

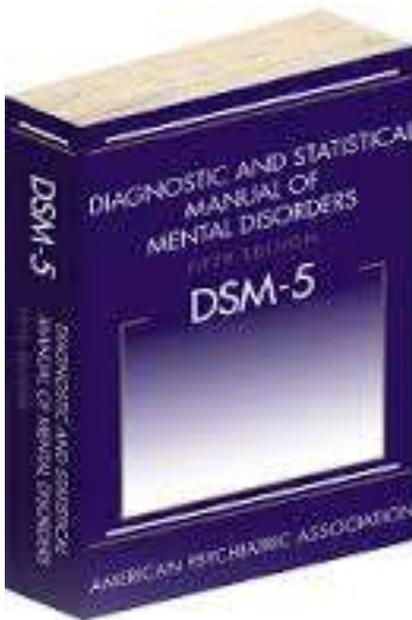
Les soins du sujet de personnalité schizoïde

Margot Phaneuf, M.éd., PhD.
Février 2014.

« *Être isolé du reste des hommes, c'est se sentir inutile. Se sentir inutile est pire encore que de se sentir coupable.* » Charles-Ferdinand Ramuz

Bien que le terme schizoïde ait un certain parallélisme avec un autre problème de même nature, c'est-à-dire la personnalité schizotypique, il ne faut pas les confondre. D'entrée de jeu, une explication s'impose cependant. Ces deux types de troubles de comportement étaient clairement décrits dans le DSM IV, document taxinomique des diagnostics psychiatriques reconnu partout dans le monde et particulièrement en Amérique du Nord.

Or, au cours de l'année 2013, ce manuel a été remplacé par le DSM-5 (que l'on écrit maintenant en chiffre arabe) qui ne conserve dans ses catégories que les troubles schizotypiques laissant de côté les troubles schizoïdes.



Des critiques virulentes

Depuis sa parution récente, le DSM-5 est partout reçu dans la controverse. Les critiques proviennent de psychiatres, d'organismes dédiés à la santé mentale et même de l'éminent Institut américain de la santé mentale (National Institute of Mental Health, NIMH), qui finance une bonne partie de la recherche psychiatrique à l'échelle mondiale, et qui s'est désolidarisé de ce document.^{1. 2} Son directeur,

Thomas Insel, avançait même dans un communiqué que « *Les patients atteints de maladies mentales valent mieux que cela.* » et que le puissant NIMH « *réorientait ses recherches en dehors des catégories du DSM-5* », du fait de la faiblesse de celui-ci sur

¹. La psychiatrie est en dérapage incontrôlé. Le nouvel Observateur : <http://bibliobs.nouvelobs.com/en-partenariat-avec-books/20130329.OBS6215/allen-frances-la-psychiatrie-est-en-derapage-incontrole.html>

². Image : <http://psychcentral.com/blog/archives/2013/05/18/dsm-5-released-the-big-changes/>

le plan scientifique.³ Allen Frances, directeur de l'équipe qui a rédigé le manuel encore en vigueur à ce jour, le DSM-IV, se montre lui aussi très critique du DSM-5. Sara Chiche écrit dans « Sciences Humaines » que « *sa validité scientifique et sa pertinence clinique font l'objet de polémiques intenses.* »⁴ Chez nous, au Québec, les mêmes interrogations se posent quant à la validité scientifique de ce volume psychiatrique.⁵ Notons toutefois qu'il y a aussi des critiques positives qualifiant l'arrivée du DSM-5 de changement majeur qui permet d'éclairer certains diagnostics d'une lumière nouvelle⁶.

Une décision difficile

Étant donné ces commentaires divergents, comme il ne nous appartient pas de départager ces opinions, il nous est difficile de décider sur quel document devrait s'appuyer cet article. Sur le plan pratique, deux arguments ont alimenté notre réflexion : d'abord, il faut penser que les infirmières sont déjà familières avec le DSM-IV ; de plus, le DSM-5 ne retient pas la personnalité schizoïde dans sa taxinomie. Selon cette nouvelle orientation, cette personnalité, pourtant déjà reconnue en clinique, devrait être identifiée à partir de certains critères de la catégorie « autres ». C'est ainsi que nous avons décidé de conserver les DSM-IV comme base de référence pour ce document.

D'abord définir la personnalité « normale »

Avant de toucher les personnalités pathologiques, il importe de décrire ce qu'est la personnalité dite « normale ». La personnalité de quelqu'un se définit comme un ensemble de comportements, d'attitudes et de motivations qui déterminent son agir et constitue son individualité, sa singularité propre. C'est ce qui l'amène à la fois, à ressembler aux autres et à s'en différencier. « *À travers notre personnalité s'expriment les caractères innés de notre héritage génétique, le modelage qu'en ont fait notre milieu, notre éducation et les événements de notre histoire personnelle, de même que les habitudes, les décisions, les choix de vie et de conduite qui ont balisé notre agir et qui nous ont marqués avec le temps. Non seulement les traits de notre personnalité sont les caractéristiques qui nous sont propres, mais ils présentent aussi une certaine*

³. Sandrine Cabut (17-5-1013). DSM-5, le manuel qui rend fou. Le Monde :

http://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rend-fou_3176452_1650684.html

⁴. Sarah Chiche (12/07/2013) DSM-V : Troubles dans la psychiatrie :

<http://www.scienceshumaines.com/dsm-v-troubles-dans-la-ps>

⁵. Valérie Simard (6-5-2013). DSM-5: une bible controversée. La Presse :

<http://blogues.lapresse.ca/sante/2013/05/06/dsm-5-une-bible-controversee/>

⁶. Psych Central : <http://psychcentral.com/blog/archives/2013/05/18/dsm-5-released-the-big-changes/>

*permanence qui tend à rendre nos réactions prévisibles.»*⁷ Ces traits de personnalité donnent à nos agissements une forme de constance, puisque devant certaines situations, nous avons la propension à nous comporter toujours à peu près de la même manière. Ainsi, les personnes de nature méfiante auront tendance à douter de la sincérité des autres, alors que celles de personnalité schizoïde rechercheront le retrait social et la solitude.

Une définition particulière à la psychiatrie

Lorsque la personnalité se révèle dysfonctionnelle, les difficultés de la personne deviennent du ressort de la psychiatrie et les traits par lesquels s'expriment la différence, l'originalité, l'identité de chacun prennent alors une connotation particulière. On les décrit plutôt comme un « *modèle complexe de caractéristiques psychologiques imbriquées, qui sont pour la plupart inconscientes, qui ne se modifient pas facilement et qui s'expriment automatiquement dans presque tous les aspects du fonctionnement de la personne.* »⁸



Cette définition montre clairement le caractère non délibéré de ces particularités et leur présence à peu près constante.⁹

Les troubles de personnalité

À certains moments, la personne adopte des comportements qui rendent son abord difficile et sa conduite dérangeante. On parle « *de troubles de la personnalité lorsque ces traits de caractère deviennent très marqués ou inadaptés aux situations et se répercutent dans presque toutes les sphères de sa vie entraînant un fonctionnement social ou professionnel perturbé.* »¹⁰ Ces comportements anormaux revêtent une intensité diverse selon les sujets et les situations et ils affectent particulièrement les relations au sein du couple et de la famille où ils peuvent devenir source de souffrances.¹¹

⁷. Margot Phaneuf (2014). Regard sur les personnalités dysfonctionnelles : <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/02/Regard-sur-les-personnalites-dysfonctionnelles.pdf>

⁸. Rapport sur les maladies mentales au Canada. Points saillants (2012). : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mm/mac/chap_5-fra.php

⁹. Image: <http://www.radio-canada.ca/nouvelles/science/2011/04/04/003-autistes-perception-visuelle.shtml>

¹⁰. Les troubles de la personnalité : <http://www.fmm-mif.ca/la-maladie-mentale.html?t=8&i=21>

¹¹. Margot Phaneuf (2014). Regard sur les personnalités dysfonctionnelles. Idem

Origine terminologique

Le terme « *schizoïde* » vient du grec « *skhizein* » qui signifie dissocier, couper, diviser, fendre.¹² Cette racine porte déjà, dans sa description, le sens et les attributs caractéristiques des pathologies dont l'appellation possède ce préfixe, soit les personnalités schizoïde et schizotypique, de même que la schizophrénie.

Il ne faut cependant pas confondre ces pathologies. Le malade schizophrène est lui aussi porté à l'isolement social, mais il arrive parfois à se couper totalement des autres et de la réalité, alors que cette gravité ne se retrouve généralement pas chez les personnes souffrant d'un trouble de personnalité schizoïde ou schizotypique. Ces dernières ont, il est vrai, une propension au repli sur soi et à la solitude, mais à moins d'une dérive vers la schizophrénie, c'est sans perte totale du contact avec la réalité.

Ces traits de personnalité ont été assez précocement reconnus par les observations du psychiatre Kraepelin et le terme schizoïde a été conçu par son confrère Eugen Bleuler, vers 1908, pour représenter une tendance naturelle de la personne au retrait du monde et à la centration sur sa vie intérieure.¹³ Cet état, alors identifié à la réflexion et à l'introspection, n'avait pas comme aujourd'hui la connotation pathologique de tendance à la froideur et au retrait des autres.



La personnalité schizoïde

La personne qui souffre d'un trouble de personnalité schizoïde présente une forte tendance à l'isolement social. Elle est distante et introvertie. Solitaire et restreinte sur le plan des émotions, elle évite les situations où elle doit entrer en contact avec l'entourage, alors que son monde intérieur est animé de relations imaginaires. En accord avec sa personnalité, elle a une propension aux activités de caractère intellectuel, mais aussi à celles qui sont de nature concrète et qui, comme l'informatique par exemple, s'exécutent dans la solitude.¹⁴

¹². Dictionnaire en ligne :

[http://fr.wiktionary.org/wiki/Annexe:Liste de pr%C3%A9fixes d%E2%80%99origine grecque ou latine](http://fr.wiktionary.org/wiki/Annexe:Liste_de_pr%C3%A9fixes_d%E2%80%99origine_grecque_ou_latine)

¹³. Portrait de la personnalité pathologique définie par le trouble schizoïde:

<http://fr.scribd.com/doc/104407580/Schizoïdes-et-schizotypiques>

¹⁴. Photo : http://etudepsychologie.com/2012/12/27/lisolement-a-la-fac/solitude-mauvaise-negative-sante-isolement-seul-242485-jpg_133839/

Le DSM-IV offre une description de ses principaux critères.¹⁵

Critères diagnostiques des troubles de personnalité schizoïde

Mode général de détachement par rapport aux relations sociales et de restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes:

1. La personne ne recherche ni n'apprécie les relations proches y compris les relations intrafamiliales;
2. choisit presque toujours des activités solitaires;
3. n'a que peu ou pas d'intérêt pour les relations sexuelles avec d'autres personnes;
4. n'éprouve du plaisir que dans de rares activités, sinon dans aucune;
5. n'a pas d'amis proches ou de confidents, en dehors de ses parents du premier degré;
6. semble indifférente aux éloges et à la critique d'autrui;
7. fait preuve de froideur, de détachement ou d'émoussement de l'affectivité.

B. Ne survient pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie, d'un trouble de l'humeur (dépression ou trouble bipolaire) avec caractéristiques psychotiques, d'un autre trouble psychotique ou d'un trouble envahissant du développement et n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

Ainsi, la personne souffrant d'un trouble de personnalité schizoïde n'est pas facile à fréquenter et à comprendre. Pour elle, le comportement des autres n'est pas non plus très accessible, car elle éprouve de la difficulté à être empathique, à se mettre à leur place et à saisir leurs émotions et éventuellement leurs plaisirs et leurs souffrances. Elle préfère vivre dans son monde, dans une solitude choisie. Elle a peu d'amis et ceux-ci doivent apprendre à respecter cet espace apparent d'indifférence et de discrétion.¹⁶

La prévalence et l'évolution de ces troubles

¹⁵. Trouble de la personnalité schizoïde:

http://www.psychopropulsion.com/cliniqueintegrative_tps.html

¹⁶. Christophe André (2008). Troubles de la personnalité. *La revue du praticien*, p.555.

La prévalence des troubles de personnalité schizoïde n'est pas très bien documentée. Il est cependant d'observation courante que les hommes sont plus fréquemment touchés que les femmes. On pense qu'il y aurait environ deux hommes atteints de cette affection pour une femme.¹⁷ Ce trouble de personnalité s'observe assez tôt dans l'enfance et son évolution à l'adolescence et à l'âge adulte montre une vie de retrait, de solitude choisie, d'existence taciturne, de manque de désir sexuel, dont la personne ne semble pas souffrir en dépit d'une envie occultée de relation aux autres. Il arrive que certains de ces sujets évoluent vers la schizophrénie, mais on ignore dans quelle proportion.

Il faut cependant éviter de confondre ces symptômes avec ceux de la personnalité schizotypique ou encore avec ceux de la schizophrénie avérée. Ces pathologies sont beaucoup plus graves, car en plus de certains traits de personnalité, ces sujets présentent à certains moments une perte de contact avec la réalité, des hallucinations et parfois des réactions paranoïaques. Au cours de l'évolution de ces troubles, on observe aussi la survenue de problèmes d'alcoolisme ou de dépendance aux drogues et une certaine tendance à la dépression et à l'anxiété. Pour ces clients, comme pour tous ceux qui souffrent d'un trouble de personnalité pathologique, le suicide peut toujours être à craindre. Le tableau du psychiatre Salman Akhtar décrit bien les détails de cette organisation psychique malheureuse.¹⁸

Caractéristiques du trouble de la personnalité schizoïde selon Salman Akhtar		
	CARACTÉRISTIQUES	
DIMENSION TOUCHÉE	SIGNES MANIFESTES	SIGNES CACHÉS
Concept de soi	<ul style="list-style-type: none"> • conciliant • stoïque • non-compétitif, refuse le conflit avec les autres • autonome • manque d'assurance • sentiment d'infériorité ou d'exclusion sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • auto-dévalorisation • authentique • impression d'être vide, d'agir comme un robot. • fantasmes d'omnipotence • grandiloquence, sentiment de supériorité

¹⁷. Organisation pathologique de la personnalité : http://psycho.univ-lyon2.fr/sites/psycho/IMG/pdf/6e_seance_personnalite_1.pdf

¹⁸. Schizoid Personality Disorder : <http://www.ptypes.com/schizoidpd2.html>

Relations interpersonnelles	<ul style="list-style-type: none"> • replié/renfermé • distant • a peu d'amis proches • imperméable aux émotions d'autrui • peur de l'intimité 	<ul style="list-style-type: none"> • très délicat, hypersensible • profondément curieux d'autrui • envie d'amour, d'être aimé, envie de la spontanéité des autres • profond besoin d'établir des relations avec les autres • capable de fusion avec des personnes familières, sélectionnées avec soin • très vulnérable à la frustration
Adaptation sociale	<ul style="list-style-type: none"> • préfère les activités récréatives solitaires • vulnérable aux mouvements ésotériques en raison d'un grand besoin d'appartenance • tend à être paresseux et indolent 	<ul style="list-style-type: none"> • manque de clarté dans ses objectifs • affiliation ethnique lâche • potentiellement capable de réaliser un travail régulier • plutôt créatif, il peut apporter des contributions uniques et originales • capable d'une endurance sans limite dans ses domaines d'intérêt
Amour et sexualité	<ul style="list-style-type: none"> • asexuel, parfois tendance au célibat • manque de romantisme • aversion pour les potins sexuels et l'insinuation 	<ul style="list-style-type: none"> • intérêt secret pour le voyeurisme ou la pornographie, • vulnérable à l'érotomanie (croyance d'être aimé) • tendances aux manies compulsives et à la masturbation
Éthique, standards et idéaux	<ul style="list-style-type: none"> • morale et croyances politiques qui lui sont propres • tendances à avoir des intérêts pour ce qui relève du spirituel, du mystique et de la 	<ul style="list-style-type: none"> • déséquilibre moral • occasionnellement amoral, à d'autres moments altruisme avec un sens de l'autosacrifice • peut percevoir le meurtre comme une nécessité

	parapsychologie	éthique <ul style="list-style-type: none"> • grande vulnérabilité aux événements historiques (guerres, génocides...)
Style cognitif	<ul style="list-style-type: none"> • absent • plongé dans son imagination • discours guindé et vague • alterne entre l'éloquence et l'incapacité à articuler ses idées 	<ul style="list-style-type: none"> • mode de pensée autistique • fluctuations entre un mode de contact vif avec la réalité externe et une hyper réflexivité de soi • usage personnel de la langue.

Les soins infirmiers

Pour la soignante, le contact avec un sujet de personnalité schizoïde s'avère difficile puisqu'il ne ressent pas le besoin d'un changement de comportements et d'organisation de vie. Il a néanmoins besoin d'aide pour combattre la dépression qui souvent le guette et pour faire en sorte de limiter les interactions sociales qui lui causent de la tension. Il faut plutôt l'orienter vers des relations choisies, acceptées et même appréciées. Ce serait d'ailleurs une erreur de vouloir faire du sujet schizoïde un être affable et chaleureux. Posons-nous la question à savoir : « Qui sommes-nous pour juger de ce qui est mieux et plus valable pour un être humain que le chemin de vie qu'il a choisi ? »

Une chose importante pour la soignante est de toujours tenir compte des limites et préférences du sujet schizoïde. Pour ce qui est de la communication, s'il possède certaines capacités « techno », la soignante peut le diriger vers l'Internet qui se révèle particulièrement adapté à sa situation. Cette personne a aussi parfois besoin d'un plan de vie, c'est-à-dire d'une certaine guidance vers un travail adapté à ses préférences de solitude et à des loisirs convenant à sa personnalité. Elle peut, par exemple, discuter avec elle de bureautique à domicile, de certaines activités mécaniques ou informatiques, de jeux solitaires en ligne, etc.

La soignante doit aussi chercher à relever l'estime de soi et la confiance en soi de cette personne en lui communiquant son acceptation et sa compréhension par quelques observations positives et quelques compliments toujours sincères, par exemple sur sa mise personnelle, sur ses efforts d'ouverture aux autres ou sur ses habiletés. Sans en être consciente, cette personne ressent au fond d'elle-même le désir d'être encouragée et

aimée. Autant que faire se peut, il faut éviter pour elle l'isolement total par le maintien des liens familiaux afin qu'elle puisse vivre seule, tout en étant entourée des siens.

Sans trop insister, si la personne en est désireuse, la soignante peut l'inciter à développer une certaine empathie pour les autres, élargissant d'autant son registre de compétences sociales. Les activités de groupes doivent toujours être soumises à sa libre acceptation. Il faut nous rappeler qu'avec ces sujets le temps est notre meilleur allié.

Les thérapies

Les thérapies cognitives et comportementales sont souvent mises de l'avant pour les problèmes de personnalité schizoïde. Dans certains milieux de soins, la thérapie dialectique comportementale est appliquée avec profits. On y travaille surtout sur son sentiment d'insécurité et sur la menace qu'elle ressent en rapport avec l'intégrité de soi en présence des autres, car sa distanciation de l'entourage est un moyen de protection contre la souffrance. Il faut nous rappeler que cette personne est cependant partagée entre sa volonté d'attachement et sa peur d'être engloutie dans la relation, raison pour laquelle elle craint l'intimité. On peut aussi la croire fermée à ses propres émotions, mais elle les ressent au contraire au point d'en être parfois submergée et paralysée dans ses relations aux autres. Cette thérapie vise à comprendre ces états d'âme et, dans une relation de liberté et d'empathie, à aider la personne, non pas tellement à les modifier, mais surtout à se les réapproprier et à les vivre.^{19, 20}



Le traitement pharmacologique

Le traitement médicamenteux n'a malheureusement pas vraiment d'effets sur les troubles de personnalité schizoïde. Il est surtout utilisé pour les problèmes connexes d'anxiété et de dépression. Les anxiolytiques peuvent, par exemple, aider dans certaines crises de panique sociale et les antidépresseurs stimuler son humeur afin de la rendre plus optimiste face à la vie et plus ouverte aux autres. Des traitements spécialisés doivent aussi être instaurés lorsque des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie s'installent, mais aussi en cas de dérive vers la schizophrénie.

¹⁹.Thomas Marra (2005). Dialectical Behavior Therapy.. Oakland, Cal., New Harbinger Publications, Inc. p. 161-169. .

²⁰. Image : <http://www.psmag.com/navigation/health-and-behavior/dsm-psychiatry-diagnostic-bible-mental-disorders-58075/>

Conclusion

La personne qui souffre d'un trouble de personnalité schizoïde pose un problème relationnel de taille à l'infirmière qui en prend soin. En raison de sa froideur apparente et de sa volonté d'isolement, elle est peu valorisante pour qui cherche à créer des liens avec elle et à l'aider à se sentir plus à l'aise dans le milieu de soin. Dans ses interactions, la soignante doit se situer bien en phase avec le traitement psychiatrique recommandé pour cette personne et tenter par son respect et sa compréhension de gagner sa confiance afin d'être acceptée dans son cercle d'affinité. Lorsqu'elle est agréée à entrer en relation avec elle, l'infirmière peut ensuite l'aider à s'ouvrir et à accepter sa compréhension et son soutien.