



LE BULLETIN

UNION NATIONALE de FAMILLES et AMIS de
PERSONNES MALADES et /ou HANDICAPÉES
PSYCHIQUES

(Association reconnue d'utilité publique)



DÉLÉGATION DU VAL-DE-MARNE - 9 rue Viet - 94000 Créteil - Tél. : 01 41 78 36 90
www.unafam94.org - courriel : 94@unafam.org - Facebook : Unafam 94

Éditorial par F. Duhem

Nous avons la tristesse de vous faire part du décès de M. Henri Boizard

qui a longtemps défendu les valeurs de l'UNAFAM par ses engagements au sein de la délégation du Val-de-Marne

Entre autre, en visitant des ESAT (Établissement et Service d'Aide par le Travail) pour y observer les conditions de travail des salariés.

Et surtout comme représentant de l'UNAFAM au sein de la CDSP (Commission Départementale des Soins en Psychiatrie) chargée d'examiner, dans les hôpitaux, les situations des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement.

Que son épouse Liliane soit assurée dans cette épreuve de toute notre affection.

Le Bureau

En pages suivantes...

- Vous avez dit bizarre... Comment devient-on schizophrène ? p. 1
- Elle nous a enchantés sous la psy p. 3
- Thérapies familiales avec un patient porteur d'un trouble schizophrénique p. 4
- À l'UNAFAM 94 : les permanences d'accueil, les groupes de paroles, les consultations juridiques p. 8
- Le groupe Familles du Dr Cantero, non sectorisé p. 8
- Les conférences à Ste-Anne p. 8
- UNAFAM IDF : le groupe Grands-parents p. 8
- Au siège de l'UNAFAM : les services proposés p. 8

Cher(e) Adhérent(e),

Afin d'être informé(e) à temps, n'oubliez pas de nous indiquer **vos adresses mail** ou toute modification les concernant en écrivant à : **infos-unafam94@orange.fr**

Vous avez dit bizarre...

Comment devient-on schizophrène

Avec l'aimable autorisation de l'auteur Dr Jean Laviolle

Il s'agit bien d'une maladie bizarre en effet :

- par sa symptomatologie variable, changeante, inquiétante
- par son déclenchement clinique relativement tardif en fin d'adolescence
- par des signes plus précoces inconstants, multiples, peu spécifiques

- par ses facteurs prédisposants multiples, internes génétiques, complexes, externes, multiples également (obstétricaux, infectieux, toxiques etc..). Ces facteurs nécessitant semble t-il d'être associés pour que se révèle la maladie.

Les progrès de l'imagerie médicale, la réalisation d'études statistiques au long cours sur des groupes importants, les découvertes sur la chimie et l'embryologie du cerveau, permettent de proposer un

modèle « neuro développemental », encore hypothétique, du développement de cette maladie.

Tout se passerait comme si on pouvait distinguer deux étapes successives : pendant la vie intra utérine et pendant l'adolescence

Pendant la vie intra utérine

(Hypothèse neuro développementale précoce)

On commence à mettre en évidence des altérations précoces du développement cérébral, remontant plutôt vers le 2^e trimestre, d'origine génétique et ou environnementale.

1°) **arguments cliniques** *non spécifiques* de la petite enfance,

- troubles cognitifs essentiellement, portant par exemple sur :
 - l'attention
 - l'attribution d'intention à autrui (reconnaissance que l'autre pense différemment, peut cacher ses pensées)
 - la capacité à se projeter
- Troubles neurologiques,
 - retard de marche,
 - de la coordination motrice...

Seul 1/3 de sujets schizophrènes ont présenté de telles anomalies.

2°) **arguments para-cliniques** par la neuro-imagerie :

- substance grise amincie
- anomalie des plis de l'écorce cérébrale dans la zone fronto-temporale
- couches cellulaires anormalement positionnées dans l'hippocampe (lobe temporal)
- réduction de taille des neurones

Toutes ces anomalies renvoient plutôt à un trouble précoce du développement du cerveau pendant la deuxième moitié de la grossesse

3°) **Les facteurs prédisposants** sont multiples, associés ou non :

- **génétiques** : la maladie est 5 fois plus fréquente dans la parenté au premier degré, que dans une population témoin. Mais ce facteur n'est pas suffisant (50p.100 de non-transmission chez les jumeaux homozygotes) .
- **obstétricaux** : hémorragie, anoxie fœtale*, infection virale (grippe) au 2^e trimestre, incompatibilité rhésus, carence nutritionnelle (famine de l'hiver 44-45 en Hollande)
- **les troubles périnataux** ne seraient pathogènes que si existe une vulnérabilité génétique.

Les études d'adoption sont intéressantes : des enfants nés de parents sains adoptés par des parents schizophrènes ne présentent pas de risque accru de maladie !

Mais des enfants dont les parents sont malades, adoptés, par des parents sains, auront un risque accru de tomber malades

Pendant l'adolescence

Hypothèse neuro développementale tardive

Au cours de la vie infantile, des connexions synaptiques se dérouleraient en excès. Leur élimination progressive va se faire dès l'âge de 2 ans dans les régions sensorielles. Elle a lieu surtout à l'adolescence, en lien sans doute avec les modifications hormonales. Ce programme « d'élagage synaptique » (synaptic pruning) permet au cerveau d'acquérir la structure et l'organisation cérébrale d'un cerveau adulte. Lorsque se développe un processus schizophrénique, on observe une élimination accrue des connexions synaptiques.

Ceci a été confirmé par des travaux réalisés en IRM : chez tous les adolescents, on observe d'abord une phase d'augmentation de substance grise, *puis une diminution, qui serait plus importante chez les adolescents schizophrènes.*

Feinberg aux USA propose l'hypothèse d'une perturbation de ce programme d'élimination des connexions synaptiques chez l'adolescent schizophrène (en particulier, un excès d'élimination au niveau du cortex pré-frontal pourrait se produire). La neuro-imagerie montrerait en effet une diminution de connexions des cellules pyramidales (dans le cortex pré-frontal) et du nombre des neurones qui les relient entre elles.

L'apparition de signes cliniques de schizophrénie coïncide souvent avec cette période d'« élagage synaptique excessif ». L'hypothèse d'un lien entre les deux est soulevée.

En analysant les **données génétiques** de 28799 patients, les scientifiques ont pu isoler récemment le rôle joué par le gène C4, dont une des variantes du **gène**, augmenterait à elle seule de 30% le risque de développer une schizophrénie. Il a été montré, chez la souris, que ce gène intervient précisément dans l'élimination des connexions entre les neurones au cours du processus d'élagage synaptique : consulter le site www.ma-schizophrenie.com

L'identification de ce mécanisme, et de son dysfonctionnement dans le cerveau des schizophrènes, ne pourrait à lui seul expliquer le déclenchement de la schizophrénie, mais il permet d'apporter une connaissance nouvelle et fondamentale aux mécanismes qui sous-tendent cette maladie.

Dans un document très complet du Centre Canadien de Lutte contre les Toxicomanies, on peut lire que le THC (alcaloïde principal du cannabis) interviendrait directement pour perturber ces processus d'élagage et de modification de volume de certaines zones du cerveau. Il bloquerait les récepteurs de certains neurones intervenant dans ces transformations.

Une nouvelle voie de recherche

Celle-ci devrait aussi permettre d'avancer dans l'étude des mécanismes complexes de transmission de cette maladie.

On appelle endophénotypes** des indices révélateurs d'une **vulnérabilité** : ces indices pouvant être cognitifs, électrophysiologiques, cliniques.

Indices cognitifs : des tests psychologiques explorant l'aptitude à prendre en compte la cohérence d'un contexte, sont perturbés chez le schizophrène *comme chez 50 % des apparentés au premier degré non atteints de schizophrénie*. Cette particularité cognitive pourrait révéler un terrain de vulnérabilité qui ne signifie pas nécessairement que la maladie surviendra.

Indices électrophysiologiques : la succession de **stimuli** sonores ou visuels révèle l'existence d'un processus de filtration attesté par la diminution d'amplitude des ondes électriques corticales précoces provoquées par les stimuli suivant le premier stimulus.

Chez le schizophrène ce processus de filtration est **déficent** : l'onde provoquée par le 2^e ou 3^e stimulus est de la même amplitude que l'onde consécutive au premier stimulus.

Ce déficit de filtration sensorielle est retrouvé chez 50 % des apparentés au premier degré : il pourrait être un signe de vulnérabilité.

Indices cliniques : les patients atteints de schizophrénie présentent souvent des **signes neurologiques** dits mineurs à type de difficultés de **coordination** motrice, discrète fragilité de l'**équilibre**, anomalies du **tonus** musculaire. *Ceci est également observé chez une partie des apparentés au premier degré.*

Des recherches en cours (au CHU Sainte-Anne) concernent les apparentés sains « porteurs présumés » (collatéraux ou ascendants) de différents gènes en rapport avec ces différents phénotypes**. Ceci devrait permettre de cerner plus précisément la composante multigénique de cette maladie.

Beaucoup reste à faire, ces nouvelles pistes nous apportent cependant beaucoup d'espoir.

A ce propos, rappelons-nous ce que disait Winston Churchill : « *Un pessimiste voit la difficulté dans chaque opportunité, un optimiste voit l'opportunité dans chaque difficulté.* »

Avec l'aimable autorisation de l'auteur
Dr Jean Laviolle

06/02/2017

Article paru dans Construire (bulletin de la délégation de l'UNAFAM des Yvelines) n° 75, en avril 2017

(*) Anoxie : diminution de la quantité d'oxygène utilisable par les cellules de l'organisme ;
Anoxie fœtale : manque d'oxygène qui peut être domageable pour le cerveau du bébé.

(**) Phénotype : ensemble des caractères physiques, corporels d'un individu correspondant au génotype, c'est-à-dire à l'ADN des chromosomes (exemple : la couleur des yeux)

Cf. ma-schizophrénie.com

Cf. Hypothèse neuro-développementale de la schizophrénie, Pr Thibaut, Revue l'Encephale n°31, 2006

Chantons sous la psy

Elle nous a enchantés sous la psy !

Le vendredi 22 septembre fut vraiment une bonne soirée ! Où vous étiez tous conviés. Heureux ceux qui purent se déplacer. Et nous fûmes agréablement nombreux, et certains s'y sont retrouvés.

Françoise Monnet, bénévole Unafam, est montée sur la petite scène de l'espace Toffoli, prêtée gracieusement par la ville de Charenton, pour nous chanter



25 chansons, accompagnée au piano ! Elle nous a offert grâce à son répertoire "Chantons sous la psy", charme, poésie et surtout... humour. Laurent Jacquey, pianiste, lui, nous a fait profiter de pauses instrumentales bien agréables.

Les spectateurs ont savouré cette spirituelle récréation. Des donateurs, généreux, ont fait fructifier les efforts de tous les bénévoles : artistes et "gentils organisateurs"

Nous sommes repartis pleins de gaieté et de bonne humeur. Une bonne opportunité pour lâcher prise.

Merci Françoise

SL

Ateliers d'entraide PROSPECT

Départ de Jean-Luc Laroudie

C'est en mars 2008 qu'a commencé notre collaboration. 16 ateliers nous ont permis de partager les expériences des familles avec lesquelles les échanges ont été enrichissants de par la variété des différentes situations vécues. La fluidité de nos animations a été le résultat de notre connivence et de notre volonté de faire passer le message « PROSPECT » : **trouver en chacun de nous des ressources insoupçonnées afin de mieux aider notre proche malade.**

Si l'UNAFAM et moi-même respectons sa volonté de se retirer de cette belle aventure, nous tenons à le remercier de son dévouement, de sa compétence et de l'aide qu'il a apportée à tous les participants de ces 16 ateliers d'entraide. Personnellement, je le remercie d'avoir partagé, avec moi, tous ces moments de complicité et d'amitié.

Annie DECHICO

Pour nos adhérents, il y aura d'autres ateliers d'entraide, mais il faudra attendre novembre 2018.

UNAFAM - LE BULLETIN DU VAL-DE-MARNE

9 rue Viet - 94000 Créteil

Directrice de la publication : Françoise Duhem

Rédactrice en chef : Jacqueline Chatelain

Rédaction : Dr Antoine Barrière, Dr Jean Laviolle, A. Dechico, F. Duhem, J. Givry, S. Loison

Composition : B. Caudron, S. Loison

Tirage : Unafam 94

Thérapies familiales avec un patient porteur d'un trouble schizophrénique

Dr Antoine Barrière, psychiatre, thérapeute familial

Nous sommes heureux de pouvoir publier cet article du D^r Barrière qui lors de la rencontre familles/soignants à l'hôpital Paul-Guiraud, a beaucoup intéressé les familles qui ont ensuite posé de nombreuses questions.

Son souhait est de réellement déstigmatiser les familles et de les déculpabiliser.

Ses consultations ne sont pas sectorisées et concernent donc l'ensemble de nos adhérents : certains ont bénéficié de ses entretiens familiaux et en ont fait des retours positifs.

1- Brèves histoire des origines

Les thérapies familiales sont nées dans l'immédiat après-guerre dans le cadre d'un vaste bouillonnement intellectuel qui était lié à la conjonction de plusieurs facteurs dont trois méritent d'être soulignés :

- il fallait réparer les catastrophes de la seconde guerre mondiale et tenter de remettre la science au service de l'humanité, le désir de compréhension mutuelle et de globalisation était fort,
- la diversité des domaines scientifiques tant mous que durs nécessitait la création d'un cadre de pensée permettant de tenir compte de la complexité technique croissante,
- la seconde guerre mondiale a eu les mêmes effets pour les États-Unis d'Amérique que la chute de Constantinople (1452) pour l'Europe au XV^e siècle : l'arrivée massive de connaissances (ici des scientifiques et hommes de lettres, jadis des manuscrits).

Ainsi avaient eu lieu, entre autres, des conférences, nommées « Conférences Macy » où des scientifiques de tous horizons échangeaient. De cette mouvance ont émergé les travaux de Shannon sur la communication, les travaux de Norbert Wiener sur l'informatique ou encore ceux de Von Bertalanffy sur la théorie des systèmes, de Von Neumann sur la théorie des jeux, etc.

Ces grands domaines irriguent notre quotidien : informatique, systèmes de communication, cybernétique, sociologie, anthropologie, physiologie, etc.

C'est dans ce contexte intellectuel bouillonnant et novateur qu'un groupe a commencé à travailler sur les liens entre la schizophrénie et la famille en prenant le contre-pied de la méthodologie psychodynamique alors en cours. Jusque-là, les traitements étaient centrés sur le patient, sa famille n'y était au mieux pas associée, au pire stigmatisée.

En effet, il ne faut pas oublier que Freud avait bâti sa théorie sur l'observation de cas individuels, porteurs de troubles qui furent ensuite appelés névrotiques. Il n'avait ainsi pas ou peu tenu compte de la famille, pas plus qu'il ne s'était intéressé durablement à la réalité de l'ici et maintenant. Freud avait ainsi construit une théorie qui s'intéressait à la réalité individuelle subjective, ce qui l'a amené à construire sa théorie de l'inconscient et des pulsions. Une certaine application de la théorie

psychanalytique aux troubles psychotiques, par ses successeurs a conduit à une construction étiologique centrée sur les interactions précoces mère/enfant, la mère devenant ainsi cause de la maladie. De l'attribution causale à la culpabilisation, la distance était courte et était souvent franchie, tant par les soignants que par les familles elles-mêmes.

L'équipe de Palo Alto est partie du principe que la schizophrénie était une maladie qui n'avait pas de cause psychodynamique, mais qu'elle était en revanche influencée par le milieu, en particulier familial. Dans cette équipe se trouvaient une anthropologue (Gregory Bateson), des psychiatres et des psychologues (Don Jackson, Jay Haley). Ce petit groupe mit en place des dispositifs d'observation éthologiques en enregistrant tous les échanges entre les membres d'une famille et les thérapeutes/chercheurs. Une ébauche d'hypothèse apparut alors : « le double lien » ou « double contrainte » (double bind en anglais). Le double lien consiste en un phénomène communicationnel paradoxal où le message explicite (« tu es grand tu dois quitter la maison ») est annulé par un message implicite souvent non verbal (« ne me quitte pas »). Cette théorie eut un grand succès mais donna lieu (au grand dam de ses découvreurs) aux mêmes dévoiements que la théorie psychanalytique : certains y virent la cause de la schizophrénie, le sujet devenant schizophrène parce qu'il était soumis à des messages impossibles à résoudre. Cette première tentative de travail en famille avec un patient porteur de troubles schizophréniques se solda par un échec thérapeutique mais servit de matrice à de très nombreux thérapeutes dans le monde en ouvrant de nouvelles perspectives thérapeutiques. Parallèlement, aux États-Unis d'Amérique d'abord, puis en Europe, des thérapeutes créatifs bâtirent des pratiques de travail avec les familles, confrontées à des troubles très lourds : schizophrénies, toxicomanies, TCA, troubles graves du comportement (par exemple en France, au centre Monceau) : tous partageaient du principe que ces troubles ne pouvaient pas être traités par de seules approches individuelles.

Durant cette première phase de nombreuses écoles se sont créées autour de thérapeutes charismatiques (Ackerman, Minuchin, Satir, Bowen, Selvini), avec des théories et des pratiques variées mais considérant toutes que la famille jouait un rôle actif dans la genèse du

trouble et son maintien. Les théories étiologiques circulaient activement, tombant ainsi dans un piège épistémique propre à la l'humanité : la recherche d'une cause. Ce n'est qu'à partir des années 80/90 que les thérapeutes renoncèrent aux modèles étiologiques pour s'appuyer sur le constructivisme, et la seconde cybernétique devenait la règle (il n'y a pas d'observateur neutre qui n'influence pas l'objet de son observation). Les pratiques de travail avec les familles sont donc passées d'une vision de la famille comme cause de la maladie à celle d'une coévolution de la famille et du trouble, la famille étant avant tout le lieu de survie du sujet malade. C'est ainsi que le principe de causalité linéaire fut progressivement proscrit dans la compréhension de troubles graves (on ne peut pas dire A est malade à cause de B) au profit d'une causalité circulaire voire abductive¹.

A ce jour il existe de nombreuses façon de pratiquer la thérapie familiale, certaines méthodes reposent sur des techniques parfois très interventionnistes et provocatives (école dite de Milan), d'autres sur une exploration de l'inconscient familial (thérapie familiale psychanalytique) ou encore sur la structure de la famille (thérapie structurale), l'exploration des dettes et des dons intergénérationnels (thérapie contextuelle). Plus récemment des techniques cognitivo-comportementales ont été appliquées à la thérapie familiale selon le modèle biopsychosocial, avec le développement de procédures codifiées par phases et le recours aux thérapies multifamiliales. Dans la suite de ce texte la pratique présentée sera celle qui s'appuie sur l'approche éco-étho-anthropologique développée par le Dr Jacques Miermont. Dans cette perspective le terme de thérapie familiale n'est guère pertinent mais dans la mesure où il est consacré par l'usage, il est difficile d'en utiliser un autre beaucoup plus pertinent comme, par exemple, « thérapie avec la famille ».

2- Qu'est-ce qu'une famille?

Une famille peut être définie comme un « système de personnes qui présentent un répertoire émotionnel, sentimental et intellectuel spécifique et qui partagent une destinée de vie commune, dont les liens et les relations concernent la reproduction, la filiation, l'alliance et la descendance ».

La famille est un invariant universel, c'est-à-dire qu'elle existe dans toute société humaine tandis que sa forme est culturellement déterminée.

La famille entretient avec la culture une relation de causalité circulaire : elle est forgée par la culture mais contribue aussi à la forger.

D'un point de vue évolutionniste la famille est l'unité élémentaire de survie et le premier organisateur psychique. C'est en son sein que se créent les relations

¹ L'abduction est un procédé de réflexion qui s'appuie sur la création d'hypothèses qui puissent rendre compte d'une situation et permettre d'avancer dans la résolution d'un problème. Ces hypothèses ne sont pas le fruit d'une déduction (appliquer une règle générale), ou d'une induction (généralisation) mais d'une recherche par essais/erreurs, intuitions.

d'attachement : une fois les sujets devenus eux-mêmes adultes, leur famille reste le lieu premier de ressource et d'appui en cas d'épreuve (tant dans leur manière de voir le monde que dans les liens effectifs).

3- Comment définir les troubles schizophréniques?

Les troubles schizophréniques sont des maladies complexes, aux causes encore non clairement définies. Il conviendrait de parler plutôt de syndrome schizophrénique que de maladie. En effet il s'agit d'une description d'un ensemble de symptômes dont les causes sont très probablement multiples. Pour mieux comprendre ce distinguo, en voici l'application à la médecine somatique : on parle de **syndrome** grippal devant un tableau qui associe une forte fièvre, des douleurs musculaires et quelques autres signes. Le virus de la grippe peut en être responsable, mais aussi une kyrielle d'autres agents infectieux (viraux et bactériens) ainsi que certaines substances où certaines maladies générales². Parmi les éléments symptomatiques constants on repère :

- une apparition à l'adolescence ou chez le jeune adulte,
- une perte de contact avec la réalité tant interne (déli et méconnaissance de la maladie) qu'externe (la réalité n'est plus interprétée objectivement et est infiltrée par des projections du sujet). Les conséquences en sont : symptômes délirants, hallucinatoires et dissociatifs,
- un changement radical du fonctionnement psychologique qui rend la personne autre,
- une évolution chronique sur la vie entière (dans le contexte actuel des connaissances et des thérapeutiques),
- l'apparition de symptômes négatifs plus ou moins rapidement et plus ou moins massifs, souvent très invalidants. Ces symptômes apparaissent sans traitement après plusieurs années d'évolution, ce que rappelle l'ancien terme pour schizophrénie « dementiapræcox » et parfois beaucoup plus rapidement sous traitement neuroleptique.

La théorie de l'intersubjectivité rend bien compte des signes de ce troubles, on peut en effet faire l'hypothèse que ce qui est atteint chez le sujet malade, c'est la capacité à lire l'esprit de l'autre et à lire également le sien. La schizophrénie peut ainsi être considérée comme un trouble secondaire de l'intersubjectivité³,

² En terme systémique cela signifie qu'il y a de nombreux chemins différents pour amener un système complexe à un état final unique, et qu'à l'inverse, une fois l'état final connu il est très difficile de retrouver la chaîne de causalité qui y a conduit.

³ Les Troubles du Spectre Autistiques sont quant à eux des troubles primaires de l'intersubjectivité, c'est à dire présents dès la naissance ou presque, le sujet et sa famille grandissent donc avec, d'où des symptômes et des problématiques assez différentes.

avec très probablement diverses causes pouvant amener à ce tableau clinique.

La conséquence majeure de ce trouble de l'intersubjectivité est une perte de l'autonomie psychique (et parfois même physique) qui s'accompagne d'un processus d'ajustement à cette perte, ce processus est long et passe par de nombreux essais/erreurs.

4- Conséquences des troubles schizophréniques sur les proches.

Ainsi au sein de la famille le trouble schizophrénique induit :

- 1- perte des repères anciens,
- 2- perte de la possibilité d'échanger, même dans les registres les plus élémentaires comme déjeuner ensemble,
- 3- incompréhension et deuil difficile ou impossible de la personne « d'avant la maladie ».

Confrontés à cette expérience radicalement bouleversante, les proches sont plus exposés à :

- 1- des complications somatiques, parfois vitales (cancers, pathologies cardiovasculaires)
- 2- une morbidité psychiatrique accrue avec en particulier des troubles anxieux et dépressifs mais aussi la décompensation d'autres troubles psychiatriques jusque-là bien compensés,
- 3- des difficultés sociales, avec isolement du fait du vécu de honte, d'incompréhension et d'impuissance. S'y ajoutent des difficultés financières et professionnelles, spécifiquement pour les familles déjà fragiles et dans les pays où le système de santé est coûteux,
- 4- une perte du sens de l'existence et une confusion.

5- Conséquences relationnelles sur le patient

Au sein de la famille les réactions d'ajustement passent par diverses modalités :

- 1- surprotection, culpabilité,
- 2- hostilité, colère, accusation,
- 3- renoncement, abandon,
- 4- activisme, sur-stimulation,
- 5- communication paradoxale, par exemple les double bind,
- 6- méfiance et perte de confiance à l'égard des soignants et des dispositifs d'aide.

Il est essentiel de mentionner à ce niveau de la réflexion que ce qui est décrit pour les familles s'applique aux soignants : plus ils sont en lien étroit avec des patients porteurs de troubles schizophréniques, plus ils sont amenés à ressentir les mêmes vécus et à s'en défendre aussi. Cela implique la prise en compte spécifique de ce phénomène, en particulier dans les situations où les soins dysfonctionnent. La thérapie familiale (TF) peut permettre de sortir de l'impasse, les dispositifs de psychoéducation familiale (PEF) également.⁴

⁴ La TF crée alors une hiérarchie enchevêtrée, c'est à dire qu'elle permet comme dans le cockpit d'un avion-

6- Principes de la thérapie familiale

Telle qu'elle est pratiquée par l'équipe du pôle de thérapie familiale à l'hôpital Paul Guiraud.

Le terme de thérapie familiale peut prêter à confusion, il ne s'agit pas de « soigner » la famille au sens où il faudrait la réparer, il s'agit de réunir les personnes impliquées dans la trajectoire de vie du sujet malade pour tenter de soulager la souffrance de tous. Afin d'atteindre ce but, le dispositif cherche à :

- 1- créer un cadre de sécurité où chacun peut être accueilli et écouté sans jugement (importance de l'alliance thérapeutique, de la bienveillance et des rituels),
- 2- créer les conditions propices aux échanges (« dispositif extraordinaire de conversation ordinaire » (Miermont),
- 3- contenir les débordements émotionnels extrêmes et/ou négatifs,
- 4- permettre la reconnaissance de chacun dans sa spécificité, son vécu et ses ressources (cela marche dans les deux sens : familles et patients aident les thérapeutes à les aider),
- 5- contribuer à faciliter les liens avec les équipes de soins de première ligne. Souvent il peut en effet exister des phénomènes de disqualification et/ou de rivalité entre familles et équipes (d'où l'intérêt de la présence en début de thérapie d'un soignant de première ligne et des liens réguliers avec les équipes de première ligne ultérieurement),
- 6- accompagner les processus d'apprentissage par essais/erreurs, processus d'oscillation entre prise d'autonomie/dépendance, proximité/distance, rejet/amour etc.
- 7- aider à faire émerger les contenus informatifs pertinents pour la situation,
- 8- contribuer à accompagner la construction d'une représentation nouvelle de l'équilibre de vie.

Il peut arriver que des informations sur la maladie soient données, ou sur les dispositifs de soins. Il peut aussi arriver que des conseils soient donnés, mais ce n'est pas le cœur du travail. En ce sens la thérapie familiale n'est pas de la psychoéducation même si dans les deux cas les buts à atteindre sont un mieux-être pour la famille et le patient. La TF utilise une méthodologie non directive, centrée sur les relations entre les membres de la famille et la mise en forme des émotions dans le respect des systèmes de croyance et de valeur de la famille. Il n'est pas question de transmettre un savoir objectif sur le trouble mais d'accompagner la famille en s'appuyant sur sa représentation du trouble.

Deux types d'indications se posent :

qu'en cas de crise, les niveaux hiérarchiques sautent au profit d'une communication horizontale où chacun livre des informations dans le but de sortir de la crise. La PEF propose une approche pédagogique où les soignants livrent le savoir objectif qu'ils utilisent afin que dans un second temps les familles s'en emparent et deviennent des partenaires actifs des soins.

- 1- la famille elle-même se sent en souffrance et fait la demande,
- 2- l'indication est posée par un professionnel qui peut alors venir au moins à la première séance, parfois plus longtemps.

Une thérapie familiale sans équipe et soins de première ligne n'existe pas, sauf quand la famille consulte alors que le membre malade n'est pas encore suivi ou ne l'est plus, elle sera alors impliquée dans la mobilisation des soins de première ligne.

7- Déroulement concret d'une séance à l'hôpital Paul Guiraud

A l'hôpital Paul Guiraud au sein du pôle de thérapie familiale, le travail de consultation est effectué en binôme de thérapeutes, la famille se présente avec les membres qui veulent et/ou peuvent venir. D'autres équipes exigent la présence de la famille au complet, mais compte tenu des souffrances et des difficultés, la souplesse du cadre est seule garante de la possibilité d'un travail.

De même, les dispositifs classiques de thérapie familiale ne sont pas utilisés :

- le miroir sans tain véhicule une image de « commissariat de police » peu propice à créer une ambiance sereine.
- absence de nombreux étudiants et co-thérapeutes tant du fait de la dimension intrusive que pour des raisons théoriques (l'augmentation du nombre de regards n'augmente pas pour autant l'efficacité, voire l'entrave).
- les premières séances peuvent être réalisées conjointement avec un membre de l'équipe de soins de première ligne, parfois au sein d'une unité d'hospitalisation.
- seul l'usage d'une caméra pour une séance peut éventuellement être proposé (en recueillant l'accord de tous) à visée clinique ou pédagogique.

Les séances se déroulent durant environ une heure, selon une fréquence mensuelle, il n'y a pas de limite de durée.

Comme pour tout processus psychothérapeutique ce qui se dit en séance reste entre les personnes présentes, les équipes de première ligne ne connaissent ainsi pas le contenu des séances même si - régulièrement - un baromètre leur est communiqué.

Autre élément important : la thérapie familiale est une thérapie de groupe, par conséquent chacun garde ce qui lui paraît relever de son intimité.

Par ailleurs contrairement aux idées reçues, une « bonne thérapie » n'est pas nécessairement une thérapie où « on se dit tout », dans laquelle on va aller explorer le passé et tenter de trouver des secrets ou des explications. Le travail est axé sur l'ici et maintenant de la relation et il n'y a pas d'exploration du passé ou de la structure familiale de manière systématique, ces éléments apparaîtront peut-être un jour en séance... ou pas! L'expérience a en effet montré que des explorations systématiques du passé ont surtout des effets de culpabilisation et de désorganisation.

8- Effets de la thérapie familiale

8-1 Effets thérapeutiques

Il a été prouvé que les thérapies familiales :

- 1- diminuent le nombre et l'intensité des rechutes du patient,
- 2- permettent une meilleure stabilisation avec doses moindres de médicaments,
- 3- permettent une resocialisation des proches,
- 4- diminuent les morbidités physiques et psychiatriques des proches,
- 5- améliorent le recours aux soins.

Néanmoins la modestie reste la règle : ce dispositif a une certaine efficacité, il n'est pas miraculeux et surtout n'a d'intérêt qu'inscrit dans le maillage des dispositifs de soins et de réhabilitation.

8-2 Effets négatifs, échecs

Comme tout dispositif psychothérapeutique, la thérapie familiale est soumise à des facteurs inter-individuels qui peuvent le rendre inopérant :

- 1- ratage de l'affiliation (la confiance ne se noue pas, dès les premiers rendez-vous) pour deux ordres de raisons :
 - incompatibilité relationnelle (facteur non prévisible et présent pour toute rencontre humaine),
 - thérapie non désirée par la famille (ce facteur peut évoluer au cours de la première séance),
- 2- inadéquation de la technique psychothérapeutique qui ne correspond pas au style et aux attentes de la famille, cela peut conduire à :
 - arrêt des séances, avec un vécu de colère, de culpabilité ou d'impuissance,
 - enlèvement,
 - aggravation de certains symptômes, augmentation de la souffrance familiale.

9- Conclusion

La thérapie familiale auprès des familles dont un des membres est porteur d'un trouble schizophrénique s'inscrit dans une logique de co-thérapie élargie où il s'agit de développer et de partager les expériences autour des effets biologiques, existentiels, psychologiques et comportementaux qu'induit le trouble. Ce partage d'expérience est rendu possible par le cadre thérapeutique spécifique et la vigilance des thérapeutes à laisser émerger des « bricolages » cognitifs et comportementaux plutôt que des techniques instrumentales. Il s'agit la plupart du temps d'un dispositif au long cours, à l'image de la chronicité du trouble. Néanmoins ce dispositif n'a pas pour vocation à être utilisé seul, il s'inscrit dans une complémentarité avec d'autres modes d'approches familiales comme la psychoéducation familiale ou les groupes de parole et de soutien.

Dr Antoine Barrière,
Pôle de Thérapie Familiale,
Groupe Hospitalier Paul Guiraud
80, rue de Verdun 94800 Villejuif 01 42 11 71 08

Informations - Dates à noter...

GROUPES DE PAROLE

Groupes de parole « classiques », ouverts à tous

- les lundis de 19h30 à 21h30 à la Maison des Associations de Vincennes, ou
- les samedis de 10 à 12h à l'Unafam 94
- les samedis de 14 à 16h à l'Unafam 94

Groupes de parole « Parents de jeunes adultes » (15 à 25 ans)

- le mardi de 19h à 21h à l'Unafam 94

Le coût de la séance de ces Groupes de parole, animée par une psychologue, est de 8 euros qu'il est préférable de régler par trimestre soit 24 euros, de préférence par chèque.

Rencontre « Frères et Sœurs »

- le samedi de 15 à 17h, à l'Unafam 94

Une participation de 10 euros est demandée pour chaque rencontre (5 euros pour les étudiants et les personnes sans emploi), réglable par chèque ou en espèces.

L'adhésion à l'UNAFAM n'est pas obligatoire mais est laissée à l'appréciation de chacun.

De plus, les frères et sœurs n'ont pas l'obligation de s'engager à participer à chaque rencontre. Néanmoins, il est préférable de prévenir la délégation de votre venue par tél au 01 41 78 36 90 ou par mail à l'adresse : 94@unafam.org

Rencontre « Fils et Fille de... »

- le samedi de 15 à 17h, au 15 rue Viet à Créteil

Une participation financière de 8 euros est demandée à chaque participant, réglable par chèque ou en espèces. Pour les étudiants, les personnes handicapées, sans emploi ou en difficultés financières, une participation financière inférieure est possible.

Groupe grands-parents UNAFAM Ile-de-France

Prochaine rencontre programmée sur Paris :

Samedi 13 janvier 2018 (10h30 - 12h30) au Café de l'EPE* :
Comment bien accompagner ses proches dans la durée sans être trop intrusif, inquiet ?

(*) Café de l'EPE, École des Parents et des Éducateurs Île-de-France
www.epe-idf.com/accueil, cafedesparents@epe-idf.com
11, Cité du Couvent (à hauteur du 101 rue de Charonne), 75011 Paris, Métro Charonne.

Pour plus de renseignements : UNAFAM Paris au 01 45 20 63 13

Rappel des permanences d'accueil (sauf en période de vacances scolaires)

CRÉTEIL : le lundi, mercredi et vendredi de 14h30 à 17h, sur rendez-vous - Tel : 01 41 78 36 90 ou par mail : 94@unafam.org - 9 rue Viet (près de l'Hôpital Henri-Mondor)
Métro : JUILLIOTTES (sortie n° 3 : rue du Buisson joyeux) - **Autobus** : 104, 172, 217, 281 **STRAV** : Lignes A, B, K - **SETRA** : ligne 4023 - **Voiture** : suivre Mondor-Bordières (Ml de Lattre de Tassigny en sens unique)

FONTENAY-SOUS-BOIS sur rendez-vous,

Tél : 01 41 78 36 90 ou par mail : 94@unafam.org

Maison du Citoyen, 16 rue du Révérend Père Aubry

SUCY-EN BRIE le 2^e jeudi de chaque mois de 17h à 18h30, sur rendez-vous - tél : 01 41 78 36 90

ou par mail : 94@unafam.org - Maison du Rond d'Or, Place de la Fraternité

VILLEJUIF le mercredi de 14h30 à 17h30, sur rendez-vous -

Tél : 01 42 11 74 25 ou par mail : unafam@gh-paulguiraud.fr

Centre Hospitalier Paul Guiraud, 54 av de la République

LA QUEUE EN BRIE : le dernier vendredi de chaque mois de 14h à 17h, sur rendez-vous - tel : 01 45 93 72 33

Hôpital Les Murets - 17 rue du Gal Leclerc

En cas d'urgence : ÉCOUTE FAMILLE - 01 42 63 03 03

CONSULTATIONS JURIDIQUES - UNAFAM 94

Des consultations juridiques et sociales avec une magistrate et une responsable d'association tutélaire bénévoles vous sont proposées à la délégation de l'UNAFAM du Val-de-Marne, 9 rue Viet à Créteil, sur les sujets suivants :

- Les mesures de protection juridique (tutelles, curatelles)
- Le droit pénal
- Le droit des familles (divorce, maltraitance)

Ces consultations « conseil » ont lieu sur rendez-vous, une fois par mois.

Vous pouvez prendre rendez-vous par mail : 94@unafam.org ou par téléphone : 01 41 78 36 90

GROUPE FAMILLES

proposé par le Dr CANTERO, chef du pôle 94G16 des hôpitaux de St-Maurice et Brigitte BARTHOUX, psychologue

le lundi, de 18 à 19h30 en alternance :

- au CMP d'Alfortville, 9 rue du Gal Leclerc, tél. 01 41 79 18 22

- au CMP de Charenton, 24 rue du Cadran, tél. 01 49 77 00 43

29 janvier	au CMP d'Alfortville,
26 février	au CMP de Charenton
19 mars	au CMP d'Alfortville
16 avril	au CMP de Charenton
14 mai	au CMP d'Alfortville
25 juin	au CMP de Charenton

Ce groupe est ouvert à tous les usagers, familles et patients de tout secteur du Val-de-Marne.

CONFÉRENCES 2018 à l'hôpital Sainte-Anne,

1 rue Cabanis, 75014 Paris, métro Glacière - amphithéâtre Morel

Lundi 15 janvier : Éducation thérapeutique des patients

Dr O. Cancel, psychiatre de la GHT

Lundi 5 février : Les troubles du comportement alimentaire

Dr Brigitte Rémy

Lundi 26 mars : Psychiatrie et justice, droits de la famille

Dr Philippe Carrière

Lundi 9 avril : Les centres de preuves, que peuvent-ils apporter ?

Dr Véronique Bulot - Centre de preuves de Versailles

Lundi 4 juin : Le logement : expériences des équipes dédiées psy-bailleurs sociaux

Dr Boiteux et Véronique Istria, responsable de la mission Santé mentale de la Ville de Paris.

Services proposés par le siège de l'UNAFAM 12 villa Compoin, Paris 17^e

Service Écoute Famille

01 42 63 03 03 du lundi au vendredi, de 9h à 13h et de 14h à 18h (17h le vendredi) - Mail : ecoute-famille@unafam.org

Le service oriente les appelants vers leur délégation départementale et propose éventuellement, après évaluation de la situation, des rendez-vous avec les professionnels consultants du siège.

Consultation psychiatrie

le Dr DARAUX délivre des consultations ponctuelles d'une heure au siège. Prendre rendez-vous au 01 53 06 30 43

Consultations juridiques

Maîtres GAUVENET et NICOLAY consultent sur place ou par téléphone le lundi et le vendredi matin de 9h30 à 12h. Ce service est réservé aux adhérents. Prendre rendez-vous au 01 53 06 30 43

Assistante sociale

Une assistante sociale effectue des permanences téléphoniques pour les familles et amis résidant en Ile-de-France :

01 53 06 11 43, les lundis et vendredis de 14 à 16h et les mardis, mercredis et jeudis : de 10 à 13h

En dehors de ces horaires, l'appelant peut envoyer un mail à servicesocial@unafam.org en précisant la demande, ses coordonnées téléphoniques, sa ville et son département, l'horaire en journée auquel il peut être joint.