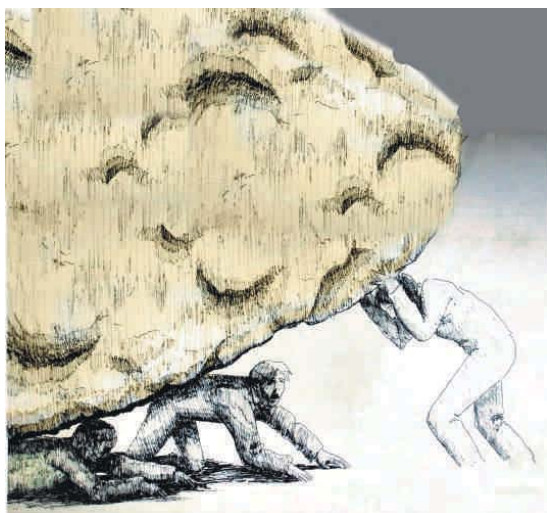


Comment en prendre soin ensemble ?



Le thème "en prendre soin ensemble" a été particulièrement porteur cette année; il avait été retenu pour la Semaine d'information sur la santé mentale qui s'est terminée le 21 mars dernier. En tapant "SISM" sur un moteur de recherche, vous accédez à 120 propositions de soirées-débats, films, échanges dont 23 pour l'Ile de France.

Pourquoi ce succès ? Chacun d'entre nous a dû un jour dans sa vie transporter une pierre si lourde qu'il lui a fallu faire appel à d'autres. Mettre en place de nouveaux équipements pour accueillir les personnes malades psychiques, les héberger, leur proposer un travail adapté, les rassembler dans un GEM,... c'est un peu comme soulever cette énorme pierre.

Dans notre département comme ailleurs nous entendons:

- "Vous avez raison, mais les finances locales sont en pleine réduction !"

" J'entends qu'à l'Unafam vous recevez plein d'appels de familles qui ne savent plus où adresser leur proche malade, mais nous avons tellement de priorités actuellement dans les Yvelines !"

"On verra cela plus tard"

Comme dans le mythe de Sisyphe, le bénévole de l'Unafam doit sans cesse remonter la pierre qui redescend dès qu'il l'a hissée.

La mise en commun de nouveaux moyens par l'Association du Val de Seine pour la prise en charge de malades psychiques (p. 5) illustre bien ce "prendre soin ensemble". Seuls, ni l'Unafam, ni les soignants, ni les CCAS, ni les élus locaux, ni les Conseillers Généraux, ni les citoyens, ni ... , n'auraient pu soulever ces montagnes d'autorisations, de marchés, de travaux, de recrutements et de bonnes volontés pour lancer ces projets.

Tout autre partenariat permettant de telles réalisations sera chaudement encouragé par l'Unafam 78.

Marie-Claude Charlès



Sommaire

- 1 Comment en prendre soin ensemble ? par Marie-Claude Charlès
- 2-3 Handicap psychique et préservation de la santé physique par le Dr Bernard Planques
- 3-4 Le déni de la maladie psychique par le Dr P. Van Amerongen
- 5-6 Val de Seine : de nouveaux Equipements par Jean Grenier
- 6-7 Alcool, drogues et maladies psychiques par le Dr P. Batel
- 8 Nous avons lu pour vous. Trois livres sur les personnes borderline

Réforme de la loi de 1990

Tandis que nous "bouclons" ce numéro, ce projet de loi important est en discussion au parlement.

Vous en trouverez une présentation dans le CONSTRUIRE 55 de septembre 2010 (p.6).

Nous mentionnions quelques "questionnements" :recours insuffisant au juge des libertés, ... Le nouveau texte soumis aux parlementaires répond à plusieurs de ces questions.



Présentation du thème par le Dr Patrice Van Amerongen, psychiatre

On interroge beaucoup les malades psychiques pour définir ce qu'ils ressentent dans leur tête, et pas assez sur ce qui se passe dans leur corps. Cette situation est d'autant plus compliquée que les troubles psychotiques modifient leurs perceptions corporelles, qui sont altérées par leurs troubles cognitifs. Comme les malades ont tendance à négliger ou minimiser leurs sensations, leurs plaintes sont souvent absentes ou évasives; on risque

alors de diagnostiquer trop tardivement une maladie grave.

Lors des hospitalisations, la présence régulière d'un médecin somaticien dans les services permet une surveillance médicale régulière.

A la sortie des patients, des comptes-rendus d'hospitalisation devraient être adressés au médecin référent, quand il existe, pour faciliter l'articulation des soins et le suivi somatique.

Les médicaments psychotropes pro-

duisent des effets secondaires dont certains touchent le corps et marquent la silhouette : mouvements involontaires, tremblements, raidisseurs, obésité. Ces effets secondaires renforcent la stigmatisation du sujet et son exclusion.

La surmortalité des malades psychiques est liée au fait que les maladies somatiques s'ajoutent au risque suicidaire.

Que peut-on faire pour préserver au mieux leur santé physique ?

Exposé du Dr Bernard Planques

Le Dr Bernard Planques est médecin coordonnateur à la Fondation Léopold Bellan. Il intervient dans un établissement accueillant à Septeuil (78) des personnes âgées dépendantes; cet établissement a été complété il y a 5 ans par un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) hébergeant 60 personnes malades psychiques stabilisées.

Attention au piège qui consisterait à dire "Ce qui compte, c'est qu'il soit bien dans sa tête !", en oubliant le devenir somatique du sujet et le risque de dégradation physique dans dix ans. 30 à 60 % des patients hospitalisés ont une pathologie somatique. Certains médicaments ont des effets importants sur la santé, d'autant que la poly-médication est très fréquente.

Certains troubles sont plus fréquents chez les personnes malades psychiques :

- les maladies coronariennes (fréquentes)
- la dépendance à l'alcool et aux toxiques divers (cannabis et autres)
- les problèmes respiratoires bronchiques, liés au tabagisme et à la sédentarité (60 % de fumeurs)
- les troubles ostéo-articulaires divers, majorés par l'obésité
- les troubles digestifs, en particulier constipation
- les troubles visuels : cataracte et glaucome
- les problèmes bucco-dentaires : ils sont liés au manque d'hygiène, à une alimentation déséquilibrée ou aux effets de certains médicaments (sécheresse de la bouche).

On insiste actuellement sur un ensemble de troubles qui associe à la fois le surpoids, le diabète, l'hypertension artérielle et un excès de cholestérol .

Ces troubles ont plusieurs causes :

- les facteurs de risque - diabète, obésité, sédentarité, stress, tabagisme, mauvaise alimentation – existent pour tous, mais sont majorés pour les malades psychiques
- un certain nombre de médicaments peut faire grossir, surtout s'ils sont associés, ou favoriser l'écllosion d'un diabète. Pour freiner cette prise de poids, des conseils diététiques sont nécessaires, mais ils sont difficiles à faire appliquer
- le tabagisme entraîne des troubles respiratoires et des maladies cardio-vasculaires
- la sédentarité qu'accentue le manque de désir d'agir de certains patients (aboulie)
- le vieillissement
- les antécédents personnels ou familiaux
- le suivi médical qui est fréquemment insuffisant.

Pourquoi ce suivi médical est-il insuffisant ?

Plusieurs raisons se conjuguent pour rendre ce suivi médical plus difficile. On peut citer :

- *du côté des soignants* : le risque de négliger les effets secondaires des médicaments, le manque d'information des malades, la difficulté d'interpréter des plaintes qui sont modifiées ou même absentes.
- *du côté des patients* : la déformation des perceptions corporelles, le déni des troubles, les éléments

délirants, leur négligence dans leur hygiène personnelle. Pour les personnes souffrant de schizophrénie, l'approche de leur corps est rendue difficile par leur inertie, voire leur résistance qui peut être liée à une forte angoisse.

De ce fait, tout changement mal expliqué dans l'état des sujets (fatigue, ralentissement, repli sur soi, perte de poids,...) doit faire penser à rechercher une éventuelle cause somatique, inapparente pour l'instant.



Comment peut-on y remédier ?

Il est souhaitable de faire le maximum pour :

- sensibiliser les professions de santé et les familles à ces problèmes.
- assurer un suivi médical régulier avec accompagnement des sujets pour les aider à vaincre leurs réticences.
- favoriser les programmes d'éducation sanitaire.

Trois recommandations de surveillance

- *Bilan systématique préalablement à la mise en place d'un traitement antipsychotique* : poids, taille, indice de masse corporelle, mesure du périmètre abdominal, mesure de la tension, examen respiratoire et cardio-vasculaire, électro-cardiogramme, dosage de

la glycémie et des lipides du sang, numération sanguine.

- *Suivi régulier tous les trois mois.* Le maintien d'une bonne relation entre l'équipe de soins psychiatriques et le médecin somaticien qui prescrit le traitement approprié est important. Dans ce suivi périodique, on surveillera plus particulièrement les troubles cardiaques, endocriniens liés à l'augmentation de la prolactine (galactorrhées), bronchopulmonaires et ORL liés au tabagisme, ainsi que les syndromes parkinsoniens.
- *Bilan de prévention standard.* Il est identique à celui que chacun d'entre nous devrait faire : dosage du PSA pour la prostate, recherche d'une ostéoporose, bilan visuel (cataracte, glaucome), examen gynécologique, recherche de sang dans les selles et coloscopie, bilan cutané.

Les personnes handicapées psychiques, un peu comme les personnes âgées dépendantes, présentent des troubles de la relation qui doivent nous rendre particulièrement attentifs à leur état de santé. Du fait de ces troubles, les liens entre les équipes de soins et les familles sont essentiels.

Propos recueillis par Dr. Jean Laviolle



Le déni de la maladie psychique

Exposé du Dr. Patrice Van Amerongen—15 décembre 2010 à l'Eau vive (Chatou)



Le déni de la maladie psychique, il y a 40 ans, personne n'en parlait. On parlait de déni de justice, de déni de grossesse, ...

"Je ne suis pas malade, c'est vous qui êtes malade !" C'est souvent le premier réflexe lorsqu'on vous dit que vous êtes atteint par une maladie psychique. Est-ce un symptôme de la maladie ? Est-ce un mécanisme de défense ? Ce déni est un moyen de masquer sa vulnérabilité, il n'empêche pas toujours d'accepter des traitements. Le malade peut parler de sa maladie, comprendre qu'il a des attitudes inhabituelles, tout en déniaient qu'il en soit atteint.

La personne malade va éteindre la télévision. "Pourquoi as-tu éteint ?" – "Vous n'avez pas entendu

ce qu'ils disaient de moi ?" Après cet échange, on rallume la télévision. Il va penser que nous pensons: "je ne te crois pas, tu es malade !". Ou pire encore : "pour moi, tu n'existes pas vraiment!". Cela peut finir par un coup de pied dans la télévision. La dispute née de cette incompréhension peut être pour lui une façon de combler un vide.

Délirer ou halluciner, une façon d'exister

Lors des premières utilisations de neuroleptiques, tous – praticiens, malades, proches – se réjouissaient de l'amélioration des symptômes; les malades pouvaient sortir des hôpitaux. Plus tard, il a fallu déchanter, ils ont dû revenir à l'hôpital où ils se retrouvaient rassurés, le déni pouvait alors les protéger.

Dénier la maladie, cela veut dire: "ne touche pas à mes symptômes ; j'en ai besoin pour pouvoir être re-

connu comme malade, c'est un de mes moyens d'exister". Dans certains cas, la négation de la maladie peut faire que la disparition totale des symptômes ne soit pas acceptée par la personne malade. Cette amélioration n'est pas une guérison, elle est seulement une "stabilisation".

Il faut se méfier du cycle : prescription de neuroleptiques => amélioration tangible => arrêt des médicaments => rechute plus grave. Il en irait de même pour une personne atteinte d'un diabète léger qui se soignerait à l'insuline; et qui, n'éprouvant plus de symptômes apparents grâce à l'insuline, arrêterait d'en prendre, ... à tort.

Je tourne en rond ?
C'est ma manière de vivre à moi
Fichez-moi la paix !



Dénier, c'est refuser d'admettre, refuser de se reconnaître comme lié, refuser une perception traumatisante; le déni est un mode d'adaptation à une situation trop lourde à supporter. Avoir une attitude de déni de la maladie est un acte positif, un désir de conserver ses symptômes apparents pour pouvoir continuer à lutter. Ainsi peut-on comprendre le "Non je ne suis pas malade".

Le déni est différent de la dénégation. Le déni se fait en bloc, alors que la dénégation, plus nuancée, conduit à dire : "tu as le droit de penser ce que tu veux; nous, nous pouvons nous aussi penser ce que nous voulons, quitte à en discuter".

Le déni de l'entourage

Autrefois, la tribu déniait la maltraitance vis-à-vis du bouc émissaire qu'elle prenait comme souffre-douleur. On dénie la mort : personne n'ose débrancher quelqu'un qui est en réanimation depuis des mois... Le déni de grossesse a été constaté depuis des siècles. Le déni du cancer est un problème grave, plus fréquent pour ceux ou celles qui sont atteints d'un cancer d'un organe génito-urinaire "dont on ne parle pas", ou pour des femmes commençant un cancer du sein.

Tous, à un moment ou à un autre de notre vie, nous

avons dénié la réalité : ce n'est pas possible que j'aie laissé le gaz allumé sous la casserole, que j'aie brûlé ce feu rouge... Pour certains ce déni est exceptionnel, pour d'autres le déni est un moyen nécessaire et plus fréquent pour éviter des menaces qu'ils n'arrivent pas à supporter et qui les rendent vulnérables. Dénier, c'est souvent résister à l'anéantissement, c'est exister, vivre.

Dire "l'un des membres de notre famille est atteint par une maladie psychique" va contre la nature. Pour éviter de le dire, beaucoup de familles cachent la maladie et restent le plus longtemps possible à faire comme si le trouble était mineur. "Il vaudrait mieux qu'il(elle) n'aille pas à ce mariage familial, il (elle) risque de nous mettre en danger, d'avoir un comportement qui nous fera tous montrer du doigt". On commencera plus tard à parler de sa maladie, une fois que nous pourrons dire : "il est malade, mais il est stabilisé". La famille est ainsi conduite, elle aussi au déni, d'autant plus qu'il lui est bien difficile d'accepter que son proche conservera durablement des troubles.

Une conclusion pour les soignants : limiter la dimension du déni

Le déni est pour le malade un moyen de s'arranger avec sa maladie. Le psychiatre va chercher à l'aider à trouver un niveau de tolérance de cette maladie qui lui permette de ne pas trop la dénier. Mais ce déni peut conduire le malade à changer de psychiatre, ou même à arrêter son traitement.

La mise en place du dossier médical personnel, créé il y a sept ans déjà, est délicate car elle doit répondre à trois questions: Qui héberge le dossier ? Quoi transcrire dans ce dossier ? Comment faire pour qu'il respecte la confidentialité nécessaire.

Une conclusion pour les proches : faire une transaction autour du déni

Le déni irrite les proches, le malade va garder son attitude de déni pour manifester son existence propre. Il serait souhaitable que le malade et son entourage fassent une transaction autour de ce déni : ils vont se mettre d'accord pour qu'au lieu de dire "je ne me lave pas, je ne range pas mes affaires parce que je suis malade", le malade organise sa vie de façon certes différente, mais avec un niveau de souplesse suffisant pour qu'il puisse conserver des symptômes qui lui appartiennent.

Et avec le temps, on peut espérer un enkystement de certains de ces symptômes.

Notes prises par Xavier Mersch





Dans le Val de Seine, de nouveaux équipements pour les personnes handicapées psychiques

En 1969, 16 communes du Val de Seine se sont regroupées pour créer un Institut Médico-éducatif (IME) pour enfants handicapés mentaux. En 1977, une quinzaine d'autres communes se sont jointes à elles. Aujourd'hui, 31 communes forment le Syndicat Intercommunal des Etablissements pour Handicapés du Val de Seine (SIEHVS).

Rapidement, ce syndicat a promu d'autres structures avec le soutien constant et actif des services de la DDASS, du Conseil Général, des communes et des communautés d'agglomérations. Une association, l'AGEHVS, a été créée pour gérer ces établissements et services et en promouvoir de nouveaux.

Cette association s'appuie sur les valeurs suivantes :

- le respect de la personne handicapée dans sa globalité et en ce qu'elle a d'unique
- la prise en compte de la famille, premier lieu d'accueil et d'accompagnement
- la solidarité qui contribue à l'égalité des chances
- la laïcité en ce qu'elle exige tolérance et absence de tout prosélytisme
- le démocratie, car l'élu se doit d'être au service des populations en difficulté
- la citoyenneté, engagement personnel et désintéressé au service de la société.

Ses objectifs sont:

- accompagner les personnes, de toute âge, dont le handicap principal est mental; depuis 2008, ce champ a été élargi aux personnes handicapées psychiques
- promouvoir leur autonomie
- favoriser leur accession au savoir et à la culture, dans la mixité sociale
- témoigner du respect aux handicapés mentaux et psychiques
- reconnaître leur place dans la société.

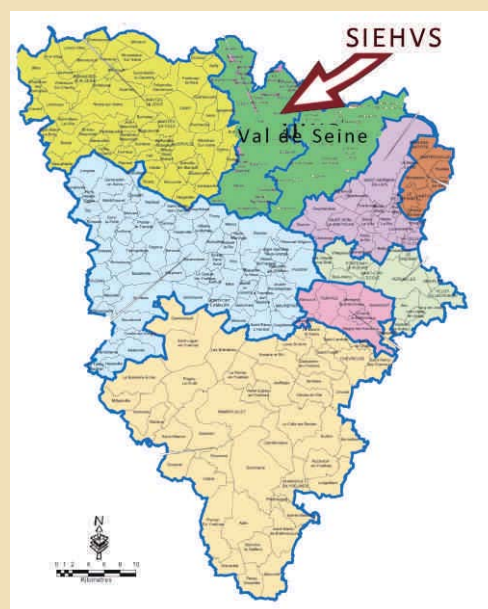
Dans cet esprit, l'AGEHVS avec quelques 350 salariés gèrera, fin 2011, onze structures d'accueil ou d'accompagnement ainsi que deux Coordinations Handicap Local.

3 structures pour les enfants et les adolescents :

- le Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) des Mureaux : 270 enfants jusqu'à 6 ans qui présentent des retards psychomoteurs et des troubles divers du comportement, dont 20 autistes
- l'IME des Mureaux : 96 enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle et/ou des troubles divers, dont 6 enfants polyhandicapés de 4 à 10 ans
- le Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) des Mureaux : 46 jeunes (5-18 ans) avec une déficience intellectuelle

8 structures pour les adultes

- l'ESAT d'Ecquevilly : 96 handicapés mentaux, aptes au travail en milieu protégé
- l'ESAT de Poissy : 95 handicapés mentaux, dont 10 handicapés psychiques
- le foyer d'hébergement d'Hardricourt : logement de 30 travailleurs de l'ESAT de Poissy, en foyer ou en appartements
- le foyer de vie d'Ecquevilly : 21 personnes handicapées inaptes au travail, mais suffisamment autonomes dans les actes de la vie quotidienne
- le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) d'Epône : 80 personnes
- les Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) d'Ecquevilly et de Limay : 88 adultes lourdement handicapés
- le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) de Limay qui ouvrira fin 2011 accueillera 65 personnes.



La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) des Yvelines a en outre confié à l'AGEHVS la gestion de deux Coordinations Handicap Locales (CHL) : Seine et Mauldre à Meulan, Val de Seine et Oise à Verneuil sur Seine. Elles constituent, sur ces territoires, le guichet unique pour accompagner les personnes handicapées dans leur choix de vie.

Partenariats pour réaliser de nouveaux équipements

En 2008, l'orientation de prendre en compte le handicap psychique dans les objectifs de l'Association a conduit à créer un partenariat actif avec le réseau de santé mentale "Yvelines Nord", les secteurs psychiatriques, les trois hôpitaux situés sur le territoire du Syndicat et l'UNAFAM. Un Comité de Pilotage, qui regroupe tous ces partenaires, a envisagé cinq nouveaux projets dont l'étude est en cours :

- création de 3 Résidences Accueil à *Follainville-Dennemont*, *Meulan* et *Poissy*; chacune accueillera 25 handicapés psychiques; l'étude des deux premières commence à prendre forme.
- création d'un Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés psychiques (SAMSAH) à *Meulan* pour accompagner notamment les locataires des Résidences Accueil
- extension de l'ESAT de *Poissy* à l'accueil des handicapés psychiques : la création de 10 places en janvier 2011 en est une première réalisation.

Depuis son origine, l'association a développé de nombreux partenariats :

- avec les élus au sein du Syndicat,
- avec les professionnels de soins aux handicapés mentaux et psychiques,
- avec les pouvoirs publics, en particulier Conseil Général et DDASS. (maintenant Agence Régionale de Santé) qui sont les financeurs principaux des structures,
- avec les associations de parents comme l'Eveil, l'APAJH ou l'UNAFAM.

Tous ces partenariats permettent à l'AGEHVS d'offrir une meilleure chance aux personnes handicapées psychiques au plus proche de leur lieu de vie.

L'UNAFAM se réjouit de voir une avancée importante dans cette zone du département qui était restée jusqu'à présent particulièrement démunie en équipements d'accueil des malades psychiques. Souhaitons que d'autres initiatives du même genre se réalisent sur notre département.

Jean Grenier



Alcool, drogues et maladies psychiques

Résumé d'un entretien avec le Dr. Philippe Batel, psychiatre addictologue à l'Hôpital Beaujon à Paris, interrogé par Claire Calmejane de l'UNAFAM.



Dr Philippe Batel

Les personnes atteintes de troubles bipolaires ou de schizophrénie sont plus touchées que les autres par les conduites d'addiction.

* celles qui souffrent de troubles bipolaires prennent plus fréquemment de l'alcool dans leur phase maniaque; cela l'aggrave et complique leur traitement, car les effets de l'alcool s'ajoutent à ceux de la désinhibition de leurs pulsions.

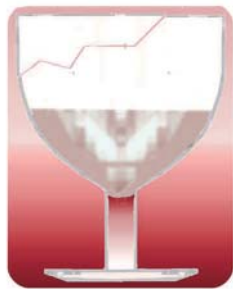
* la moitié des personnes atteintes de schizophrénie ont une consommation d'alcool abusive ou présentent une réelle dépendance. Là encore, ce phénomène constitue un facteur aggravant, la prise d'alcool interfère avec les médicaments, augmente la fréquence des hospitalisations, réduit l'observance des soins (compliance).

On a longtemps pensé que l'alcool était une sorte d'automédication : certes, il soulageait la dépression et l'anxiété de la personne en souffrance, mais il conduisait ainsi à sa dépendance. Actuellement, on estime plutôt que, pour le sujet souffrant de schizophrénie en particulier, l'alcool et le cannabis aident à lutter contre les symptômes déficitaires de la maladie, l'absence de plaisir (anhédonie), et plus globalement l'absence d'envies, l'émoussement émotionnel (a-thymormie). Ces produits stimulent les émotions alors que le malade a souvent conscience d'avoir perdu son "statut émotionnel".

Des travaux sont en cours pour chercher s'il n'existerait pas des facteurs génétiques communs entre la dépendance à l'alcool et les maladies psychiques: à Sainte Anne pour la schizophrénie, à Créteil pour les troubles bipolaires (Marion Leboyer).

Dans la schizophrénie, les conduites d'addiction

nécessitent parfois des aménagements du traitement, pour permettre une bonne alliance thérapeutique lors de sa mise en route. Par exemple, mieux vaut au début "respecter" une dépendance au cannabis ou aux benzodiazépines et l'accompagner, plutôt que de proposer d'emblée un brusque arrêt de leur consommation; le malade risquerait alors de partir, si bien que l'on n'aurait rien soigné du tout, ni sa dépendance ni sa schizophrénie !



La dépendance à l'alcool tue chaque année en France 45.000 personnes et coûte 18 milliards €.

Le Dr Batel souligne qu'il n'existe pas d'Association de défense des malades alcooliques. Il y a bien des Associations d'entraide (Alcooliques Anonymes, Vie Libre, Croix d'Or etc.), mais aucune ne défend les intérêts des personnes alcooliques face au milieu politique, qui est ambivalent sur ce problème, compte tenu des intérêts économiques en jeu ! Les ressources allouées à la lutte contre l'alcoolisme ont diminué de 20 %. On imagine quelles seraient les protestations véhémentes si la même réduction était opérée pour la lutte contre la maladie de Parkinson, la sclérose en plaque, la polyarthrite rhumatoïde ou autre.

En soignant la dépendance à l'alcool, on peut paradoxalement aggraver dans un premier temps le vécu de la personne malade qui se retrouve privée de son automédication. Mais si l'on parvient à créer avec elle un climat de confiance et à permettre une alliance thérapeutique, son état s'améliorera ensuite. Cette amélioration est sensible pour les personnes atteintes de troubles bipolaires ou de dépressions, elle est plus délicate pour celles qui souffrent de schizophrénie.

Un certain nombre de malades acceptent de consulter un médecin pour un problème de dépendance parce que, pour eux, cette situation n'est pas stable. Ne trouvant pas leur compte dans cette dépendance, ils ont envie de changer.

Tout le travail préparatoire au traitement de l'addiction va consister à amener le patient à prendre conscience de son ambivalence entre deux pulsions :

- ou je continue à prendre trop d'alcool, cannabis, cocaïne,... malgré ce que je sais des risques
- ou j'essaie d'arrêter, sans trop savoir ce que j'y perds et ce que j'y gagne.



Tel est le but des "entretiens motivationnels", directifs et centrés sur la personne elle-même, qui visent à l'aider à sortir de cette ambivalence et de renforcer sa motivation. Ses préoccupations prennent le pas sur celles de l'intervenant. C'est à elle de formuler les arguments en faveur du changement.

Dans cette approche, la motivation au changement doit émaner du sujet lui-même, et non être imposée de l'extérieur. Il est important de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle de la personne en mettant en évidence ses ressources et ses forces plutôt que ses échecs.

Plusieurs approches thérapeutiques sont actuellement essayées, notamment :

- la réduction de la consommation d'alcool, sans interruption totale.
- l'essai de nouveaux médicaments
- les thérapies cognitives et comportementales qui se révèlent les plus efficaces pour obtenir des améliorations.

Le Dr. Batel pense que cette technique de l'entretien motivationnel pourrait aussi être utilisée avec les personnes souffrant de schizophrénie, Là aussi la gravité des troubles est souvent déniée, la demande de soins est ambivalente. Ce pourrait être un moyen d'améliorer l'observance (compliance) du traitement.

On peut visualiser, sur le site ci-dessous, un exemple d'entretien motivationnel enregistré dans un service d'addictologie à Lausanne.

*Propos recueillis par
le Dr. Jean Laviolle*



http://www.alcoologie.ch/alc_home/alc_formation/alc-video_extraitentmotcabmed.htm



Le trouble de la personnalité borderline—L'état limite—"victime de ses émotions"

Alain Tortosa

Editions Archilogue 2010 – 35,50 €



L'auteur de ce volumineux ouvrage est le créateur d'une association : "Association d'aide aux personnes avec un Etat-Limite", l'AAPEL.

Une première partie s'adresse aux personnes éventuellement porteuses de ce trouble, avec un questionnaire d'auto-évaluation détaillé : 13 questions partant des éléments simples de leur vie relationnelle et de leurs ressentis. Les conséquences sur leur vie quotidienne, affective et sociale sont bien détaillées.

L'ouvrage s'adresse ensuite aux proches de la personne malade soumis à une relation éprouvante résumée par un message paradoxal "Fous le camp, ne me quitte pas !". Cette partie est la plus originale, ce sujet étant peu traité dans la littérature ! Comment le proche peut-il réagir et ne pas à son tour se comporter comme un borderline ? Il a souvent besoin d'être aidé lui aussi, au besoin psychologiquement. Une réflexion sur la culpabilisation "déculpabiliser n'est pas déresponsabiliser !" est intéressante.

Le livre se termine par l'exposé des moyens thérapeutiques, médicaments et psychothérapies.

La relation thérapeutique est difficile à maintenir dans le temps, pour les proches familiaux comme pour les thérapeutes; aussi l'on pourrait regretter quelques considérations du dernier chapitre sur la relation du patient avec son psychothérapeute.

Dr Jean Laviolle



Borderline, états limites

Samuel PFEIFER

Edition Empreinte temps présent – 2010 – 8 €

Petit livre intéressant écrit par un psychiatre suisse.



Après avoir repris les neuf critères classiques permettant le diagnostic, il décrit le comportement émotionnel et relationnel de la personne malade.

Il aborde avec clarté et simplement les aspects particuliers que sont le lien possible de ces troubles avec des carences ou des maltraitances

infantiles (exemple intéressant de Marilyn Monroe), les moments dissociatifs, les automutilations, le suicide, la sexualité, les troubles associés de la personnalité.

Sa partie la plus originale réside dans l'exposé clair et détaillé du modèle thérapeutique proposé. Ce modèle associe thérapie individuelle et thérapie de groupe, avec des synthèses formalisées entre ces deux thérapies.

S. Pfeifer propose la mise en place d'un "contrat de thérapie" pour maintenir un cadre. Le modèle peut inclure des aidants proches de la personne en souffrance, en particulier sur un plan religieux. L'auteur donne quelques sages conseils à tous ces aidants.

Dr Jean Laviolle



Borderline. Retrouver son équilibre

Dominique Page

Odile Jacob 2006 - 218 pages - 21,50 €.



Peu d'ouvrages s'adressent directement aux personnes souffrant d'un Trouble de Personnalité Etat Limite (TPEL). Celui de Dominique Page, docteur en psychologie résolument pratique, a pour objectif d'aider les patients à accéder par eux-mêmes à une meilleure qualité de vie.

Après avoir décrit ce trouble et ses symptômes, elle analyse ce qui se passe dans les zones du cerveau pour les réactions cognitives, émotionnelles, comportementales (très intéressant!).

Puis elle propose au lecteur borderline d'analyser lui-même pourquoi il "craque" : comment différentes situations se sont enchaînées ? Comment éviter de recommencer cet enchaînement ? Elle lui propose des outils thérapeutiques pour qu'il parvienne à mieux gérer ses émotions, son comportement et ses pensées, et qu'il en devienne davantage le maître.

Ce manuel pratique présente le grand avantage de responsabiliser la personne borderline en lui disant: "vous pouvez vous aider vous-même, analyser ce qui vous arrive....". Il peut lui être utile comme instrument de dialogue entre elle et son thérapeute.

Il peut aussi beaucoup aider des proches à comprendre le pourquoi des crises des personnes borderline et à mieux adapter leur propre comportement vis-à-vis d'elles.

Marie Claude Charlès

Accueil Famille : 01 39 49 59 50

Bulletin de l'UNAFAM Yvelines - 13 rue Hoche, 78000 Versailles

Téléphone/Fax : 01 39 54 17 12 - E-mail : 78@unafam.org - Site Internet : ww.unafam78.com

Directeur de la publication : Philippe Delaplanche

Equipe de Rédaction : Mireille Boutillon, Marie-Claude Charlès, Jean Laviolle, Xavier Mersch, Gérard de Vallois

Maquette : MB - Photos et dessins : MB, XM, GdV