

ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE FES



ADAPTATION DU PROGRAMME PSYCHOEDUCATIF P.A.C.T
DESTINES AUX PATIENTS SCHIZOPHRENES AU CONTEXTE
MAROCAIN

Présenté et soutenu par
Dr Hanane Zemmama

Pour l'obtention du diplôme
de fin de spécialité en Psychiatrie

Dirigé par : Pr. Ismaïl Rammouz

Session Juin 2015

REMERCIEMENTS

JE TIENS TOUT D'ABORD À REMERCIER DIEU LE TOUT PUISSANT ET MISÉRICORDIEUX, QUI NOUS A DONNÉ LA FORCE ET LA PATIENCE D'ACCOMPLIR CE MODESTE TRAVAIL.

PUIS, JE TIENS À ADRESSER MES SINCÈRES REMERCIEMENTS ET MES PROFONDES RECONNAISSANCES À PROFESSEUR RAMMOUZ ISMAIL, PR AALOUANE ET PR AARAB QUI M'ONT SOUTENU ET ENCOURAGÉ CE TRAVAIL. JE LES REMERCIE AUSSI POUR LEURS QUALITÉS HUMAINES ET LEUR GRANDE DISPONIBILITÉ.

MES VIFS REMERCIEMENTS VONT ÉGALEMENT AUX MEMBRES DU JURY POUR L'INTÉRÊT QU'ILS ONT PORTÉ À NOTRE RECHERCHE EN ACCEPTANT D'EXAMINER CE TRAVAIL ET DE L'ENRICHIR PAR LEURS PROPOSITIONS.

JE REMERCIE TOUT PARTICULIÈREMENT MON MARI MALIH HICHAM POUR SON SOUTIEN MORAL ET SA PRÉSENCE TOUT AU LONG DU PARCOURS DE RÉSIDANAT. IL A ÉTÉ UNE SOURCE D'INSPIRATION ET DE MOTIVATION POUR MOI.

MERCI ÉGALEMENT À MES PARENTS QUI ONT TOUJOURS VALORISÉ LA POURSUITE DE MES ÉTUDES. MERCI DE M'AVOIR DONNÉ LES MOYENS D'ATTEINDRE LES ÉTUDES SUPÉRIEURES.

JE TIENS ÉGALEMENT À REMERCIER LA PSYCHOLOGUE MADAME FATIMA ZAHRA HOUARI ET TOUS LE PERSONNEL DU CENTRE ENNOUR QUI ONT PARTICIPÉ ACTIVEMENT À LA RÉALISATION ET LA RÉUSSITE DE CE TRAVAIL.

UN DERNIER REMERCIEMENT À MADAME BOUCHRA ET À TOUS LE PERSONNEL DE L'HÔPITAL IBN AL HASSAN.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	6
PREMIERE PARTIE : PSYCHOEDUCATION ET SCHIZOPHRENIE.....	10
I – La psychoéducation	11
1 – Définition.....	11
2– Les concepts de la psychoéducation	12
2.1. L'éducation du patient à la santé	12
2.2. L'éducation du patient à sa maladie	12
2.3. L'éducation thérapeutique du patient proprement dite	13
3– Les Dimensions de la psychoéducation.....	13
3.1. Dimension pédagogique.....	13
3.2. Dimension psychologique.....	15
3.3. Dimension comportementale	16
4– Psychoéducation : accompagner la révélation du diagnostic	16
5– La psychoéducation destiné aux familles des schizophrènes	16
6– La psychoéducation destiné aux schizophrènes.....	17
7– Les programmes psychoéducatifs.....	17
7.1. Programme P.A.C.T	17
7.2. CAP sur la schizophrénie – Comprendre pour mieux Agir et Prévenir	18
7.3. Programme PRACS Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales	19
7.4. Programme Profamille	20
II– La schizophrénie	21
1– La schizophrénie pathologie aux conséquences sociales importantes	21
2– Approche pluridisciplinaire de la schizophrénie	22
3– Insight et schizophrénie	23

4- Observance thérapeutique et schizophrénie	23
5- Estime de soi et schizophrénie	24
DEUXIEME PARTIE : ADAPTATION DU PROGRAMME PSYCHOEDUCATIF P.A.C.T AU	
CONTEXTE MAROCAIN	25
I-Objectifs	26
II- Modèle du travail	27
1- Objectifs du programme P.A.C.T.....	27
2- Procédure d'utilisation	27
3- Les indications du P.A.C.T	27
III-Méthodologie	28
1- Groupe de patients participants.....	28
2- Contenu du programme	29
IV- Conception des supports psychoéducatifs	30
A- Diaporamas	30
1- Séance 1	30
2- Séance 2.....	33
3- Séance 3.....	41
4- Séance 4.....	49
5- Séance 5.....	54
6- Séance 6.....	60
7- Séance 7.....	66
8- Séance 8.....	71
9- Séance 9.....	79
10- Séance 10.....	83
B- Test d'évaluation	86
C- Fiche d'exploitation.....	86

D- Echelles d'évaluation	86
1- Echelle d'insight de Birchwood	86
2- Echelle d'estime de soi de Rosenberg	87
3- Positive And Negative Syndrome Scale PANSS	87
V- Résultats	88
1- Les caractéristiques sociodémographiques.....	88
a- Groupe 1 : Le groupe bénéficiant des séances psychoéducatives	88
b- Groupe 2 : Le groupe témoin.....	89
2- Les caractéristiques cliniques.....	90
a- Groupe 1	90
b- Groupe 2	91
3- Test et Echelle d'évaluation	92
a- Le test d'évaluation	92
b- Le PANSS3.....	92
c- L'échelle d'estime de soi de Rosenberg.....	92
d- L'échelle d'insight de Birchwood.....	93
VI- Discussion	97
VII- Perspectives	100
VIII- Conclusion	101
Résumé	102
Annexes	106
Références	115

Introduction

La question de l'information sur la maladie et ses traitements destinée aux patients atteints de schizophrénie a fait l'objet de nombreux débats et travaux. En 1991, dans un rapport d'expert pour la Conférence de consensus sur les « stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques », J.J. Kress soulignait la nécessité de dégager des règles fondamentales concernant l'information au patient présentant une schizophrénie. La psychoéducation est issue de ce changement de mentalité, elle est actuellement recommandée au terme de nombreuses études de validation (1). Elle s'applique aussi bien au patient qu'à sa famille.

La psychoéducation trouve son indication majeure dans les pathologies psychiatriques chroniques et/ou invalidantes : schizophrénie, trouble bipolaire et trouble dépressif (2). Cette approche fait partie des recommandations internationales actuelles dans la prise en charge de la schizophrénie et des troubles bipolaires. Elle améliore l'observance thérapeutique et diminue le nombre, la durée des rechutes et des hospitalisations.

Hogarty et al. (3) ont démontré l'efficacité de trois facteurs thérapeutiques dans cette pathologie : la médication antipsychotique, l'entraînement aux habilités sociales, et la psychoéducation du patient et de sa famille.

Le terme « psychoéducation » a été utilisé pour la première fois par ces mêmes auteurs en 1980 (4) pour qualifier une méthode d'intervention familiale chez les patients souffrant de schizophrénie articulée autour d'un matériel didactique portant sur la maladie et de stratégies thérapeutiques propres à favoriser la gestion du stress. La psychoéducation a donc été conçue initialement comme une approche familiale. Si cette dimension familiale demeure essentielle, l'accent a été mis récemment sur la nécessité et l'intérêt de cette démarche auprès du patient lui-

même. Cette modification correspond à une évolution de la réflexion éthique où l'attitude médicale paternaliste traditionnelle laisse la place à un modèle selon lequel le patient assume de façon éclairée une responsabilité dans la prise en charge de ses problèmes de santé (5,6).

Les fausses croyances et les préjugés autour de la maladie mentale au Maroc sont liés en grande partie au manque de compréhension de la maladie et à l'insuffisance de l'application des supports psychoéducatifs. Ceci devrait nous inciter à réfléchir sur l'instauration et le développement des programmes de psychoéducation dans nos institutions.

Ces fausses croyances dans la population marocaine en ce qui concerne la maladie mentale, l'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques et les médicaments psychotrope retentissent en grande partie sur la prise en charge des malades. Ainsi, la croyance que l'ensorcellement ou la possession sont des causes de la maladie psychique pousse les familles à recourir aux « marabouts », aux « fkihs » et aux « voyeux » au premier temps. L'hôpital psychiatrique est considéré souvent comme un milieu d'internement des patients gravement atteints ou dangereux et non pas comme un milieu de soin. La prise d'un psychotrope est très stigmatisante au Maroc, elle reflète que le patient est fou « hmak » ou « hbil », le traitement psychotrope est considéré comme un sédatif « AlKarkoubi » qui engendre systématiquement la dépendance. Bien que cette thérapie innovante soit efficace et relativement peu coûteuse, elle reste encore très marginale à l'heure actuelle au Maroc. Sa pratique en milieu hospitalier psychiatrique est quasiment absente. Elle n'est adoptée que par quelques associations qui s'intéressent à la maladie mentale. Citant l'exemple de l'association « AMALI » à Casablanca et celle de « SHAMS » à Marrakech, qui adoptent un programme psychoéducatif « Profamille » destiné aux familles des malades mentaux notamment schizophrènes. Certaines associations qui

visent l'intégration et l'insertion sociale des patients schizophrènes comme celle de « CENTRE ENNOUR » à Fès, optent pour un programme psychoéducatif ciblant les patients schizophrènes stabilisés isolément de leurs familles.

L'insuffisance de formation des professionnels de la santé mentale en matière de la psychoéducation, le manque des programmes psychoéducatifs en psychiatrie adaptés au contexte de notre pays, ainsi que la collaboration inadéquate entre les praticiens et les associations des familles des malades mentaux sont des facteurs qui rendent cette thérapie très peu appliquée au Maroc.

Etant donnée l'absence des supports psychoéducatifs élaborés par des praticiens, en particulier audio-visuels, dans le domaine de psychiatrie au Maroc, notre étude consiste en l'élaboration des modèles et des supports informatifs et psychoéducatifs adaptés au contexte marocain. Ainsi, notre travail aura des retombées très intéressantes dans la pratique institutionnelle. En plus, notre étude se situe dans l'objectif de diminuer le taux de rechutes de nos patients en améliorant l'observance du traitement, et d'aider les familles à prendre en charge et soutenir leurs malades.

La première partie de ce travail abordera le concept et les diverses dimensions de la psychoéducation. Nous partons de son intérêt dans l'annonce du diagnostic de la schizophrénie et dans sa prise en charge au long cours en agissant aussi bien sur le patient que sur sa famille pour arriver aux moyens et aux supports utilisés dans cette thérapie. Nous aborderons également la problématique de l'insight visée par la psychoéducation.

Dans la deuxième partie, nous nous attacherons à exposer un programme psychoéducatif destinés aux patients schizophrènes, adapté au contexte marocain. Le choix de cette pathologie est justifié par l'apport clinique considérable de la psychoéducation dans la schizophrénie, et les difficultés auxquelles nous sommes

confrontés dans la prise en charge de ces patients en particulier en matière d'adhésion aux soins.

Les propositions qu'on a exposées dérivent du programme PACT et les supports élaborés sont issus de notre réflexion personnelle en utilisant des supports compréhensibles, accessibles et adaptés au contexte socio-culturel de nos patients. Ces supports psychoéducatifs aborderont les divers champs de la schizophrénie: symptômes cliniques, étiologies, moyens thérapeutiques, facteurs de rechutes et prévention des rechutes. Ces propositions auront pour objet la pratique courante du praticien marocain en termes de psychoéducation.

Première partie

I – La psychoéducation

1 – Définition

La psychoéducation est définie comme une intervention didactique et thérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs familles sur les différents aspects du trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face.

Le terme de psychoéducation apparaît en 1980 dans un article d'Anderson et al. (7) et renvoie à une intervention familiale à visée didactique et thérapeutique. Onze ans plus tard, ces auteurs (3) démontrent que la psychoéducation est devenue incontournable du point de vue de l'efficacité thérapeutique et tout particulièrement en ce qui concerne la schizophrénie.

La psychoéducation est un processus à long terme impliquant les familles et les patients et reposant sur des méthodes précises : les programmes psychoéducatifs. Au-delà de sa dimension pédagogique, elle constitue une intervention thérapeutique dans la mesure où, comme toute thérapie, elle vise à une modification des comportements et des pensées. Elle vient renforcer les différentes prises en charge du dispositif de soins existant. Elle se distingue également de la démarche des groupes de parole car à partir des représentations données par les sujets, elle s'attache à la transmission structurée et l'appropriation d'un savoir. Cependant, « l'objectif de la psychoéducation n'est pas de se substituer aux approches traditionnelles, mais de les compléter » (9, 10,14).

L'objectif de la psychoéducation est de replacer le sujet atteint de schizophrénie en position d'acteur de sa maladie, afin qu'il ne

vive plus les atteintes symptomatiques de manière passive et soit en capacité de surmonter le sentiment d'impuissance face à des phénomènes qu'il ne contrôle, ne connaît et ne comprend pas. Pour permettre au patient d'accroître son

autonomie, il convient dans un premier temps de délivrer des informations sur la maladie. Cette conception entraîne en retour une modification de la relation médecin malade. La démarche psychoéducatrice questionne cette relation au-delà d'une simple « collaboration » entre patient et soignant. Elle conduit à repenser la place de chacun dans l'interaction thérapeutique, en réduisant l'asymétrie propre à la relation de type paternaliste (11,12) qui a longtemps caractérisé l'entretien entre un médecin et son malade. En effet, le partage de l'information engage à trouver un dénominateur et un langage communs entre « la maladie du psychiatre et celle du patient ». (13)

Aujourd'hui, la relation de soins est conçue comme un partenariat autour de la prise en charge des troubles.

2- Les concepts de la psychoéducation

Le terme générique " éducation du patient " recouvre trois niveaux d'activités, lesquels, dans la pratique courante, peuvent s'intriquer.

2.1. L'éducation du patient à la santé

Véritable culture "générale" sur la santé ; elle se situe en amont de la maladie, qui précise que "l'éducation à la santé comprend notamment la prévention comportementale et nutritionnelle, la promotion de l'activité physique et sportive et la lutte contre les addictions. Elle s'exprime par des actions individuelles ou collectives qui permettent à chacun de gérer son patrimoine santé. Une fondation contribue à la mobilisation des moyens nécessaires à cet effet".

2.2. L'éducation du patient à sa maladie

Concerne les comportements liés à la maladie, au traitement et à la prévention des complications et des rechutes. Elle s'intéresse notamment à l'impact que la maladie peut avoir sur d'autres aspects de la vie.

Les rencontres avec d'autres patients, les groupes d'entraide, l'aide d'éducateurs sont souvent indispensables à ce type d'éducation

2.3. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) proprement dite

L'éducation thérapeutique du patient concerne les actions d'éducation liées au traitement curatif ou préventif d'une pathologie chronique et repose pleinement sur le ou les " soignants ", dont l'activité " d'éducation thérapeutique " fait partie intégrante de la définition de la fonction soignante. Il s'agit d'un processus éducatif continu, intégré dans les soins (dans le cadre d'un plan de soin coordonné) et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées. L'ETP concerne en premier le patient, certes, mais également son entourage (les parents d'enfants porteurs d'affection chronique, les proches, le tiers de confiance ...).

3- Les Dimensions de la psychoéducation

Quelle que soit sa forme, la thérapie psychoéducative met en jeu trois dimensions:

3.1. Dimension pédagogique

Il s'agit de partager avec pédagogie, de façon claire, structurée et objective, les connaissances que nous possédons actuellement sur la maladie et d'en discuter avec le patient et sa famille. Comme Bachrach (15) le mentionne très justement : « chaque fois que nous utilisons une pensée floue et des concepts imprécis dans nos soins aux patients, nous augmentons notre potentiel déjà considérable de confusion et d'obstacles pour les patients handicapés dans leur psychisme». Loin de chercher à convaincre à tout prix, cet enseignement a pour buts de lever des malentendus,

d'apporter des données étayées scientifiquement et surtout de proposer une nouvelle conceptualisation de la maladie, qui fournira un cadre de référence commun.

Contrairement aux informations qui sont traditionnellement données de façon informelle et fragmentaire durant les consultations, la psychoéducation propose une démarche d'enseignement structurée, progressive et étalée dans le temps. Les données et les points-clés à aborder sont :

- la nature de la maladie.
- Les causes: facteurs prédisposant, facteurs déclenchant, facteurs de perpétuation et de protection.
- Les symptômes de la maladie.
- Les méthodes psychothérapeutiques et psychosociales de traitement.
- La prévention des rechutes.
- L'intérêt de l'intervention familiale.
- les conseils pratiques pour mieux vivre avec la maladie.
- les services d'aide existants.

3.2. Dimension psychologique

Il semble nécessaire de ne pas se limiter à une simple information, même si elle paraît indispensable. Il doit s'y ajouter une démarche psychologique, un échange, une écoute et un soutien. C'est la prise en compte de problèmes sensibles et incontournables.

La dimension psychologique comprend la révélation du diagnostic et prend toute son importance pour le patient schizophrène et bipolaire en raison de la chronicité et de la sévérité de ces deux maladies. Une bonne approche consiste à aborder le patient sous l'angle de la souffrance psychique associée à des symptômes (16). Le thérapeute peut ensuite amener le patient à donner un nom à cette

souffrance et proposer un diagnostic. L'étape suivante est d'amener la personne à consentir à son traitement et à renforcer l'espoir d'une amélioration (16). Il est également important que les familles soient informées sur le diagnostic et sur les possibilités thérapeutiques. En outre, il est essentiel d'aborder les croyances extrêmement répandues dans la population générale au sujet des maladies mentales.

3.3. Dimension comportementale

Elle consiste en la mise en œuvre d'une activation et d'une mobilisation. Il s'agit de stratégies particulières qui ont pour but la modification des comportements. Selon le modèle biopsychosocial, plusieurs facteurs influencent le développement du comportement (17, 18, 19, 20, 21). La prise en considération de ces facteurs dans une démarche psychoéducative aide les patients et leurs familles à développer des stratégies d'adaptation, de contrôle et de resocialisation. (8, 9)

Les facteurs qui prédisposent au changement de comportement par le patient sont:

- La croyance en sa vulnérabilité potentielle à la maladie et la sévérité des conséquences de la maladie,
- La croyance à l'efficacité des comportements à adopter ;
- Sa capacité à pouvoir effectuer ces comportements.

Les facteurs qui aident à l'émergence du comportement sont:

- Les habiletés de la personne;
- Les ressources dont elle dispose;
- Les modèles qu'elle peut observer.

Les facteurs qui renforcent le maintien du comportement sont:

- L'attitude de l'entourage;
- La relation médecin-patient;
- Les auto-renforcements (autoverbalisations)

4- Psychoéducation : accompagner la révélation du diagnostic

L'intervention psychoéducative implique l'annonce du diagnostic aux patients. Deleu et Lalonde (23) précisent que l'information doit être structurée, progressive et répétée de manière à produire une reconnaissance du phénomène pathologique, l'identification des symptômes et à susciter une discussion autour du diagnostic et du traitement. L'annonce de la schizophrénie produit souvent choc, désorganisation, déni et dépression. L'accompagnement psychologique est nécessaire tout au long des différentes étapes de ce processus d'annonce diagnostique pour à la fois diminuer le fardeau émotionnel et faire progresser le travail de deuil vers l'acceptation du diagnostic et l'intégration des changements que cela peut entraîner.

L'étude de Castillo et al. (22) centrée sur l'analyse textuelle d'entretiens cliniques vise à cerner l'impact de l'annonce du diagnostic de schizophrénie à travers des dimensions psychologiques comme le vécu par le patient de cette annonce, ses éventuelles conséquences, la compréhension de la maladie, son accord ou pas avec le diagnostic. Cette étude confirme la place centrale de l'alliance thérapeutique, renforcée par l'annonce du diagnostic.

5- La psychoéducation destiné aux familles des schizophrènes

Leff et Vaughn (24) et Hogarty et al. (3) ont posé les fondements de la psychoéducation familiale, aujourd'hui recommandée dans toutes les guidelines (APA (27), PORT (25), NICE (26)). Par ailleurs, les recherches autour de la notion d'expression des émotions (EE) ont permis de reconnaître la place de la famille comme une alliée nécessaire dans la prise en charge des patients. En effet des études mettent en lien le taux de rechute des schizophrènes et l'indice des émotions exprimées au moment de l'hospitalisation des patients (28). On distingue les familles à forte expression émotionnelle (très hostiles, très critiques, surinvesties

émotionnellement) et celles à faible expression émotionnelle. Les patients d'une famille à forte expression émotionnelle présenteraient un risque plus élevé de rechuter. De même la sévérité de l'atteinte psychotique peut en retour entraîner une détresse émotionnelle susceptible d'expliquer en partie cette augmentation des émotions exprimées au sein de la famille. Dans tous les cas, cela montre la nécessité de prendre en charge l'entourage du patient. De nombreuses études montrent que lorsque la famille est impliquée à la prise en charge, par le biais notamment de sessions de psychoéducation, le risque de rechute du patient est réduit de 10 à 30 % selon l'étude de méta-analyse de Pitschel-Waltz et al. (29).

6- La psychoéducation destiné aux schizophrènes

La psychoéducation est indiquée dans la schizophrénie permettant une compensation relative des déficiences liées aux troubles psychiatriques par une implication du patient dans son propre parcours thérapeutique, mais aussi celle de son entourage. Cette démarche qui induit une forte adhésion thérapeutique du patient est mise en place selon ses besoins et son profil. Favorisant le succès du traitement, notamment sur le long terme, elle peut revêtir plusieurs formes adaptées au degré d'autonomie du patient : observance, contrat thérapeutique ou encore alliance thérapeutique.

7- Les programmes psychoéducatifs

7.1. Programme P.A.C.T :

L'objectif du programme P.A.C.T. est d'inviter le patient atteint de schizophrénie à mieux connaître sa maladie par la transmission d'une information clairement exprimée et de favoriser l'alliance thérapeutique et la compliance avec le traitement. Ce programme a été conçu et validé par une équipe de praticiens

travaillant avec différents professionnels de la santé mentale ainsi qu'un représentant des familles des patients. Il s'agit d'un programme audiovisuel s'articulant autour de trois cassettes vidéo d'environ 20 minutes chacune et s'intitulant respectivement « Dire la maladie », « Vivre avec son traitement », « Vivre avec la maladie ».

- 1er module : consiste en l'information sur la maladie, les traitements et leurs effets et en l'approche des problèmes suscités par les troubles dans la vie quotidienne et relationnelle.
- 2ème module : comporte les causes et les symptômes de la maladie, l'évolution des troubles et le rôle des traitements.
- 3ème module : aborde le sujet de rémission

7.2. CAP sur la schizophrénie – Comprendre pour mieux Agir et Prévenir

Il s'agit d'un programme psychoéducatif à l'intention des proches des personnes atteintes de la schizophrénie. Il dure environ 6 semaines avec une rencontre de 2h30 chaque semaine.

- Atelier 1: schizophrénie expliquée (partie 1).
- Atelier 2: schizophrénie expliquée (partie 2).
- Atelier 3: schizophrénie et difficultés associées.
- Atelier 4 : stigmatisation et stress chez le proche.
- Atelier 5 : réactions et dispositions face à la maladie.
- Atelier 6: communication.
- Atelier 7: bouleversements du fonctionnement familial.
- Atelier 8: qualité de vie et insertion sociale de la personne atteinte de la schizophrénie.
- Atelier 9: schizophrénie et problèmes associés à la consommation et à l'abus de substances.

- Atelier 10 : lois et recours.

7.3. Programme PRACS Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales

PRACS s'adresse à des patients souffrant de schizophrénie stabilisée. Il est également intéressant pour d'autres patients psychiatriques intégrés dans un programme de réhabilitation. PRACS est destiné à aider les patients à trouver des solutions concrètes aux problèmes de la vie quotidienne, à les amener à un niveau d'autonomie sociale satisfaisant. PRACS aide les personnes à repérer, dans certains domaines de leur vie quotidienne, ce qui ne les satisfait pas et qui fait obstacle à leur autonomie. C'est un programme fait de 4 modules :

Le module n° 1 « Gérer son argent »

L'objectif est d'apprendre aux participants à mieux gérer un budget, à avoir de meilleures notions du coût de la vie, à augmenter leurs connaissances sur leurs droits et devoirs administratifs.

Le module n° 2 « Gérer son temps »

L'objectif est d'apprendre aux participants à mieux gérer leur temps au quotidien. L'objectif est de faire prendre conscience aux participants de certains déséquilibres (périodes de creux, d'ennui) pouvant apparaître dans leurs journées et de certains impératifs à respecter (être à l'heure aux rendez-vous, payer ses factures dans les délais...). Les notions d'orientation temporo-spatiale et de planification sont également abordées dans ce module.

Le module n° 3 « Développer ses capacités de communication et ses loisirs »

L'objectif est de proposer un cadre pour mettre en place des sorties sans l'intervention du personnel soignant ou thérapeutique ; d'amener les participants à s'inscrire dans une activité enrichissante sur le plan personnel, et d'orienter le plus souvent possible en dehors du milieu psychiatrique.

De plus, ce troisième module vise à renforcer les habiletés sociales et relationnelles des participants.

Le module n° 4 « Améliorer sa présentation »

L'objectif est d'apprendre aux participants à améliorer leur présentation.

Le travail est axé sur l'hygiène (quotidienne, alimentaire et suivi médical), la tenue vestimentaire et la posture. Ce domaine permet aux participants de réfléchir sur les codes sociaux liés à « la présentation » et sur la nécessité d'adapter cette dernière aux circonstances de la vie.

7.4. Programme Profamille :

Le programme Profamille est composé de 2 modules consécutifs.

Le premier qui est un module d'apprentissage initial comprend 14 séances collectives. Le deuxième module d'approfondissement et de consolidation comprend 6 séances sur 1 an.

1^{er} module :

1^{ère} séance : accueil et évaluation initiale.

2^{ème} séance : schizophrénie, ses causes, ses manifestations et son pronostic.

3^{ème} séance : traitements.

4^{ème} séance : développement des habiletés en communication (1).

5^{ème} séance : développement des habiletés en communication (2).

6^{ème} séance : développement des habiletés à poser des limites.

7^{ème} séance : révision et approfondissement des séances 4, 5 et 6.

8^{ème} séance : développement des habiletés à gérer l'anxiété et la culpabilité.

9^{ème} séance : développer des habiletés à gérer ses émotions.

10^{ème} séance : développement des habiletés à gérer ses pensées parasites, développement d'une bonne estime de soi.

11ème séance : révision et approfondissement des séances 8, 9 et 10.

12ème séance : développement des habiletés à avoir des attentes réalistes.

13ème séance : développement des habiletés à savoir demander de l'aide efficacement.

14ème séance : développement des habiletés à se construire un réseau de soutien, évaluation finale

2ème module:

Durant les 12 mois qui suivent la fin du programme, il est proposé:

- 2 séances de révisions collectives (l'une à 6 mois et l'autre à 1 an).
- 4 séances d'approfondissement sans animateurs (tous les 2 à 3 mois environ).
- 9 révisions mensuelles réalisées à la maison avec des exercices par correspondance.

II- La schizophrénie

1-La schizophrénie pathologie aux conséquences sociales importantes

La schizophrénie est à l'heure actuelle une maladie sévère entraînant un handicap social majeur et aucun catalogue de symptômes ne peut faire comprendre les déficits occasionnés par la schizophrénie.

En effet, des symptômes positifs ou des symptômes négatifs représentent des expériences solitaires extrêmement effrayantes. Mais malgré les conséquences évidentes des symptômes en termes d'adaptation psychosociale, les perturbations cognitives représentent un facteur plus prédictif et plus constant de l'évolution fonctionnelle de la schizophrénie(30). En effet, elles peuvent être considérées comme une caractéristique centrale de la maladie puisqu'elles concernent 85 % des patients souffrant de schizophrénie(31) et sont présentes dès la phase prodromique.

Les troubles de l'attention et des fonctions exécutives seraient impliqués dans 20 % du pronostic fonctionnel évolutif tandis que les troubles mnésiques dans 30 à 40 % (32). Par ailleurs, Velligan et al. (33) ont montré que les facteurs cognitifs étaient plus pertinents que les autres facteurs symptomatiques pour prédire l'efficacité de la réhabilitation.

La reconnaissance de la place centrale des perturbations cognitives dans la schizophrénie a permis une meilleure compréhension des fondements des déficits fonctionnels dans cette pathologie.

Aujourd'hui, un des enjeux majeurs de la prise en charge de ce trouble réside dans la mise en place de stratégies spécifiques centrées sur la cognition « sociale » afin de permettre aux personnes malades de mener une vie sociale adaptée.

L'objectif du traitement n'est plus seulement d'être efficace sur les symptômes de la maladie mais aussi et surtout d'aider les patients à « retourner dans la vie normale » par l'acquisition de compétences sociales.

La capacité à faire face aux problèmes de la vie quotidienne devient alors un des facteurs les plus prédictifs du succès de leur réinsertion.

2- Approche pluridisciplinaire de la schizophrénie

On observe une évolution dans les années 1980 avec l'apparition d'une réflexion cohérente basée sur le concept de réadaptation psychiatrique. L'approche de la schizophrénie se doit alors d'être pluridisciplinaire et doit assurer une meilleure évaluation initiale et continue du patient et le repérage précis et objectif de ses problèmes d'adaptation à la vie quotidienne. Ainsi, la démarche thérapeutique doit reposer essentiellement sur une question: « Quelle est la combinaison spécifique d'interventions qui sera la plus utile pour ce patient avec ce type particulier de schizophrénie, à cette phase précise de la maladie ? » (34). On

met alors en avant la nécessité de coupler des traitements pharmacologiques avec des prises en charge alliant différentes pratiques et différentes techniques, qui ont toutes pour objectif : la réintégration sociale des patients.

Ce qu'on entend par approche pluridisciplinaire, c'est la combinaison d'interventions telles que l'Entraînement aux Habiletés Sociales (EHS), les différentes mesures sociales, le soutien psychologique, les thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC), les thérapies Cognitives, la Remédiation Cognitive (TC) et la psychoéducation.

3- Insight et schizophrénie

La schizophrénie est l'entité psychiatrique dans laquelle la conscience des troubles (ou insight) est la plus fréquemment altérée. Entre 50 et 80 % de la population de sujets affectés de schizophrénie présentent un déficit dans la conscience de leur maladie.

Comparativement aux autres troubles mentaux (psychotiques ou non), la littérature internationale souligne depuis deux décennies l'importance et l'intensité des troubles de l'insight dans cette pathologie. Définie pendant très longtemps comme un phénomène dichotomique, la récente modélisation clinique de la conscience des troubles dans la psychose et le développement d'outils d'évaluation ont permis d'en souligner son aspect multifactoriel et dynamique.

4- Observance thérapeutique et schizophrénie

L'observance aux traitements médicamenteux constitue un des objectifs de la prise en charge des patients souffrant de troubles psychotiques. Nous disposons actuellement de traitements médicamenteux efficaces qui permettent une atténuation voire une disparition des symptômes, une amélioration du

fonctionnement psychosocial, et une diminution de la fréquence des rechutes. Il existe toutefois un lien fort entre observance et rechutes : une mauvaise observance est associée à un risque important de rechute. Les problèmes d'observance, fréquents chez les patients schizophrènes, sont difficiles à objectiver. Il faut identifier des facteurs de risques de mauvaise observance, dont les plus fréquents sont :

- intensité des symptômes psychotiques ;
- abus ou dépendance aux substances psychoactives ;
- caractéristiques, complexité ou effets indésirables du traitement ;
- perception des bénéfices du traitement ;
- qualité de l'alliance thérapeutique ;
- niveau d'insight.

5- Estime de soi et schizophrénie :

Une hypothèse rapporte qu'une conscience importante de la maladie serait associée à une diminution de l'estime de soi et à une majoration des affects dépressifs(46) et du risque suicidaire(47). Cependant, pour certains auteurs, ces hypothèses ne s'excluent pas mutuellement (48) et il serait nécessaire d'intégrer ces différentes conceptions pour parvenir à une compréhension la plus complète possible des attitudes du patient. (10)

Deuxième Partie

**ADAPTATION DU PROGRAMME PSYCHOEDUCATIF P.A.C.T AU
CONTEXTE MAROCAIN**

I-Objectifs du travail :

L'objectif de notre travail était :

1- Adapter le contenu du programme P.A.C.T à notre contexte en arabe dialectale.

2- Informer sur la maladie, les traitements, les effets secondaires et les correcteurs.

3- Favoriser l'acceptation de la maladie, la prise en charge et l'observance thérapeutique, ainsi que la compréhension de l'entourage.

4- Prévenir les rechutes, en lien avec la notion de vulnérabilité, en soutenant le patient dans l'identification des signes précurseurs d'une rechute et des stratégies qu'il peut mettre en œuvre.

5-Evaluer l'impact de ces séances psychoéducatives sur le taux de rechute sur une période de 06 mois sur ceux qui ont en bénéficié en comparaisant avec un groupe témoin bénéficiant des informations habituelles durant les consultations.

But Final : L'objectif de ces séances de psychoéducation est de donner à nos patients schizophrènes un maximum d'autonomie, de responsabilité dans le traitement de leur maladie et des stratégies thérapeutique simplifiées afin d'optimiser la prévention des rechutes.

II- Modèle du travail

On a choisi, comme modèle de travail, Le P.A.C.T (Psychose Aider

Comprendre Traiter) qui a été conçu et validé en France par une équipe de praticiens travaillant avec différents professionnels de la santé mentale ainsi qu'un représentant des familles des patients.

1- Objectifs du programme P.A.C.T :

L'objectif du programme P.A.C.T. est d'inviter le patient atteint de schizophrénie à mieux connaître sa maladie par la transmission d'une information clairement exprimée et de favoriser l'alliance thérapeutique et la compliance avec le traitement en privilégiant la dimension pédagogique.

2- Procédure d'utilisation :

L'utilisation du programme P.A.C.T. est souple. Les séances peuvent se dérouler en groupe de patients, de famille, voire des deux réunis, mais aussi en individuel. Les prises en charge sont généralement hebdomadaires et durent de une à deux heures.

3- Les indications du P.A.C.T:

Le programme P.A.C.T. s'adresse à des patients atteints de schizophrénie mais il peut être étendu à leurs proches. Le patient doit avoir eu connaissance au préalable de son diagnostic en entretien avec son médecin. Pour des raisons cliniques évidentes, le patient doit être stabilisé sur le plan symptomatique et cognitif.

III– Méthodologie :

1– Groupe de patients participants :

L'étude avait intéressé un ensemble de patients chez qui le diagnostic de schizophrénie a été posé pour chacun des patients à l'aide d'un entretien structuré pour le DSM IV. Tous reçoivent un traitement neuroleptique. Il s'agit de patients stabilisés (c'est-à-dire n'ayant pas présenté de rechute dans les six mois précédents notre travail). Un entretien préliminaire nous a permis de recueillir les données sociodémographiques portant sur l'âge, la situation familiale, le mode de vie, le niveau d'étude, la situation professionnelle et le mode de prise en charge. Les données cliniques concernant la durée de la maladie, le nombre et la durée des hospitalisations, la forme de schizophrénie et l'évolution ont également été relevées au cours de l'entretien ou en consultant les dossiers médicaux pour les informations manquantes. Ce qui nous a permis de remplir une fiche d'exploitation pour chacun des participants. Les participants seraient répartis en 2 groupes:

- Groupe 1: composé de 14 patients qui ont passé un pré-test et un ensemble d'échelles d'évaluation (annexes 1,2 ,3 et 4).
 - Echelle d'évaluation de l'insight de Birchwood.
 - Echelle d'évaluation des symptômes psychotiques PANSS : Positive and Négative Syndrome Scale.
 - Echelle d'estime de soi de Rosenberg.

Au terme de cette pré-évaluation l'ensemble du groupe 1 a participé aux séances psycho-éducatives et la passation des échelles serait répétée à la fin de la psychoéducation avec un post-test qui comprenait les mêmes questions du pré-test.

- Groupe 2: fait également de 14 autres patients schizophrènes stables qui ont passé les échelles d'évaluations mais sans assister aux séances de psychoéducation.

Ces séances de psychoéducation étaient hebdomadaires au nombre de 10, durant chacune une heure, se sont déroulées dans un centre de réhabilitation des malades mentaux « CENTRE ENNOUR » et animées en binôme par un psychiatre et une psychologue.

Le suivi de ces 2 groupes s'est fait sur une période de 06 mois afin de détecter une rechute et de comparer l'amélioration de l'insight entre les deux groupes.

2- Contenu du programme :

Le programme comprend 10 séances :

- 1^{ère} séance : Accueil, Intérêt du travail, Passation des échelles d'évaluation (Echelle d'insight de Birchwood, PANSS, Echelle d'estime de soi de Rosenberg) et du pré-test, les attentes des patients.
- 2^{ème} séance : Définition et représentations de la maladie mentale.
- 3^{ème} séance : Les symptômes de la schizophrénie.
- 4^{ème} séance : Les Hallucinations.
- 5^{ème} séance : Le délire.
- 6^{ème} séance: Le contact avec le monde extérieur, la famille et l'environnement.
- 7^{ème} séance : les causes de la maladie.
- 8^{ème} séance : Les différents traitements, les effets secondaires, les correcteurs.
- 9^{ème} séance : définition de la rechute, ses conséquences et comment l'éviter.
- 10^{ème} séance : L'hôpital, les activités sociales, le travail.
- 11^{ème} séance : Synthèse et évaluation (passer les mêmes échelles et le même test).

IV- Conception des supports psychoéducatifs

Le psychiatre présente aux malades le thème de la séance à l'aide d'un support visuel diaporama rédigé en arabe classique et qui soutient le discours en arabe dialectale avec l'aide d'une psychologue.

A-Diaporamas :

1- Séance 1

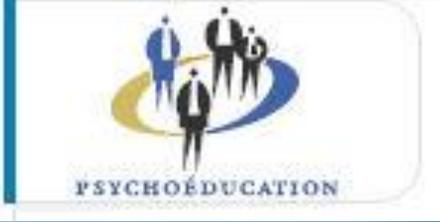




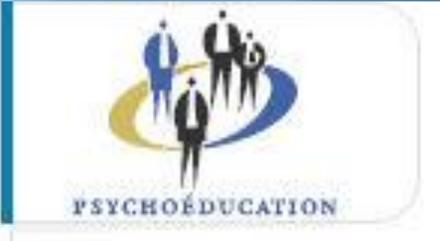
ما المقصود من التربية النفسية؟



يشير مصطلح التربية النفسية إلى تثقيف الأشخاص الذين يعانون من حالة مرضية عقلية. وفي أغلب الأحيان يتضمن التدريب التربوي النفسي الأشخاص الذين يعانون من الفصام والاكتئاب واضطرابات القلق واضطرابات الأكل واضطرابات الشخصية كما أن هذا التدريب يشمل أفراد العائلة.



والهدف هو أن يتفهم المريض المرض الذي يعاني منه وأن يتمكن من التعامل معه بصورة أفضل كما يتم تعزيز مواطن القوة لدى المريض وموارده ومهاراته في التأقلم. والنظرية هي أنه كلما كان لدى المريض قدر أفضل من المعلومات حول مرضه، تحسنت قدرته على التعايش مع حالته.



أهداف البرنامج:

- نقل المعلومات (أعراض الاضطراب وأسبابه ومفاهيم العلاج ...)
- تفريغ الشحنة العاطفية (التفهم للتشجيع والنهوض بالروح المعنوية، الاهتمام بتبادل التجارب مع الآخرين، التواصل...).
- دعم العلاج الدوائي و العلاج النفسي حيث يعزز ذلك التعاون بين أخصائي الصحة العقلية والمريض (الامتثال، الالتزام).
- المعاونة في مساعدة الذات (حيث يتم التعرف على مواقف الأزمات على الفور وكذلك الخطوات التي يجب اتخاذها للتمكن من تجاوز الانتكاسة).



الجلسة 2 المرض النفسي



ما هو المرض النفسي؟



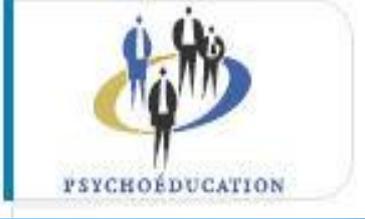
المرض النفسي هو مصطلح عام يشير إلى مجموعة من الأمراض، كما يشير مصطلح مرض القلب مثلاً إلى مجموعة من الاضطرابات و الأمراض التي تصيب القلب.

و المرض النفسي هو مشكلة صحية تصيب بشكل ملحوظ و مستمر كيفية شعور المرء و تفكيره وسلوكه و تفاعله مع الآخرين و عمله و دراسته و يتم تشخيص هذا المرض وفقاً لمعايير موحدة عالمية.

و من الأمراض النفسية على سبيل المثال الاكتئاب و اضطراب القلق العام و الفصام و الوسواس القهري و كرب ما بعد الصدمة و الرهاب و غيرها من الأمراض و التي تختلف في أعراضها و وسائل علاجها.



هل المرض النفسي نادر الحدوث ؟

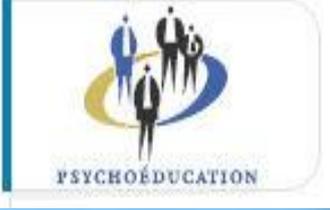


لا... فوفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية فإن حوالي واحد من بين أربعة أشخاص حول العالم سيعاني من مرض نفسي ، في مرحلة ما من حياته.

وحسب منظمة الصحة العالمية أيضاً فإنّ الاكتئاب خلال أقل من عشر عقود سيكون ثاني أكثر الأمراض انتشاراً في العالم.



هل يوجد سبب للمرض النفسي ؟



المرض النفسي مثله مثل انواع عديده من الأمراض الأخرى يصعب عزل سبب واحد مباشر يؤدي لكل حالة مرضية حيث تتداخل عادة مجموع من العوامل **البيولوجية** (كالعوامل الوراثية أو المؤثرات البيئية أو وجود مرض جسدي) و **النفسية** (كالضغوط و الصدمات النفسية) و **الاجتماعية** (كالاضطرابات الأسرية) و التي تؤدي لحدوث مرض نفسي.



هل المرض النفسي وراثي و ينشأ منذ الولادة ؟



كلا... يمكن أن تنشأ قابلية الإصابة ببعض الأمراض النفسية كمرض متوارث في العائلات و لكن قد يصاب آخرون بالمرض النفسي من دون أن يكون لهم تاريخ في العائلة.

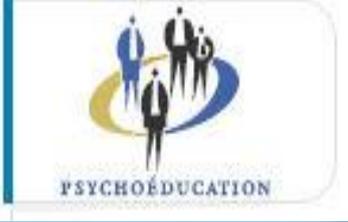
متى نلاحظ المرض النفسي ؟



بينما يشعر كل شخص مَنًا في مرحلة ما من حياته و في بعض الأحيان بمشاعر قوية من التوتر أو الخوف أو الحزن ، فإن المرض النفسي يظهر حين تصبح هذه المشاعر و الأفكار زائدة ، و تغطي حيز من الزمن يزيد عن أيام و أسابيع ، وتستحوذ بشكل كبير على تفكير الشخص و تنعكس على تصرفاته بحيث يعاني المصاب بها من صعوبة كبيرة في التأقلم مع حياته و قيامه بنشاطاته اليومية مثل : العمل و الاستمتاع بأوقات الترفيه و الحفاظ على العلاقات الاجتماعية ، و تعيق الشخص عن قيامه بدوره الاجتماعي و العملي المعتاد.



هل هناك فرق بين الجنون و المرض النفسي ؟



نجد أن أكثر العامة يتساوى عندهم لفظ الجنون مع الأمراض النفسية وهذا خطأ واضح لأن كلمة الجنون ليس لها دلالة طبية واضحة، ولا يوجد أي مرض في الطب النفسي يسمى بالجنون، لذا يجب علينا التخلص من هذا المفهوم عند المناقشة العلمية للأمراض النفسية.



كيف نواجه المعتقدات الخاطئة و الوصمة
ضد المرض النفسي ؟



- احترام وقبول وحفظ كرامة وتقدير الأشخاص المصابين باضطرابات نفسية والذين يعانون من آلام نفسية من قبل مجتمعاتهم الكبرى و الصغرى.
- دعوة أفراد المجتمع لعكس صورة ايجابية عن المريض و الطبيب النفسي و عدم السخرية من المريض او الطبيب النفسي و تجسيده في الأفلام و المسلسلات بصورة سطحية و مثيرة للضحك و السخرية يساعد في تخطي الوصمة حول المرض النفسي.
- تقبل المرض النفسي و التحدث عنه في العلن و التفكير بأن الأمراض النفسية مثلها مثل أي مرض جسدي آخر أو حالة صحية أخرى.
- مساعدة أفراد العائلة و الأصدقاء المصابين بأعراض مرض النفسي في الحصول على العناية و العلاج في وقت مبكر دون خوف او تردد.



- تقديم الدعم الإيجابي للعائلات و رعاية للأشخاص المصابين بأمراض نفسية.
- معالجة التمييز و الوقوف ضده في كل مرحلة من مراحل العمر بما فيها التمييز في التوظيف و التعليم و تأمين الحاجيات و الخدمات و التسهيلات.
- العمل على تعزيز الصحة النفسية و المواقف الصحيحة خلال مرحلة الطفولة و البلوغ و تعلم طرق التعامل مع الضغط النفسي في العلاقات و الأحداث و الأوضاع المختلفة.
- ضمان أفضل نوعية من الدعم وخدمات العلاج للمصابين بمرض نفسي لتعزيز شفائهم .

3- Séance 3 :



الجلسة 3
مرض الفصام

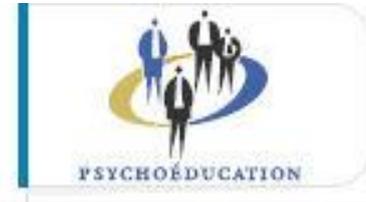


ما هو مرض الفصام ؟





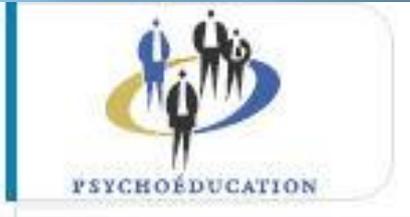
- فكرة أن مريض **الفصام** يحمل شخصيتين هي فكرة خاطئة
- مسمى **الفصام** نقصد فيه ابتعاد المريض عن الواقع وفصاما بين المشاعر والافكار والسلوك
- مرض **الفصام** schizophrénie هو مرض دماغي مزمن يؤدي إلى خلل في بعض وظائفه وخاصة السلوك والأفكار والمشاعر
- هذا الخلل لو حدث لأي شخص فسوف يعاني من نفس الأعراض التي يعاني منها المريض.



- حالات **الفصام** عديدة تقدر نسبتها من شخصين إلى أربعة أشخاص في الألف.
- ومن المحتمل أن يصاب شخص بنسبة 1% خلال حياته بمرض **الفصام**.
- يصيب **الفصام**، غالبا شبابا تتراوح أعمارهم ما بين 15 و35 سنة
- تتمكن نسبة 10 إلى 15% منهم للوصول إلى شفاء تام لمرضهم.



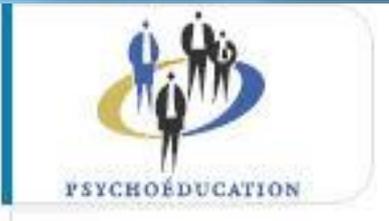
أعراض مرض الفصام



- تتميز الاضطرابات الفصامية بشكل عام بخلل أساسي ومميز للتفكير والإدراك ومشاعر غير سليمة أو متبلدة.
- تنقسم أعراض الفصام إلى أعراض موجبة وسالبة و يسبب كلا النوعين من الأعراض مشاكل خاصة في السلوك الاجتماعي، مما يساهم في حدوث الوصمة بسبب الفصام.
- تظهر أعراض الفصام الموجبة والسالبة بنسب متفاوتة عند معظم المرضى في مختلف مراحل المرض.



الأعراض الموجبة



الأوهام:

- تعتبر **الأوهام** معتقدات خاطئة يقتنع بها الشخص اقتناعا شديدا على الرغم من غياب الدليل الواضح على صحتها.
- يجب التمييز بين هذه المعتقدات الخاطئة وبين المعتقدات الثقافية الخاصة التي تشترك فيها الجماعات أو المجتمع ككل.
- يعتقد من لديهم **أوهام** بأنهم مضطهدون، وأن لديهم قدرات ومواهب خاصة، وأن أفعالهم تقع تحت سيطرة قوة خارجية.
- قد يشعر من يعتقدون بهذه المعتقدات بخوف شديد من أن يتعرضوا للأذى، أو قد يتصرفوا تصرفات غير مألوفة نتيجة لهذه المعتقدات.



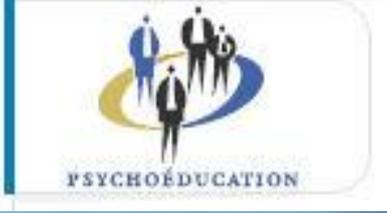
الهلاوس:

- تعتبر الهلاوس مدركات حسية متخيلة.
- الهلاوس السمعية هي النوع الأكثر شيوعا في الفصام حيث يسمع المصاب به أصواتا متخيلة. وقد يتناقش المريض بالفصام مع هذه الأصوات المتخيلة. وفي أحيان أخرى تقوم الأصوات بإعطائه أوامر أو تعلق على صفاته وأفعاله.
- من الأنواع الأقل شيوعا في الفصام هلاوس البصر والتذوق واللمس أو الشم حيث يشم المريض روائح تبدو واقعية بالنسبة له على الرغم من عدم وجودها. ويمكن أن يتغير إدراك المريض لألوان وأشكال عادية فتبدو مشوهة ويشعر بأن لها دلالة ملحة تخصه.



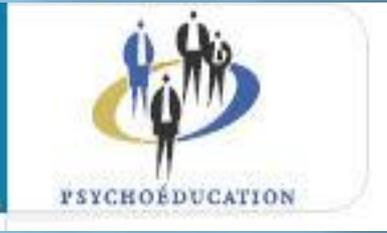
اضطراب التفكير:

- يعاني الأشخاص المصابون باضطراب التفكير من تشوش في أفكارهم والتي تظهر من خلال ما وكيف يتحدثون. ويصبح من الصعب تتبع حديث المريض بسبب قفزه من موضوع إلى آخر بلا رابط أو بقليل من الترابط المنطقي. وقد تحدث تقطعات في مسار التفكير بمعنى أن يتوقف التفكير فجأة. وقد يكون بناء الجملة شاذ بلا معنى سوي للمريض المتحدث وحده.
- في بعض الحالات يعتقد المصابون أن أفكارهم يتم بثها في وسائل الإعلام أو تسرق منهم أو تتحكم قوى خارجية فيها (على سبيل المثال: قوى من عالم آخر أو شيطان أو جان).
- يمكن تصنيف هذه الأفكار كالاتي: صدى التفكير أو بث الأفكار أو سحبها وفي الحالات الشديدة، يكون الحديث مختلطا، و غير مترابط بحيث يستحيل فهمه.



السلوك الشاذ:

- يتصرف بعض المصابون بالفصام تصرفات غريبة أو ينتهكون القيم الاجتماعية مثل خلع ثيابهم في مكان عام. وقد يقومون بحركات شاذة أو يتناقض تعبير وجوههم مع المواقف المختلفة أو يعبروا بوجوههم بشكل مبالغ أو يتخذون أوضاعا غريبة دون غرض واضح.

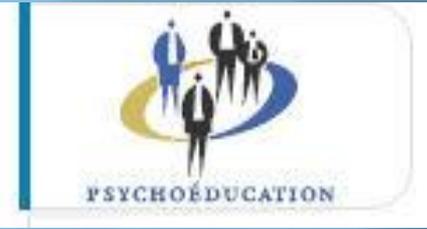


الأعراض السالبة



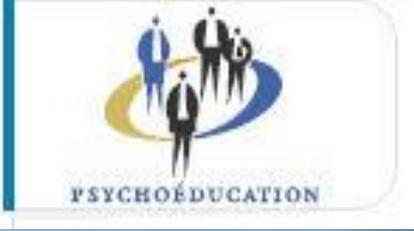
تبدل العواطف:

- تبدو عواطف المصابين بالفصام مسطحة كما لا يستجيبون لما يحدث حولهم. وقد لا يستطيعون إظهار عواطفهم كما تبدو بمختلف تعبيرات الوجه والإيماءات ، أو نبرة الصوت.
- قد لا يظهر المصاب أي استجابة للأحداث السارة أو الحزينة أو يستجيب بطريقة غير مناسبة. وفي بعض أنواع الفصام تبدو عواطف وأفعال المريض غير مناسبة ومتناقضة بشدة.
- كما يبدو المصاب بلا وجهة أو هدف و مقتحم بشكل عبثي ومندفع. وتبدو شخصية المريض بالفصام مختلفة كلية عن نمطها السابق.



فقد الدافع:

- يقلل مرض الفصام من دوافع المريض بحيث يصبح أقل قدرة على العمل والمشاركة في النشاطات الترفيهية.
- كذلك يبدو على المريض عدم الاهتمام بالنشاطات اليومية مثل الاستحمام و الطبخ ، وفي الحالات الشديدة يعجز عن العناية بنظافتهم الشخصية أو إطعام أنفسهم.
- قد يصاحب عدم القدرة على اتخاذ القرارات والسلبية واللافعالية، اندفاعا مفاجئا. وفي الحالات الشديدة يصبح المصاب منعزلا ومتهيجا أو مصابا بالتصلب الحركي أو في غيبوبة دون سبب واضح.



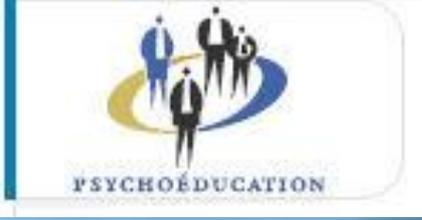
العزلة الاجتماعية:

- قد يكون من الصعب على مرضى الفصام تكوين أصدقاء أو معارف والحفاظ عليها، قد يكون لديهم القليل من العلاقات الحميمة إن وجدت.
- تتسم علاقاتهم بالآخرين بالقصر والسطحية. وفي الحالات الشديدة يتعمد المريض تجنب كل التفاعلات الاجتماعية.



فقر التفكير:

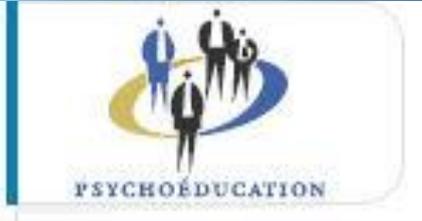
- يظهر بعض مرضى الفصام فقرا في كم ومحتوى تفكيرهم. ومن النادر فقط أن يتكلموا بتلقائية ويمكنهم أن يردوا على الأسئلة بردود مقتضبة لا تحتوي على أية تفاصيل.
- في الحالات الشديدة ، يقتصر الحديث على مقاطع قصيرة مثل "نعم،" "لا"، أو "لا أعلم". وقد يتحدث بعض مرضى الفصام بحرية ولكن حديثهم، الذي يبدو مفهوما، لا ينقل أي محتوى. ويمكنهم الإجابة على الأسئلة بطريقة ملتوية لا تؤدي الغرض. وقد يعكس حديثهم تداعيات بين أفكار مفككة لا رابط بينها وتحدث وقات وقفات غير مفهومة في مجرى الحديث.



من السهل نسبياً التعرف على الأعراض الموجبة لأنها تختلف بشكل واضح عما هو طبيعي. وبالرغم من ذلك فإن وجود أعراض موجبة مثل الهلوس والأوهام لا يعني بالضرورة أن الشخص مصاباً بالفصام.

أما بالنسبة للأعراض السالبة للفصام فعادة ما يساء فهمها من الآخرين على أنها تدل على الكسل أو التصرف السيئ المقصود به مضايقة الآخرين بدلاً من النظر إليها على أنها تشكل جزءاً من أعراض المرض. ويساهم سوء التأويل هذا، بدرجة كبيرة، في الصورة السلبية والوصمة التي تصاحب مرض الفصام.

4- Séance 4 :



الجلسة 4

الهلوس



تعريف الهلوسة



□ الهلوسة: بمفهومها العام هي الإحساس بمحسوس غير موجود، وبمعنى أدق، يمكن تعريف الهلوسة بأنها الإحساس في حالة اليقظة، والوعي بمحسوس غير موجود يتميز بخواص المحسوسات الموجودة كالحياة والمادية، وبالتالي ومن خلال هذه الخصائص يمكننا تمييز الهلوسة من الحلم الذي لا يحصل في حالة الوعي، كما يمكننا تمييز الهلوسة من التوهم والذي هو عبارة عن إحساس مشوّه أو مفسّر تفسيراً خاطئاً.

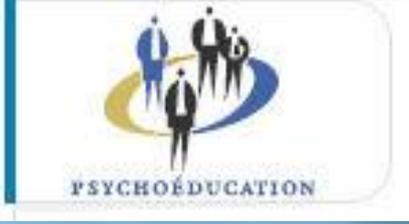


□ تتنوع أشكال الهلوسة ما بين بصرية وسمعية وشمية وذوقية ولمسية، كما يمكن للهلوسة أن تصيب إحساس الإنسان بالتوازن والحرارة والألم .

□ تتعدد العلل التي تسبب الهلوسة، حيث تعتبر الهلوسة عرضا جانبيا لبعض الأدوية كما يؤدي الحرمان من النوم إلى الهلوسة، وبعض أنواع الاضطرابات العقلية و العصبية تؤدي إلى هذا الاضطراب أيضا.



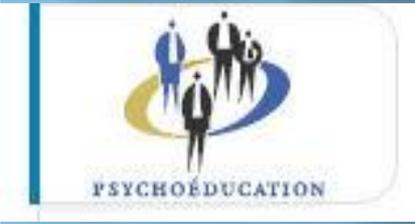
أنواع الهلوسة



□ تأخذ الهلوسة أشكال متنوعة، وتؤثر على جميع أنواع الحواس وتظهر أحيانا في أكثر من حاسة في نفس الوقت.

✓ الهلوسة السمعية:

ويسمع فيها المريض صوتا أو مجموعة من الأصوات، هذه الهلوس السمعية قد تكون خطيرة خاصة عندما تكون هذه الاصوات عبارة عن سب أو شتم أو أوامر.



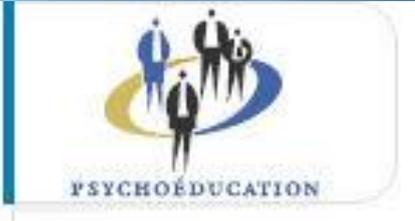
✓ الهلوس البصرية:

- بسيطة: ومضات الضوء، هالات ملونة، خطوط،
- مركبة: رؤية الأحرف، الأشخاص، الحيوانات، والمناظر الطبيعية، والمشاهد.



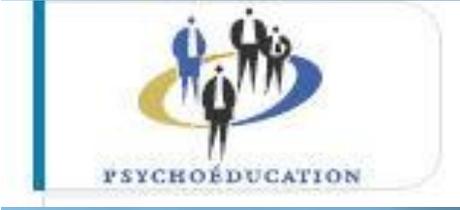
✓ أما الهلوسة الذوقية:

قليلة الحدوث والإصابة بها قد تجعل المريض يعتقد أن طعامه مسموم و تغير مذاقه ، عندما يأكل اي طعام يتذوقه بطعم خاص وبنكهة خاصة لا يعيها المحيطين به، وقد تحدث مثل هذه الهلوس مع غير الفصام من الأمراض الذهانية.



✓ الهلوسة داخل النفس:

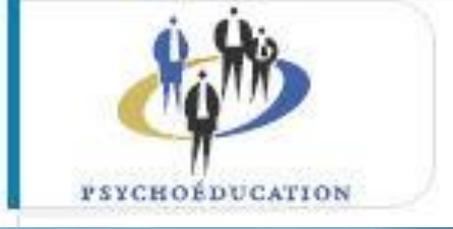
- تتسم بغياب الطابع الحسي، خلافا عن الهلوسة الحسية التي تنطوي على واحدة أو أكثر من الحواس.
- تمثيلات عقلية (التصورات داخل رأس المريض من صوت أو الصور)، والافتناع بقوة أجنبية في الفكر.



الحصة 5 الوهم



تعريف الوهم



- الوهم هو اضطراب عام في التفكير ويتسم باعتقاد ثابت خاطئ لا يترزع حتى لو اعتقد الآخرون من حوله خلاف ذلك أو برزت له أدلة دامغة تنفي ذلك . و هو اعتقاد راسخ في نفس المريض، ويتصف هذا الاعتقاد بأنه زائف أو خيالي أو مبني على الخداع.
- معتقد زائف مبني على استدلال غير صحيح عن حقيقة خارجية يتمسك به الشخص بكل قوة على الرغم من أن ذلك يتنافى مع معتقدات كل من حوله تقريباً. وعلى الرغم - كذلك - من وجود إثبات أو دليل واضح ولا يقبل الجدل على عكس ما يعتقد هذا الشخص. ولا يكون هذا المعتقد مقبولاً بشكل عادي من قبل الأفراد الآخرين الذين يشاركون هذا الشخص الثقافة أو الثقافة الفرعية التي ينتمي إليها.



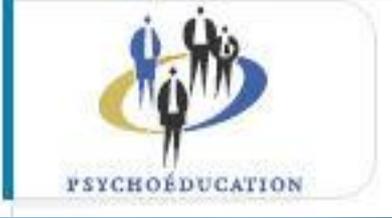
أنواع الأوهام



- يتم تصنيف الأوهام في أربع مجموعات مختلفة:
- **الوهم الغريب:** هو الوهم الذي يتسم بالغرابة الشديدة وعدم القابلية للتصديق تمامًا.
 - **الوهم غير الغريب:** وهو الوهم الذي يكون مضمونه مغلوطًا تمامًا، ولكنه محتمل الحدوث على أقل تقدير.
 - **الوهم المتوافق مع المزاج:** هو أي نوع من الأوهام التي يكون مضمونها متوافقًا مع حالة الاكتئاب أو الهوس التي يعاني منها المريض.
 - **الوهم حيادي المزاج:** هو وهم لا يرتبط بالحالة العاطفية أو المزاجية للشخص الذي يعاني من الوهم.



- وبالإضافة إلى هذه التصنيفات، عادةً ما تفصح الأوهام عن وجودها في إطار فكرة واحدة تتسم أجزائها بالتناغم مع بعضها البعض. وعلى الرغم من أن الأوهام لا تقتصر على فكرة معينة، فإن بعض الأفكار تكون أكثر شيوعًا من غيرها لدى مرضى الوهم. وتعتبر أكثر الأفكار المرتبطة بالوهم شيوعًا هي:



□ وهم العظمة :

ويعتقد المصاب بهذا الوهم أنه يتمتع بقوى أو مواهب أو قدرات خاصة تميزه عن سائر البشر. وفي بعض الأحيان، قد يعتقد الفرد فعلياً أنه شخص مشهور أو شخصية عامة. والفكرة الأكثر شيوعاً بين الأشخاص المصابين بهذا النوع من الوهم، أن يعتقد الشخص أنه قد حقق إنجازاً عظيماً لم يتلقَ ما يستحقه من الثناء والتقدير عليه.

□ وهم الاضطهاد :

ويعتبر هذا النوع من الأوهام هو الأكثر شيوعاً، وهو يتعلق بفكرة شعور المريض بأن هناك من يتعقبه أو يضايقه أو يخدعه أو يريد التخلص منه بالسم أو العقاقير أو يتآمر ضده أو ينجس عليه أو يهاجمه أو يضع العراقيل أمام محاولاته لتحقيق أهدافه في الحياة.

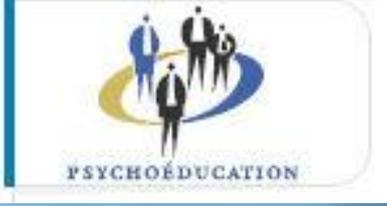


□ الوهم الديني :

ويشمل هذا النوع الأوهام التي يكون مضمونها دينياً أو روحياً. وقد تأتي هذه الأوهام متحدة مع غيرها من الأوهام - كوهم العظمة (كأن يعتقد الشخص المصاب بالوهم أنه إله أو أن قوى عليا قد اختارته ليكون خليفة لها على الأرض).

□ الوهم الجسدي :

هو الوهم الذي يتعلق بأداء الجسم لوظائفه أو بالأحاسيس الجسدية أو بالمظهر الخارجي. وعادةً ما ينطوي هذا الاعتقاد الزائف على فكرة إصابة الجسم بأحد الأمراض أو كونه غير طبيعي أو قد طرأ عليه بعض التغيير.



□ وهم السيطرة :

وهو معتقد زائف بأن شخصاً آخر أو مجموعة من الناس أو قوة خارجية تسيطر على أفكار الشخص المصاب بالوهم أو مشاعره أو دوافعه أو سلوكه. كذلك، يوجد وهم إذاعة الأفكار وفيه يعتقد الشخص المصاب بالوهم بشكل زائف أنه يتم سماع أفكاره بصوت عالٍ. وهناك صور أخرى لوهم السيطرة، منها وهم إقحام الأفكار داخل الرأس ووهم سحب الأفكار من الرأس وفيهما يعتقد الشخص المصاب بالوهم أن قوة خارجية أو شخص أو مجموعة من الناس تقوم بإزالة أو استخراج أفكاره من داخل رأسه.



□ وهم العدمية :

وهو الوهم الذي يكون المحور الأساسي لفكرته هو إحساس الشخص المصاب بالوهم بعدم وجوده أو بعدم وجود أجزاء من جسمه أو عدم وجود الآخرين أو العالم من حوله. وقد يعتقد الشخص المصاب بهذا النوع من الأوهام بشكل مضلل أن العالم في سبيله للفناء.

□ الغيرة الوهمية (أو وهم الخيانة) :

يعتقد الشخص الذي يعاني من هذا النوع من الأوهام بشكل خاطئ أن شريك حياته أو من يحبه يخونه مع شخص آخر. وينشأ هذا الوهم عن الغيرة المرضية؛ وعادةً ما يقوم الشخص المصاب به بجمع "الأدلة" ومواجهة شريك حياته عن هذه الخيانة المزعومة.



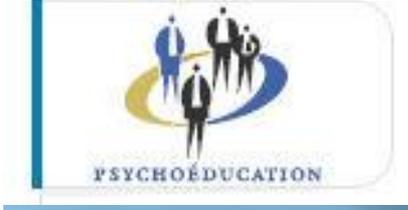
□ وهم الشعور بالذنب أو الإثم (أو وهم اتهام الذات) :

يشعر الشخص المصاب بالوهم بشكل زائف بالندم أو بالذنب إلى درجة تسيطر فيها عليه هذه المشاعر وتتمكن منه حتى تصيرًا وهمًا مرضيًا.



□ وهم الهوس بالعشق :

وهو الوهم الذي يجعل من يصاب به يعتقد أن شخصًا آخر يعشقه. ويعتقد المصابون بهذا النوع من الأوهام أن الطرف الآخر الذي يتوهمون عشقه لهم هو من بدأ بالتصريح بمشاعره تجاههم؛ ويتم ذلك عادةً - من وجهة نظر المصاب بالوهم - عن طريق إيماءات خاصة أو إشارات أو التخاطر أو استخدام وسائل الإعلام في إرسال الرسائل إليهم.



الحصة 6: دور الأسرة والمحيط في مرض الفصام



كيف يؤثر مرض الفصام في الأسر:

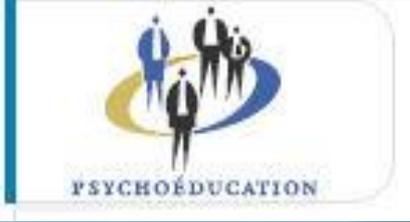
- عندما تعلم الأسرة أن ابنهم يعاني من الفصام فإنهم يبدون مدى من العواطف الشديدة الجياشة ، ودائما يكونون في حالة من الصدمة والحزن والغضب والحيرة وبعضهم يصفون تفاعلهم كالاتي :



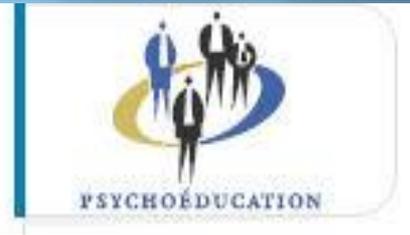
- القلق : نحن خائفون من تركه بمفرده وإيذاء شعوره ؟
- الخوف : هل سوف يؤدي المريض نفسه أو الآخرون ؟
- الخزي والذنب " هل نحن ملامون ؟ وكيف سينظر الناس لنا ؟
- الإحساس بالعزلة : " لا أحد يستطيع التفهم ؟؟
- المرارة " لماذا حدث هذا لنا ؟؟
- التآرجح في الشعور تجاه المصاب "نحن نحبه جدا ولكن عندما يجعله المرض متوحشا فأنا أيضا نتمنى لو ذهب بعيدا



- الغضب والغيرة " الأشقاء يغارون من الاهتمام الزائد الذي يناله المريض.
- الاكتئاب " نحن لا نستطيع الحديث بدون ان نبكي "
- الإنكار التام للمرض " هذا لا يمكن أن يحدث في عائلتنا "
- إنكار خطورة المرض " هذه فقط مرحلة سوف تذهب سريعا "
- تبادل الاتهامات " لو كنت أبا أفضل ما حدث المرض "
- عدم القدرة على التفكير أو الكلام عن أي موضوع سوى المرض "
- كل حياتنا تدور حول المشكلة "



- الانفصال الأسرى " علاقتي بزوجي أصبحت فاترة ... أحس بالموت العاطفي داخلي "
- الطلاق " لقد دمر المرض أسرتي "
- الانشغال بفكرة تغيير المكان " ربما لو عشنا في مكان آخر سيتحسن المريض "
- عدم النوم المريح و الاجهاد " لقد أحسست بأعراض تقدم السن بشكل مضاعف في السنوات الأخيرة .
- فقدان الوزن " لقد مررنا بدوامة شديدة أثرت في صحتي ".
- الانسحاب من الأنشطة الاجتماعية " لا نستطيع مشاركة الاجتماعات الأسرية "

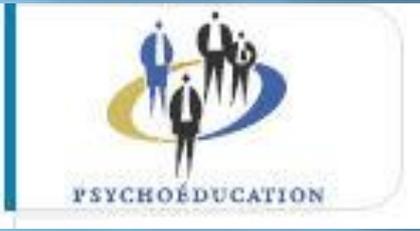


- البحث المكثف عن تفسيرات محتملة " هل كان المرض بسبب شيء فعلناه للمريض "
- الانشغال بالمستقبل ماذا سيحدث للمريض بعد رحيلنا عن الدنيا... من سيرعاه؟؟
- مركب اللوم والخجل " بالرغم من أن الناس ليسوا مسئولين عن حدوث مرض الفصام ولكنهم دائما يلوموا بعضهم البعض بسبب حدوث المرض " والأكثر من ذلك فإن الاخوة والأخوات يشاركون آبائهم نفس القلق والمخاوف تجاه هذا الموضوع .



ماذا يحتاج أفراد الأسرة من أجل المساعدة :

- الوقت الكافي والتفهم الجيد لطبيعة المرض.
- الدعم من الأسر الأخرى وخاصة بين أفراد أسرة المريض لأنهم يدركون مدى ضرر توجيه اللوم لبعضهم البعض ومن خلال ذلك فإن الكثير من الأسر سوف تكتشف القوة الكبيرة والمخزون العميق من الحب الموجود تجاه بعضهم البعض.

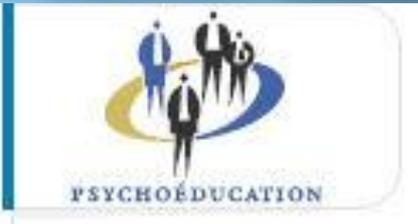


دور الأسر في علاج مرض الفصام :

- أظهرت الأبحاث التي أجريت على أسر مرضى الفصام أن المناخ الأسري الصحي له دور كبير في تحسين فرص استقرار المرضى ومنع انتكاس المرض ولذلك فإن الأسرة تستطيع أن تلعب دور كبير من كل النواحي في مساعدة المريض بالفصام.



- يجب على الأسرة والأصدقاء أن يكونوا على دراية كافية بعلامات انتكاس المرض التي تظهر على المريض عندما يبدأ في التدهور بسبب ظهور بعض الأعراض المرضية. ومن المهم أن نعلم أن المرض من الممكن أن ينتكس في أي وقت وهذه العلامات تختلف من فرد لآخر.



الإرشادات الخاصة بالأهالي لمساعدة أبنائهم في التحسن والتعافي والرجوع للمجتمع:

- تقبل المرض والمريض.
- عدم لوم المريض أو الشعور بالذنب فالمرض ليس لأحد ذنب به.
- فهم أوسع وأكثر للمرض ، فهم المرض والظروف التي يمكن ان يمر بها المريض والأعراض التي تصاحب المرض تساعد في تقبل العائلة لتصرفات المريض وعلى مساعدته للتقليل منها ، وهنا يجب الفهم ان المريض لا يقوم بهذه التصرفات بإرادة منه بل هي مزعجة له ويحتاج الى الدعم والمساندة لمساعدته في تخطيها.



- تقليل التوتر لدى العائلة الذي له تأثير سلبي سواء على المريض وتحسنه او على قدرة العائلة على دعم المريض.
- تطوير قدرة العائلة على التعامل مع الضغوطات والأزمات وخلق أجواء عائلة وعاطفية مستقرة ، تساعد المريض على التحسن حيث ان الأجواء العاطفية والعائلية المتوترة تساعد على تجدد الفصام وتراجع حالة المريض.



- مساعدة العائلة للمريض لاستخدام وقت فراغه بشكل ايجابي وعدم التواجد لفترات طويلة بدون عمل او نشاطات محددة.
- التشجيع الدائم للمريض للعمل وليس الضغط عليه بشكل سلبي فالعديد من مرض الفصام قادرين على العمل وهذا يساعدهم لشعورهم بأنهم مفيدون وذوي جدوى.
- الابتعاد عن التصرفات او التعليقات التي ينفر منها المريض
- عدم الشعور بالخجل من المريض واصطحابه في المناسبات الاجتماعية ومساعدته على الاندماج في المجتمع.



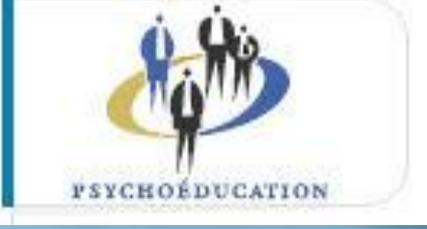
ما المقصود بإعادة اندماج المريض في المجتمع وما أهمية ذلك؟:
تحسن إعادة التأهيل من كفاءة حياة مرضي الفصام وتقلل من الانتكاسات
وعدد مرات دخول المستشفى. إن الهدف من إعادة التأهيل هو إعادة
اندماج المريض في الحياة والمجتمع.
إن إعادة التأهيل العملي وتوفير فرص للعمل تمنح للمريض فرصا
للنشاط المنتج الذي يجعل لحياته معنى ويرفع معنوياته ويقلل من نفقات
إعاشتهم وهناك الحاجة أيضا إلي وسائل ترفيهية.
كل هذا يمكن توفيره عن طريق مراكز اعادة ادماج المرضى
النفسانيين.

7- Séance 7 :



الحمصة 7

أسباب الفصام



هناك العديد من المفاهيم الخاطئة عن أسباب الفصام:
* الفصام لا يحدث بسبب "اللجنة أو العين الشريرة أو الحسد أو الجان".

- * لا يحدث الفصام كعقاب إلهي لخطايا الأسرة.
- * لا يحدث الفصام بسبب عدم الإيمان بالله.
- * الفصام ليس شكلا من أشكال التلبس الشيطاني أو الجنّي.
- * لا يحدث الفصام بسبب الإحباط العاطفي.
- * لا يحدث الفصام نتيجة لقراءة العديد من الكتب.



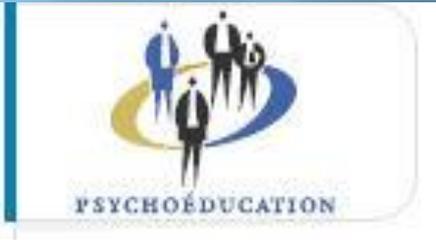
أسباب الفصام مازالت مجهولة غير أن العديد من العلماء يتفقون على وجود أسباب عدة لهذا المرض تتداخل مع بعضها البعض منها:



□ الأسباب الجينية:

أشارت الدراسات الحديثة إلى أن الوراثة لها دور مهم في نشأة مرض الفصام، أي أن الإنسان يولد وعنده الاستعداد الذاتي لتكوين هذا الاضطراب، حيث تركز كثير من الدراسات على وجود عنصر جيني (موروث) مسؤول عن حدوث الفصام وذلك معناه أن ينتقل على المورثات اضطرابات كيميائية فسيولوجية تجعله عرضة لأن يقع فريسة لهذا المرض .

وقد تبين من الدراسات أن الأولاد لأبوين فصاميين يكونون أكثر عرضة للإصابة بالفصام ممن هم لأبوين سويين، ووجد أن انتشار هذا المرض يزداد بين أقرباء المريض بالفصام كلما زادت درجة القرابة .



□ الأسباب البيئية:

وجد أن بعض العوامل البيئية تساعد على نشوء الفصام مثل الإصابة بالتهابات فيروسية في الصغر، أو إصابة والدة المريض بالتهابات فيروسية (الأنفلونزا) أثناء الحمل، أو أي مضاعفات أثناء ولادة المريض، أو تعرض المريض لضغط نفسي كبير أو تربية المريض في بيت يسوده رأي أحد الوالدين دون اعتبار للآخرين وغير ذلك. ولكن يبدو أن هذه العوامل بذاتها لا تسبب الفصام وإنما هي عوامل خطيرة لمن هم أصلاً مهيبين للإصابة بالمرض.



□ الأسباب النفسية:

توجد دلائل تثبت دور العوامل النفسية في نشوء الفصام، فقد أظهرت دراسات أن الأعراض الفصامية تسبقها عادة ضغوط نفسية شديدة، ويظهر بعض الأفراد استجابات فصامية لهذه الضغوط. ومن المعروف أن الشعور بالفشل والإحباطات الناجمة عن الصراعات النفسية تؤدي إلى حدوث الاضطرابات العقلية. وبالرغم من أهمية الضغوط النفسية والصراعات كعامل مسبب للفصام، إلا أنها ليست الوحيدة، بل لا بد من توافر الاستعداد أيضاً.



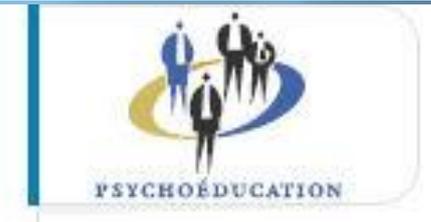
□ الأسباب الكيميائية:

حيث يعاني مرضى الفصام من اختلال توازن بعض النواقل العصبية في الدماغ مما يؤدي إلى ظهور هذا المرض ومن أهمها الدوبامين حيث يزيد إفرازه أو تزداد الحساسية له في المسافات بين الأعصاب في مناطق معينة من الدماغ. وهذا يؤدي بالمرضى إلى سماع أصوات غير موجودة أو الاعتقاد ببعض الأفكار الغريبة وغير ذلك من الأعراض. وما إن يبدأ العلاج ويعود توازن هذه المواد الناقلة وخاصة الدوبامين إلى الوضع الطبيعي حتى تختفي معظم هذه الأعراض.



اضطرابات الجهاز العصبي :

- لوحظ أن عدداً من مرضى الفصام يتميزون بزيادة حجم بطينات المخ ، وبعض الضمور في الخلايا العصبية ، وتأكد ذلك بعدد من الأبحاث في كل بلاد العالم .
- بعض الأمراض العضوية في الجهاز العصبي تؤدي إلى أعراض شبيهة بالفصام ، مثل زهري الجهاز العصبي والحمى المخية ، وأورام الفص الصدغي .
- لوحظ أن الكثير من مرضى الصرع خاصة الصرع النفسي الحركي يعانون بعد فترة من المرض من أعراض شبيهة بالفصام .



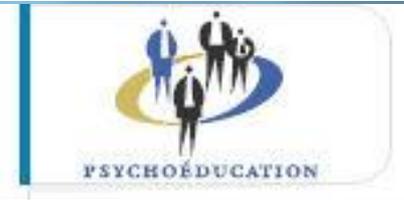
تعاطي المخدرات:

- أوضحت الدراسات أن أعراض الإصابة بالفصام قد تظهر على البعض نتيجة لتعاطي القنب الهندي الذي يستخرج منه الحشيش و المخدرات الأخرى خاصة عند الذين يبدؤون تناوله في سن مبكرة. و لقد ثبت بالفعل أن استخدام القنب الهندي و الكوكايين و مجموعات الفتيامينات تزيد المشكلة سوءاً.
- بعض المرضى يستخدمون الكحول و المخدرات لاعتقادهم الخاطئ أنها تساعد على تخفيف أعراضها.

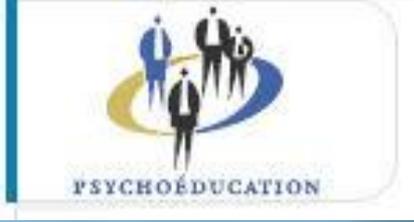


الخلاصة هي أن مرض الفصام هو أساسا نتاج عوامل وراثية وعضوية، تتفاعل مع عوامل نفسية واجتماعية متعددة. وهذا التفاعل هو الذي يؤدي إلى ظهور المرض في سن معينة.

8- Séance 8 :



الحصة 8 علاج مرض الفصام



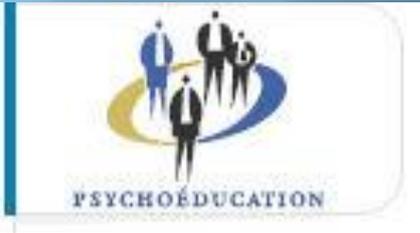
العلاج الكيميائي (الدوائي)



- يكمن دور الدواء « مضادات مرض الذهان antipsychotiques »
 - تقليل ظواهر الفصام كالهلوسة والهلين
 - التفكير بشكل أكثر وضوحاً.
 - تزيد من نشاطك و قدرتك على الاعتناء بنفسك.
 - تجنب معاودة المرض
- تناول "مضادات مرض الذهان antipsychotiques" يؤدي أحياناً لدى بعض المصابين إلى بعض التفاعلات غير المرغوب فيها بالإمكان تجنب الكثير منها أو تخفيفها بإنقاص الجرعة أو استبدالها بدواء آخر ومن هنا تأتي أهمية استشارة الطبيب حول تلك التفاعلات.



- ❖ **مضادات الذهان "الجيل الأول"**
في منتصف الخمسينات ، ظهرت عدة ادوية يمكن ان تُخفف من أعراض الفصام. أصبحت تعرف باسم مضادات الذهان "الجيل الأول".
- ❖ **الآثار الجانبية لأدوية الجيل الأول :**
 - ❑ تصلب و ارتعاش، مع الشعور بالخمول وبُطء التفكير.
 - ❑ جفاف الحلق، تغييم الرؤية، صعوبة التبول و الامساك، انخفاض ضغط الدم الانتصابي.
 - ❑ شعور بعدم الراحة المستمرة و التشنج الداخلي و صعوبة الهدوء.
 - ❑ المشاكل او الصعوبات في الحياة الجنسية.
 - ❑ خلل الحركة المتأخر حيث يعاني الشخص من حركات مستمرة بالفم و اللسان. هذه قد تصيب واحد من كل عشرين شخص يتناول هذه الادوية.



- ❖ **مضادات الذهان من الجيل الثاني:**
على مدى العشرة السنين الماضية ، عدة ادوية ظهرت حديثا. ويطلق عليها اسم "الجيل الثاني" التي تتميز بآثار جانبية اقل من تلك الادوية القديمة.
- ❖ **الآثار الجانبية لأدوية الجيل الثاني:**
 - ▶ النعاس و الخمول.
 - ▶ زيادة الوزن.
 - ▶ التأثير على الحياة الجنسية.
 - ▶ زيادة فرص الإصابة بمرض السكري.
 - ▶ عند أخذ جرعات عالية ، بعضها قد يسبب نفس الأعراض الجانبية للأدوية من الجيل الأول.



❑ مضادات الذهان التي تحرر بشكل تدريجي:

- تمكن المريض من تقادي او تقليل الجرعات اليومية من الدواء و كذا من التأكد من أن المريض يأخذ قدر معين من الدواء يوميا لمدة طويلة.
- تأخذ هذه المضادات على شكل حقن كل 3 أو 4 أسابيع.



❖ الأدوية المصححة للأعراض الجانبية لمضادات الذهان:

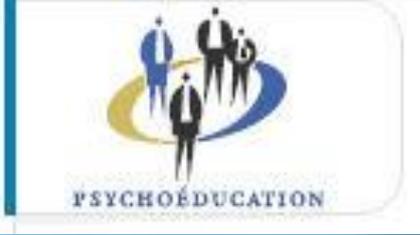
- مزيل القلق
- مضادات الكولين
- مصحح انخفاض ضغط الدم الشرياني
- ملين للأمعاء



العلاج النفسي



- العلاج النفسي الفردي: يهدف الى تدعيم المريض من خلال العلاقة العلاجية وتعد العلاقة العلاجية النفسية هي المدخل لكل الطرق العلاجية المختلفة.
- العلاج النفسي الجماعي: يتم وضع المريض ضمن مجموعة من المرضى بوجود المعالج و مساعدوه حيث تنمي المهارات الاجتماعية والتفاعل مع الاخرين ، مع اعطاء الدعم والمساندة من المجموعة للمريض و قد يأخذ صورة ممارسة أنشطة جماعية.



□ العلاج النفسي التالي للشفاء: بعد الشفاء يفقد المريض الثقة في نفسه، ويتبين له انه اصيب بمرض عقلي، و يخشى نظرة المجتمع اليه، لذلك يبدأ ثانية في الانعزال مما يعرضه لنكسة اخرى والدخول في دارة مفرغة لا تنتهي. هنا يجب ان يتدخل الطبيب بعد اختفاء الاعراض و استبصار المريض، ويحاول اعادة ثقة المريض بذاته وانه يستطيع الحياة ثانية كأى شخص عادي ولديه القدرة على مجابهة الحياة ولديه امل بمستقبل افضل.



العلاج الاجتماعي



- العلاج الاسري: شرح حالة المريض للاسرة و مساعدتهم على تقبل مشاكله، وقد يلزم تغيير بعض سلوكيات الاسرة من اجل تقليل النكس لحالة المريض. حيث لوحظ ان حالة العداة و كثرة الانتقاد الموجه للمريض أو الانغماس معه في أعراضه الذهانية، يزيد من معدل النكس لدى مرضى الفصام.
- العلاج المهني: جعل المريض يستمر في عمل ما، او ايجاد عمل مناسب له اذا لم يعد قادرا على أداء وظيفته السابقة.



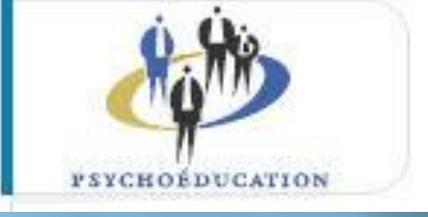
- محاذير إعطاء مضادات الذهان :
 - حدوث تفاعل حساسية خطير مع هذه العقاقير.
 - تعاطي المريض لعقار يثبط الجهاز العصبي المركزي مثل الكحول، عقاقير مخدرة.
 - وجود اضطراب شديد بالقلب.
 - الزرق ضيق الزاوية.
 - خطورة شديدة لحدوث نوبات صرعية.



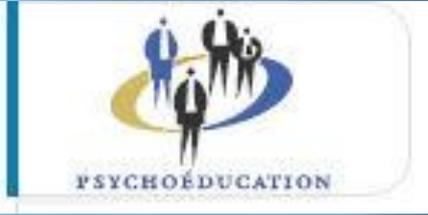
العلاج الكهربائي



□ بالنسبة للفصام يمكن استخدام هذا العلاج في حالات الهيجان الشديد و الحالات الجمودية و في حالات الفصام المترافقة مع الاكتئاب الشديد و الميولات الانتحارية.



الجلسة 9 الانتكاسة

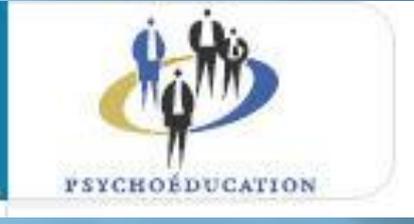


في كثير من الأحيان تحدث إنتكاسات لدى المريض الفصامي ، عبارة عن معاودة الأعراض المرضية و الإضطرابات السلوكية للظهور من جديد ، وذلك بسبب العديد من العوامل و الأسباب المتعلقة بطبيعة المرض نفسه أو بسبب المريض ومواقفه من المرض و العلاج أو بسبب البيئة المحيطة بالمريض ومواقفها منه ومن المرض النفسي بشكل عام .



ان الفصام كغيره من الأمراض المزمنة والتي تأخذ مساراً من التحسن والانتكاس. هناك بعض العوامل التي تؤخر حدوث الانتكاسة وقد تمنعها من الحدوث على الإطلاق ولنا الحق في لوم الأسرة أو من يرضى المريض إذا قصر فيها:

- عدم الانتظام على أخذ الدواء.
- عدم أخذ الجرعة الكافية من العلاج. حيث يقلل المريض من الجرعة بعد مله من أخذ العلاج أو بسبب الأعراض الجانبية. وقد يكون ذلك خطأ الطبيب المعالج.
- قلة دعم المريض وحثه على أخذ العلاج
- ضغط نفسي, التعب والإجهاد العضلي
- استخدام الكحول والمخدرات



العلامات المنذرة للانتكاسة:

- إذا ظهرت بعض التصرفات الفظة من المريض.
- الإحساس الدائم بأنه مراقب.
- صعوبة التحكم في الأفكار.
- سماع أصوات أو كلام لا يستطيع الآخرون سماعه.
- زيادة الانعزال عن المجتمع.
- مشاهدة أو رؤية أشياء لا يستطيع الآخرون رؤيتها.
- التحدث بكلمات لا معني لها.
- المبالغة في التصرف مثل التدين الشديد.
- الغضب بدون مبرر مع الخوف الشديد.
- عدم النوم والهيجان.



ماذا تفعل عند انتكاسة المرض؟

- **اعمل على تهدئة المريض, تحدث إليه بهدوء و ببطء وبصوت طبيعي وواضح.**
- **لا تصرخ بوجه المريض أو تتهكم به أو تسخر مما يقول. لأننا نعلم أن هذا خارج عن إرادته كما في كل الأمراض العضوية.**
- **حاول أن تقنع المريض بحاجته للذهاب إلى المستشفى أو إحضاره إلى المستشفى رغماً عنه.**
- **الاتصال بالإسعاف والشرطة قد يكون ضرورياً وملحاً عند صعوبة التحكم بالمريض, وعدم استجابته للذهاب إلى المستشفى.**



الحصول على العلاج :

- **خذ المبادرة - إذا بدأت أعراض المرض في الظهور فأبحث عن الطبيب المتخصص في علاج المرض .**
- **ساعد الطبيب بإمداده بكل ملاحظاتك عن الحالة المرضية.**

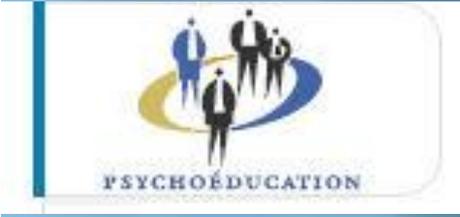


المساعدة في تقديم العلاج :

العلاقة بين الطبيب والمريض علاقة هامة ويجب أن تكون علاقة يسودها الخصوصية وحفظ أسرار المريض التي يبوح بها للطبيب ،ومع ذلك فأن للأسرة الحق في معرفة بعض المعلومات عن حالة المريض التي تساعد في تقديم الرعاية والعلاج المناسب . إن جزء كبير من مهمة الطبيب هو محادثة وشرح وتوجيه أسرة المريض القلقة عليه . ويعتمد الأطباء النفسيون على الأسرة للمساعدة في تحسن حالة المريض لأنهم يعلمون أن أي فرد من أقارب المريض يستطيع المساعدة في سرعة التحسن .

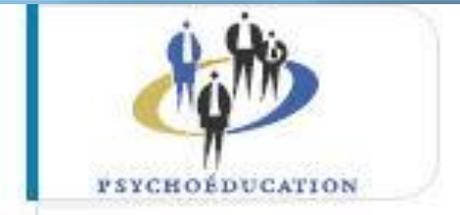


- كلما تم عرض المريض بشكل مبكر على الطبيب كلما استطعنا تدارك الانتكاسة بشكل أسرع وأفضل.
- بعد الخروج من هذه الانتكاسة لابد من مناقشة أفراد العائلة والمريض مع الطبيب المعالج لتحديد الأسباب الكامنة وراء انتكاس المرض ولنتعلم درس جديد في رعاية مريض الفصام.
- لا تمنع الأدوية الإنتكاسة و لكن هنالك دليل على إنها تقلل من عدد المرات وحدثها



الجلسة 10

دور المستشفى والتأهيل الإجتماعي و العمل



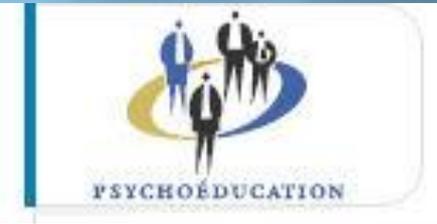
دور المستشفى في علاج مرض الفصام:

يقضي أغلب مرضى الفصام مرحلة غالبا ما تكون فيها الأعراض حادة و يحتاجون فيها للعلاج بالمستشفى،

فهو مكان آمن يجيد العاملين به فن التعامل مع المريض في مراحله الصعبة على الاسرة و أيضا يقدم الحماية للمريض من نفسه ومن سلوكه المضطرب.

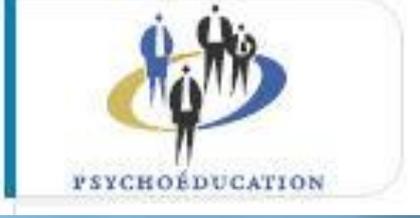


و في الوقت ذاته يضع الطبيب أفضل سبل التعامل مع هذا المريض و انتقاء الدواء و استبعاد ما فيه من أعراض جانبية و كذلك ضبط الجرعة الدوائية المناسبة مما يساعد بدرجة كبيرة على سرعة التحسن و الشفاء.



إعادة التأهيل الإجتماعي:

نظرا لأن مريض الفصام يفقد الكثير من مهاراته الاجتماعية كالعلاقة مع الآخرين والتواصل معهم. فلا تجده يبدأ بالحديث من تلقاء نفسه وإذا كلمه أحد يرد باختصار وبكلام غير مفهوم أو بطريقة غير طبيعية لا تمت للموضوع بصله, لذا يجب إعادة تدريبه على المهارات الاجتماعية وتأهيله على القيام بما يتناسب وحالته واعدته للمجتمع بصورة نافعة وبناءة وهذا هو الهدف النهائي للعلاج.



أهمية العمل:

يستطيع المصابين بالفصام القيام بالعمل- حتى لو كانوا يعانون من بعض الأعراض.
إن العمل يشكل جزءا حيويا يفيد في إعادة التأهيل، فهو يرفع المعنويات ويعيد ارتباط المريض بالمجتمع ويقدم له وسيلة ذات معنى لملء الفراغ.

B- Test d'évaluation

L'ensemble des patients qui ont assisté aux séances psychoéducatives avaient passé un test avant et après ces séances fait de 38 questions portant sur leur niveau de connaissances sur la maladie, sa prise en charge, sur l'intérêt de l'observance thérapeutique et sur les facteurs de rechutes.

C- Fiche d'exploitation

Tous les patients aussi bien ceux qui ont assisté à la psychoéducation que ceux témoin ont remplis une fiche d'exploitation contenant des renseignements sociodémographiques (sexe, âge, statut marital, niveau de scolarité, niveau socioéconomique), des données psychiatriques ainsi que des informations sur leur habitudes toxiques.

D- Echelles d'évaluation :

1- Echelle d'Insight de Birchwood

L'Echelle d'Insight de Birchwood est un auto-questionnaire, élaboré par Birchwood et al. (48) traduit en français par S. Linder et J. Favrod en 2006. Il s'agit de huit affirmations :

1. Certains des symptômes ont été créés par mon imagination ;
2. Je me sens psychologiquement bien ;
3. Je n'ai pas besoin de traitement médicamenteux ;
4. Mon séjour à l'hôpital était nécessaire ;
5. Le médecin a raison de me prescrire ce traitement médicamenteux ;
6. Je n'ai pas besoin d'être vu(e) par un médecin ou un psychiatre ;
7. Si quelqu'un disait que j'avais une maladie nerveuse ou mentale il aurait raison ;

8. Aucune des choses inhabituelles que j'ai vécues n'est due à une maladie.

Les réponses sont de trois types : en accord, en désaccord ou incertain(e). Chaque réponse est cotée de zéro à deux, avec un bon insight à partir d'un score égal à neuf. En plus du score général, cette échelle permet de distinguer la qualité de l'insight pour trois dimensions : la conscience des symptômes, la conscience de la maladie et le besoin de traitement.

2- Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg est un auto-questionnaire de dix items (49). Six items sont présentés sous forme positive (ex : J'ai l'impression d'avoir un certain nombre de qualités personnelles). Quatre items (items 4, 5, 8,10) sont présentés sous forme négative (ex : J'ai l'impression de n'être bon à rien). Les items sont présentés dans le Tableau1. Les réponses sont cotées sur une échelle d'accord en quatre points allant de 0 (pas du tout d'accord) à 3 (tout à fait d'accord). Certains utilisent une cotation en quatre points de 1 à 4. La cotation des items positifs est inversée. L'intervalle des scores s'étend de 0 à 30 ou de 10 à 40 suivant la cotation. Un score inférieur à 20 pour la cotation de 0 à 3 ou inférieur à 30 pour la cotation de 1 à 4 correspond à une faible estime de soi.

3- Positive And Negative Syndrome Scale PANSS

Il s'agit d'une échelle diagnostique d'intensité qui évalue (hétéro-évaluation) les symptômes psychopathologiques observés chez les patients qui présentent des états psychotiques, en particulier des états schizophréniques. L'échelle se présente sous la forme d'un questionnaire de 30 items. Sept items constituent l'échelle positive, sept autres items composent l'échelle négative et, enfin, 16 items concernent les éléments de la psychopathologie générale. Les items sont cotés sur une échelle d'intensité en sept points (1 absent, 7 extrême). La cotation des items de l'échelle repose sur les éléments verbaux rapportés lors de l'entretien, les

manifestations physiques et comportementales observées et les éléments rapportés par l'équipe soignante ou la famille. Le temps nécessaire à la passation varie entre 30 et 45 minutes.

V- Résultats :

Les patients ayant participé aux séances psychoéducatives étaient au nombre de 15 ; un patient était exclu après deux séances vu l'installation de symptômes psychotiques ; les autres malades sont restés asymptomatiques durant les 10 séances.

1- Les caractéristiques sociodémographiques :

a- Groupe 1 : Le groupe bénéficiant des séances psychoéducatives

L'âge moyen de ces participants était de 31,42 (écart type 8,772) avec une prédominance masculine (57,1% homme et 42,9% femme) et un sexe ratio homme/femme de 1,3. La majorité des patients étaient célibataire dans 71,4% des cas, avec une scolarité jusqu'au niveau primaire dans 50 %des cas et d'un bas niveau socioéconomique dans 71,4 % des cas. Seuls 21.4 % des cas avait une activité professionnelle. (Voir tableau 1)

Tableau 1 : données sur les patients du groupe 1 participants au programme psychoéducatif.

Patient	Sexe	Age (ans)	Niveau d'étude	Durée de la maladie (ans)	Forme de schizophrénie
Patient n°1	F	29	Primaire	13	Sch. Désorganisée
Patient n°2	M	53	Secondaire	20	Sch. Paranoïde
Patient n°3	M	28	Primaire	10	Sch. Désorganisée
Patient n°4	M	26	Secondaire	9	Sch. Paranoïde
Patient n°5	F	20	Primaire	5	Sch. Paranoïde
Patient n°6	F	26	Jamais Scolarisé	16	Sch. Désorganisée
Patient n°7	M	36	Primaire	11	Sch. Paranoïde
Patient n°8	M	25	Secondaire	8	Trouble Schizoaff
Patient n°9	M	42	Secondaire	21	Sch. Paranoïde
Patient n°10	M	25	Primaire	13	Sch. Paranoïde
Patient n°11	M	27	Primaire	8	Sch. Paranoïde
Patient n°12	F	28	Secondaire	14	Sch. Paranoïde
Patient n°13	F	31	Primaire	20	Sch. Paranoïde
Patient n°14	F	44	Secondaire	26	Sch. Paranoïde

b- Groupe 2 : Le groupe témoin

Les participants du groupe témoin avaient un âge moyen de 39,14 (écart type 9,906) avec une prédominance masculine (78,6 % homme et 21,4 % femme) et un sexe ratio homme/femme de 3,6. La majorité des patients étaient célibataire dans 92,9% des cas, d'un niveau d'instruction primaire dans 64,3% ; sans activité professionnelle dans 57,1% des cas avec un bas niveau socioéconomique dans 92,9 %des cas. (Voir tableau 2)

Tableau 2 : données sur les patients du groupe 2 qui n'ont pas assisté aux séances psychoéducatif.

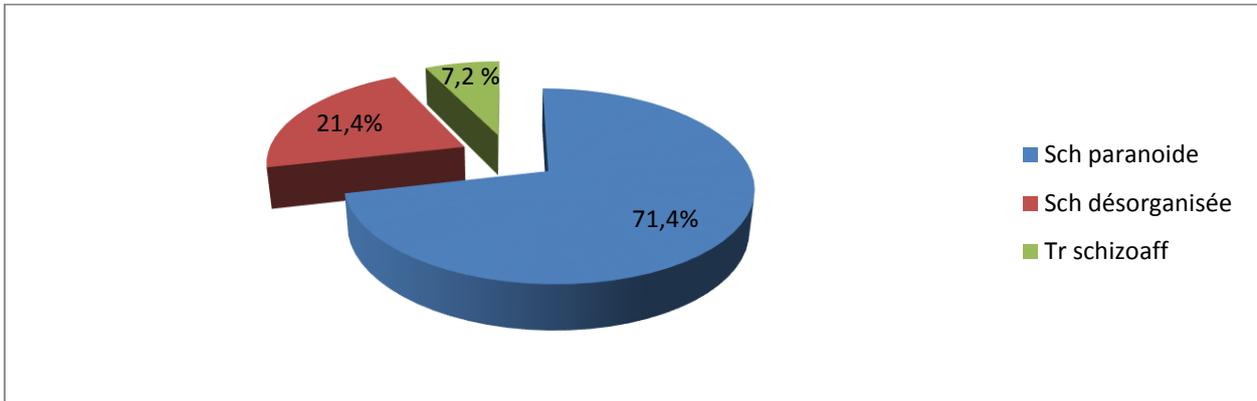
Patient	Sexe	Age (ans)	Niveau d'étude	Durée de la maladie (ans)	Forme de schizophrénie
Patient n°1	M	36	Primaire	10	Sch. Paranoïde
Patient n°2	M	45	Primaire	18	Sch. Paranoïde
Patient n°3	M	29	Primaire	5	Sch. Paranoïde
Patient n°4	F	37	Primaire	7	Sch. Paranoïde
Patient n°5	M	49	Primaire	12	Sch. Désorganisée
Patient n°6	M	50	Secondaire	20	Sch. Paranoïde
Patient n°7	F	26	Secondaire	2	Sch. Paranoïde
Patient n°8	M	30	Universitaire	10	Sch. Paranoïde
Patient n°9	M	45	Jamais scolarisé	9	Sch. Résiduelle
Patient n°10	M	28	Jamais scolarisé	6	Trouble Schizoaff
Patient n°11	M	52	Primaire	22	Sch. Paranoïde
Patient n°12	F	55	Primaire	25	Sch. Paranoïde
Patient n°13	M	32	Primaire	7	Sch. Paranoïde
Patient n°14	M	34	Primaire	3	Sch. Paranoïde

2- Les caractéristiques cliniques :

a- Groupe1 :

La schizophrénie paranoïde était la forme la plus prédominante 71,4 % (Voir graphique 1) avec une ancienneté du trouble en moyenne de 13,85 ans (écart type 4,054) avec un nombre d'hospitalisation en moyenne de 1,857 (écart type 6,036) d'une durée moyenne de 6,143 jours (écart type 11,64).

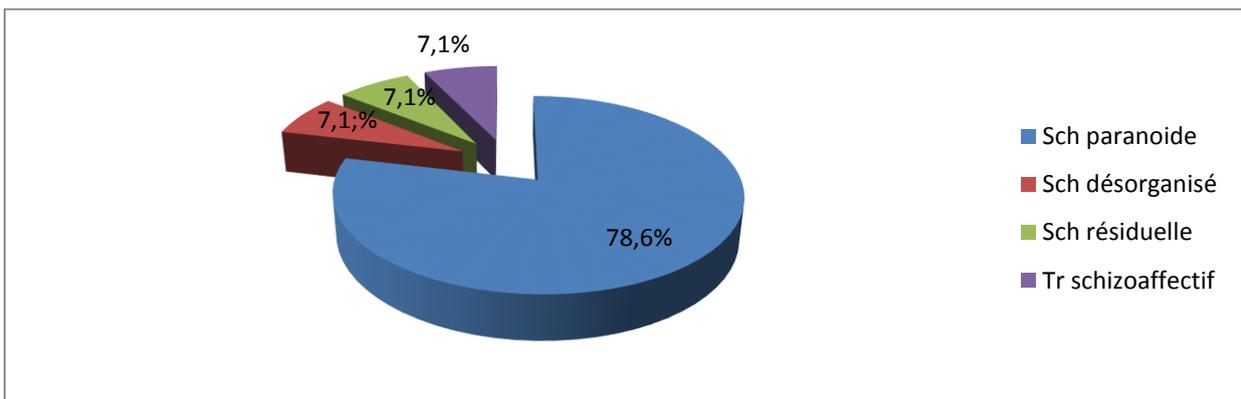
Les participants étaient consommateurs essentiellement du tabac (42,9%), du cannabis (21,4%) et de l'alcool (14,3%).



Graphique1 : Répartition des formes cliniques dans le G1

b- Groupe 2 :

La forme prédominante dans le groupe témoin était La forme paranoïde dans 78,6 % (Voir graphique 2) avec une ancienneté du trouble en moyenne de 11,14 ans (écart type=7,294) et un nombre d'hospitalisation de 1,42 en moyenne (écart type=1,741) d'une durée moyenne ne dépassant pas 5,4 jours (écart type=5,983). Les habitudes toxiques du groupe témoin était similaire au groupe ayant assisté aux séances psychoéducatives avec des pourcentages très proches (tabac 42,9%, cannabis 28,6%, alcool 14,3 %).



Graphique2 : Répartition des formes cliniques dans le G2

3- Test et Echelles d'évaluation :

a- Le test d'évaluation

Tous les participants aux séances psychoéducatives avaient passé au début un test d'évaluation sous forme de questions concernant leur connaissance sur la maladie mentale et plus précisément sur la schizophrénie, sur le traitement et sur les rechutes.

Après ces séances psychoéducatives on avait constaté une amélioration du niveau de connaissance des participants, la moyenne du pré-test avait passé de 25,28 (écart type=1,741) pour devenir après ces séances 28,85 (écart type= 4,347) avec un p non significatif $p= 0,569$.

b- Le PANSS

Le sous type positif était le plus prédominant dans les deux groupes avec les même proportions ($G1 = G2 = 85,7 \%$).

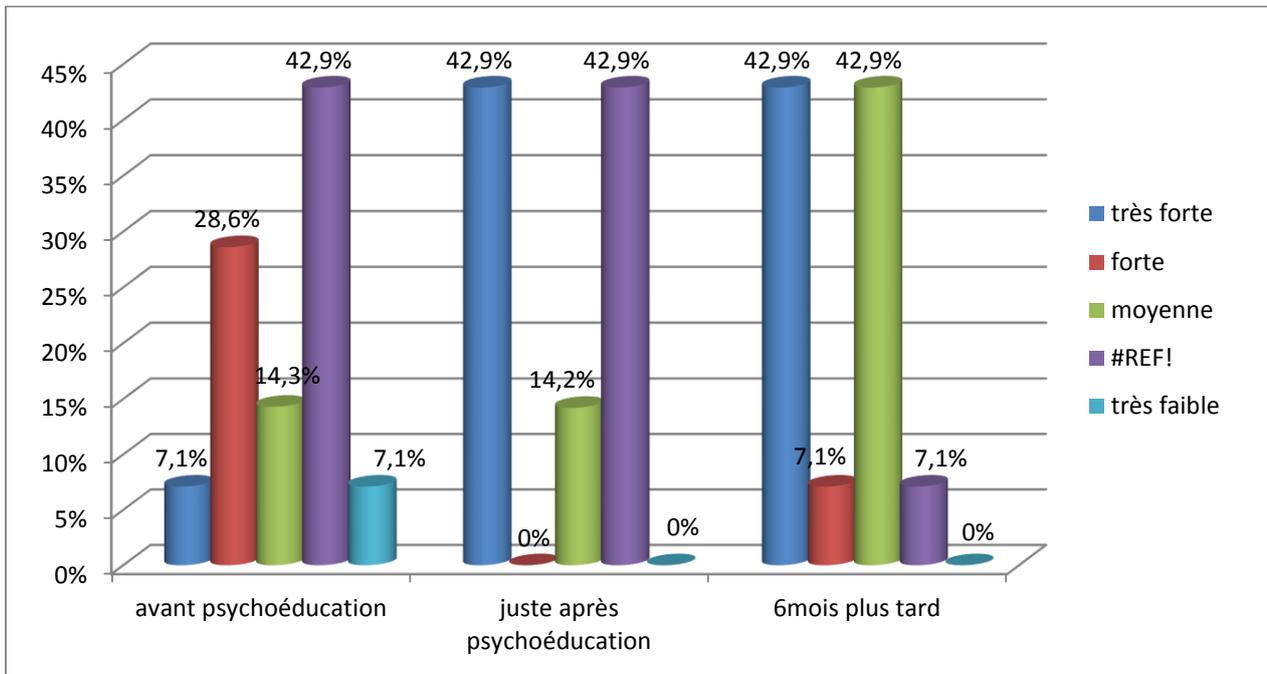
La passation du PANSS au bout de 6 mois a permis de déceler une seule rechute au sein du G1 alors que dans le G2 il y avait trois rechutes.

c- L'échelle d'estime de soi de Rosenberg

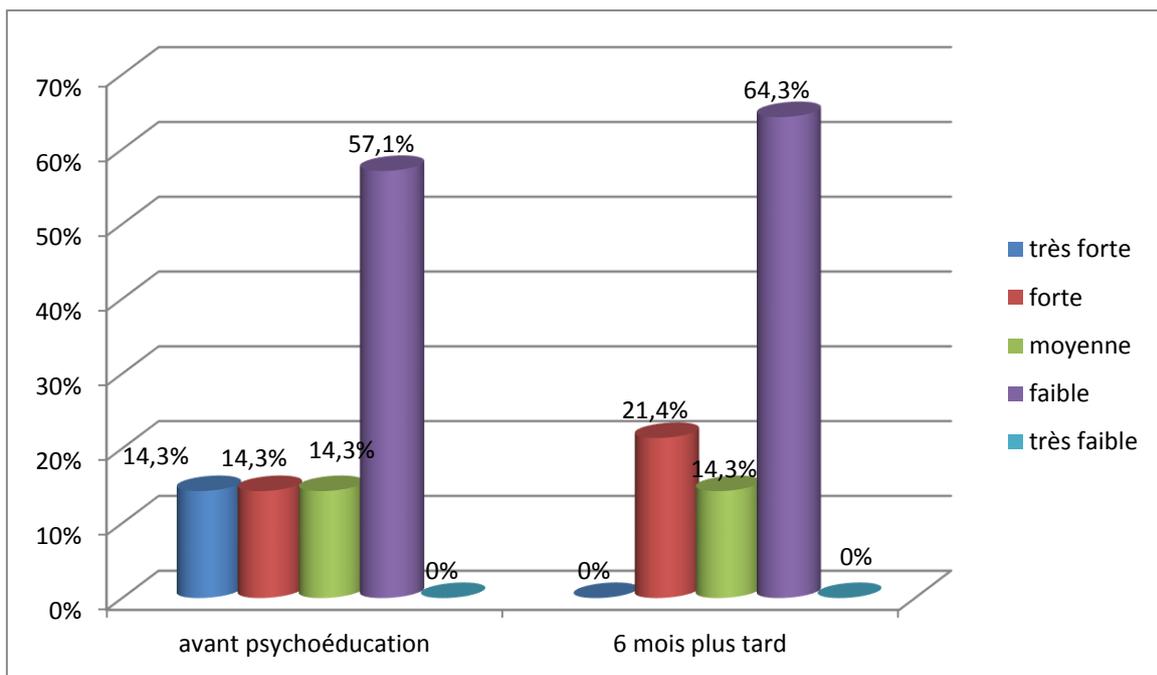
Dans le groupe 1, l'évaluation de l'estime de soi selon l'échelle de Rosenberg a objectivé des scores qui ont évolué favorablement et significativement après la psychoéducation $p=0.049$ avec après 6 mois un p qui est resté toujours significatif $p=0,016$. (Voir graphique3)

Dans le groupe 2, on a constaté une détérioration des scores de l'échelle de Rosenberg au bout de 6 mois avec $p=0,04$. (Voir graphique4)

La corrélation des scores de cette échelle entre les deux groupes 1 et 2 au bout de 6 mois était significative avec un $p=0,003$.



Graphique3 : L'évolution de l'estime de soi chez le groupe 1

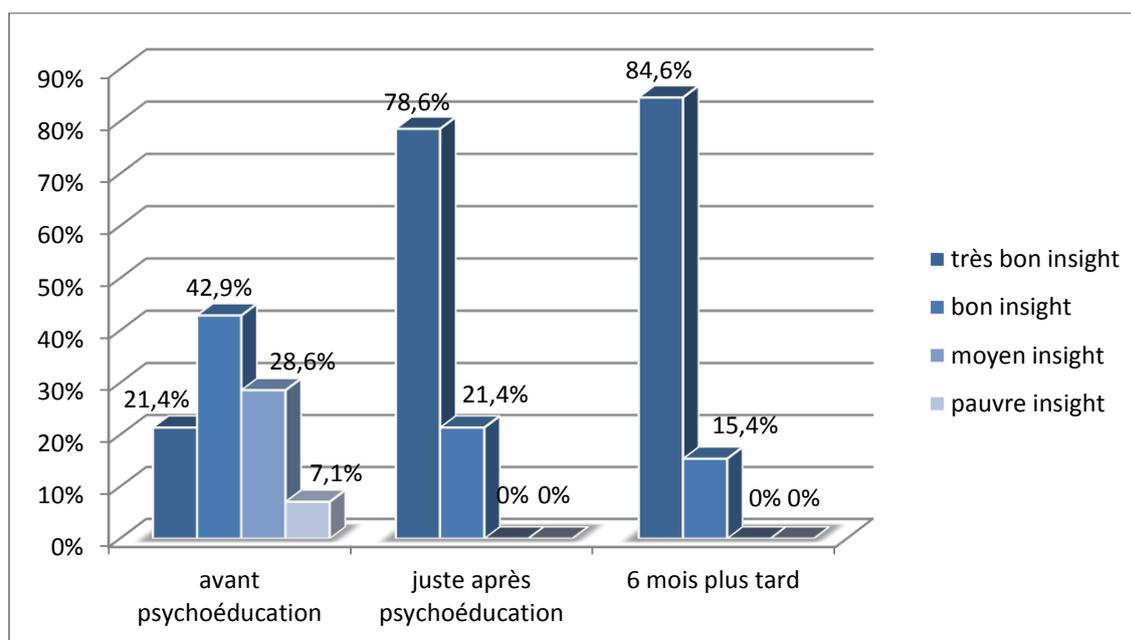


Graphique 4 : L'évolution de l'estime de soi chez le groupe 2

d- L'échelle d'insight de Birchwood

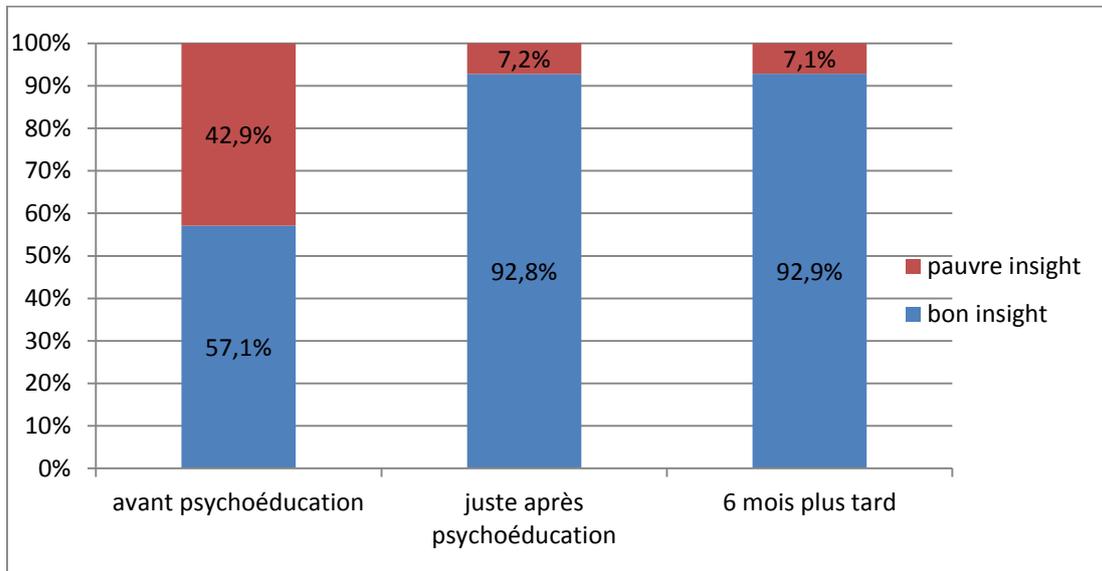
Dans le groupe 1, on a constaté une nette amélioration de l'insight ; avant de passer les séances de psychoéducation l'insight était dans 21.4 % très bon, 42.9%

bon, 28.5% moyen et dans 7.2% pauvre. Ces pourcentages ont passé juste après la psychoéducation à 78.5% pour le très bon insight et a 21.5% pour le bon insight avec un p significatif $p=0.0204$. Ces résultats sont restés significatifs à l'évaluation de 6 mois plus tard $p=0.000$. Ce qui explique l'effet bénéfique de la psychoéducation sur l'insight. (Voir graphique5)

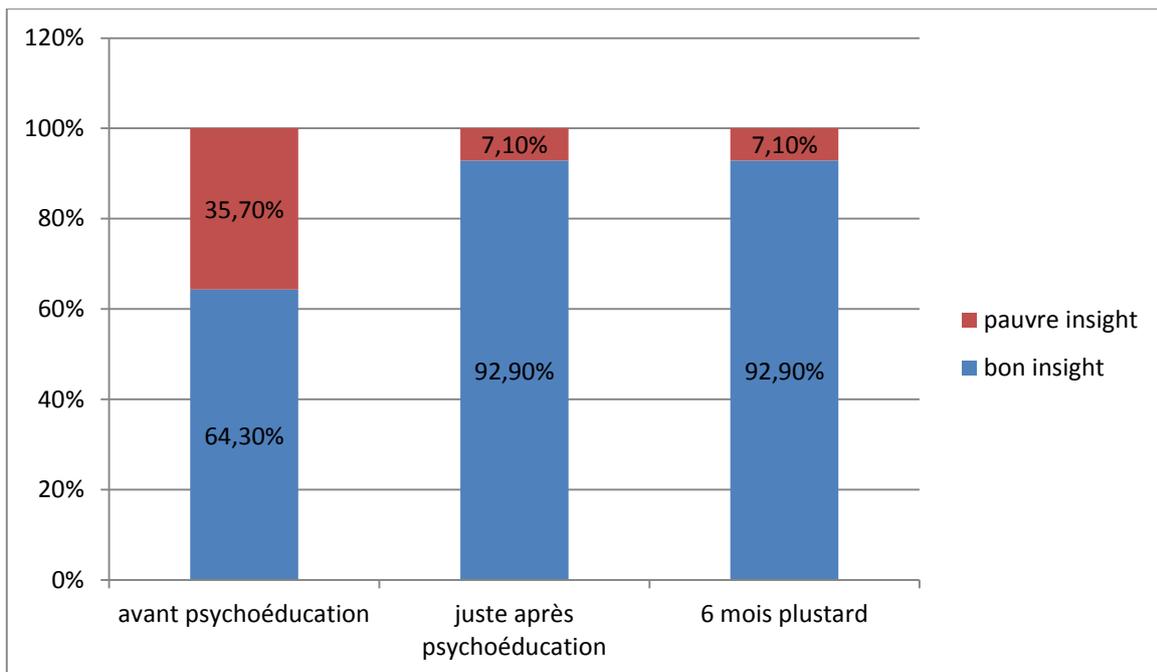


Graphique 5 : Impact de la psychoéducation sur l'insight selon l'échelle de Birchwood chez le G1.

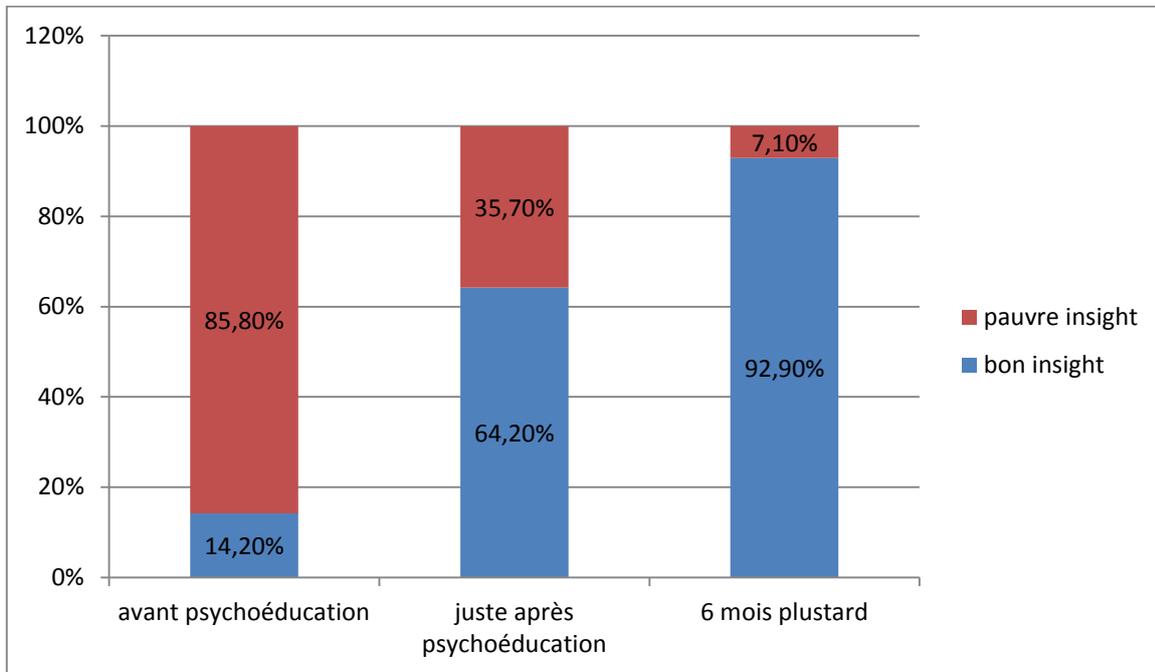
Les scores des trois sous-échelles (conscience des symptômes, conscience de la maladie, besoin du traitement) ont évolué globalement de façon positive. Les résultats étaient significatifs en particulier avec la sous-échelle du besoin du traitement, le score avait passé de 14.2% pour le bon insight avant la psychoéducation à 64.2% juste après la psychoéducation avec un p qui était significatif $p=0.037$ pour atteindre 6 mois plus tard à 92.9% avec un p toujours significatif $p=0.001$, alors que les autres sous-échelles ont connu une bonne évolution mais sans atteindre la signification (Voir graphique 6, 7,8)



Graphique 6 : Evolution des scores de l'item de la conscience des symptômes de l'échelle de Birchwood chez le G1



Graphique7 : Evolution des scores de l'item de la conscience de la maladie de l'échelle de Birchwood chez le G1



Graphique8 : Evolution des scores de l'item du besoin du traitement de l'échelle de Birchwood chez le G1

Dans le groupe 2 qui n'avait pas assisté aux séances psychoéducatives, les scores de l'échelle de Birchwood n'ont pas connu un grand changement après un intervalle de 6 mois avec un p non significatif.

La corrélation des scores de cette échelle entre les deux groupes 1 et 2 au bout de 6 mois était significative avec un $p=0,026$.

De même la signification a atteint même le score des sous échelles :

- L'item de la conscience des symptômes $p=0.001$
- L'item de la conscience de la maladie $p=0.003$
- L'item du besoin du traitement $p=0.000$

VI- Discussion :

Notre étude vise à déterminer l'impact de la psychoéducation chez un groupe de patients schizophrènes stabilisés tout en les comparant avec un groupe témoin également de schizophrènes n'ayant pas assisté à ces séances psychoéducatives.

Avant de discuter nos résultats, il est important d'indiquer certaines limites dans nos analyses qui peuvent être un biais à l'interprétation des résultats. Une de ces limites se situe dans la faiblesse des échantillons de sujets comparés, nos groupes de sujets étant composés chacun de seulement 14 patients (28 patients au total). Cette défaillance s'explique par les difficultés du travail longitudinal, notamment lorsqu'il s'agit de tester des patients participant à un programme d'une durée de 10 semaines avec une réévaluation au bout de 6 mois.

Les données sociodémographiques de notre population étaient proches à ceux des autres études s'intéressant également à l'impact de la psychoéducation, utilisant différents programmes (PACT, SCHIZ'EDUC, SOLEDOC, ARSIMED, PRACS) (41, 50, 51, 52, 53). Cette similitude concernait aussi bien le nombre de participants, leur moyenne d'âge, la prédominance masculine que les autres données sociodémographiques (le niveau socio-économique, le niveau d'étude, le statut matrimonial, l'insertion professionnelle...).

Sur le plan clinique, dans notre échantillon la forme la plus prédominante était la schizophrénie paranoïde conformément aux autres études (50, 51) avec une proportion assez importante du sous-groupe positif selon le PANSS et une ancienneté du trouble de plus de 10 ans. Cependant, on n'a pas donné d'importance pour ce dernier critère dans certaines études (38, 37).

Concernant les conduites addictives, nos patients étaient essentiellement consommateurs de tabac avec une faible proportion qui prenait du cannabis, dans d'autres études cet élément faisait partie des critères d'exclusion. (50)

Si on s'intéresse à l'échelle d'insight de Birchwood, notre étude a révélé que le niveau d'insight de l'ensemble des participants s'est amélioré d'une façon significative et en particulier la conscience de la nécessité de la prise du traitement qui a évolué d'une manière positive et significative.

Pour les autres items de l'échelle de Birchwood, en dépit d'une tendance à l'amélioration, nous n'avons pas obtenu de progression significative,

L'effet bénéfique significatif de cette psychoéducation était palpable dans les scores de cette échelle d'insight. Toutefois, le nombre de rechute était moindre dans le groupe bénéficiaire.

Pour Lachaux et Caroli, il serait nécessaire d'intégrer les différentes conceptions de l'estime de soi à côté des dimensions de l'insight pour parvenir à une compréhension la plus complète possible des attitudes du patient. Ce qui donne de l'importance à une éventuelle évaluation de l'estime de soi chez nos participants à l'aide de l'échelle de Rosenberg qui a évolué favorablement et significativement suite aux séances de psychoéducation et plus particulièrement avec le programme PACT. Cependant, la majorité des études n'ont pas évalué ce paramètre avec les autres programmes (50, 51,52, 53).

Des enquêtes récentes ont rapporté que les patients atteints de schizophrénie souhaitaient acquérir une information adaptée sur leur maladie et ses traitements (35,36). Il a été mis en évidence dans plusieurs études randomisées que l'utilisation de procédure d'information non-standardisée, souvent associée à une intervention thérapeutique de type cognitivo-comportementale, réduit significativement le pourcentage de rechute, améliore le fonctionnement psychosocial, et tend à favoriser la compliance avec le traitement et l'acquisition de connaissances (37). Cependant, les résultats sont assez différents lorsque les données issues d'études naturalistes sont prises en compte.

Ainsi, Merinder a montré que les principaux effets de l'utilisation de programme d'information chez les patients atteints de schizophrénie sont d'améliorer la connaissance et la compliance. Ces programmes tendent aussi à diminuer le pourcentage de rechute et l'intensité des symptômes, mais les données

actuelles ne sont pas significatives. De plus, elles restent contradictoires sur les possibilités d'augmentation des capacités d'insight (prise de conscience graduelle). La durée de la maladie et la durée des interventions (courte contre longue) ne semblent pas affecter ces résultats(38,37). Enfin, des études récentes ont montré que ces programmes peuvent améliorer la qualité de vie subjective des patients (39, 40,41).

Concernant le programme P.A.C.T., quelques études récentes ont évalué son impact chez des patients souffrant de schizophrénie et suivis en structures extrahospitalières. Elles ont montré que l'utilisation de ce programme tend à favoriser l'alliance thérapeutique entre le patient, la famille et l'équipe soignante (42, 43,44), à stimuler les capacités d'insight du patient face à sa pathologie. (44), à faciliter l'acquisition de connaissances sur la maladie et ses traitements. (42), et à être bien toléré sur le plan émotionnel par les patients qui y participent (45).

L'ensemble de ces éléments sont donc en accord avec les données de notre travail en confirmant que l'utilisation d'un programme d'information favorise chez les patients atteints de schizophrénie : l'acquisition de connaissances sur la maladie et ses traitements, la compliance avec le traitement, et l'alliance thérapeutique avec l'équipe soignante.

VI- Perspectives :

Les perspectives de notre travail sont multiples. On vise :

- utiliser ce programme adapté de façon régulière chez nos malades.
- Elaborer un programme psychoéducatif pour les familles des patients schizophrènes.
- Elargir ce programme psychoéducatif aux autres pathologies mentales.
- La formation des praticiens en matière de psychoéducation.
- Encourager les patients et les familles à former des associations pour usagers de soin de santé mentale.
- Faire la piste de plusieurs travaux de recherche.

VIII- Conclusion :

De nombreuses études ont démontré un intérêt thérapeutique majeur de la psychoéducation sur de nombreuses dimensions cliniques dans la maladie schizophrénique, aussi bien pour les patients que pour leur famille. Il reste à surmonter les réticences et à développer ces interventions en complément des dispositifs de soins existant. Toutefois, certains suggèrent également d'étudier les différences individuelles des patients afin d'identifier des groupes pour lesquels une meilleure amélioration clinique est attendue avec une approche thérapeutique plutôt qu'une autre. Il s'agirait d'orienter le patient vers la forme d'intervention la plus efficace en fonction de ses caractéristiques cliniques et psychologiques.

Résumé :

Introduction : La psychoéducation est particulièrement indiquée dans les maladies psychiques chroniques, notamment la schizophrénie, car elle permet une compensation relative des déficiences liées aux troubles psychiatriques par une implication du patient dans son propre parcours thérapeutique, mais aussi celle de son entourage. C'est une intervention thérapeutique complémentaire des prises en charge classiques de la schizophrénie, qui a donné lieu à de nombreuses recherches et évaluations. Elle constitue aujourd'hui une recommandation dans les guidelines internationaux.

Objectifs : Notre travail avait pour objectifs :

1- Adapter le contenu du programme P.A.C.T à notre contexte en arabe dialectale.

2- Informer sur la maladie, les traitements, les effets secondaires et les correcteurs.

3- Favoriser l'acceptation de la maladie, la prise en charge et l'observance thérapeutique, ainsi que la compréhension de l'entourage.

4- Prévenir les rechutes, en lien avec la notion de vulnérabilité, en soutenant le patient dans l'identification des signes précurseurs d'une rechute et des stratégies qu'il peut mettre en œuvre tout en corrigeant le manque d'insight considéré comme faisant partie du tableau clinique de la schizophrénie

5-Evaluer l'impact de ces séances psychoéducatives sur le taux de rechute sur une période de 06 mois comparé à celui d'un groupe témoin bénéficiant des informations habituelles concernant leur maladie pendant une durée équivalente au programme psychoéducatif.

⇒ But Final : Donner à nos patients schizophrènes un maximum d'autonomie, de responsabilité dans le traitement de leur maladie et des stratégies thérapeutiques simplifiées afin d'optimiser la prévention des rechutes.

Méthodologie : Ces séances de psychoéducation étaient hebdomadaires au nombre de 10, de 60 minutes chacune qui se sont déroulées dans un centre de réhabilitation des malades mentaux « CENTRE ENNOUR » et animées en binôme par un psychiatre et une psychologue.

Le psychiatre présentait aux malades le thème de la séance à l'aide d'un support visuel diaporama rédigé en arabe classique et qui soutenait leur discours en arabe dialectale avec l'aide d'une psychologue.

Les participants étaient recrutés par un ensemble de patients schizophrènes stables (n'ayant pas présenté de rechute dans les six mois précédents notre travail) qui étaient repartis en 2 groupes:

Groupe 1: composé de 14 patients qui ont passé un pré-test et un ensemble d'échelles d'évaluation (échelle d'évaluation de l'insight de Birchwood, échelle d'évaluation de l'estime de soi de Rosenberg et l'échelle d'évaluation des symptômes psychotiques PANSS : Positive and Negative Syndrome Scale).

Par la suite l'ensemble du groupe 1 avait participé aux séances psycho-éducatives adaptées au programme P.A.C.T, la passation des échelles serait répétée à la fin de la psychoéducation avec un post test qui comprenait les mêmes questions du pré-test.

Groupe 2: fait également de 14 autres patients schizophrènes stables qui ont passé les échelles d'évaluations sans assister aux séances de psychoéducation.

L'évaluation du programme (satisfaction et connaissance des patients en matière de schizophrénie en se basant sur le pré-test et sur le post-test) et de son efficacité (amélioration de l'insight et du taux de rechute et d'hospitalisations) est

faite au moyen du test d'évaluation en trois temps : avant le début du programme, à la fin de la dernière séance et à 6 mois.

Résultats : Dans les deux groupes, l'âge moyen des participants était dans les trentaines (G1 :31,42-G2 :39,143) avec une prédominance masculine (G1 : 57,1% hommes, 42,9% femmes – G2 : 78,6% hommes, 21,4% femmes). La majorité était célibataire (G1 : 71,4% célibataire, 28,6% marié – G2 : 92,9% célibataire, 7.1% marié), de bas niveau socioéconomique (G1 :71,4% – G2 :92,9%). La schizophrénie paranoïde était le diagnostic le plus prédominant (G1 :71,4% –G2 :78,6%).

Dans le G1, le sous-type positif présentait 85,7% selon le PANSS, l'ensemble des patients ont passé l'échelle d'évaluation de l'insight IS de Birchwood. Avant ces séances l'insight était dans 21.4 % très bon, 42.9% bon, 28.5% moyen et dans 7.2% pauvre. Ces pourcentages ont passé juste après la psychoéducation à 78.5% pour le très bon insight et a 21.5% pour le bon insight avec un p significatif $p=0.0204$. Ces résultats sont restés significatifs dans l'évaluation de 6 mois après $p=0.000$. Les scores des trois sous-échelles ont évolué globalement de façon positive et significative avec une nette amélioration de l'insight. Ce qui explique l'effet bénéfique de la psychoéducation sur l'insight. De même pour l'estime de soi selon l'échelle d'évaluation de l'estime de soi de Rosenberg, les scores ont évolué favorablement après la psychoéducation $p=0.049$ avec après 6 mois un $p=0.016$.

Le nombre de rechute au bout de 6 mois dans le groupe 1 était limité à un seul patient alors que dans le groupe 2 les patients qui avaient rechutaient étaient au nombre de 3.

Dans le groupe 2, le sous-type positif était également prédominant selon le PANSS, de même on avait constaté une détérioration des scores de l'échelle de Rosenberg au bout de 6 mois avec $p=0,04$. La corrélation des scores de cette échelle entre les deux groupes 1 et 2 au bout de 6 mois était significative avec un $p=0,003$.

Pour l'échelle de Birchwood dans le groupe 2 qui n'avait pas assisté aux séances psychoéducatives, les scores n'ont pas connu un grand changement après un intervalle de 6 mois avec un p non significatif. La corrélation des scores de cette échelle entre les deux groupes 1 et 2 au bout de 6 mois était significative avec un $p=0,026$.

De même la signification a atteint même le score des sous échelles :

- L'item de la conscience des symptômes $p=0.001$
- L'item de la conscience de la maladie $p=0.003$
- L'item du besoin du traitement $p=0.000$

La corrélation entre les 2 groupes 1 et 2 aussi bien pour l'échelle de l'insight de Birchwood que pour l'échelle d'estime de soi s'est révélée significative.

Conclusion :

De nombreuses études ont démontré un intérêt thérapeutique majeur de la psychoéducation sur de nombreuses dimensions cliniques dans la maladie schizophrénique, aussi bien pour les patients que pour leur famille. Il reste à surmonter les réticences et à développer ces interventions en complément des dispositifs de soins existant.

ANNEXE

Test d'évaluation :

- اختبار التقييم
- 1 كم عدد الأشخاص المصابين بالفصام في العالم؟
 - مآت الأشخاص .
 - آلاف الأشخاص.
 - ملايين الأشخاص.
 - 2 هل يعد مرض الفصام من بين أمراض الذهان؟
 - صحيح.
 - خطأ.
 - 3 تظهر أمراض الفصام خاصة عند؟
 - الطفل الصغير.
 - الراشد الذي عمر يتراوح ما بين 15 و 30 سنة.
 - الراشد الذي عمره يتجاوز 40 سنة.
 - 4 إذا أضاف لك الطبيب دواء آخر ، هل هذا يدل على أن حالتك النفسية تدهورت ؟
 - صحيح.
 - خطأ.
 - 5 لا أعرف لماذا أضاف الطبيب دواء جديد ؟
 - أثق فيه و أخذ الدواء دون نقاش.
 - أسأل جاري الذي أثق فيه لأنه يأخذ أيضا نفس الدواء
 - أسأل الطبيب المعالج أو الصيدلاني في أقرب الأجل.
 - 6 إذا أخذت مضادات الذهان لمدة طويلة سأعود عليه و أضطر لزيادة الجرعة؟
 - صحيح.
 - خطأ.
 - 7 التداوي بمضادات الذهان لا يسبب لي أعراض جانبية ؟
 - لأنه غير فعال.
 - لأن جسمي يستحمله.
 - لاشيء أستطيع الاستغناء عنه.
 - 8 الأدوية ذات نفس اللون لها نفس الفعالية؟
 - صحيح.
 - خطأ.
 - 9 تعطي بعض الأدوية في المستشفى على شكل أقراص قابلة للتحلل في الفم أو على شكل قطرات من أجل :
 - عدم البوح للمريض بوضعيته من الناحية العلاجية.
 - للتأكد من أن المرضى أخذوا دوائهم.
 - 10 يصلح مركز إدماج المرضى النفسيين، في نظرك:
 - من أجل الهروب من المجتمع.
 - من أجل تعلم حرفة و الالتقاء بأصدقاء.
 - من أجل الإستشفاء.

- 11- إذا استيقظت فجأة و أحسست بدوار هل هذا يتعلق:
 - بعلامة من علامات المرض.
 - بعلامة من الأعراض الجانبية لمضادات الذهان.
- 12- مضادات الذهان أدوية جديدة يجربها الأطباء على المريض؟
 - صحيح.
 - خطأ.
- 13- لعلاج حالتني المرضية مضادات الذهان هي الوسيلة الوحيدة؟
 - صحيح.
 - خطأ.
- 14- إذا كان طبيبي المعالج جيدا عليه أن يكون قادرا على علاج مرضي؟
 - صحيح.
 - خطأ.
- 15- لا أستطيع البقاء ثابتا في مكاني هل هذا ؟
 - من علامات المرض و يجب الزيادة في جرعة الدواء.
 - من الأعراض الجانبية للدواء و يجب علي إخبار طبيبي المعالج.
- 16- خلال فترات استشفائي لاحظت أنني أخذ عدد كبير من الأقراص بالمقارنة مع المرضى الآخرين، أفلقتني هذا و فكرت أنني أعاني من أخطر مرض؟
 - صحيح.
 - خطأ.
- 17- مضادات الذهان لا تسكن مرض الفصام إذ أن علامات المرض تظهر بمجرد إيقافها؟
 - صحيح.
 - خطأ.
- 18- إذا أخبر بن أحد أقربائي بأنني أصبحت لا أنام الوقت الكافي و عصبيا و لم تعد لدي شهية جيدة:
 - يجب أن أقلق لأن هذا يدل على الانتكاسة.
 - من الطبيعي أن يمر الشخص بمثل هذه الفترات و ي كفي أن أنتظر أن تمر.
- 19- أخذ مضادات الذهان يتطلب أخذ الحيطه و الحذر خلال الحياة اليومية:
 - صحيح.
 - خطأ.
- 20- تؤدي مضادات الذهان عند الرجل كما هو عند المرأة للعقم؟
 - صحيح.
 - خطأ.
- 21- على الرغم من أخدي لمضادات الذهان بشكل منتظم يمكن أن أنتكس؟
 - صحيح.
 - خطأ.
- 22- الأعراض يقصد بها:
 - مفعول الدواء.
 - علامة من علامات المرض.

- 23- عندما يكون لدي إحساس أن الأشخاص الذين أستمع عادة برفقتهم يريدون أن ينقلوا لي المشاكل أو ينتقدوني يجب علي:
- أن أخبر الطبيب المعالج بشكوكي.
 - قطع علاقتي بهم فوراً.
- 24- أسباب مرض الفصام :
- واضحة.
 - موضوع بحث.
 - غير مفهوم نهائياً.
- 25- في بعض الحالات تعاودني أصوات في رأسي، هل إذا أخبرت الطبيب سأجد نفسي في المستشفى لعدة أسابيع:
- صحيح.
 - خطأ.
- 26- اضطراب النوم من العلامات المنذرة بالانتكاسة؟
- صحيح.
 - خطأ.
- 27- إذا نسيت أخذ جرعة الصباح من الدواء يجب علي:
- أن أضيفها إلى الجرعة الموالية في وقت الغذاء أو العشاء.
 - أن أخذ الجرعة الموالية دون أي تغيير.
- 28- أتردد في أخذ مضادات الذهان لفترة طويلة، لأنه يمكن أن أصبح مدمناً عليها و لن أستطيع التخلص منها؟
- صحيح.
 - خطأ.
- 29- سمعت بمركز النور:
- هو مركز إدمان المرضى النفسيين.
 - هو نادي تجمع الأطباء و الممرضين.
 - هو مركز إيواء (خيرية).
- 30- عندما أشعر بأعراض الانتكاسة (أفكار غريبة، هلاوس، اضطرابات النوم...) يجب علي أن:
- أقفل على نفسي في البيت حتى أرتاح دون إزعاج.
 - أجد حلاً بنفسي دون أن أزعج الطبيب، أستطيع مثلاً أن أزيد في جرعة الدواء و أنتظر التحسن.
 - أتصل عاجلاً بالطبيب.
- 31- إذا كنت عنيفاً يمكن إدخالني المستشفى دون موافقتي:
- صحيح.
 - خطأ.
- 32- يمكن استعمال مضادات الذهان ب 3 طرق:
- يومياً عن طريق الفم.
 - بواسطة الحقن في الحالات المستعجلة.
 - بواسطة الحقن لمدة طويلة بعد فترات منتظمة.
- صحيح.
 - خطأ.
- 33- إيقاف الدواء أو أخذه بطريقة غير منتظمة يعرض للانتكاسة :
- صحيح.
 - خطأ.

- 34- أوقفت دوائي لمدة 15 يوما و لم أنتكس لكنني أصبحت عصيبا هل هذا يدل على أنني:
- شفيت و لا داعي للقلق.
- كان علي أن أناقش الأمر مع الطبيب.
- 35- أشعر بأعراض جانبية لمضادات الذهان ،ليس لدي حل إذا أخبرت الطبيب قد يخفض أو يوقف الدواء و أتعرض للانتكاسة ، إذن ليس هناك حل للتخفيف هذه الأعراض.
- صحيح.
- خطأ.
- 36- الانتكاسة في مرض الفصام تظهر بشكل مفاجئ مما يجعل التعرف عليها و الوقاية منها أمر صعب؟
- صحيح.
- خطأ.
- 37- بقدر ما كان لمضاد الذهان تأثير على أعراض المرض، بقدر ما كان له أمراض جانبية؟
- صحيح.
- خطأ.
- 38- هل تعتبر مضادات الذهان :
- دواء لعلاج مرض نفسي.
- مخدر و قد يحدث اضطرابات نفسية.

Fiche d'exploitation

Renseignements sociodémographiques

Nom :

-Prénom :

Numéro dossier :

-Numéro de téléphone :

Age :

-Sexe : M F

Situation matrimoniale :

Célibataire

Marié(e)

Divorcé (e)

Veuf (ve)

Nombre d'enfants :

Niveau de scolarité :

Jamais scolarisé

Primaire

Secondaire

Universitaire

Activité Professionnelle :

Régulière

Irrégulière

Absente

Niveau socioéconomique :

Revenu personnel

Revenu familial

-Bas < 3000 dhs par mois

-Moyen 3000-6000 dhs par mois

-Elevé > 6000 dhs par mois

Informations Psychiatriques:

Diagnostic du trouble psychiatrique:

Schizophrénie Paranoïde Schizophrénie Résiduelle

Schizophrénie Désorganisée Schizophrénie Indifférenciée

Schizophrénie Catatonique Trouble Schizo-affectif

Nombre d'hospitalisation :

Ancienneté du trouble :ans

Durée moyenne d´hospitalisation :Jours

Habitudes toxiques :

Tabac Cannabis Alcool Opiacé Cocaïne

Psychotropes

Voie d´administration : Fumé snifé en IV Orale

Sublingual Durée de consommation :..... ans

Positive And Negative Syndrome Scale PANSS

Echelle positive

P 1 Idées délirantes.	1 2 3 4 5 6 7
P 2 Désorganisation conceptuelle.	1 2 3 4 5 6 7
P 3 Activité hallucinatoire.	1 2 3 4 5 6 7
P 4 Excitation.	1 2 3 4 5 6 7
P 5 Idées de grandeur.	1 2 3 4 5 6 7
P 6 Méfiance/Persécution.	1 2 3 4 5 6 7
P 7 Hostilité.	1 2 3 4 5 6 7

Echelle négative

N 1 Eoussement de l'expression des émotions	1 2 3 4 5 6 7
N 2 Retrait affectif.	1 2 3 4 5 6 7
N 3 Mauvais contact.	1 2 3 4 5 6 7
N 4 Repli social passif/apathique.	1 2 3 4 5 6 7
N 5 Difficultés d'abstraction.	1 2 3 4 5 6 7
N 6 Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation.	1 2 3 4 5 6 7
N 7 Pensée stéréotypée.	1 2 3 4 5 6 7

Echelle psychopathologique générale

G 1 Préoccupations somatiques.	1 2 3 4 5 6 7
G 2 Anxiété	1 2 3 4 5 6 7
G 3 Sentiments de culpabilité.	1 2 3 4 5 6 7
G 4 Tension	1 2 3 4 5 6 7
G 5 Maniérisme et troubles de la posture.	1 2 3 4 5 6 7
G 6 Dépression.	1 2 3 4 5 6 7
G 7 Ralentissement psychomoteur.	1 2 3 4 5 6 7

G 8 Manque de coopération.	1 2 3 4 5 6 7
G 9 Contenu inhabituel de la pensée.	1 2 3 4 5 6 7
G 10 Désorientation.	1 2 3 4 5 6 7
G 11 Manque d'attention.	1 2 3 4 5 6 7
G 12 Manque de jugement et de prise de conscience de la maladie.	1 2 3 4 5 6 7
G 13 Trouble de la volition.	1 2 3 4 5 6 7
G 14 Mauvais contrôles pulsionnels.	1 2 3 4 5 6 7
G 15 Préoccupation excessive de soi (tendances autistiques).	1 2 3 4 5 6 7
G 16 Evitement social actif.	1 2 3 4 5 6 7

Codage :

1=Absence 2=Minime 3=Légère 4=Moyenne
5=Modérément sévère 6=Sévère 7=Extrême

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

- Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre
1-2-3-4
- Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités. 1-2-3-4
- Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté 1-2-3-4
- Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens 1-2-3-4
- Je sens peu de raisons d'être fier de moi. 1-2-3-4
- J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même. 1-2-3-4
- Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi. 1-2-3-4
- J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même 1-2-3-4
- Parfois je me sens vraiment i 1-2-3-4
- Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien 1-2-3-4

Codage :

1= Tout à fait en désaccord
2= Plutôt en désaccord
3= Plutôt en accord
4= Tout à fait en accord

Echelle d'Insight de Birchwood

	D'accord	Pas D'accord	Incertain
1. Certains des symptômes ont été créés par mon imagination			
2. Je me sens psychologiquement bien			
3. Je n'ai pas besoin de traitement médicamenteux			
4. Mon séjour à l'hôpital était nécessaire			
5. Le médecin a raison de me prescrire un traitement médicamenteux			
6. Je n'ai pas besoin d'être vu(e) par un médecin ou un psychiatre			
7. Si quelqu'un disait que j'avais une maladie nerveuse ou mentale il aurait raison			
8. Aucune des choses inhabituelles que j'ai vécues n'est due à une maladie			

Références

1. Goldstein MJ. Psychoéducation and relapse prévention. Int Clin Psychopharmacol 1995 ; 9 (Suppl. 5) : 59–69.
- 1 M. Aubry et A.-C. Estoppe. Revue Médicale Suisse. la psychoéducation dans les troubles affectifs. Numéro : 2315.
- 2 Hogarty G, Anderson C, Reiss D. Family psychoéducation, social skills training, and maintenance of chemotherapy in the after treatment of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1991 ; 48 : 340–7.
- 3 Anderson C, Hogarty G, Reiss D. Family treatment of adult schizophrenic patients. Schiz Bull 1980 ; 6 : 490–505.
- 4 Lalonde P. Démystifier les maladies mentales : la schizophrénie. Montréal : Gaëtan Morin ; 1995.
- 5 Petitjean F, Cordier P, Germain C. Déontologie et psychiatrie. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris). Psychiatrie, 37–061–A–10. 1999.
- 6 Anderson C, Hogarty G, Reiss D. Family treatment of adult schizophrenic patients. Schizophr Bull 1980; 6:490–505.
- 7 Deleu G, Lalonde P. Thérapie psychoéducative. In: Lalonde P, Aubut J, editors. Psychiatrie Clinique. Montréal: Gaëtan Morin; 1999.
- 8 Llorca PM. Psychoéducation : pédagogie ou psychothérapie. Synapse 2004;202.
- 9 Billiet C, et al. Insight et interventions psychoéducatives dans la schizophrénie. Ann Med Psychol 2008;171:324–37.
- 10 Lachaux B, Caroli F. L'information : entre dire pour se protéger et informer pour permettre. Encéphale 2001;27(NS1):26–39.
- 11 Salomé F, Lagathu C, Demant JC, Petitjean F. Un programme d'information sur ; la maladie et ses traitements destiné aux patients atteints de schizophrénie : P.A.C.T. Ann Med Psychol 2002;160:416–20.

- 12 Bauml J, Pitschel-Walz G, Volz A, Engel RR, Kessling W. Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich psychosis information project study. *J Clin Psychiatry* 2007; 68(6):854-61.
- 13 F. Petitjean. Les effets de la psychoéducation. *Annales Médico-Psychologiques* 169 (2011) 184-187
- 14 Bachrach L.L., The chronic patient. "Breaking down the barriers": commentary on a conference theme. *Psychiatr Serv.* 1997 Mar; 48(3):281-2, 294.
- 15 Aubry J.M., Estoppe A.C. La psycho-éducation dans les troubles affectifs. *Revue Médicale Suisse.* Septembre 2000 ; Numéro 685.
- 16 Ajzen I., The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Processes* 1991 ; 50 (179-211)
- 17 Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change *Psychological Review* 1977; 84, 2 (191-215).
- 18 Becker M. The Health Belief Model and sick role behavior. *Health Education Monographs* 1974; 2:409-419.
- 19 Monk T.H., Flaherty J.F., Frank E., Hoskinson K., Kupfer D.J., The Social Rhythm Metric. An instrument to quantify the daily rhythms of life. *Journal of Nervous & Mental Disease* 1990; 178:120-26.
- 20 Carney C.E., Edinger J.D., Meyer B., Lindman L., Istre T., Daily activities and sleep quality in college students. *Chronobiology International* 2006; 23:623-37.
- 21 Castillo MC, Urdapilleta I, Petitjean F, Seznec JC, Januel D. L'annonce du diagnostic de schizophrénie. Analyse textuelle d'entretiens cliniques. *Ann Med Psychol* 2008;166:599-605.
- 22 Deleu G, Lalonde P. Thérapie psychoéducative. In: Lalonde P, Aubut J, editors. *Psychiatrie Clinique.* Montréal: Gaetan Morin; 1999.

- 23 Vaughn CE, Leff JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *The British Journal of Psychiatry* 1976; 129:125–37.
- 24 Lehman AF, Steinwachs DM. Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull* 1998; 24:1–10.
- 25 National Institute for Clinical Excellence, Schizophrenia Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. NICE clinical guideline 82, 2009 (update of NICE clinical guideline 1 (published December 2002). Abba Litho Sales, London.
- 26 American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1–56.
- 27 Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a metaanalysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:547–52.
- 28 Pitschel–Walz G, Leucht S, Bauöml J, Kissling W, Engel R. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a méta analysis. *Schizophr Bull* 2001; 27:73–92.
- 29 Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1998 ; 153 : 321–330.
- 30 Heinrichs RW, Zakzanis KK. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review. *Schizophrenia Research* 1998 ; 32 : 201–206. Sharma T, Antonova L. Cognitive function in schizophrenia.
- 31 Deficits, functional consequences and future treatment. *Psychiatrics Clinics of North America* 2003; 26: 25–40.

- 32 Velligan DI, Mahurin RK, Diamond P.L *et al.* The functional significance of symptomatology and cognitive function in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1997; 25: 21–31.
- 33 Fenton McGlashan. Antecedents, symptom progression, and long-term outcome of the deficit syndrome in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1994; 131: 351–356.
- 34 Chien W, Kan C, Lee I. An assessment of the patients' needs in mental health education. *J Adv Nurs* 2001; 34: 304–11.
- 35 Ferreri M, Rouillon F, Nuss P, Bazin N, Farah S, Djaballah K, et al. De quelles informations les patients souffrant de schizophrénie disposent-ils sur leur maladie et leur traitement. *L'Encéphale* 2000 ; 26 : 30–8.
- 36 Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database System Review* 2000; 4: CD002831.
- 37 Merinder L. Patient education in schizophrenia: a review. *Acta Psychiat Scand* 2000; 102: 98–106.
- 38 Atkinson J, Coia D, Gilmour W, Harper J. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *Br J Psychiatry* 1996; 168:199–204.
- 39 Browne S. Rehabilitation programmes and quality of life in severe mental illness. *Int J Social Psychiat* 1999; 45: 302–9.
- 40 Halford W, Harrison C, Kalyansundaram M, Moutrey C, Simpson S. Preliminary results from a psychoeducational program to rehabilitate chronic patients. *Psychiat Serv* 1995; 46: 1189–91.
- 41 Dumas P, Rolland F, Hautbois F, Seguin I, Lemarois M, Monier M, et al. Programme PACT : évaluer l'apport psychoéducatif. *Santé Mentale* 2000 ; 51 : 12–5.
- 42 Pain H. Alliance thérapeutique. *Santé Mentale* 2000 ; 46 : 24–6.

- 43 Reça M, Simonnot A. L'information du patient atteint de Schizophrénie et sa famille : contribution pour un débat. *Information Psychiatrique* 2000 ; 3 : 336-46.
- 44 Bruneau-Zamouri B, Siphanthong S, Salomé F, Demant JC. Impressions et opinions de patients schizophrènes ayant participé au programme psychoéducatif PACT. *Santé Mentale* 2002 sous presse.
- 45 Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Owens DGC, Johnstone EC. Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophr Res* 1999; 35:247-53.
- 46 Verdoux H. Risque suicidaire dans les états psychotiques avérés. *L'Encéphale* 1998;24:8-11.
- 47 Cooke MA, Peters ER, Kuipers E, Kumari V. Disease, deficit or denial? Model of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112:4.
- 48 Birchwood M, Smith J, Drury V, Healy J, Macmillan F, Slade M. A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89:62-7.
- 49 Rosenberg M. *Society and adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
- 50 Augeraud E, et al. Le programme ARSIMEDI dans les schizophrénies. *Ann Med Psychol (Paris)* (2015).
- 51 Catana A, et al. Intérêt de l'éducation thérapeutique chez les malades souffrant de schizophrénie : le programme SCHIZ'EDUC. *Ann Med Psychol (Paris)* (2014),
- 52 C. Hervieux*, M. Bastien-Toniazzo, C. Lancon, A.M. Gendron, B. Martano, G. Umido. Un nouveau programme de Réhabilitation Sociale PRACS (Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales). *L'Encéphale* (2009) Supplément 1, S24-S32.

53 J.-P. Chabannes, N. Bazin, D. Leguay, P. Nuss, C.-S. Peretti, P. Tatu, A. Hameg, R.-P. Garay, M. Ferreri. Intérêt du programme éducationnel Soleduc1 pour la prévention des rechutes dans la schizophrénie. *Annales Médico-Psychologiques* 167 (2009) 115-118.