle du fait que plus les sujets présentent des scores élevés aux mesures du trait d'anxiété, plus ceux-ci tendent à présenter des scores élevés à ces quatre échelles de personnalité. Le rationnel de cette théorie prévoyait également que les

personnalités schizoïde et schizotypique s'associent à un trait d'anxiété modéré, tel que le confirme l'analyse des résultats. Quant aux troubles de personnalité narcissique, histrionique et antisociale, ils présentent des corrélations négatives avec les mesures de l'anxiété. Ceci signifie que plus les sujets obtiennent des scores élevés sur ces trois échelles de personnalité du MCMI, plus ils tendent à obtenir des scores faibles aux mesures de l'anxiété. La confirmation substantielle du modèle biosocial soutient l'idée que la plupart des échelles de personnalité du MCMI possèdent une bonne validité de construit et appuie les conclusions des travaux de Millon (1983b) sur la validité concourante obtenue lors de la construction de son instrument.

Les résultats obtenus dans le cadre de l'expérimentation s'associent à des retombées sur l'intervention du fait qu'ils peuvent être utiles pour établir l'importance de l'anxiété dans certains désordres de la personnalité (Mefferd, 1979; Beck, 1971, 1985; Beck et Emery, 1985; Millon, 1969, 1981, 1983a; A.P.A., 1980). La formulation rapide d'hypothèses cliniques peut faciliter l'établissement d'un plan de traitement. Il serait facile et économique pour un intervenant d'administrer le CAS, le SAS et le MCMI à un client qui dit souffrir d'anxiété. Cette procédure lui permettrait de diagnostiquer objectivement chez un client le degré de propension à présenter des symptômes d'anxiété, les traits de personnalité dominants qui contribuent possiblement à maintenir la fréquence des symptômes d'anxiété ainsi que la force du lien unissant ces deux variables psychologiques. Par exemple, si le sujet cote

fort à ces mesures, le thérapeute peut choisir des stratégies destinées à diminuer l'anxiété (ex: relaxation, désensibilisation systématique...). Si la personne présente des traits de personnalité évitante, passive-agressive, dépendante ou limite, les stratégies peuvent viser l'assouplissement de ces traits de personnalité (ex: restructuration cognitive, entraînement aux habiletés sociales...). Il est donc plausible que le fait d'agir sur l'une de ces variables modifie l'autre puisque celles-ci se caractérisent par une interdépendance. L'utilisateur de cette batterie de tests peut ensuite vérifier ses hypothèses tout au long du processus d'intervention et tenter ainsi de mesurer les changements qui surviennent à moyen et à long terme.

Cependant, le fait qu'il y ait une relation significative entre le trait d'anxiété et certains troubles de personnalité ne permet pas de déterminer laquelle de ces deux variables cause l'autre. Le trait d'anxiété peut expliquer autant l'émergence d'un trouble de personnalité que ce dernier explique la présence du trait d'anxiété. Il s'agit ici d'interpréter les fortes corrélations obtenues en terme de bidirectionnalité, remettant ainsi en question le postulat voulant que les symptômes d'anxiété soient le prolongement d'un trouble de personnalité sous-jacent. Le problème des rapports entre l'Axe I et l'Axe II du DSM-III amènent certains auteurs (Millon, 1981; Frances, 1986) à concevoir que des troubles de personnalité particuliers puissent être associés à l'émergence de troubles affectifs, somatoformes, anxieux ou même psychotiques. L'analyse des résultats de l'expérimentation démontre que les troubles de

personnalité évitante, passive-agressive, dépendante et limite (Axe II) ont un lien avec l'anxiété (Axe I), mais ne permet pas d'affirmer que l'anxiété est le prolongement de tels troubles de personnalité.

Bien que cette recherche ne vise pas la démonstration d'une causalité unidirectionnelle, les résultats permettent d'envisager la possibilité de procéder à d'autres recherches en ce sens puisque les niveaux de corrélations extrêmes obtenus, positifs ou négatifs, justifient la mise sur pied d'études cliniques expérimentales. Par exemple, il serait intéressant de comparer les personnalités narcissique, histrionique et antisociale avec les personnalités évitante, passive-agressive, limite et dépendante relativement à la manipulation de la variable anxiété. Cette recherche exploratoire ouvre la porte à des études comparatives sur l'efficacité des traitements puisque les épreuves expérimentales utilisées ici peuvent contribuer à la mesure du changement psychothérapeutique.

Par ailleurs, il importe d'examiner la validité discriminative des échelles de personnalité du MCMI. Le tableau 6 expose une matrice de corrélations entre ces échelles. Ainsi, cette matrice révèle que les échelles de personnalité évitante, passive-agressive, dépendante et limite, qui présentent toutes des corrélations positives avec le trait d'anxiété, présentent également des corrélations positives entre elles. Par exemple, l'échelle de personnalité évitante présente des corrélations respectives de 0,77 ($p < ,001$), de 0,77 ($p < ,001$) et de 0,73 ($p < ,001$) avec les personnalités passive-agressive, limite et dépendante. De la même façon, l'échelle de

Tableau 6

Matrice de corrélations entre les échelles
de personnalité du MCMI

	2	3	4	5	6	7	8	S	C	P	Anx.- Dép.
1. Schizoïde	,81	,57	-,49	-,58	-,30	-,40	,57	,67	,61	,11	,16
2. Évitante		,73	-,50	-,63	-,43	-,33	,77	,69	,77	,08	,48
3. Dépendante	,73		-,29	-,60	-,58	-,09	,59	,61	,68	,01	,46
4. Histrionique	-,50	-,29		,68	,50	-,24	-,19	-,47	-,24	,12	-,43
5. Narcissique	-,63	-,60	,68		,73	,08	-,36	-,61	-,43	,31	-,35
6. Antisociale	-,43	-,58	,50	,73		-,15	-,24	-,38	-,27	,38	-,40
7. Compulsive	-,33	-,09	-,24	,08	-,15		-,42	-,12	-,25	,02	-,17
8. Passive-agressive	,77	,59	-,19	-,36	-,24	-,42		,47	,71	,61	,40
S. Schizotypique	,69	,61	-,47	-,61	-,38	-,12	,47		,61	,09	,17
C. Limite	,77	,68	-,24	-,43	-,27	-,25	,71	,61		,22	,30
P. Paranoïaque	,08	,01	,12	,31	,38	-,02	,04	,09	,22		-,09

personnalité passive-agressive présente des corrélations de 0,71 ($p < ,001$) et de 0,59 ($p < ,001$) avec les personnalités limite et dépendante, tandis que la corrélation entre les échelles de personnalité limite et dépendante est de 0,68 ($p < ,001$). Quant aux échelles de personnalité histrionique, narcissique et antisociale, elles s'associent toutes négativement avec le trait d'anxiété mais s'associent positivement entre elles. En effet, des corrélations de 0,73 ($p < ,001$) et de 0,68 ($p < ,001$) sont obtenues entre l'échelle de personnalité narcissique et les personnalités antisociale et histrionique, tandis que la corrélation entre les échelles de personnalité histrionique et antisociale est de 0,50 ($p < ,001$).

Cette matrice de corrélations est révélatrice par rapport à la validité discriminative des échelles de personnalité du MCMI. La validité discriminative entre les échelles de personnalité évitante, passive-agressive, dépendante et limite apparaît plutôt faible. Ainsi, les sujets qui présentent des scores élevés sur l'une de ces échelles tendent à présenter des scores élevés sur les autres puisque plusieurs items communs servent à mesurer ces quatre (4) échelles. De même, la validité discriminative apparaît faible entre les échelles de personnalité narcissique, histrionique et antisociale; ce qui signifie que les sujets tendent à coter fort sur plus d'une de ces trois (3) échelles en même temps. Ces observations rejoignent celles de Cantor et Genero (1986) qui soutiennent que les personnes tendent à privilégier quelques modes d'adaptation ou à présenter des troubles mixtes de la personnalité. Par contre, il semble se dégager deux groupes bien distincts de désordres de

personnalité: les personnalités "anxieuses" et les personnalités "non anxieuses". La matrice de corrélations (voir tableau 6) indique d'ailleurs des corrélations négatives entre les deux séries d'échelles. Par conséquent, la validité discriminative semble meilleure entre les mesures des personnalités "anxieuses" et des personnalités "non anxieuses". En fait, plus les sujets cotent fort sur les échelles de personnalité évitante, passive-agressive, dépendante et limite, plus ils tendent à coter faible sur les échelles de personnalité narcissique, histrionique et antisociale.

La nature de la validité discriminative des personnalités "anxieuses" soulève la question des ressemblances et des différences entre les désordres de personnalité évitante, passive-agressive, dépendante et limite. De même, cette question s'avère pertinente pour les désordres de personnalité histrionique, narcissique et antisociale. Il convient d'examiner le sens de ces regroupements de plus près.

Les personnalités dépendante et évitante se caractérisent par une peur du rejet et une sensibilité particulière à l'humiliation et à la critique, ainsi qu'une anxiété prépondérante dans les relations interpersonnelles. Par exemple, les personnalités dépendante et évitante apparaissent vulnérables aux phobies sociales et à l'agoraphobie. Elles se distinguent cependant l'une de l'autre sur des points précis. Selon le DSM-III, la personnalité dépendante manque d'initiative et d'autonomie, et l'anticipation de nouvelles responsabilités accroît l'anxiété. La

personnalité évitante présente une méfiance des autres et une distance interpersonnelle marquée, qu'on retrouve moins chez le dépendant. Quant à la personnalité passive-agressive, elle se distingue des autres personnalités "anxieuses" par les résistances ou le négativisme, qui proviendrait de difficultés à solutionner les conflits entre l'hostilité et la peur de la désapprobation sociale. Pour sa part, la personnalité limite se distingue par ses humeurs endogènes intenses, sa labilité émotionnelle et son impulsivité. De plus, cette personnalité se caractérise par une perturbation profonde de l'identité. Les désordres de personnalité passive-agressive et limite apparaissent plus vulnérables aux troubles de l'affect. La personnalité limite, par surcroît, est plus sujette aux décompensations psychotiques. En somme, ces quatre (4) personnalités "anxieuses" peuvent se ressembler au plan des symptômes d'anxiété, mais leur description par le DSM-III diffère sur quelques points fondamentaux.

D'autre part, les personnalités "non anxieuses" présentent toutes un faible niveau d'anxiété, mais diffèrent les unes des autres. La personnalité histrionique présente fondamentalement une orientation dépendante, en ce sens qu'elle a besoin des autres pour combler sa quête de réassurances et de louanges. Son expressivité des émotions et son sens du drame font qu'elle est reconnaissable parmi d'autres désordres de personnalité. Cependant, les personnalités narcissique et antisociale se caractérisent par une orientation indépendante, en ce sens qu'elles semblent accorder moins d'importance à autrui pour fonctionner (Millon, 1981). Elles situent la source de renforcements en elles-mêmes plutôt

qu'en autrui. La personnalité narcissique se distingue des autres personnalités "non-anxieuses" par une estime de soi apparente, tandis que la personnalité antisociale se distingue par une méfiance des autres, un désir de pouvoir et de domination sociale, une disposition à rejeter l'entourage et des conduites antisociales (souvent des délits). Les personnalités histrionique et narcissique apparaissent plus vulnérables aux troubles somatoformes, tandis que la personnalité antisociale est plus sujette aux troubles des impulsions et aux diverses toxicomanies.

Par ailleurs, les limites observées au niveau de la validité discriminative des échelles de personnalité du MCMI soulèvent la question de la pertinence de la classification de l'Axe II du DSM-III (A.P.A., 1980). De deux choses l'une: ou bien le MCMI ne parvient pas à discriminer certains prototypes de désordres de personnalité décrits dans le DSM-III; ou bien certains prototypes supposément distincts se ressemblent beaucoup dans les faits, expliquant ainsi les fortes corrélations entre les diverses échelles du MCMI. Par exemple, il est possible que les échelles de personnalité narcissique et histrionique se relient fortement entre elles parce que celles-ci mesurent des manifestations, des symptômes et des traits constitutifs d'une même réalité. Cet exemple illustre la perméabilité des frontières qui séparent certains types de personnalité et qui paraissent arbitraires en regard des intercorrélations exposées précédemment. D'autres recherches permettraient d'approfondir cette problématique malgré le fait que celle-ci n'entre pas

dans les buts de la présente recherche.

Néanmoins, si le MCMI comporte onze (11) échelles correspondant intégralement aux onze (11) troubles de personnalité constituant l'Axe II du DSM-III, il n'en demeure pas moins que les deux approches diffèrent. La classification du DSM-III réfère à une typologie, tandis que celle du MCMI réfère à une approche des traits. Ainsi, certaines caractéristiques majeures devraient-elles être choisies pour rendre compte des prototypes de désordres de personnalité apparaissant dans les populations cliniques (typologie) ou bien les désordres de personnalité devraient-ils être organisés comme une combinaison de traits constituant un profil unique pour chaque individu (approche des traits)? Les prochains paragraphes se consacrent à expliciter la différence entre ces deux approches nosologiques et à discuter leurs avantages et leurs inconvénients respectifs (Millon, 1981).

L'utilisation d'une typologie correspondant à l'Axe II du DSM-III met en évidence des caractéristiques centrales d'une personne et facilite ainsi l'organisation des observations. Cette typologie a l'avantage de permettre une intégration de divers traits de personnalité et de symptômes observés. Une fois attiré par une caractéristique saillante, l'utilisateur du DSM-III peut référer aux autres critères de la typologie pour formuler un diagnostic. Cependant, l'utilisation de ce système de prototypes contribue à la croyance fallacieuse que les désordres de personnalité sont des entités discrètes alors qu'ils ne sont que des concepts théoriques

utiles pour réunir les observations en un tout. En fait, ce ne sont pas tant les individus qui sont classés que les problèmes qu'ils présentent. Un autre inconvénient est que cette typologie contribue à négliger des aspects importants du comportement jugés secondaires lors de l'élaboration de la typologie (effet de halo). Enfin, le nombre de désordres de personnalité est beaucoup moindre que la quantité des différences individuelles.

L'approche des traits se caractérise pour sa part par une considération de toutes les dimensions que mesurent les échelles du MCMI. Ainsi, un score est attribué au sujet sur toutes les échelles et la force de chacun des traits de personnalité est mesurée quantitativement. La mesurabilité des traits constitue l'avantage principal de cette approche puisque les scores peuvent être assujettis à des manipulations mathématiques. De plus, l'approche des traits s'associe à une perte minimale d'informations quantitatives possiblement significatives. Plusieurs traits mesurés par les échelles du MCMI peuvent être rassemblés dans un portrait qui tient compte des cas atypiques et inhabituels ne cadrant pas dans la typologie du DSM-III. Toutefois, l'utilisation du MCMI comme système nosologique rend parfois difficile et complexe la description d'une personnalité comportant plusieurs traits. C'est pour cette raison que le MCMI comporte un psychogramme destiné à faciliter une vue d'ensemble. Enfin, un autre inconvénient touche la faiblesse de la validité discriminative de certaines échelles du MCMI puisque plusieurs items contribuent à la mesure de dimensions supposément distinctes.

En somme, cette recherche avait pour but de vérifier empiriquement le rationnel du modèle biosocial concernant les liens entre l'anxiété et certains troubles de personnalité. Ainsi, il fut possible de voir que certains troubles de personnalité s'associaient avec les mesures de l'anxiété, et ce, conformément aux attentes du modèle théorique de Millon. La valeur du modèle appuyé par la validité du construit, confère aux instruments utilisés une importance particulière sur le plan de l'intervention. C'est toutefois au niveau de la validité discriminative de certaines échelles de personnalité du MCMI que se situent les limites de cette recherche puisque la nature des intercorrélations soulève la question de la pertinence de la classification des désordres de personnalité du DSM-III. Considérant les retombées possibles aux niveaux du diagnostic, du pronostic et de l'évaluation du changement en psychothérapie, d'autres recherches mériteraient d'être mises sur pied en ce sens.

Synthèse et conclusion

Cette recherche visait à évaluer la relation existante entre le trait d'anxiété et la présence de troubles de la personnalité.

Le contexte théorique distingue d'abord l'anxiété de la dépression. D'un côté, plusieurs instruments de mesure des traits d'anxiété et de dépression ne permettent pas une discrimination suffisante (Barlow, 1985; Dobson, 1985), ce qui fait prétendre à certains auteurs que ces deux états affectifs sont semblables (Barlow, 1986; Foa et Foa, 1982). Cependant, l'expérience clinique suggère que des cas typiques d'anxiété et de dépression existent et qu'il s'agit bien de deux troubles distincts (Klerman, 1980; Beck et Emery, 1985). Les conclusions des recherches de Tellegen (1985) et de Riskind (1987) et de Beck (1970) se recoupent en ceci que l'anxiété représente une tentative d'adaptation aux situations problématiques, tandis que la dépression implique un renoncement des efforts d'adaptation jugés inutiles pour le dépressif.

Les tenants de l'approche éthologique reconnaissent la fonction adaptative de l'état d'anxiété (Darwin, 1872; Lorenz, 1980) en ce sens que les peurs et les symptômes d'anxiété peuvent signifier un ensemble de stratégies de comportement destinées à préserver la survie de l'être humain. Certains psychanalystes (Freud, 1959; Freud, 1965) attribuent à l'état d'anxiété un rôle fonctionnel et utilitaire puisque la perception

du danger incite le sujet à se protéger contre sa propre vulnérabilité en mobilisant ses ressources afin de faire face au danger. Dans cette perspective, l'état d'anxiété semble considéré comme une capacité émotionnelle innée nécessaire à l'adaptation.

Le trait d'anxiété peut être intéressant pour apprécier le caractère plus ou moins excessif de l'anxiété chez un individu donné selon l'importance de celui-ci et de son impact sur le fonctionnement quotidien (Beck et Emery, 1985). Si l'état d'anxiété réfère à un état émotionnel transitoire associé à un processus d'adaptation, le trait d'anxiété réfère pour sa part à une disposition à se comporter de manière anxieuse avec constance dans une multitude de situations où une réponse plus appropriée est requise (Spielberger, 1970). Les points de vue de Mefferd (1979) et de Beck et Emery (1985) suggèrent à cet effet que la chronicité du trait d'anxiété implique un dysfonctionnement de la personnalité dans son ensemble.

D'autre part, le contexte théorique s'attarde à la théorie de l'apprentissage biosocial (Millon, 1969, 1981), et ce, pour plusieurs raisons. Entre autres, le modèle biosocial aboutit à un système de classification des troubles de la personnalité correspondant à celui que propose le DSM-III (A.P.A., 1980). En second lieu, cette théorie propose un rationnel établissant systématiquement des liens entre l'anxiété et les divers désordres de personnalité décrits par le DSM-III. De plus, Millon (1983) suggère un instrument psychométrique, le Millon Clinical Multiaxial

Inventory, permettant l'opérationnalisation des troubles de personnalité. Le trait d'anxiété s'exprimant sous la forme de rapports verbaux fut évalué par l'utilisation conjointe du Clinical Anxiety Scale (Thyer, 1986) et du Self-Rating Anxiety Scale (Zung, 1971). Enfin, considérant la nature de l'influence qu'elle peut avoir sur l'anxiété, la variable dépression fut mesurée à l'aide du Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961; Beck, 1967).

Au niveau de l'expérimentation, l'échantillon se compose de 100 sujets (69 femmes, 31 hommes) dont 60% proviennent de E.P.S.A., 25% de l'U.Q.T.R. et 15% du milieu hospitalier. Pour des raisons méthodologiques reliées à la nature de cette recherche, une attention particulière fut portée au recrutement de sujets dont la sévérité de l'anxiété varie; autrement, une constante aurait été introduite dans le calcul des corrélations, minimisant ainsi le phénomène de covariation que l'on cherche justement à observer. L'analyse des résultats confirme l'hypothèse selon laquelle il y a un lien significatif entre le trait d'anxiété et la présence de certains troubles de personnalité. Ainsi, elle tend à vérifier empiriquement le rationnel découlant du modèle biosocial.

En effet, les corrélations de Pearson indiquent, conformément au modèle biosocial, que les échelles de personnalité évitante, passive-agressive, dépendante et limite se relient positivement avec les mesures du trait d'anxiété, tandis que les échelles de personnalité histrionique, narcissique et antisociale présentent des corrélations négatives. Quant

aux personnalités schizoïde et schizotypique, elles présentent des corrélations positives modérées avec les mesures de l'anxiété. L'analyse indique une absence de corrélations significatives pour les personnalités paranoïde et compulsive. D'autre part, les corrélations partielles permettent d'isoler statistiquement la variable dépression mais ne changent pas substantiellement les conclusions.

La confirmation substantielle du modèle biosocial concernant les liens entre l'anxiété et les désordres de personnalité suggère que les échelles du MCMI possèdent une bonne validité de construit, du moins pour neuf (9) échelles de personnalité sur onze (11). Les résultats de l'expérimentation s'associent à des retombées sur l'intervention du fait que cette batterie de tests peut s'avérer utile pour établir la relation entre une anxiété pathologique et les désordres de personnalité décrits sur l'Axe II du DSM-III. La formulation rapide d'hypothèses cliniques peut contribuer à l'établissement d'un plan de traitement, à la vérification des hypothèses tout au long du processus d'intervention et aussi à la mesure des changements chez le client.

Cette recherche présente toutefois des limites au niveau de la validité discriminative de certaines échelles du MCMI. Ainsi, une matrice d'intercorrélations révèle que la validité discriminative entre les échelles de personnalité évitante, passive-agressive, dépendante et limite apparaît plutôt faible. Ceci signifie que plus les sujets obtiennent des scores élevés sur l'une de ces échelles, plus ils tendent à obtenir des

scores élevés sur les autres. De même, la validité discriminative semble plutôt faible entre les échelles de personnalité narcissique, histrionique et antisociale. Cependant, ces dernières échelles présentent des corrélations négatives avec les échelles de personnalité évitante, passive-agressive, dépendante et limite; ce qui signifie que la validité discriminative est meilleure entre les deux séries d'échelles de personnalité.

Les limites observées au niveau de la validité discriminative entre certaines échelles du MCMI remettent en question la pertinence de la classification des désordres de personnalité du DSM-III. La nature des intercorrélations obtenues illustre la perméabilité des frontières qui séparent certains troubles de personnalité (ex: évitante/dépendante, narcissique/histrionique...). Une explication plausible aux fortes corrélations est que le MCMI ne parvient pas à distinguer l'un de l'autre certains prototypes de désordres de personnalité décrits dans le DSM-III. Dans ce cas, d'autres recherches psychométriques mériteraient d'être mises sur pied afin de raffiner les échelles de personnalité du MCMI. Toutefois, il s'avère possible que certains prototypes supposément distincts se ressemblent beaucoup dans les faits et que le MCMI rende justice à ces ressemblances. Dans ce dernier cas, des travaux supplémentaires pourraient être menés dans le but de réviser la classification et la description des troubles de personnalité en tenant compte davantage de la variable anxiété.

Remerciements

L'auteur désire exprimer sa reconnaissance à son directeur de mémoire, monsieur Richard Hould, D.Ps., professeur au département de psychologie de l'U.Q.T.R., à qui il est redevable d'une aide constante et éclairée.

Références

- ALLPORT, G.W. (1937). Personality: a psychological interpretation. New York: Holt.
- ABRAHAM, K. (1921). Contribution to the theory of the anal character, in J.D. Sutherland (Ed.). Selected papers on psychoanalysis. London: Hogart.
- ABRAHAM, K. (1925). Character-formation on the genital level of the libido, in J.D. Sutherland (Ed.). Selected papers on psychoanalysis. London: Hogart.
- ANDREWS, G. (1985). Treatment outlines for the management of anxiety states. Australian and New Zealand journal, 19, 138-151.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (3e ed.). Washington, D.C.: Masson.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3e ed., rev.). Washington, D.C.: A.P.A.
- BARLOW, D.H. (1985). The dimension of anxiety disorders, in A.H. Maser, J.D. Tuma (Ed.). Anxiety and the anxiety disorders. New Jersey: Hillsdale/Erlbaum.
- BARLOW, D.H. (1986). New perspectives on panic. Behavior research and therapy, 24, 693-696.
- BECK, A.T. (1967). Depression: clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper and Row.
- BECK, A.T. (1970). Depression: causes and treatment. Philadelphie: University Pennsylvania press.
- BECK, A.T. (1985). Theoretical perspectives on clinical anxiety, in A.H. Maser, J.D. Tuma (Ed.). Anxiety and the anxiety disorders. New Jersey: Hillsdale/Erlbaum.
- BECK, A.T., EMERY, G. (1985). Anxiety disorders and phobias. New York: Basic books.

- BECK, A.T., WARD, C.H., MENDELSON, M., MOCH, J., ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of general psychiatry, 4, 363-378.
- BOURQUE, P., BEAUDETTE, D. (1982). Etude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. Revue canadienne des sciences du comportement, 14, 211-218.
- CANTOR, N., GENERO, N. (1986). Psychiatric diagnosis and natural categorisation, in T. Millon, G.L. Klerman (Ed.). Contemporary directions in psychopathology. New York: Guilford.
- CATTELL, R.B. (1957). Personality and motivation structure and measurement. New York: World.
- CATTELL, R.B. (1965). The scientific analysis of personality. Chicago: Aldine.
- CLONINGER, C.R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. Psychiatric developments, 5, 167-226.
- DARWIN, C.R. (1872). The expression of emotions in man and animals. London: Murray.
- DOBSON, K.S. (1985). The relationship between anxiety and depression. Clinical psychology review, 5, 307-324.
- DOCTOR, R.M. (1982). Major results of a large-scale pretreatment survey of agoraphobics, in R.L. Dupont (Ed.). Phobia. New York: Brunner/Mazel.
- EYSENCK, H.J. (1960). The structure of human personality. London: Routledge/Kegan.
- EYSENCK, H.J. (1980). Psychological theories of anxiety, in G.D. Burrows, B. Davies (Ed.). Handbook of studies on anxiety. Amsterdam: North-Holland.
- FENICHEL, O. (1945). The psychoanalytic theory of the neurosis. New York: Norton.
- FISCHER, J., CORCORAN, K. (1987). Measures for clinical practice. New York: MacMillan.
- FOA, E.B., Foa, V.G. (1982). Differentiating depression and anxiety: is it possible? is it useful? Psychopharmacology bulletin, 18, 62-68.

- FRANCES, A.J. (1986). Spectrum disorders, in A.M. Cooper, A.J. Frances, M.H. Sacks (Ed.). The personality disorders and neurosis. New York: Basic books.
- FREUD, A. (1965). Normality and pathology of childhood: assessments and development. New-York: International press.
- FREUD, S. (1908). Character and anal erotism, in E. Jones (Ed.). Collected papers on psychoanalysis. London: Hogart.
- FREUD, S. (1931). Libidinal types, in E. Jones (Ed.). Collected papers on psycho-analysis. London: Hogart.
- FREUD, S. (1959). Inhibitions, symptoms and anxiety, in J. Strachey (Ed.). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogart.
- GAUTHIER, J., MORIN, C., THÉRIAULT, F., LAWSON, J.S. (1982). Adaptation française d'une mesure d'auto-évaluation de l'intensité de la dépression. Revue québécoise de psychologie, 3, 13-27.
- GRAY, J.A. (1982). The neuropsychology of anxiety. New-York: Oxford.
- GUILFORD, J.P., FRUCHTER, B. (1978). Fundamental statistics in psychology and education. New York: McGraw Hill.
- HALLAM, R.S. (1985). Anxiety: psychological perspectives on panic and agoraphobia. New York: Academic press.
- HAMILTON, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. British journal of medical psychology, 41, 741-750.
- HAMILTON, M. (1960). A rating scale of depression. Journal of neurology, 23, 56-62.
- HERSEN, M., BELLACK, A.S. (1985). Handbook of clinical behavior therapy with adults. New York: Plenum.
- HORNEY, K. (1950). Neurosis and human growth. New-York: Horton.
- IZARD, C.E. (1977). Human emotions. New-York: Plenum press.
- IZARD, C.E., BLUMBERG, M.A. (1985). Emotion theory and the role of emotions in anxiety, in A.H. Maser, J.D. Tuma (Ed.). Anxiety and the anxiety disorders. New Jersey: Hillsdale/Erlbaum.
- KAHN, E. (1931). Psychopathic personalities. New-York: Holt.

- KLERMAN, G.L. (1980). Anxiety and depression, in G.D. Burrows, B. Davies (Ed.), Handbook of studies on anxiety. Amsterdam: North-Holland.
- KOLLARITS, J. (1912). Character and anxiety. Budapest: Knoedler.
- LAZURSKY, A. (1906). An outline of a science of characters. St-Petersburg: Lossky.
- LEARY, T. (1957). Interpersonal diagnosis of personality. New-York: Ronald.
- LORENZ, K. (1980). The fondation of ethology. New York: Springer/Werlag.
- LORR, M. (1975). Convergences in personality constructs measured by four inventories. Journal of clinical psychology, 31, 182-188.
- MANDLER, G. (1975). Mind and emotion. New York: Wiley.
- MARKS, I.M. (1969) Fears and phobias. London: Heinemann.
- MCDUGALL, W. (1908). Introduction to social psychology. New-York: Scribners.
- METCALFE, M., GOLDMAN, E. (1965). Validation of an inventory for measuring depression. British journal of psychiatry, 3, 240-242.
- MILLON, T. (1969). Modern psychopathology: a biosocial approach to maladaptive learning and functioning. Philadelphie: W.B. Saunders.
- MILLON, T. (1977). Theories of psychopathology. Philadelphie: W.B. Saunders.
- MILLON, T. (1981). Disorders of personality DSM-III: Axis II. New York: Wiley.
- MILLON, T. (1983a). Theory of personality and psychopathology. New York: HRW.
- MILLON, T. (1983b). Millon Clinical Multiaxial Inventory manual. Minneapolis: Interpretative scoring systems.
- MYERS, J.K., WEISSMAN, M.M., TISCHLER, C., BURKE, J.D. (1984). Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities. Archives of general psychiatry, 41, 956-967.
- PHILLIPS, L. (1968). Human adaptation and its failures. New-York: Academic press.

- PICHOT, P., LEMPERIERE, T. (1964). Analyse factorielle d'un questionnaire d'auto-évaluation des symptômes dépressifs. Revue de psychologie appliquée, 14, 15-29.
- RACHMAN, S.J., WILSON, G.T. (1980). The effects of psychological therapy. New York: Oxford.
- REICH, W. (1949). Character analysis. New York: Farrar, Strauss and Giroux.
- RISKIND, J.H. (1987). Taking the measure of anxiety and depression: validity of reconstructed Hamilton scales. Journal of nervous and mental diseases, 175, 474-479.
- SHELDON, W.H., STEVENS, S.S. (1942). The variety of temperament: a psychology of constitutional differences. New York: Harper.
- SPIELBERGER, C.D. (1972). Anxiety and emotional state. Anxiety: current trends in theory and research (vol. 1). New York: Academic press.
- SPIELBERGER, C.D. (1979). Understanding stress and anxiety. New York: Harper/Row.
- SPIELBERGER, C.D. (1985). Anxiety cognition and effect: a state-trait perspective, in J.D. Tuma, A.H. Maser (Ed.). Anxiety and anxiety disorders. New Jersey: Hillsdale/Erlbaum.
- SPIELBERGER, C.D., GORSUCH, R.L., LUSCHENE, R.E. (1970). Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto, CA: Consulting psychologists press.
- TELLEGEN, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety with emphasis on self-report, in J.D. Tuma, A.H. Maser (Ed.). Anxiety and anxiety disorders. New Jersey: Hillsdale/Erlbaum.
- THYER, B.A. (1986). Development and validation of the C.A.S.: a rapid assessment instrument for empirical practice. New York: Free press.
- TUMA, J.D., MASER, A.H. (1985). Anxiety and the anxiety disorders. New-York: Hillsdale/Erlbaum.
- WILLIAMS, J., TURNER, S.M., PEER, D.F. (1972). Behavioral measurement of severe depression. Archives of general psychiatry, 27, 330-333.
- WOODS, S.W., CHARNEY, LOKE, J. GOODMAN, W.K., REDMOND, D.E., HENINGER, G.R. (1986). Carbon dioxide sensitivity in panic disorders anxiety. Archives of general psychiatry, 43, 900-909.

ZUNG, W.K. (1965). A self-rating depression scale. Archives of general psychiatry, 12, 63-70.

ZUNG, W.K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. Psychomatics, 12, 371-379.