



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة  
+ⵓⴽⵍⵓⴰⴳ ⵏ ⵏⵓⴳⵉⵎⵉⵏⵉ ⵏ ⵏⵓⵎⵓⵔⵓⵏⵉ  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2017

Thèse N° 232/17

# LE SUPPORT DE LA PSYCHEDUCATION DES PATIENTS SCHIZOPHRENES ET LEURS FAMILLES

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26/10/2017

PAR

M. DADDA YOUSSEF

Né le 03 Mai 1992 à Erfoud

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Schizophrenie - Psychoeducation - Foire aux questions

JURY

M. BENJELLOUN MOHAMED CHAKIB.....	PRESIDENT
Professeur de Pneumo-phtisiologie	
M. RAMMOUZ ISMAIL.....	RAPPORTEUR
Professeur agrégé de Psychiatrie	
Mme. AARAB CHADYA.....	} JUGES
Professeur agrégé de Psychiatrie	
M. KHABBACHE HICHAM.....	
Professeur Habilité de Psychologie cognitive	

## 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.

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

PUIS, JE TIENS À ADRESSER MES SINCÈRES REMERCIEMENTS ET MES PROFONDES RECONNAISSANCES À PROFESSEUR RAMMOUZ ISMAIL

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

## LISTE DES ABREVIATIONS

**ANTD** : Antécédents

**APA** : American Psychiatric Association

**c-à-d** : C'est-à-dire

**CC** : Commentaires critiques

**CHU** : Centre hospitalier universitaire

**CIM** : Classification internationale des maladies

**DA** : Dopamine

**DSM** : DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDER

**ECG** : Electrocardiogramme

**Etc** : et cætera

**EE** : Emotion exprimée

**EEG** : Encéphalogramme

**EI** : Effets indésirables

**FAQ** : Foire aux questions

**LSD** : Diéthylamide de l'acide lysergique

**NA** : Noradrénaline

**NAMI** : National Alliance on Mental Illness

**NAP** : Neuroleptique d'action prolongée

**NFS** : Numération formule sanguine

**NL** : Neuroleptique

**NMDA** : Acide N-méthyl-D-aspartique

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**PCP** : 1-phénylcyclohexyl-pipéridine

**QT** : Espace QT

**SIE** : Sur implication émotionnelle

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
<b>PREMIERE PARTIE : PSYCHOEDUCATION ET SCHIZOPHRENIE.....</b>	<b>8</b>
<b>I. Schizophrénie.....</b>	<b>9</b>
<b>A. Historique.....</b>	<b>9</b>
<b>B. Les causes de la schizophrénie,.....</b>	<b>13</b>
1. L'approche bio-psycho-sociale.....	13
2. L'Approche génétique .....	13
3. L'Approche neuro biologique .....	14
4. L'Approche psychologique et sociale.....	15
5. L'Approche environnementale.....	15
<b>C .Tableau clinique de la schizophrénie selon le DSM V.....</b>	<b>16</b>
1. Les critères diagnostiques .....	16
2. Les caractéristiques diagnostiques.....	19
3. La prévalence.....	23
4. Le développement et cours.....	23
5. Les facteurs de risque et de pronostic.....	25
6. Le risque de suicide.....	27
7. Les conséquences fonctionnelles .....	27
<b>D. Les méthodes thérapeutiques .....</b>	<b>28</b>
1. Pharmacologie.....	28
2. Biopsychosociales.....	34
3. Psychothérapies.....	34

<b>II. Psychoéducation.....</b>	<b>35</b>
<b>A. Psychoéducation familiale.....</b>	<b>35</b>
1. Introduction.....	35
2. Les effets de la psychoéducation familiale sur l'évolution de la schizophrénie .....	36
3. Les bases théoriques de l'action psychoéducativeauprès des familles .....	37
4. Limites actuelles à la diffusion des programmes psycho éducatifs...	38
5. Un modèle du programme : Profamille.....	40
<b>B. Emotion Exprimée et facteurs associés chez des familles de patients avec schizophrénie :.....</b>	<b>42</b>
1. Emotion exprimée et schizophrénie.....	42
2. Facteurs associés à l'émotion exprimée.....	42
3. Emotion exprimée et psychoéducation.....	44
4. Limites du concept et problématique .....	44
<b>DEUXIEME PARTIE : FOIRE AUX QUESTIONS.....</b>	<b>46</b>
I. Introduction.....	47
II. Méthodologie.....	48
1. Etape de lecture des outils de psychoéducatons existants....	48
2. Etape de questions.....	48
3. Etape de réponses.....	48
4. Etape de rédaction.....	49
5. Etape d'arabisation.....	49
<b>Discussion.....</b>	<b>50</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>52</b>

---

<b>Résumé.....</b>	<b>53</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>57</b>
<b>ANNEXE 1 : Foire aux questions en français.....</b>	<b>58</b>
<b>ANNEXE 2 : Foire aux questions en arabe.....</b>	<b>110</b>
<b>Les références.....</b>	<b>136</b>

## 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 habiletés 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.

D'autre part 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.

Dans ce cadre-là, nous avons opté dans ce travail à présenter un support informatif sur la maladie sous forme des questions /réponses et avec un style clair, simple loin de plus possible des termes médicaux spécialisés.

La forme questions/réponses est une méthode didactique qui aide autant le personnel soignant que le patient et sa famille, et vise encore à cerner tous les aspects pratiques pour une bonne prise en charge de la maladie.

## LA PREMIERE PARTIE :

# LA SCHIZOPHRENIE ET LA PSYCHOEDUCATION

# I. La schizophrénie

## A. Historique :

L'entité nosologique isolée en 1899 par Kraepelin sous le nom de démence précoce, qui allait bientôt connaître sous le terme de schizophrénie (Bleuler, 1908) un succès universel et durable, fut dès l'origine considérée comme relevant d'une étiologie organique. En effet, l'œuvre nosographique de Kraepelin s'inscrit dans le courant organiciste, placé sous le paradigme de la paralysie générale et incarné dans la psychiatrie allemande du XIX<sup>ème</sup> siècle par Griesinger. Pour Kraepelin, il appartient à la méthode anatomo-clinique d'élucider l'étiopathogénie de la démence précoce, point de vue que Bleuler, qui a surtout mis l'accent sur les mécanismes psychopathologiques dans la schizophrénie, n'a pour autant jamais renié.

Nous nous proposons d'étudier, dans une perspective historique et critique, les rapports que la notion de schizophrénie, dans ses différentes formes conceptuelles, a entretenus avec les hypothèses et théories biologiques qui se proposaient d'en rendre compte. Les approches biologiques – qualifiées selon les époques de "somatiques", "organiques" ou "médicales" – ont certes généré des procédures thérapeutiques, mais sont-elles aussi contribué à façonner le concept de schizophrénie ? Rendre compte de l'étiologie, de la pathogénie et/ou de la physiopathologie de la schizophrénie a longtemps consisté à postuler l'existence d'un processus organique ou biologique dont la nature n'a cessé de se dérober. L'histoire que nous allons parcourir est celle d'une quête intellectuelle, scientifique et médicale, de ses impasses et de ses fourvoiements autant que de ses accomplissements; on y verra se heurter des idées, s'opposer des modèles, mais aussi se constituer, laborieusement, un champ de connaissances signifiantes. Aujourd'hui comme hier, on s'interroge sur la validité du concept de schizophrénie.

Tantôt on le considère comme un obstacle aux exigences méthodologiques de la recherche biologique (Van Praag, 1976) et on préconise de l'abandonner (Bentall et al., 1988 ; Brockington, 1992), tantôt on déplore que « les psychiatres... [n'aient pas] conjugué leurs efforts pour s'entendre sur la définition même de ce mot magique » (Ey, 1958).(7) Des contributions récentes, témoignent de la pérennité du problème (Andreasen, 1999 ; Tsuang, 2000a ; 2000b).

Les avatars, les transformations et les bouleversements qui n'ont cessé de modifier la compréhension et l'extension du concept de schizophrénie, depuis sa formulation par Bleuler en 1908, reflètent l'évolution générale des idées en psychiatrie au cours du siècle écoulé et sont l'expression de ses conflits idéologiques et de ses enjeux théoriques. Rappelons à ce propos la position des antipsychiatres, qui déniaient toute validité scientifique à cette notion et la considéraient comme un instrument utilisé, délibérément ou plus naïvement, à des fins idéologiques et politiques (Szasz, 1976) ; rappelons également l'embarras où s'est trouvé le mouvement psychanalytique, qui selon les époques et les auteurs a oscillé entre le rejet de ce concept et sa dissolution dans la classe plus générale des psychoses (Vincent, 1995). Le rôle accordé aux facteurs biologiques dans l'étiopathogénie de la schizophrénie dépend étroitement du sens que l'on donne à ce concept : entité nosologique, maladie, syndrome ou « création commode donnant l'illusion d'un fait précis »(8).

Demander à la biologie de découvrir l'étiologie de la schizophrénie, d'en comprendre la physiopathologie, n'a de sens que si le cadre nosologique adopté est compatible avec ses méthodes de recherche, ses techniques, ses concepts opérationnels. Toute entité clinique en psychiatrie – et la schizophrénie n'échappe pas à cet impératif épistémologique – doit être préalablement construite comme une catégorie clairement délimitée et précisément définie, s'il s'agit d'en révéler les bases biologiques. Or il y a là, bien des exemples l'illustreront, le risque d'une

logique circulaire. Si la définition de la schizophrénie est fondée sur la clinique et la psychopathologie, rien n'assure que cette pertinence classificatrice rencontre celle de ses hypothétiques fondements biologiques, qui pourraient demeurer inaccessibles. Si au contraire on adopte une définition subordonnée aux impératifs de la recherche biologique, comme c'est dans son rapport au deuxième congrès mondial de psychiatrie, tenu à Zürich en 1957 et consacré exclusivement aux schizophrénies, Henri Ey se demande « quelle est la définition de la schizophrénie? Quel est son trouble fondamental? Est-elle une entité clinique, une psychose endogène spécifique, un syndrome ou un mode d'existence pathologique, effet de multiples processus? Quel sens donner au concept de processus schizophrénique? » « Toutes ces questions, ajoute-t-il, depuis Kraepelin et Bleuler ne cessent de hanter l'esprit des psychiatres »

Aujourd'hui le cas dans les efforts visant à créer une nosologie génétique, c'est la fonction organisatrice de la clinique qui pourrait en souffrir. On peut suivre la trace de cette difficulté tout au long de l'histoire du concept de schizophrénie, dont il n'est pas exagéré de dire qu'il est en *crise permanente*. Nous en marquerons certaines étapes cruciales, sans prétendre à l'exhaustivité. Consacré à l'examen des relations entre le discours clinique (et/ou psychopathologique) et le discours biologique *sur* la schizophrénie, ce travail repose sur l'analyse d'œuvres, théoriques aussi bien qu'empiriques, appartenant à diverses périodes historiques. Quelques repères temporels délimitent et organisent ce parcours : la construction de la démence précoce dans l'œuvre nosologique de Kraepelin et son profond remaniement par Bleuler ; la réception du concept de schizophrénie dans la psychiatrie française ; les recherches médicales et biologiques, d'inspiration organiciste, conduites dans les années trente et dans l'immédiat après-guerre ; l'introduction, dans les années cinquante, des neuroleptiques dans le traitement des psychoses et l'adoption généralisée, à partir de 1980, de critères standardisés

visant à opérationnaliser le diagnostic en psychiatrie (Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, CIM, OMS ; Diagnostic and Statistical Manual, DSM, APA).

A mesure que la contribution des sciences biologiques gagnait en importance dans le champ de la schizophrénie, les modèles théoriques devenaient plus précis dans leur formulation et plus limités dans leur domaine d'application. Renonçant à rendre compte de l'ensemble de ce que la clinique psychiatrique subsumait sous le terme de schizophrénie, ils se sont appliqués à un domaine restreint du champ d'investigation : les « micro-théories » se substituaient aux vastes synthèses. L'évolution de l'hypothèse dopaminergique est de ce point de vue très significatif.

Suivre le fil rouge des hypothèses, des théories, des débats sans cesse renouvelés que la Schizophrénie a suscité au long d'un siècle d'existence, en dégager les enjeux souvent implicites et celés, c'est explorer les fondements épistémologiques de la psychiatrie biologique. Nous ne prétendons pas épuiser la diversité et la richesse des interrogations que suscite ce concept si difficile à saisir, si précieux et si encombrant à la fois, dont Janzarik disait qu'un livre entier pourrait lui être consacré.(9) Certains débats actuels ne seront pas abordés, en dépit de leur intérêt majeur. Ainsi en ira-t-il de la question, aujourd'hui vivement discutée, de savoir si la schizophrénie « An entire book could be written about the transformations undergone by the concept of schizophrenia » et plus loin: « The history of the concept is a history not of medical discoveries, but of the intellectual models on which the orientation of psychiatry is based » (Janzarik, 1987).

Est une maladie d'apparition récente – peut-être au début du XIXème siècle ? – ou si elle a toujours existé, aussi vieille que l'humanité, dissimulée sous des descriptions obscures, des vocables aujourd'hui périmés (Hare, 1988 ; Turner, 1992).

## **B. les causes de la schizophrénie :**

### **1.L'approche biopsychosociale :**

La schizophrénie est une maladie mentale complexe, tant par ses symptômes que par ses mécanismes multiples dont aucun n'explique à lui seul tous les symptômes de la maladie (Boyer, 2003)(10). La schizophrénie apparaît le plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Par contre, la majorité des théories accordent un rôle à des facteurs précoces comme l'hérédité, des problèmes biochimiques ou des influences environnementales dès le début de la vie. Selon Borgeat (1988)(11), les questions suivantes se posent alors: Quels sont les comportements pathologiques observés reliés directement à l'hérédité? Quels sont les symptômes reliés plutôt aux interactions avec l'environnement? Quels mécanismes intermédiaires doit-on invoquer en plus, bien qu'ils ne soient pas apparents? Aujourd'hui, on admet que si l'environnement joue un rôle dans l'apparition de la schizophrénie chez un adolescent, des stress de diverses natures, des épreuves personnelles, des drogues et surtout des déséquilibres de la biochimie du cerveau interagissent pour déclencher la maladie (Boyer, 2003). Actuellement, la schizophrénie est reconnue comme une maladie du cerveau. Bien que la cause exacte soit encore inconnue, il demeure probable qu'une anomalie fonctionnelle des neurotransmetteurs produit les symptômes de la maladie. Cette section porte sur l'exploration des principales théories scientifiques regroupant les diverses hypothèses concernant les facteurs biologiques et psychosociaux à l'origine de la schizophrénie. Le modèle intégré a permis d'accomplir des progrès notables permettant d'approfondir la compréhension de cette psychopathologie..

### **2.L'Approche génétique**

On ignore toujours la nature de ce qui est transmis et le mode de transmission génétique de cette maladie. Bien que l'on sache aujourd'hui qu'il n'y a pas un « gène

de la schizophrénie », la composante génétique a été confirmée (Javitt&Coyle, 2004)(12). Ces auteurs rappellent que si la maladie était uniquement déterminée par le patrimoine génétique, deux jumeaux partageant le même génome auraient le même risque de devenir schizophrène; or, quand un des deux est schizophrène, la probabilité que l'autre le soit aussi n'est que de 50 %. De plus, 10 % seulement des parents au premier degré (parents, enfants ou fratrie) sont atteints quand un parent l'est, même s'ils partagent la moitié de leurs gènes. Le risque est 14 fois supérieur dans une famille où un membre est atteint que dans la population générale. Ainsi, Javitt et Coyle (2004) mentionnent que le patrimoine génétique prédispose à la schizophrénie, même si des facteurs environnementaux peuvent faire basculer les personnes prédisposées vers la maladie ou, au contraire, les protéger. Selon eux, les infections prénatales, la malnutrition, les complications périnatales et les lésions cérébrales sont tous des facteurs qui favorisent la maladie chez les personnes génétiquement prédisposées. Ce modèle convient bien au concept d'une vulnérabilité de certaines personnes à la schizophrénie, vulnérabilité qui peut être variable selon l'importance du facteur génétique et qui peut être modifiée par un environnement qui active ou inhibe le déclenchement de la maladie (Borgeat, 1988).

### **3 .La Théorie neurobiologique :**

Les troubles schizophréniques sont fréquemment rattachés à un dysfonctionnement de la voie dopaminergique mésolimbique. Cette théorie, connue sous le nom d'"hypothèse dopaminergique de la schizophrénie", est basée sur le fait que la plupart des substances à propriétés antipsychotiques ont une action sur le système de la dopamine.

L'intérêt s'est également porté sur un autre neurotransmetteur, le glutamate, et sur la fonction diminuée d'un type particulier de récepteur au glutamate, le récepteur NMDA. Cette théorie a pour origine l'observation de niveaux anormalement bas de récepteurs de type NMDA dans le cerveau de patients



schizophrènes examinés en post-mortem, et la découverte que des substances bloquant ce récepteur, comme la phencyclidine ou la kétamine, peuvent mimer chez le sujet sain des symptômes et des troubles cognitifs associés à la maladie. L'"hypothèse glutaminergique" de la schizophrénie devient actuellement de plus en plus populaire, en particulier du fait de deux observations : d'une part, le système glutaminergique peut agir sur le système dopaminergique, et d'autre part, une fonction glutaminergique réduite a pu être associée à un faible niveau de performance à des tests qui nécessitent le fonctionnement de l'hippocampe et du lobe frontal, dont on sait qu'ils sont impliqués dans la schizophrénie. On considère également que des processus liés au développement précoce du système nerveux sont importants, en particulier au cours de la grossesse. Certains chercheurs suggèrent que c'est une interaction entre des facteurs environnementaux lors de l'enfance et des facteurs de risque neurobiologiques qui détermine la probabilité de développer la schizophrénie à un âge ultérieur.

#### **4. Les approches psychologiques et sociales :**

En somme, plusieurs facteurs psychologiques et sociaux peuvent être en cause dans la schizophrénie. Ainsi, les différentes perturbations cognitives et les stressseurs socio-environnementaux peuvent provoquer une aggravation de symptômes ou déclencher un épisode psychotique. L'implication de la famille dans des programmes d'intervention psycho éducative s'avère primordiale dans le traitement de la schizophrénie et la prévention des rechutes.

#### **5.les approches environnementales :**

Les facteurs environnementaux tiennent une place importante dans l'étiologie de la schizophrénie (20% de la variance explicative). Il s'agit d'évènements extérieurs, non liés au génome de l'individu. La plupart de ceux-ci surviennent au cours de la grossesse, en périodes pré- ou périnatales, comme la rupture

prématurée des membranes, un âge gestationnel inférieur à 37 semaines, la nécessité d'une réanimation ou le passage obligé en couveuse sont des facteurs clairement cités comme favorisant l'apparition d'une schizophrénie de même que la pré-éclampsie et les infections virales. Mais ces facteurs environnementaux peuvent avoir lieu plus tard dans l'évolution, comme un dysfonctionnement précoce dans l'environnement familial, la toxicomanie, les événements stressants au cours de la vie, la naissance ou la résidence dans le milieu urbain, ainsi que l'appartenance à certains groupes ethniques.(13)(14)(15) .

### **C. Caractéristique de la schizophrénie selon DSM V(15')**

#### **1. Critères diagnostiques 295.90 (F20.9)**

A. Deux (ou plus) des éléments suivants, chacun étant présent pendant une période de temps de 1 mois (ou moins si traité avec succès). Au moins un de ceux-ci doit être (1), (2) ou (3):

1. Délires.
2. Hallucinations.
3. Discours désorganisé (par exemple, déraillement fréquent ou incohérence).
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
5. Symptômes négatifs (c'est-à-dire diminution de l'expression émotionnelle ou l'avolition).

B. Pendant une bonne partie du temps écoulé depuis le début de la perturbation, le niveau de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines importants, tels que le travail, les relations interpersonnelles ou les soins personnels, est nettement inférieur au niveau atteint avant le début (ou lorsque le début est dans l'enfance ou l'adolescence, il y a échec à atteindre le niveau attendu de relations interpersonnelles, académiques, ou fonctionnement professionnel).

C. Les signes continus de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette

période de six mois doit inclure au moins 1 mois de symptômes (ou moins si traité avec succès) qui répondent au critère A (c.-à-d., les symptômes de la phase active) et peuvent inclure des périodes de prodrome ou de résiduels symptômes. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plusieurs symptômes énumérés dans critère A présent sous une forme atténuée (par exemple, des croyances bizarres, des expériences perceptuelles inhabituelles).

D. Trouble schizo-affectif et trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ont été écartés parce que :

1) aucun épisode dépressif ou maniaque majeur ne surviennent simultanément avec les symptômes de la phase active.

ou 2) si les épisodes surviennent au cours des symptômes de la phase active, ils ont été présents pour une minorité de durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.

E. La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple : drogue d'abus, un médicament) ou un autre état médical.

F. S'il y a des antécédents de trouble du spectre autistique ou de trouble de la communication de l'enfance, le diagnostic supplémentaire de schizophrénie est fait seulement en présence d'idées délirantes ou d'hallucinations, en plus des autres symptômes requis de la schizophrénie sont également présents pendant au moins 1 mois (ou moins si traité avec succès).

Précisez si:

Les spécificateurs de cours suivants ne doivent être utilisés qu'après une durée d'un an du trouble et s'ils ne sont pas en contradiction avec les critères du cours de diagnostic.

Premier épisode, actuellement en épisode aigu: Première manifestation de la maladie répondant aux critères diagnostiques définissant les symptômes et le

temps. Un épisode aigu est une période dans laquelle les critères du symptôme sont remplis.

Premier épisode, actuellement en rémission partielle: La rémission partielle est une période de temps au cours de laquelle une amélioration est maintenue après un épisode précédent et dans laquelle les critères définissant le trouble ne sont que partiellement remplis.

Premier épisode, actuellement en rémission complète: la rémission complète est une période après un épisode précédent durant lequel aucun symptôme spécifique au trouble n'est présent.

Épisodes multiples, actuellement en épisode aigu: les épisodes multiples peuvent être déterminés après un minimum de deux épisodes (c'est-à-dire après un premier épisode, une rémission et un minimum d'une rechute).

■ Épisodes multiples, actuellement en rémission partielle

Épisodes multiples, actuellement en rémission complète

Continu: les symptômes répondant aux critères diagnostiques du trouble restant pour la majorité du cours de la maladie, avec des périodes de symptômes sous-seuil étant très brève par rapport à l'ensemble du cours.

Non spécifié

Précisez si:

Avec la catatonie (se référer aux critères de catatonie associés à un autre trouble mental, pp. 119–120, pour la définition).

Spécifiez la gravité actuelle:

La gravité est évaluée par une évaluation quantitative des principaux symptômes de la psychose, y compris les idées délirantes, les hallucinations, le discours désorganisé, le comportement psychomoteur anormal et les symptômes négatifs. Chacun de ces symptômes peut être évalué pour son courant de gravité (la plus sévère au cours des 7 derniers jours) sur une échelle de 5 points allant de 0 (non

présent) à 4 (présent et sévère).

Remarque: Le diagnostic de la schizophrénie peut être fait sans utiliser ce spécificateur de gravité.

## **2. Caractéristiques diagnostiques :**

Les symptômes caractéristiques de la schizophrénie impliquent une gamme de troubles cognitifs, comportementaux et dysfonctionnements émotionnels, mais aucun symptôme unique n'est pathognomonique du trouble. Le diagnostic implique la reconnaissance d'une constellation de signes et symptômes associés à une altération du fonctionnement professionnel ou social. Les personnes atteintes du trouble varieront sensiblement sur la plupart des caractéristiques, car la schizophrénie est un syndrome clinique hétérogène.

Au moins deux symptômes du critère A doivent être présents pendant une période significative pendant une période d'un mois ou plus. Au moins un de ces symptômes doit être la présence évidente de délires (critère A1), d'hallucinations (Critère A2), ou de discours désorganisé (Critère A3). Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique (Critère A4) et négatifs symptômes (critère A5) peuvent également être présents. Dans les situations où les symptômes de la phase active disparaissent dans un mois en réponse au traitement. Le critère A est toujours satisfait si le clinicien estime qu'ils auraient persisté en l'absence de traitement.

La schizophrénie implique une altération dans une ou plusieurs zones principales de fonctionnement (Critère B). Si la perturbation commence pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau de fonction attendu n'est pas atteint. La comparaison de l'individu avec des frères et sœurs non affectés peut être utile. Le dysfonctionnement persiste pendant une période importante au cours de la maladie et ne semblent être le résultat direct d'une seule caractéristique. Avolition (c.-à-d. Comportement dirigé par un but; critère A5) est lié au dysfonctionnement social décrit sous critère B. Il existe également des preuves solides d'une relation entre

déficience cognitive et la déficience fonctionnelle chez les personnes atteintes de schizophrénie.

Certains signes de la perturbation doivent persister pendant une période continue d'au moins 6 mois (Critère C). Pi, les symptômes prodromiques précèdent souvent la phase active, et les symptômes résiduels peuvent le suivre, caractérisé par des formes d'hallucinations légères ou subdélires. Les individus peuvent exprimer une variété de croyances inhabituelles ou étranges qui ne sont pas de proportions délirantes (par exemple, des idées de référence ou de pensée magique); ils peuvent avoir inhabituelles expériences perceptuelles (par exemple, détecter la présence d'une personne invisible); leur discours peut être généralement compréhensible mais vague; et leur comportement peut être inhabituel mais pas grossièrement désorganisé (par exemple, marmonner en public). Les symptômes négatifs sont fréquents dans les phases prodromiques et résiduelles et peuvent être sévères. Individus qui ont été socialement actifs, peuvent être retiré des routines précédentes. De tels comportements sont souvent le premier signe d'un désordre.

Les symptômes d'humeur et les épisodes de pleine humeur sont fréquents dans la schizophrénie et peuvent être concomitants à une symptomatologie de la phase active. Cependant, à la différence d'un trouble de l'humeur psychotique, un diagnostic de schizophrénie nécessite la présence de délires ou d'hallucinations dans l'absence d'épisodes d'humeur. En outre, les épisodes d'humeur, pris au total, devraient être présents seulement une minorité de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.

En plus des cinq domaines du domaine des symptômes identifiés dans les critères de diagnostic, l'évaluation des domaines de la cognition, de la dépression et des symptômes de la manie est essentielle pour faire des distinctions d'importance critique entre les divers schizophrènes et autres troubles psychotiques.

Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent présenter un affect inapproprié

(par exemple, rire en l'absence d'un stimulus approprié); une humeur dysphorique qui peut prendre la forme de la dépression, l'anxiété ou la colère; un schéma de sommeil perturbé (par exemple, sommeil pendant la journée et activité nocturne); et un manque d'intérêt pour manger ou refuser de manger. La dépersonnalisation, la déréalisation et les préoccupations somatiques peuvent survenir et atteindre parfois des proportions délirantes. L'anxiété et les phobies sont courantes. Les déficits cognitifs dans la schizophrénie sont une réalité et sont fortement liés aux déficiences professionnelles et fonctionnelles. Ces déficits peuvent inclure des diminutions de la mémoire déclarative, de la mémoire de travail, de la fonction du langage et d'autres fonctions exécutives, en tant que vitesse de traitement plus lente. Anomalies dans le traitement sensoriel et la capacité inhibitrice, ainsi que des réductions d'attention, sont également trouvés. Certaines personnes atteintes de schizophrénie montrent des déficits de cognition sociale, y compris des déficits dans la capacité de déduire les intentions d'autres personnes (théorie de l'esprit), et peut assister à interpréter des événements non pertinents ou des stimuli aussi significatifs, menant peut-être à la génération de délires explicatifs. Celles-ciles déficiences persistent fréquemment pendant la rémission symptomatique.

Certaines personnes atteintes de psychose peuvent manquer de perspicacité ou de conscience de leur trouble (c.-à-d. anosognosie). Ce manque de «perspicacité» inclut la méconnaissance des symptômes de la schizophrénie et peut être présent tout au long de la maladie. L'ignorance de la maladie est typiquement un symptôme de la schizophrénie elle-même plutôt qu'une stratégie d'adaptation. C'est comparable à l'absence de conscience des déficits neurologiques suite à une lésion cérébrale, appelée anosognosie. Ce symptôme est le prédicteur le plus commun de la non-observance au traitement, et il prédit des taux de rechute plus élevés, un nombre accru de traitements involontaires, un fonctionnement psychosocial plus faible, une agression et une évolution plus défavorable de la maladie.

L'hostilité et l'agression peuvent être associées à la schizophrénie, bien que spontanée ou une agression aléatoire est rare. L'agression est plus fréquente chez les jeunes hommes et les personnes ayant des antécédents de violence, le non-respect du traitement, la substance abuse et impulsivité. Il convient de noter que la grande majorité des personnes atteintes de schizophrénie ne sont pas agressives et sont plus fréquemment victimisées que les individus d'une population générale.

Actuellement, il n'y a pas de tests radiologiques, de laboratoire ou psychométriques pour le trouble.

Les différences sont évidentes dans de multiples régions du cerveau entre des groupes d'individus sains et des personnes atteintes de schizophrénie, y compris des preuves provenant d'études neuro-imagerie, neuropathologiques et neurophysiologiques. Les différences sont également évidentes dans l'architecture cellulaire, la connectivité de la substance blanche et le volume de matière grise dans une variété de régions telles que le cortex préfrontal et temporal. Un volume cérébral global réduit a été observé, ainsi qu'une augmentation de la réduction du volume cérébral avec l'âge. Les réductions de volume cérébral avec l'âge sont plus prononcées chez les personnes atteintes de schizophrénie que chez les personnes en bonne santé. Enfin, les individus atteints de schizophrénie semblent différer des individus sans le trouble dans les indices de suivi de l'œil et électrophysiologiques.

Les signes neurologiques communs chez les personnes atteintes de schizophrénie comprennent des déficiences dans la coordination motrice, l'intégration sensorielle et le séquençage moteur de mouvements complexes; confusion gauche-droite; et désinhibition des mouvements associés. De plus, des anomalies physiques mineures du visage et des membres peuvent survenir.

### **3. Prévalence :**

La prévalence de la schizophrénie au cours de la vie semble être d'environ 0,3% à 0,7%, bien qu'il y ait des variations selon la race / l'origine ethnique, selon les



pays et selon l'origine géographique des immigrants et des enfants d'immigrants. Le sexe ratio diffère selon les échantillons et les populations: par exemple, l'accent mis sur les symptômes négatifs et la durée plus longue du trouble (associés à des résultats plus faibles) montre des taux d'incidence plus élevés chez les hommes. (Avec de meilleurs résultats) montrent des risques équivalents pour les deux sexes.

**4. Développement et Cours :** Les caractéristiques psychotiques de la schizophrénie émergent généralement entre la fin de l'adolescence et l'âge de la trentaine; l'apparition avant l'adolescence est rare. L'âge maximal au début du premier épisode psychotique se situe entre le début et le milieu de la vingtaine chez les hommes et à la fin de la vingtaine chez les femmes. Le début peut être abrupt ou insidieux, mais la majorité des individus manifestent un développement lent et progressif d'une variété de signes et de symptômes cliniquement significatifs. La moitié de ces individus se plaignent de symptômes dépressifs. L'âge précoce au début a toujours été considéré comme un prédicteur d'un pronostic plus sombre. Cependant, l'effet de l'âge au début est probablement lié au sexe, avec les hommes ayant un mauvais ajustement prémorbide, moins de réussite scolaire, plus de symptômes négatifs importants et déficience cognitive, et en général un pire résultat. La cognition altérée est commune, et les altérations de la cognition sont présentes au cours du développement et précèdent l'émergence de la psychose, prenant la forme d'une cognition stable, déficiences à l'âge adulte. Les déficiences cognitives peuvent persister lorsque d'autres symptômes sont en rémission et contribuent à l'invalidité de la maladie.

Les prédicteurs de cours et de résultats sont en grande partie inexplicables, cours et résultat ne peuvent pas être prédit de manière fiable. Le cours semble être favorable dans environ 20% des personnes atteintes de schizophrénie, et un petit nombre d'individus sont récupérés complètement.

Cependant, la plupart des personnes atteintes de schizophrénie ont toujours

besoin d'une vie quotidienne formelle ou informelle. et beaucoup restent malades chroniques, avec des exacerbations et des rémissions desymptômes, tandis que d'autres ont un cours de détérioration progressive.

Les symptômes psychotiques ont tendance à diminuer au cours de la vie, peut-être en association avec déclin normal lié à l'âge de l'activité dopaminergique. Les symptômes négatifs sont plus étroitement liés au pronostic que les symptômes positifs et tendent à être les plus persistants. De plus, les déficits cognitifs associés à la maladie peuvent ne pas s'améliorer au cours de lamaladie.

Les caractéristiques essentielles de la schizophrénie sont les mêmes dans l'enfance, mais il est plus difficile de poser le diagnostic. Chez les enfants, les délires et les hallucinations peuvent être moins élaborés que chez les adultes, et les hallucinations visuelles sont plus fréquentes et doivent être distinguées du jeu de fantaisie normal.

Discours désorganisé se produit dans de nombreux troubles avec l'enfance (par exemple, apparition de troubles du spectre autistique), de même que le comportement désorganisé (par exemple, trouble de déficit de l'attention / hyperactivité). Ces symptômes ne doivent pas être attribués à la schizophrénie sans tenir dûment compte des troubles les plus courants de l'enfance. Cas d'apparition de l'enfance ont tendance à ressembler à des cas d'adultes à résultats médiocres, avec un début progressif et des symptômes. Les enfants qui reçoivent plus tard le diagnostic de schizophrénie sont plus susceptibles d'avoir souffert de troubles émotionnels et comportementaux non spécifiques et de psychopathologie, intellectuels et linguistiques, et retards subtils moteurs.

Les cas d'apparition tardive (c'est-à-dire, apparition après l'âge de 40 ans) sont surreprésentés par les femmes, qui peuvent s'être mariés. Souvent, le cours est caractérisé par une prédominance de symptômes psychotiques avec préservation de l'affect et du fonctionnement social. Ces cas d'apparition tardive peuvent

encore répondre aux critères diagnostiques de la schizophrénie, mais on ne sait pas encore si c'est la même maladie que la schizophrénie diagnostiquée avant la quarantaine (par exemple avant l'âge de 55 ans).

### 5. Facteurs de risque et de pronostic

#### **Environnement :**

La saison de naissance a été liée à l'incidence de la schizophrénie, y compris à la fin de l'hiver / au début du printemps dans certains endroits et à l'été pour la forme déficitaire de la maladie. L'incidence de la schizophrénie et des troubles connexes est plus élevée chez les enfants qui grandissent en milieu urbain et chez certains groupes ethniques minoritaires.

#### **Génétique et physiologique :**

Il y a une forte contribution des facteurs génétiques dans la détermination du risque de schizophrénie, bien que la plupart des personnes diagnostiquées avec la schizophrénie n'aient pas d'antécédents familiaux de psychose. La responsabilité est conférée par un éventail d'allèles de risque, communs et rares, chaque allèle ne contribuant qu'à une petite fraction de la variance totale de la population. Les allèles de risque identifiés à ce jour sont également associés à d'autres troubles mentaux, y compris les troubles bipolaires, la dépression et les troubles du spectre autistique. Les complications de grossesse et de naissance avec hypoxie et un plus grand âge paternel sont associés à un risque plus élevé de schizophrénie pour le fœtus en développement. En outre, d'autres adversités prénatales et périnatales, y compris le stress, l'infection, la malnutrition, le diabète maternel et d'autres conditions médicales, ont été associés à la schizophrénie. Cependant, la grande majorité des enfants présentant ces facteurs de risque ne développent pas de schizophrénie.

## Questions de diagnostic liées à la culture

Des facteurs culturels et socio-économiques doivent être pris en compte, en particulier lorsque l'individu et le clinicien ne partagent pas le même contexte culturel et socio-économique. Les idées qui semblent être délirantes dans une culture (par exemple, la sorcellerie) peuvent être couramment tenues dans une autre.

Dans certaines cultures, les hallucinations visuelles ou auditives avec un contenu religieux (par exemple, entendre la voix de Dieu) font partie intégrante de l'expérience religieuse. De plus, l'évaluation du discours désorganisé peut être rendue difficile par la variation linguistique des styles narratifs à travers les cultures. L'évaluation de l'affect nécessite une sensibilité aux différences de styles d'expression émotionnelle, de contact visuel et de langage corporel, qui varient selon les cultures. Si l'évaluation est menée dans une langue différente de la langue maternelle de l'individu, il faut veiller à ce que l'alogie ne soit pas liée à des barrières linguistiques. Dans certaines cultures, la détresse peut prendre la forme d'hallucinations ou de pseudo-hallucinations et d'idées surévaluées qui peuvent présenter une similitude clinique avec la vraie psychose mais qui sont normatives pour le sous-groupe du patient.

## Problèmes diagnostiques liés au sexe

Un certain nombre de caractéristiques distinguent l'expression clinique de la schizophrénie chez les femmes et les hommes. L'incidence générale de la schizophrénie a tendance à être légèrement plus faible chez les femmes, en particulier parmi les cas traités. L'âge d'apparition est plus tardif chez les femmes, avec un second pic de demi-vie décrit précédemment (voir la section «Développement et évolution» pour ce trouble). Les symptômes ont tendance à être plus chargés chez les femmes et il y a plus de symptômes psychotiques, ainsi

qu'une plus grande propension à aggraver les symptômes psychotiques plus tard dans la vie. D'autres différences de symptômes incluent des symptômes négatifs moins fréquents et une désorganisation.

Enfin, le fonctionnement social tend à rester mieux préservé chez les femmes. Il existe cependant des exceptions fréquentes à ces restrictions générales.

## **6. Risque de suicide**

Environ 5% à 6% des personnes atteintes de schizophrénie meurent par suicide, environ 20% tentent de se suicider une ou plusieurs fois, et beaucoup d'autres ont d'importantes idées suicidaires. Le comportement suicidaire est parfois en réponse à des hallucinations de commande de se faire du mal ou d'autrui. Le risque de suicide reste élevé tout au long de la vie pour les mâles et les femelles, mais il peut être particulièrement élevé pour les jeunes mâles avec une consommation comorbide. D'autres facteurs de risque incluent des symptômes dépressifs ou des sentiments de désespoir et d'être au chômage, et le risque est plus élevé, aussi, dans la période après un épisode psychotique ou une sortie de l'hôpital

## **7. Conséquences fonctionnelles de la schizophrénie**

La schizophrénie est associée à un dysfonctionnement social et professionnel important. La progression de l'éducation et le maintien de l'emploi sont souvent entravés par l'avolition ou d'autres troubles, même lorsque les compétences cognitives sont suffisantes pour les tâches à accomplir. La plupart des individus travaillent à un niveau inférieur à celui de leurs parents, et la plupart, en particulier les hommes, ne se marient pas ou ont des contacts sociaux limités en dehors de leur famille.

## **D. Les méthodes thérapeutiques**

Il est important de souligner que si, encore aujourd'hui, la maladie ne se guérit pas, la schizophrénie se traite. Basée sur des principes indissociables, dont l'approche bio-psycho-sociale dans le traitement de la schizophrénie comporte diverses modalités thérapeutiques. Combinées, ces modalités peuvent permettre à la personne atteinte non seulement de redevenir fonctionnelle mais également de retrouver une vie gratifiante et valorisante, tant sur le plan personnel que sur le plan social. Cette approche comporte la prise de médicaments antipsychotiques, de la psychothérapie et un programme de réadaptation et de réinsertion sociale.

Il va sans dire que la compréhension, le soutien et l'encouragement des proches et des amis sont des facteurs importants du rétablissement d'une personne atteinte de schizophrénie.

### **1. Traitement pharmacologique :**

La prise de médicaments constitue la pierre angulaire du traitement de la schizophrénie.

La mise au point des médicaments antipsychotiques, il y a une cinquantaine d'années, s'est avérée l'une des plus importantes percées médicales dans le traitement de la schizophrénie.

Ces médicaments ont, notamment, la propriété de contrôler l'évolution des délires et des hallucinations, de faire taire les voix dans la tête du malade, de faire disparaître les pensées étranges et l'incohérence du langage lors d'une phase aiguë. En période de rémission, ils permettent de prévenir les rechutes. Ils sont essentiels au rétablissement du malade.

- intérêt : le taux de rechute à 1 an est estimé à :
- 70% sous placebo.
- 25% sous neuroleptique.

- Objectifs : diminution de l'intensité des symptômes, prévention des rechutes et de la résistance au traitement, prévention des rechutes et de la résistance au traitement, prévention de la violence (hétéro au auto-agressivité), amélioration des performances cognitives, sociales et professionnelles, réduction des durées d'hospitalisation.
- Instauration la plus précoce possible pour ne pas laisser s'installer les troubles. Mais le délai entre le 1er symptôme et l'instauration du traitement est encore de 6 à 24 mois.

### **1.1. Mode d'action des neuroleptiques :**

- 1957 : découverte de la dopamine (DA) (Montagu, 1957).
- 1959 : la DA n'est pas qu'un simple précurseur de la NA.
- 1962 : les neuroleptiques augmentent la synthèse de la DA (CARLSSON, 1962).
- 1963 : cette augmentation du turn-over de la dopamine doit dépendre d'un blocage des récepteurs de la dopamine (CARLSSON et LINDQVIST 1963).

### **1.2. Choix du Neuroleptique :**

- Définir les symptômes cibles à traiter.
- Choisir de préférence un NL déjà efficace chez les patients dans le passé ou atypique.
- Attende 4 à 6 semaines à posologie efficace avant de juger de l'effet.
- Les associations de NL doivent être évitées.
- La posologie doit être la dose minimale efficace, les doses d'entretien sont souvent inférieures aux doses antipsychotiques.

### **1.3. Le traitement pharmacologique des phases aiguës :**

Doit avoir lieu à l'hôpital, ce qui permet d'instaurer une surveillance de l'état psychique et physique du patient (adaptation de la posologie en fonction des effets thérapeutiques ou iatrogéniques).

- repose sur un antipsychotique atypique ou un neuroleptique incisif (qui

constituera par la suite le traitement de fond) Pouvant être associé à un neuroleptique sédatif (qui sera progressivement interrompu dans un second temps).

#### 1.4. Stratégie thérapeutique :

- La majorité des patients schizophrènes répondent au traitement en phase aiguë.
- En cas d'échec :

Vérifier la posologie et ne pas s'impatienter (il est généralement inutile d'augmenter la posologie ou de changer de molécule les 2 premières semaines).

> S'assurer de l'observance ; envisager une forme buvable ou injectable.

> Si échec confirmé >> choisir une autre molécule appartenant à une famille différente de la première.

- En cas de non réponse à 2 neuroleptiques :

> Associer un tymo régulateur (Valproate, lithium, carbamazepine).

> Substituer la clozapine.

> Envisager une sismothérapie.

#### 1.5. Le traitement pharmacologique ou long cours.

- Doit être bien toléré par le patient (peu ou pas d'effets indésirables, ce qui augmente l'observance thérapeutique).

- Peut reposer sur l'utilisation d'un neuroleptique à action prolongée (en cas de mauvaise observance).

- Utilises une monothérapie tant que cela est possible (évite le cumul des effets indésirables et favorise l'observance).

- Peut être poursuivi indéfiniment en cas de nécessité.

- Doit être adapté au cours évolutif de la maladie et non renouvelé tel quel de manière systématique.

- peut être suspendu après une longue période asymptomatique.

#### 1.6. Neuroleptiques :



- Antipsychotiques ou neuroleptique de seconde génération :
  - > Olanzapine : Zyprexa\* : 5 – 20 mg / j.
  - > Risperidone: Risperdal\* : 2 – 8 mg / j.
  - > Clozapine : leponex\* : 150 – 600 mg / j.
  - > Amisupride : Solian\* : 100 – 1200 mg / j.
  - > Aripiprazole Abilify\* : 15 – 30 mg / j.
- Neuroleptiques sédatifs:
  - > Lévomépromazine : Nozinan\* : 100 – 300 mg / j.
  - > Loxapine : loxapac\* : 100 – 300 mg / j.
- NL incisifs de première génération :
  - > Halopéridol: Haldol\* : 10 – 20 mg / j.
  - > Pipothiazine : Piportil\* : 10 mg / j.
- Anti déficitaires
  - > Amisulpride : Solian\* : 50 – 200 mg / j.
  - > Aripiprazole: abilify\* : 15 – 30 mg / j.
- Neuroleptiques d'action prolongée (NAP):
  - > Décanoate d'halopéridol : HaldolDecanoas\* : 100 – 300 mg / mois.
  - > Palmitate de pipothiazine : Piportil L4\* : 75 – 150 mg / mois.
  - > Rispéridone : Risperdal consta\* : 25 – 50 mg / 2 semaines.

### 1.7. Effets indésirables psychiques des NL :

- > Sédation, somnolence.
- > Indifférence psycho-motrice
- > Aggravation des symptômes négatifs.
- > Confusion mentale.
- > Dépression – Suicide.

### 1.8. Effets indésirables neurologiques des neuroleptiques :

- > Syndrome extrapyramidal :

- >Dystonie aiguë.
- >Parkinsonisme.
- >Akathisie - Tasikinésie.
- >Dyskinésies tardives.
- >Rabbit syndrome.
- >Epilepsie.

### 1.9. Effets anti cholinergique et antihistaminiques des NL :

L'effets de types adrénolytique :

- accroissant de sédation.
- Hypotension orthostatique.

L'effets de type anti cholinergique :

- sécheresse buccale = caries dentaires.
- Constipation = risque occlusif.
- Dysurie (adénome prostatique ++).
- Syndrome anti cholinergique central (hyperthermie, convulsion, confusion, altération de la conscience).
- Syndrome malin.

### 1.10. Effets indésirables endocriniens et Métaboliques :

- >Hyperprolactinémie : Aménorrhée, galactorrhée, Gynécomastie.
- >Impuissance - Frigidité.
- >Prise de poids.

EI : cardiaques et Hématologiques :

- Allongement de l'intervalle QT.
- Troubles du rythme : Torsade de pointe, Tachycardie ventriculaire, donc Risque de mort subite.
- Leucopénie.
- Agranulocytose (clozapine).

**1.11. Autres El des NL :**

- Nausées – Vomissements.
- Constipation – Risque d’occlusion.
- Hépatotoxicité.
- Photo sensibilisation.
- Dépôts pigmentaires oculaires.
- Tératogénicité.

**Principaux effets indésirables : NL**

NL	NLA
- Effet Neurologiques.	- Prise de poids.
-hyperprolactinémie	-Diabète et Dyslipidémie (Sauf rispéridone).
- Allongent QT	- Allongement QT.
- Symptômes négatifs. .	-Abaissement du seuil épileptogène
- Prise de poids.	- Agranulocytose.
-Abaissement du seuil épileptogène	

**1.12. Instauration du traitement neuroleptique :**

> Examen clinique préalables:

- Examen Neurologique.

> Examens paracliniques préalables :

- Biologie : NFS, créatinémie, bilan hépatique, glycémie, ionogramme sanguin, triglycérides et cholestérol.
- ECG, EEG (en cas d’antécédents de comitialité) avant le traitement et ECG sous traitement.

> Surveillance clinique : Température, Tension artérielle, Transit intestinal,

mouvements anormaux et poids.

### **Bilan initial :**

- ECG (QT).
- NFS (impératif pour la clozapine).
- Bilan Hépatique.
- Evaluer la prescription en cas d'ATCD allergique, chez les toxicomanes, en cas de pathologie cardiaque grave, chez les épileptiques et en cas de glaucome.

### **2.L'approche bio psycho sociale**

- Chimiothérapie : neuroleptiques, antipsychotiques
- Psychothérapie : individuelle (de soutien, comportementale, etc.), institutionnelle, familiale, groupale (entraînement des habilités sociales, gestion des émotions , gestion du traitement).
- sociothérapie et mesures sociales : ergothérapie, loisirs accompagnées, emplois protégés (reclassement social), mesures financières, mesures de protection des biens.

### **3.La psychothérapie :**

- Elle est avant tout institutionnelle, reposant sur une équipe multidisciplinaire intervenant dans un cadre hospitalier (rassurant en soi).
  - Individuelle, elle doit être adaptée au patient psychique. Elle sera généralement directive, mais offrira une écoute attentive et empathique au rapport que fait le patient de son vécu délirant de façon à instaurer une relation de confiance et à pouvoir aider le patient à trouver une signification aux expériences primitives indicibles qu'il vit et à critiquer les explications causales fallacieuses qu'il attendance à échafauder (prévention de la construction du délire).
- On s'efforcera de réduire au maximum les événements traumatisants (interventions des forces de l'ordre, isolement trop prolongé, traitement trop important à l'origine d'effets indésirables mal supportés) pour ne pas oblitérer les chances d'adhésion

ultérieure du patient à son traitement.

- On impliquera la famille dans le soin autant que possible.
- On utilisera des méthodes groupales (de type cognitivo- comportementales) pour favoriser l'implication du patient dans son traitement et l'aider à se réinsérer socialement (affirmation de soi, entraînement aux habiletés sociales) .

## **II. LA PSYCHOEDUCATION**

La psychoéducation a été définie comme une intervention didactique et thérapeutique systématique qui vise à informer patients et leurs familles sur les différents aspects du troubles psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face. le domaine de la schizophrénie, ce sont Anderson et al. qui ont, en 1980, utilisé pour la première fois le terme de psychoéducatif (psychoeducational) afin de définir leur approche familiale, centrée sur le partage d'information et la reconnaissance d'un trouble psychiatrique(16)

### **A. Psychoéducation familiale**

#### **1. Introduction**

Le courant systémicien avait contribué à étendre le champ d'observation des cliniciens vers le fonctionnement familial, amenant deux observations : d'une part les fréquentes difficultés de communication entre la famille et le malade(17) d'autre part la transmission d'un niveau élevé d'émotions négatives de l'entourage familial comme facteur prédictif de rechute du Malade(18).

Différents modèles d'intervention ont alors été bâtis, pour tester la possibilité de réduire le niveau d'émotions négatives des familles et pour améliorer les communications intrafamiliales. Ces modèles ont différenciés selon leur approche théorique :

Soit celui de thérapie familiale visant à changer les représentations de la famille par une action centrée sur le système familial de communication ou sur la mise en évidence d'un fonctionnement inconscient problématique, soit celui d'une intervention éducative visant à donner de l'information et développer des savoir faire. Le modèle psychoéducatif s'est rapidement imposé comme le mode d'intervention privilégié car il combine au moins deux avantages :

- l'acceptabilité : de nombreuses familles vivent mieux le fait de participer à une formation plutôt que celui de participer à une thérapie. Une enquête de la NAMI une grande association de famille américaine, auprès de ses membres notamment auprès de parents de malades qui étaient également professionnels en santé mentale et psychothérapeutes, a montré que, quelle que soit l'orientation théorique de ces thérapeutes, ceux-ci préféraient majoritairement pour eux-mêmes la participation à un programme psychoéducatif ;

- un niveau de preuve nettement plus élevé quant à l'efficacité de ce modèle d'intervention par rapport à d'autres modèles avec des nombreuses études randomisées versus un groupe contrôle (19) . Les autres modalités d'intervention ont bénéficié à ce jour de peu d'études de ce type (20).

## **2. les effets de la psychoéducation des familles l'évolution de la schizophrénie**

Lorsque les programmes psychoéducatifs respectent certaines contraintes de contenu et de durée, les taux de rechute des malades comparativement à un groupe contrôle sont de 40 % moins élevés (21) . L'amplitude de l'effet peut dépendre de nombreux facteurs (type de patients, environnement, durée du programme, définition des critères de rechutes). Cependant, l'efficacité de la psychoéducation des familles est aujourd'hui bien établie sur

taux de rechute (métaanalyse sur 32 études randomisées contrôlées sur 2981 sujets) (22). Elle est aussi établie sur l'amélioration de l'observance du traitement (métaanalyse sur dix études randomisées contrôlées sur 695 sujets). Il existe par ailleurs une efficacité sur la réduction du handicap, et également une amélioration de la qualité de vie de la famille.

### **3. les bases théoriques de l'action psychoéducative auprès des familles**

L'hypothèse sous-jacente aux programmes psychoéducatifs est qu'il existe souvent une inadaptation cognitive et/ou émotionnelle et/ou comportementale de certains membres de la famille du malade qui est :

- d'une part liée au stress d'avoir un proche atteint de schizophrénie 30 à 60 % des familles ayant un niveau de détresse significatif (23) ;
- d'autre part liée au caractère déroutant et non familier des troubles observés dans la schizophrénie.

Cette inadaptation a des conséquences néfastes pour le malade et pour sa famille. Le but est donc de modifier cela en introduisant un apprentissage d'autres réactions adaptatives. De nombreux types de programmes psychoéducatifs ont été proposés. Les différences portaient :

- soit sur la composition du groupe : il existe des modèles monofamiliaux et de modèles multifamiliaux (le plus souvent avec la présence du malade pendant tout ou partie du programme, et plus rarement sans présence de malades). Il n'y a pas de différence claire d'efficacité entre ces modèles (24), chacun ayant ses avantages et ses inconvénients ;
- soit sur le contenu : les interventions limitées à la transmission d'informa-

tion sur la maladie, le traitement et les aides sociales sont sans impact sur l'évolution du malade(25). L'apprentissage de techniques de communication, de gestion du stress et de résolution de problèmes sont une nécessité ;

- soit sur la durée : certaines interventions peuvent atteindre trois ans.

Les interventions courtes ont été montrées comme inefficaces. Une durée supérieure à un an semble nécessaire pour observer un effet sur le malade(26) \_

#### **4.Limites actuelles à la diffusion des programmes psychoéducatifs**

Malgré l'accumulation d'études (27) démontrant l'efficacité de la psychoéducation et malgré la recommandation de cette pratique dans de nombreux référentiels, le nombre de familles bénéficiant d'un tel programme serait au mieux de 10 % mais le plus souvent entre 0 et 2 %. La question qui se pose toujours ; Pourquoi une pratique dont l'efficacité est démontrée, dont le coût est modéré, dont la rentabilité économique est avérée (28) n'arrive-t-elle pas à se développer ?

#### **Difficultés à développer l'offre**

Malgré l'accumulation des études sur plusieurs décennies qui confirment l'intérêt de la psychoéducation des familles, l'offre est encore très faible. Peu de professionnels sont formés à cette approche, et même lorsqu'ils sont formés seulement une petite minorité mettrait en application leur formation(29). Il existe aussi une tendance dominante à utiliser des versions allégées et donc moins efficaces de programmes validés, sous prétexte de manque de temps. Une autre difficulté à développer l'offre est le manque de soutien financier des organismes de recherche et de l'industrie pharmaceutique.

Le financement des soins obéit à une logique de soins individuels destinés à un malade. Dans ce modèle culturel dominant, il n'existe pas de ligne budgétaire pour des actions collectives destinées à l'entourage du malade.



## Difficultés à orienter les familles vers un programme psychoéducatif

On observe que la motivation des professionnels de la santé mentale à orienter les familles vers des programmes psychoéducatifs est habituellement faible.

Il existe deux raisons à cela :

La première est l'absence fréquente de connaissance sur l'intérêt de ces programmes ou une incrédulité sur leur impact réel(30) .

La deuxième est que les familles ne sont que rarement considérées comme des partenaires. Il suffit d'écouter les témoignages dans les associations de familles pour se rendre compte à quel point le système de santé mental peut être maltraitant avec les familles(31) et comment les associations de familles sont souvent perçues avec méfiance, voire condescendance. Il n'est pas rare que les familles soient même purement et simplement ignorées. Ainsi, une enquête transversale réalisée dans la région Alsace en 2012 a montré que moins de 5 % des familles des malades hospitalisés pour schizophrénie le jour de l'enquête avaient été orientées vers un programme psychoéducatif. Pourtant, plus de 80 % de ces malades hospitalisés avaient d'importants troubles cognitifs nécessitant une aide de l'entourage familial, et par ailleurs un programme psychoéducatif bénéficiant d'une communication importante et régulière à destination de tous les professionnels existe dans la région depuis plus de dix ans. L'hypothèse d'une scotomisation des familles est soutenue par le fait que dans cette enquête les équipes soignantes ignoraient pour 40 % des malades si un de leurs parents était encore en vie.

## Difficultés à s'engager

Les familles sont souvent épuisées et donc peu motivées à s'engager pour

une formation coûteuse en temps. De plus, pour certaines familles, une histoire traumatique des rapports avec la psychiatrie et la crainte d'être à nouveau culpabilisées sont dissuasifs. En étant convaincant, il est cependant possible de réduire la réticence de la majorité des familles et d'augmenter significativement leur taux de participation à un tel programme.

### **5. Un modèle du programme : Profamille**

Le modèle d'intervention psychoéducatif le plus utilisé dans le monde francophone est le programme Profamille. Développé en 1987 par Cormier au Québec, il a été ramené en 1993 en Europe par Favrod, Deleu et Chambon. Il s'agissait à l'origine d'un programme multifamilial de neuf séances auquel les malades ne participaient pas. Les animateurs bénéficiaient d'un guide contenant pour chaque séance quelques questions d'animation et l'indication des objectifs de la séance. En Suisse, l'implication de familles dans l'animation du programme a conduit Monique et Pierre Pasche de l'association des familles de schizophrènes de Berne francophone à préciser certains aspects de l'animation pour que celui-ci ne dérive pas vers une culpabilisation des familles et pour que le contenu éducatif reflète un point de vue partagé des professionnels et des familles. Ils s'inspiraient des principes développés par un parent de malade, Alexander, sur la nécessité pour les proches de prendre soins d'eux, d'éviter toute pression culpabilisante et de ne pas accepter de se sacrifier pour le malade. Suite à cette réflexion, une séance sur la culpabilité a été ajoutée. La création d'un réseau d'animateurs du programme Profamille à partir de 2000 a amené à des échanges annuels et des évaluations systématiques qui ont conduit à proposer des améliorations successives à ce programme. Celui-ci est composé aujourd'hui dans sa version V3.2 d'une séance d'engagement, d'un module de formation initial de 14 séances au contenu très structuré, et d'un module d'a

approfondissement et de consolidation de huit séances, auxquels s'ajoutent, pour certains participants, trois séances individuelles. Un groupe est composé habituellement de 12 participants et il est animé par deux personnes.

Actuellement, des groupes existent dans toutes les régions françaises, en Suisse, en Belgique et dans les pays du Maghreb. Les résultats préliminaires objectivent une réduction du nombre de jours d'hospitalisation des malades dans l'année qui suit le programme par rapport à l'année précédente, et une amélioration de l'humeur des familles(32). Les équipes qui participent à ce réseau réalisent une évaluation systématique de l'efficacité du programme, d'une part sur l'humeur des participants et leurs capacités à faire face, et d'autre part sur les réhospitalisations et rechutes du malade. Cette évaluation est considérée par les fondateurs du réseau comme une exigence éthique pour plusieurs raisons : c'est une réponse à l'engagement des familles qui est obtenu en leur expliquant les résultats attendus d'un tel programme, mais aussi ces animations ont un coût. L'argent investi dans le programme n'étant pas investi pour d'autres soins, la conformité des résultats doit être évaluée par rapport aux attentes et à l'investissement financier.

## **B. Emotion exprimée et facteurs associés chez des familles de patients avec schizophrénie**

La notion d'Emotion Exprimée (EE) remonte aux années soixante et désigne l'attitude de la famille envers un proche schizophrène. Elle se décline en trois éléments qui sont les commentaires critiques, l'hostilité et le surinvestissement émotionnel. Une riche littérature prouve qu'un haut niveau d'EE est un facteur de rechute de la schizophrénie

### **1. Emotion exprimée et la schizophrénie**

la portée réelle de l'émotion exprimée et les mécanismes qui en font un facteur de prévisibilité de la rechute reste à étudier et plusieurs zones d'ombres demeurent.

La question de l'influence réciproque entre l'attitude de la famille et le comportement du patient est d'actualité depuis plusieurs années. La possibilité d'un modèle unidirectionnel, c'est à dire un haut niveau d'EE chez les familles qui impacterait directement le cours de la maladie est peu vraisemblable. Tarrier (33) a souligné l'interaction bidirectionnelle entre l'attitude des parents avec le comportement du patient.

Durant les dernières années, la recherche est allée dans le sens de la compréhension de l'impact du climat émotionnel sur d'autres troubles psychiatriques, sortant de ce fait, cette notion du cadre de la schizophrénie. En effet une littérature abondante traite des EE, dans la dépression, les troubles bipolaires, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles de la personnalité ainsi que les troubles addictifs(34)

## **2. Facteurs associés à l'émotion exprimée :**

Les études réalisées ultérieurement se sont attachées à identifier les caractéristiques des patients associées à une EE familiale élevée. Kavanagh(35) relève ainsi l'interaction réciproque entre certaines caractéristiques du patient et les réponses des proches. Les symptômes du patient peuvent entraîner un stress chez les parents qui à leur tour adoptent des attitudes intrusives ou un comportement critique à l'égard du patient. Ces attitudes peuvent générer une fragilisation du patient amenant une rechute ou une réhospitalisation. Bentsen et coll(36) ont relevé l'association entre les critiques des proches et les facteurs suivants : les patients n'avaient pas d'emplois stables, avaient été hospitalisés plus de trois fois ou présentaient des troubles de comportement. Les critiques

étaient également associées à l'anxiété et la dépression chez les proches et inversement associées à la présence d'un déficit cognitif chez le patient (défaut d'abstraction, désorganisation conceptuelle). Weisman et coll.(37) ont mis en évidence dans les familles de 40 patients schizophrènes qu'une EE élevée était associée au fait de considérer les symptômes des patients comme intentionnels. Ainsi, les symptômes négatifs étaient plus susceptibles d'être critiqués que les symptômes positifs, ces derniers étant plus volontiers attribués à des phénomènes morbides. Van Os et coll.(38) ont pu mettre en évidence, chez des familles caractérisées par un niveau élevé d'EE, que le surinvestissement émotionnel était en relation avec l'implication de la famille par rapport aux soins du patient, alors qu'un taux de critiques élevé était retrouvé chez des familles dont le patient présentait une évolution défavorable en termes de rechutes. De même, Scazufca et Kuipers (39) ont mis en évidence la relation entre EE et la charge portée par les parents. Une étude faite sur des mères de patients schizophrènes retrouve comme facteurs associés à un haut niveau de critiques : la charge portée par le proche, l'excitation motrice et un bas niveau de neuroticisme. Il en demeure que la littérature sur les déterminants du niveau d'EE reste disparate et peu concluante.

### **3. Emotion exprimée et psychoéducation :**

Des traitements centrés sur la famille ont été développés afin de diminuer le niveau d'EE et de réduire son impact sur le cours de la schizophrénie. Ces interventions ont permis de retarder ou de diminuer les rechutes(40); Une méta-analyse portant sur l'effet de la prise en charge des familles a été réalisée par Pitschel-Walz et coll(41). qui a rassemblé des études évaluant l'efficacité de divers types d'approches familiales, elle conclut en une réduction d'environ 20% du risque de rechute. Néanmoins, d'autres travaux n'ont pas trouvé d'effet significatif sur la préve

ntion des rechutes enciblant les commentaires critiques ou l'hostilité (42) Une étude longitudinale sur ans n'a pas trouvé d'effet de l'intervention familialesur le niveau d'hostilité ou de commentaires critiques mais un effet sur le sur investi- ssement émotionnel qui se révèle temporaire )(43).

Les résultats des études sur l'impact d'une prise en charge centrée sur le haut niveau d'EE restent contradictoires.

#### **4. Limites du concept et problématique (44)**

Le rôle premier de cette notion et d'explorer l'environnement social dans le cours de la maladie mentale. À ce jour, peu ont tenté de situer l'émotion exprimée dans le contexte plus large de la théorie de la famille.

En l'absence de théories à partir desquelles développer des hypothèses sur l'origine des différents degrés d'ÉE, peu de recherches ont porté sur les types de conditions familiales propices à la critique, à la surimplication émotionnelle et à l'hostilité. Par ailleurs, Les chercheurs ont continué d'utiliser le système de notation d'émotion

exprimée élevée versus faible pour représenter les familles. Cette pratique de

de côté la notion de diversité au sein des familles, le rapport de continuité des construits représentés et le fossé conceptuel qui sépare les deux principales échelles, soit les commentaires critiques et le surinvestissement émotionnelle.

Ainsi, à ce jour, parce qu'elle utilise des points de démarcation pour créer des catégories artificielles qu'elle applique aussi bien aux membres des familles qu'aux familles entières, en combinant les paramètres composantes CC et SIE en un seul construit global et en ne tenant pas compte de la nature du lien d'un proche avec le patient (mère, père, frère ou sœur ou conjoint), la recherche sur l'EE n'a pas été un reflet fidèle de la réalité de la vie familiale.

Dans la recherche sur l'EE, la tendance a été de simplifier les conclusions

tirées des recherches. Étant donné que les évaluations de l'EE permettent de prédire la rechute, on en déduit souvent que c'est la famille cotée EE élevée qui provoque la rechute chez le patient, et si l'on veut formuler des hypothèses quant aux liens de cause à effet au sein de la dynamique familiale, il faut d'abord supposer que le degré d'émotion exprimée observé au moment où le patient est admis à l'hôpital est celui qui prévaut également durant la période desuivi, avant la rechute or cette hypothèse n'a pas été adéquatement testée. À défaut de pouvoir conclure que l'EE est une caractéristique constante des familles qui est présente lorsque l'état clinique du patient se détériore, on peut essayer d'interpréter différemment le lien entre l'émotion exprimée et la rechute. En effet, par exemple, la famille ne pourrait elle pas servir de baromètre de l'état clinique du patient qui l'amène à la rechute.

Si le paradigme EE a simplifié à l'excès le caractère de la famille, il a également adopté une conceptualisation simpliste du cours de la schizophrénie. Dans la majorité des études sur l'EE, l'indice retenu pour refléter l'évolution de la maladie est la rechute. Si la rechute est une composante importante du cours de la schizophrénie, sa nature dichotomique ne saurait être un reflet fidèle de l'éventail complet des degrés fonctionnels dans la schizophrénie. L'absence de rechute n'est synonyme ni de santé ni de qualité de vie satisfaisante pour le patient. Les patients qui présentent des symptômes négatifs ne répondent peut être pas aux critères diagnostiques de la rechute, or ils restent isolés et fonctionnent plus ou moins bien.

Finalement, la rechute n'est que l'un des multiples aspects d'un concept pluridimensionnel de l'évolution de la maladie, dont les chercheurs pourraient tenir compte.

## LA DEUXIEME PARTIE :FOIRE AUX QUESTIONS

(FAQ)



## I. INTRODUCTION

Le style de la matière de psychoéducation choisi dans notre travail est la foire aux questions, par rétro acronymie à partir de l'acronyme anglais FAQ « *frequently asked questions* » « questions fréquemment posées », est une liste faisant la synthèse des questions posées de manière récurrente sur un sujet donné, accompagnées des réponses correspondantes, que l'on rédige afin d'éviter que les mêmes questions soient toujours reposées, et d'avoir à y répondre constamment de plus.

On outre, pour combler les lacunes en concernant la pathologie et rapprocher au plus près Les préoccupations des intéressés (les patients, les familles, les associations ou la société) en considérant comme une alternative et un outil de travail contemporain.

### Les objectifs de ce style sont :

- ✓ Un gain de temps
- ✓ Amélioration de l'expérience des personnes intéressées
- ✓ Une vue claire et transparente sur l'ensemble de la pathologie,
- ✓ Le choix des questions pertinentes pour ne pas passer à côté et pour ne pas perdre le temps de la psychoéducation dans des questions secondaires. Ce style est ainsi considéré comme du contenu à réelle valeur ajoutée
- ✓ Ce style s'avère également efficace en matière de référencement.
- ✓ C'est aussi un outil de communication et une ébauche pour stimuler la curiosité des patients

## II. METHODOLOGIE

Ce travail s'est déroulé au sein du service de psychiatrie de l'hôpital Ibn Al Hassan du CHU Hassan II de Fès sous la direction du chef du service Pr Ismail RAMMOUZ. Pour une conception des outils de la matière de psychoéducation, nous avons adopté cinq étapes essentielles :

### **1. Etape de lecture des outils de psychoéducation existants :**

Comme on l'a déjà signalé dans la littérature, il existe plusieurs supports de psychoéducation en Anglais et en Français, et nous avons porté le choix, pour des soucis pédagogiques, sur le programme Pro famille (45). Nous nous sommes inspirés surtout de la banque de questions qui y existe et de quelques réponses adaptées au contexte marocain

### **2. Etape de questions :**

Dans le cadre de Foire aux questions, et afin de rassembler les questions les plus pertinentes, un inventaire a été fait au sein du service de psychiatrie à l'hôpital Ibn Alhassan du CHU Hassan II de Fès au sein du personnel médical et paramédical.

Les questions ont été par la suite classées par ordre thématique, celles qui concernent les grandes définitions, puis celles traitant les symptômes, ensuite les questions traitant l'évolution et les traitements

### **3. Etape de réponses :**

Dans le souci de rassembler des informations de base et les organiser et de les simplifier et de mettre dans un cadre de questions/ réponses, nous avons fait le tour des manuels de psychiatrie et des manuels de la schizophrénie pour en tirer des réponses aux différentes questions.(46)

On s'est fait aider aussi de quelques sites d'internet, contenant es forums et des commentaires afin de contenir tous les questionnements plausibles de la part

du grand public

#### 4. Etape de rédaction :

Nous avons procédé par la suite à la rédaction des textes des réponses en essayant de respecter les critères suivants :

- + Des informations simples, directes, faciles à comprendre et loyales.
- + On a adopté le fait que la FAQ ne doit pas avoir une réponse à tout, et dans le cas échéant, on signale l'insuffisance d'actualité au temps présent.

#### 5. Etape d'arabisation :

Durant cette étape, on s'est servi essentiellement de deux thèses d'arabisation, la première traitant les pathologies psychiatriques (47) et la deuxième traitant la sémiologie psychiatrique (48). A partir de ces deux thèses faites à notre faculté, on a emprunté la plupart des termes spécifiques à notre discipline. Puis par la suite on s'est fait aider par un professeur en langue arabe afin qu'il améliore le style en arabe

## DISCUSSION

Notre travail a consisté à rassembler toutes les questions pertinentes et préoccupantes et qui se répètent autour la schizophrénie, et ceci à partir de toutes les stations de questionnement et suggestions, en partant de ce qui est définition et explications des termes primaires et phares de la maladie jusqu'aux aspects thérapeutiques et pronostics de la maladie. Ensuite on a privilégié de s'organiser dans un cadre thématique et académique en répondant de façon claire, simple, concise et facile à comprendre.

Cette démarche répond au style de Foire Aux Questions (FAQ), très utilisé pour le grand public et les usagers, et qui est une méthode abrégée de transmission de message, se contentant de l'essentiel et du minimum de savoir, tout en laissant le champ ouvert aux questions fréquemment posées par les patients et leurs familles. C'est une forme d'anticipation pour activer la curiosité des patients, habituellement souffrant de déficit cognitif, et n'ayant pas une attention soutenue à tous les aspects de la maladie. D'autre part, ce style de FAQ permettrait une certaine réassurance, tellement recherchée par des patients angoissés par leurs symptômes et le changement terrible qui se passe au niveau de leur perception et de leurs émotions.

Par ailleurs, ce FAQ nous aidera à quantifier le degré d'assimilation de la pathologie à travers la société en globalité et mettre des mises au point pratiques et combler la plupart des lacunes qui dérangent ces patients

Quoique ces points positifs existent, on ne peut pas nier ses limites pour les gens qui posent les questions de point de vue l'origine de la maladie, l'état psychique, le niveau intellectuel, ni encore la relation thérapeutique ...

En outre, ces questions ne sont pas basées sur des échantillons ou des études

de validation. Un travail plus objectif consisterait à passer des entrevues avec des patients et leurs familles pour arriver à bien connaître c'est quoi l'aspect de la maladie le plus évoqué chez les patients et ce sont quoi les préoccupations majeures des familles, et ce sont quoi les connaissances indispensables et difficiles à comprendre chez les patients et leurs familles.

Mais ce travail reste très bénéfique dans sa version arabe par sa focalisation sur des questions /réponses qui est une méthode alternative de travail et une façon moderne pour communiquer avec les intéressés qui permet aussi un gain de temps pour les personnels et les patients et leurs familles à fin d'optimiser pour d'autres problèmes confrontés. Et dans le même cadre, ça sera un terrain de départ pour ébaucher un travail effectif de psychoéducation avec un groupe de patients schizophrènes, et qui permettra dans l'avenir de tirer des leçons importantes et vont certainement améliorer la version actuelle de FAQ.

On a mis comme perspectives de ce travail les points suivants:

- Simplification et introduction de ces FAQ en des mots du langage dialectal marocain.
- Des essais sur une population de patients ayant une schizophrénie et leurs familles.
- Mise à jour régulière du contenu scientifique par les nouvelles de l'actualité scientifique en matière de la schizophrénie
- Ce FAQ permet d'aider à élaborer un programme psychoéducatif auprès des patients et leurs familles, puis de l'adapter au contexte marocain.
- La formation des praticiens psychiatres et infirmiers en psychiatrie en matière d'encadrement et explications supplémentaires de cette FAQ.
- Encourager les patients et les familles à former des associations pour usagers de soins de santé mentale.

## Conclusion

La psychoéducation des patients et des familles est une intervention particulièrement efficace, tant sur le bien-être de la famille que sur l'évolution du malade.

Dans un pays à revenu moyen et avec un personnel de soins insuffisant, cette méthode pourra combler le vide qui existe et aider les praticiens à se servir de ce support, tant que individuellement que dans des groupes de patients.

Son effet sur la prévention de la rechute est quasi identique à celui de la prise du traitement médicamenteux par la personne qui souffre de schizophrénie, et favoriserait aussi la réduction du handicap et le retour à la réinsertion des malades. La FAQ constitue donc l'une des modalités essentielles pour le rétablissement du malade dans l'approche de réhabilitation.

## Le résumé

La schizophrénie est une maladie psychiatrique chronique ayant souvent des conséquences pénibles sur le patient et sa famille. Avec la désinstitutionnalisation des patients et leur intégration dans la communauté, une plus grande charge de soins a été attribuée aux familles de patients souffrant de maladies mentales sévères, ce qui a contribué à l'introduction en psychiatrie de la psychoéducation comme mode d'intervention particulier auprès des familles de patients souffrant de schizophrénie. La psychoéducation est considérée actuellement comme étant l'intervention la plus efficace après le traitement médicamenteux des patients est d'une rentabilité psychologique avérée. De plus, la prise en charge d'un patient schizophrène par sa famille constitue un fardeau important pour cette dernière, entraînant un impact négatif sur les personnes prenant en charge le malade et sur le patient lui-même.

Les études suggèrent que la psychoéducation faite auprès des familles de patients schizophrènes a un effet positif sur celles-ci. Elle diminue les frais relatifs à la maladie, améliore les interactions sociales du soignant et sa santé psychologique, et améliore les connaissances sur la maladie et ses rouages et diminue la charge imposée par la maladie sur la famille et cela est retrouvé dans plusieurs pays du monde, surtout dans les régions où la famille est fortement présente, comme dans notre contexte musulman, arabe et marocain.

Et pour cela on a privilégié de faire **une foire aux questions (FAQ)** qui consiste à aider les malades et ses familles à acquérir une vision réaliste, exhaustive de la maladie à travers la transmission d'informations ciblées, lui permettre de collaborer activement et discuter les problèmes rencontrés au quotidien dans la prise en charge du patient et proposer des moyens pour y faire face et enfin, présenter l'aspect pluridisciplinaire de la prise en charge de cette maladie.

On a mis comme objectifs de ce travail d'apporter des informations claires sur la maladie, son évolution, son pronostic et ses traitements de façon adaptée à la population marocaine à travers la production d'un matériel d'information sous forme de foire aux questions



## **Abstract**

Schizophrenia is a chronic psychiatric illness that often has a painful impact on the patient and his or her family. With the deinstitutionalization of patients and their integration into the community, a greater burden of care was attributed to the families of patients with severe mental illnesses, which contributed to the introduction into psychiatry of the Psychoeducation as a particular mode of intervention for families of patients with schizophrenia. Psychoeducation is currently considered to be the most effective intervention after the drug treatment of patients is a proven psychological profitability. In addition, caring for a schizophrenic patient by his or her family is a significant burden on the person, causing a negative impact on the patients and the patient themselves.

The studies suggest that psychoeducation made to families of schizophrenic patients has a positive effect on them. It decreases the costs associated with the disease, improves the social interactions of the caregiver and its psychological health, and improves the knowledge about the disease and its cogs and decreases the burden imposed by the disease on the family and this is found in Several countries in the world, especially in the regions where the family is strongly present, as in our Muslim, Arab and Moroccan context.

And for this we have privileged to make a frequently asked questions (FAQ) which is to help the sick and his families to acquire a realistic vision, exhaustive of the disease through the transmission of targeted information, enable it to actively collaborate and Discuss everyday problems in the care of the patient and propose ways to cope with it and finally, present the multi-disciplinary aspect of the management of this disease.

### **Objectives:**

To provide clear information about the disease, its evolution, its prognosis and its treatments in a way adapted to the Moroccan population through the production of information material in the form of frequently asked questions.

## المخلص

الفصام هو مرض نفسي مزمن غالبا ما يكون له عواقب مؤلمة على المريض وعائلته، و مع عدم الإشارك المؤسسي للمرضى و صعوبة إدماجهم في المجتمع، فإن عبء الرعاية أكبر على أسر المرضى الذين يعانون من أمراض نفسية حادة. وتعتبر حاليا التربية النفسية كوسيلة خاصة للتدخل في الطب النفسي الأكثر فعالية بعد العلاج الكيميائي. وتشير الدراسات إلى أن التربية النفسية مع أسر مرضى الفصام له تأثير إيجابي عليهم، فهو يقلل من تكاليف المرض ويحسن التفاعل الاجتماعي والرعاية الصحية النفسية ويحسن المعرفة بالمرض وآلياته ويقلل من عبء المرض على الأسرة خاصة في المناطق التي تتواجد فيها الأسرة بقوة، كما هو الحال في سياقنا الإسلامي العربي والمغربي.

لهذا الغرض، قمنا باستعمال أسئلة موجهة وأجوبة بسيطة ، من أجل مساعدة المرضى وأسرهم للحصول على رؤية واقعية وشاملة للمرض من خلال نقل المعلومات المستهدفة، لتمكينهم من التعاون بنشاط ومناقشة المشاكل اليومية التي يواجهونها تجاه هذا المرض واقتراح سبل التعامل معها، وأخيرا، تقديم الجانب متعدد التخصصات لإدارة هذا المرض.

### الأهداف:

تقديم معلومات واضحة عن المرض وتطوره وتشيخيصه ومعالجته بطريقة تتكيف مع السكان المغاربة من خلال إنتاج مواد إعلامية في شكل جمعا لأسئلة المهمة المتكررة و الإجابة عنها.

## **ANNEXES**

## ANNEXES 1 :

### Foire aux questions en français :

✓ Cette FAQ contient 62 questions pertinentes suivantes :

1

#### **QU'EST-CE QUE LA SCHIZOPHRÉNIE ?**

C'est une maladie de cerveau qui peut paraître durant l'adolescence jusqu'à 35 ans ou un peu au-delà et qui s'exprime par des symptômes positifs tels que la dissociation, le délire, les hallucinations et la séparation des pensées, des émotions, des comportements et des symptômes «négatifs» tels que des troubles de la pensée, du comportement, de la perception de soi et des tendances à l'isolement pendant plus de six mois.

2

#### **QUELLE EST LA FRÉQUENCE DE LA SCHIZOPHRÉNIE ET À QUEL ÂGE APPARAÎT-ELLE ?**

Au Maroc on dénombre près de 300 000 personnes qui souffrent de la schizophrénie, soit 1 % de la population avec un taux de prévalence qui est plus élevé en milieu urbain qu'en zone rurale. C'est une pathologie qui existe depuis longtemps et dont la prévalence semble stable dans le temps.

Il semble qu'il y ait autant de filles que de garçons avec début de la maladie est plus précoce et l'évolution est plus grave chez le garçon. Mais le début des troubles est notée vers 15-25 ans chez le garçon, et 20-30 ans chez la fille. La schizophrénie touche toutes les catégories sociales, sans distinction de race ou de niveau socio-économique ou de niveau éducatif.

**3****LES ENFANTS PEUVENT-ILS ÊTRE ATTEINTS DE SCHIZOPHRÉNIE?**

Oui. Dans des cas peu fréquents, on a retrouvé des enfants âgés de seulement cinq ans qui avaient reçu le diagnostic de la maladie. Dès leur plus jeune âge, on remarque souvent qu'ils agissent différemment des autres enfants. Cependant, la plupart des personnes atteintes de schizophrénie ne montrent des signes identifiables de la maladie qu'à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

## 4

**C'EST QUOI LA CAUSE DE LA SCHIZOPHRÉNIE ?**

Aujourd'hui, la recherche distingue des facteurs prédisposant et des facteurs déclenchants dans l'apparition de la schizophrénie chez un individu.

**• Les facteurs prédisposant**

Tout d'abord il existe une **prédisposition génétique** dans certaines formes de schizophrénie. Montre le risque héréditaire en fonction du lien génétique avec une personne schizophrène. Mais la maladie peut survenir même lorsqu'il n'existe aucun autre cas connu dans la famille; Par ailleurs, le fait d'avoir plusieurs parents schizophrènes ne signifie pas pour autant qu'une personne développera la maladie. D'autres causes de la schizophrénie seraient d'origine biologique sans qu'elles soient héréditaires touchant essentiellement la neurotransmission de la dopamine. Certaines données suggèrent que des facteurs intra-utérins, tels que le niveau et la qualité de la croissance neuronale du fœtus, peuvent augmenter le risque de développer une schizophrénie au cours de l'adolescence et de la jeunesse. Ces facteurs sont reconnus pour perturber les fonctions cérébrales normales parce qu'ils peuvent nuire au processus du développement neurologique.

***Le modèle vulnérabilité-stress***

Le modèle vulnérabilité-stress est le modèle qui permet au mieux d'intégrer les connaissances actuelles sur la schizophrénie. Ce modèle postule que pour développer la maladie schizophrénique un individu doit présenter en lui préalablement une prédisposition d'ordre biologique et psychologique. Cette prédisposition le rend particulièrement vulnérable aux stress de son environnement. C'est l'interaction entre cette vulnérabilité et les stress de l'environnement qui pourrait déterminer l'apparition de la maladie et son évolution.

**5****QUEL EST LE RÔLE DES DROGUES ET DE L'ALCOOL ?**

En soi, la consommation de drogues ou d'alcool ne cause pas la schizophrénie. Toutefois ces produits agissent souvent comme de puissants déclencheurs qui entraînent l'apparition d'un premier épisode ou d'une rechute chez une personne prédisposée à la schizophrénie.

Toute personne souffrant de schizophrénie devrait s'abstenir d'alcool et de drogues, même celle considérées douces.

L'abus de drogues et d'alcool est un problème malgré tout assez fréquent chez des patients schizophrènes et nécessitent en plus du traitement de la schizophrénie un traitement spécifique de la dépendance.

**6****QUELLE EST LA RELATION ENTRE LE CANNABIS ET SCHIZOPHRÉNIE ?**

Le lien entre **cannabis** et **schizophrénie** se confirme encore dans les études. La consommation de cannabis augmente fortement les risques de devenir schizophrène.

Le cannabis n'est pas une drogue douce

Il ne s'agit pas de la première étude mentionnant un risque accru de schizophrénie chez les consommateurs de cannabis.

Mais avec un recul plus important, ce risque se révèle plus élevé qu'on avait pu le croire. De plus, sachant que le cannabis est plus toxique que le tabac, de par l'inhalation plus intense du fumeur de joint et de la plus forte concentration de substances toxiques, cette drogue soit disant "douce" est beaucoup moins inoffensive qu'il n'y paraît.

On ne peut toujours pas affirmer que le cannabis provoque la schizophrénie. En revanche, il précipite les sujets fragiles vers cette maladie mentale.

Le risque s'élève proportionnellement avec l'intensité de la consommation. Ainsi, les fumeurs réguliers (plus de 100 joints par an, soit environ plus de 2 par semaine) augmentent de 50 à 200% leur risque de souffrir de troubles mentaux (symptômes psychotiques, hallucinations, anomalies de la pensée).



**7**

**LE FAIT QUE MA FAMILLE AIT DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX LIÉS À LA MALADIE MENTALE OU À LA SCHIZOPHRÉNIE SIGNIFIE-T-IL QUE JE SUIS PLUS VULNÉRABLE À UN ÉPISODE PSYCHOTIQUE SI JE CONSOMME DE LA DROGUE?**

Les observations dont nous disposons indiquent que si un facteur prédisposant est présent chez quelqu'un, des drogues telles le cannabis (marijuana, hachisch, huile de cannabis, etc.) peuvent déclencher un épisode de schizophrénie. Cet effet ne s'élimine pas nécessairement après avoir cessé de consommer la drogue. S'il existe des antécédents médicaux liés à la maladie mentale dans votre famille, il serait sage de prendre des précautions.

Les drogues illicites comportent des risques pour n'importe qui, mais pour les personnes atteintes de schizophrénie, elles sont particulièrement dangereuses. Tel que mentionné précédemment, certaines drogues peuvent entraîner des rechutes et aggraver la maladie. Toutes les drogues illicites devraient être évitées, y compris

- PCP, cocaïne/crack, LSD, amphétamines, marijuana et autres dérivés du cannabis, ecstasy

8

**LA SCHIZOPHRÉNIE EST-ELLE HÉRÉDITAIRE ?**

La maladie peut toucher n'importe quelle famille, et ses causes étant plurifactorielles, l'hérédité n'explique pas tout.

Le risque d'être atteint de schizophrénie augmente si d'autres membres de la famille en sont atteints, mais dans des proportions mesurées. On évalue le risque héréditaire à 10 % pour l'enfant si un parent du premier degré en est atteint (père, mère, frère, sœur), et à 40 % si les deux parents en sont atteints. Pour les enfants des frères et sœurs d'un patient, le risque d'être atteint est à peine supérieur à la moyenne de la population (3% contre 1%).

9

**EST-CE QUE LA SCHIZOPHRÉNIE EST DUE À LA MAUVAISE ÉDUCATION DE LA PART DES PARENTS ?**

La schizophrénie n'est pas due à une mauvaise éducation. Les facteurs biologiques à la base du développement de la vulnérabilité interviennent avant la naissance ou autour de celle-ci. Il est cependant probable que cette vulnérabilité soit aggravée par certaines circonstances de la vie. Comme une maltraitance physique ou morale durant l'enfance. Pendant longtemps et jusqu'à une grande partie du siècle passé. On pensait qu'un certain type de relation entre les parents et les enfants était la cause de la schizophrénie chez ces derniers. Il existait la croyance qu'une relation froide et distante, avec des styles de communication confus et contradictoires était le terrain sur lequel se développait la maladie.

10

**C'EST QUOI LES CHANGEMENTS QUI PEUVENT AVOIR LIEU AVANT L'INSTALLATION DE LA SCHIZOPHRÉNIE ?**

La schizophrénie doit être diagnostiquée rapidement car au plus vite le traitement est instauré, plus de chance il sera efficace. Cependant, la schizophrénie peut être difficile à diagnostiquer à ses débuts. Le début n'est pas toujours spectaculaire avec des symptômes classiques comme des idées délirantes, des hallucinations auditives et des troubles du comportement qui évoquent d'emblée le diagnostic de schizophrénie. Le début peut être insidieux et progressif. Des signes possibles d'une schizophrénie débutante peuvent être :

. Désintérêt affectif vis-à-vis des événements familiaux ou personnels

- Retrait social
- Comportement bizarre et inexplicable
- . Doutes et idées de préjudice vis-à-vis de l'entourage
- Présence de perceptions sensorielles inhabituelles
- . Station prolongée devant le miroir
- Déclin important et persistant des performances intellectuelles
- Intérêt extraordinaire et excessif en religion ou en sciences philosophiques, existentielles et spirituelles.

Dans tous les cas, il faut faire appel à un spécialiste pour poser le diagnostic de schizophrénie. Ce dernier recherchera avec soins l'ensemble des critères qui permettent de poser le diagnostic de schizophrénie en interrogeant le patient et sa famille et en observant les comportements du patient .

11

**C'EST QUOI LES IDÉES DÉLIRANTES ?**

Il s'agit de convictions erronées constantes, non transitoires, qui ne sont pas partagées par d'autres et que le patient continue à considérer comme réelles même en présence de preuves démontrant le contraire. Le patient peut être convaincu qu'il est poursuivi (délire de persécution), qu'il est Dieu ou prophète ou MEHDI ALMOUNTADAR (idées délirantes mystiques) ou qu'il est le centre (idées de référence) des événements qui se déroulent autour de lui. Habituellement, elles ne peuvent pas être modifiées par des faits ou des arguments; elles ne peuvent l'être que par le traitement. Le patient est souvent incapable de comprendre que ses convictions sont erronées et qu'il est malade. Les idées délirantes sont réelles pour le patient. C'est pourquoi ses comportements et sa conduite sont souvent incompréhensibles aux personnes saines.

**12****C'EST QUOI LES HALLUCINATIONS?**

Les patients schizophrènes entendent parfois des voix (hallucinations auditives) qu'une personne saine placée dans la même situation n'entendrait pas ou voit des choses (hallucinations visuelles) que personne d'autre ne perçoit. Ces perceptions sensorielles étranges sont souvent très perturbantes pour le patient qui éprouve parfois d'énormes difficultés à distinguer hallucinations et perceptions réelles. Pour le patient, les voix sont réelles et il peut donc agir en conséquence, parfois d'une façon incompréhensible aux autres personnes.

Parfois ces voix sont entendues de façon sensorielle, d'où certains patients se défendent en mettant du coton dans les oreilles ou en écoutant la musique via des kits.

D'autre fois, ces hallucinations siègent à l'intérieur de leur esprit, et à ce moment-là, ils prétendent qu'ils sont commandés par les autres ou qu'on devine leurs pensées.

**13****C'EST QUOI LES TROUBLES DE PENSÉE ?**

Les personnes souffrant de schizophrénie peuvent être incapables de penser ou de communiquer de manière logique. Leur pensée et leur discours deviennent désorganisés et difficiles à suivre. Parfois ils sautent d'un sujet à un autre sans lien, ou bien ils introduisent des raisonnements bizarres.

**14****C'EST QUOI LA PERTURBATION DE LA PERCEPTION DE SOI ?**

Il arrive que la personne atteinte perde le sens de son identité personnelle. La frontière entre lui-même et le milieu qui l'entoure se dissout. Ou parfois ressent et perçoit que son visage ou une partie de son corps est déformée ou absente.

**15****C'EST QUOI LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ?**

Ces troubles peuvent se manifester par des comportements relativement bizarres ou injustifiés, qui peuvent aller jusqu'à l'hostilité et l'agression. Parfois des gestes répétitifs ou un regard bizarre ou bien des sourires inattendus.

**16****ÇA SIGNIFIE QUOI L'AUTOMATISME MENTAL ?**

Par exemple, dans sa croyance que les autres peuvent lire ses pensées, ou qu'ils peuvent pénétrer dans sa tête et le penser ou le contrôler à distance. Et accompagné de pensées hallucinatoires internes non par l'ouïe ou la vue. Avec l'existence d'idées péremptoires ou illusoires dans ce qu'on appelle les hallucinations de commandement.

17

**QUELS SONT LES SYMPTÔMES NÉGATIFS LES PLUS FRÉQUENTS ?****• Manque d'énergie et de motivation**

Le manque d'énergie est un symptôme négatif fréquent. La maladie peut causer une perte de vivacité, d'entrain et d'intérêt général chez le patient. Cela se traduit souvent par une incapacité d'assumer ses responsabilités à la maison, au travail ou à l'école.

**• Emoussement affectif**

Le patient perd sa capacité à ressentir et à exprimer ses émotions. Souvent l'expression du visage est réduite, il manque à des occasions de joie ou de tristesse.

**• Retrait social**

Les patients présentent souvent un manque d'intérêt envers leur milieu social et finissent par éviter tout contact social et même familial.

**• Pauvreté de la pensée**

Les patients peuvent devenir très peu portés à s'exprimer spontanément et peuvent présenter un ralentissement général de la pensée, voir même une absence d'idée.

**18****COMMENT S'ASSURER DU DIAGNOSTIC DE SCHIZOPHRÉNIE ?**

Il n'y a aucune analyse sanguine ou examen radiologique ou test psychologique qui confirme à 100 % le diagnostic, mais la persistance de la dissociation ; du délire, des hallucinations et des symptômes négatifs au-delà de 6 mois le confirme. Les données de la neuroimagerie fonctionnelle et les marqueurs génétiques ne se font que dans le domaine de la recherche fondamentale et ne font pas partie des outils du diagnostic clinique.



19

**QUE FAIRE APRÈS LE DIAGNOSTIC DE LA MALADIE?**

Le préalable le plus important pour assurer le succès d'un traitement est d'amener le patient et ses proches à comprendre que la schizophrénie est une maladie grave du cerveau. Le patient tirera le meilleur bénéfice d'un traitement si sa maladie est diagnostiquée et traitée aux tous premiers stades. De plus le succès d'un traitement dépend de l'acceptation par toutes les personnes concernées – professionnels de la santé, patient, famille et amis – du fait que la schizophrénie est davantage qu'une crise existentielle et que son traitement requiert un effort concerté et volontaire de chacun. Le patient et ses proches doivent comprendre que la maladie ne peut être contrôlée que par un traitement combinant l'administration d'antipsychotiques à une approche psychosociale, et que leur collaboration est essentielle afin de s'assurer que le patient reçoive le traitement approprié.

En raison du degré de mobilisation que suppose le traitement d'une telle maladie, toute personne atteinte de schizophrénie devrait confier son cas à un médecin, de préférence un psychiatre, qui connaît bien la maladie, qui travaillera avec ses proches et en qui elle pourra avoir confiance. Le patient et sa famille devraient pouvoir discuter sans gêne avec le médecin choisi de toutes les facettes du traitement envisagé, et tout particulièrement de la prévention des rechutes à l'aide des antipsychotiques et de directives à observer en cas de signes d'alarme de rechute.

Par-dessus tout, le patient et ses proches doivent comprendre qu'ils jouent un rôle de premier plan dans le traitement de la maladie. Par leurs comportements de tous les jours ainsi que par les gestes qu'ils posent les uns envers les autres, ils peuvent contribuer à modifier le cours de la maladie et à prévenir les rechutes.

**20****COMMENT TRAITE-T-ON LA SCHIZOPHRÉNIE ?**

Les meilleurs résultats peuvent être obtenus par la combinaison d'un traitement médicamenteux (antipsychotiques) et d'un traitement psychosocial .

Les antipsychotiques en général s'avèrent efficaces pour contrôler les symptômes positifs de la schizophrénie et ils ont une action préventive par rapport aux rechutes. Par contre leur effet sur les symptômes négatifs sont faibles.

Les antipsychotiques produisent leurs effets thérapeutiques en bloquant les récepteurs de la dopamine. Les antipsychotiques atypiques agissent à la fois sur les récepteurs de la dopamine et sur ceux de la sérotonine.

Les traitements psychosociaux ont pour but d'aider le patient et sa famille à faire face à la maladie et aux problèmes qu'elle crée. De nombreux patients tirent profit d'un tel traitement même en phase de rémission. Le traitement le plus approprié dans le cas de chaque patient (psychothérapie de soutien, réadaptation psychosociale, thérapie familiale) sera choisi en concertation avec le médecin. Tout patient (et si possible sa famille) devrait participer à un programme psycho-éducatif après un premier épisode de schizophrénie afin de s'informer sur la maladie, son traitement et son évolution à long terme .

21

**COMMENT CHOISIR LA BONNE MÉDICATION?**

Comme chaque patient réagit différemment aux antipsychotiques – et il en existe beaucoup – il est indispensable de trouver le médicament et la posologie adéquats pour chacun. L'objectif est de combattre efficacement les symptômes de la schizophrénie en limitant les effets secondaires de la médication. Pour atteindre cet objectif, il faut du temps et il est parfois nécessaire d'essayer différents antipsychotiques.

Dans la plupart des cas, les antipsychotiques réduisent considérablement ou éliminent les symptômes positifs de la schizophrénie en moins de quelques semaines. En moyenne, l'amélioration d'un épisode aigu nécessite de quatre à six semaines. Il faudra encore une période de trois mois au moins pour ajuster la posologie et éventuellement modifier la médication pour trouver enfin l'antipsychotique offrant le meilleur effet thérapeutique avec le minimum

A certains moments, le médecin pourra également prescrire d'autres médicaments, pour traiter l'anxiété, une dépression, des problèmes de sommeil ou d'éventuels effets secondaires persistants des antipsychotiques

**22****QUAND LES ANTIPSYCHOTIQUES SONT-ILS  
NÉCESSAIRES ?**

La schizophrénie est une maladie grave et chronique, pour laquelle un traitement médicamenteux est indispensable. Si elle n'est pas traitée au moyen d'antipsychotiques, elle s'aggraverait fort probablement. Il peut y avoir des rechutes fréquentes, avec de graves conséquences à long terme au plan du travail et de la vie sociale.

Le recours au traitement psychosocial sans traitement antipsychotique concomitant est non seulement inefficace mais peut également augmenter le risque de rechute en raison du stress que ces interventions peuvent provoquer chez les patients.

Un patient qui souffre de schizophrénie doit être informé des avantages et des inconvénients du traitement médicamenteux et être suivi régulièrement pour évaluer sa fidélité au traitement et les résultats de ce dernier.

**23****EST-CE QUE LES ANTIPSYCHOTIQUES SE VALENT DE  
POINT DE VUE D'EFFICACITÉ ?**

En fait, les antipsychotiques sont très efficaces, mais la réponse à ces médicaments diffère d'un patient à l'autre. Mais 20% des patients ont encore une faible réponse médicamenteuse.

24

## QU'EST-CE QU'UN NEUROLEPTIQUE DÉPÔT OU RETARD ?

Chez les patients qui suivent un traitement préventif à long terme, l'observance thérapeutique peut être améliorée par des injections intramusculaires de neuroleptiques dépôts, puisque ceux-ci n'ont pas à être pris tous les jours.

Cette approche est particulièrement avantageuse pour les personnes ayant des difficultés à accepter leur maladie et ne voulant pas se voir rappeler leur état par la prise orale d'un médicament deux ou trois fois par jour.

Les neuroleptiques dépôts agissent selon le principe suivant : on injecte en une seule fois, en intramusculaire, la quantité de neuroleptique dont le patient a besoin pour une période de 2-4 semaines. La dose quotidienne nécessaire est libérée automatiquement dans la circulation sanguine à partir de ce "réservoir intramusculaire". Au plan des effets secondaires, cette libération régulière est probablement plus avantageuse que l'administration orale abrupte.

La procédure la plus courante avec les formes dépôt consiste à commencer le traitement d'un épisode aigu à l'aide d'antipsychotiques par voie orale puis à passer aux neuroleptiques dépôts dès que l'état du patient s'est stabilisé.

L'intervalle entre deux injections varie entre 1 et 6 semaines en fonction des patients et du médicament.

**25****C'EST QUOI LA DIFFÉRENCE ENTRE NEUROLEPTIQUE CLASSIQUE ET ATYPIQUE?**

Les deux classes des médicaments sont des médicaments contre la psychose. Les premiers sont anciens et datent des années 50 du siècle dernier et qui touchent à beaucoup de récepteurs synaptiques d'où existence de nombreux effets secondaires comme Haldol, Largactil et Nozinan. Les derniers sont des médicaments qui datent seulement fin des années 90, et qui sont sélectifs à certains récepteurs de la dopamine et de la sérotonine et qui ont moins d'effets secondaires comme Risperdal, Zyprexa, Solian et autres....

26

**POURQUOI CERTAINS PATIENTS HÉSITENT-ILS À PRENDRE LEUR MÉDICATION ?**

Les patients refusent souvent de croire qu'ils souffrent d'une maladie et ne voient pas du tout la nécessité de suivre un traitement. De fait, l'absence d'autocritique est une caractéristique fréquente de la schizophrénie.

- Lorsqu'ils commencent à se sentir mieux, ils peuvent penser qu'ils n'ont plus besoin de médicaments surtout s'ils n'ont pas été informés sur la nature de leur maladie.

- Certains effets secondaires peuvent être gênants et particulièrement désagréables rendant difficilement supportable le traitement.

- Parfois, certains oublient tout simplement de prendre régulièrement leurs médicaments à cause de leur style de vie désorganisé ou de légers troubles de la mémoire.

- Certains patients craignent que les médicaments les dépouillent de leur personnalité ou contrôlent leur esprit. D'autres ne tolèrent pas le contact avec la réalité et préfèrent retourner dans leur monde délirant.

- En raison de préjugés sur les médicaments et sur la maladie l'entourage peut décourager les patients à poursuivre leur médication. 'cesont les médicaments "Ce sont des drogues" .

**27****LES MÉDICAMENTS SONT-ILS DES DROGUES ?**

Les patients et leur famille craignent parfois que les antipsychotiques utilisés pour traiter la schizophrénie entraînent une dépendance. Cependant, les antipsychotiques ne provoquent pas d'euphorie ni de comportement addictif chez ceux qui en prennent. Autre idée fautive sur les antipsychotiques : c'est qu'ils exerceraient un contrôle sur l'esprit, ou feraient office de « camisole chimique ». À la dose appropriée, les antipsychotiques n'« assomment » pas les patients car ils diminuent la vigilance d'autre part il n'existe pas de dépendance psychique ou physique aux antipsychotiques .



**LA MÉDICATION DOIT-ELLE ÊTRE RÉELLEMENT POURSUIVIE  
MÊME APRÈS LA DISPARITION DES SYMPTÔMES AIGUS ?**

Tant que les symptômes aigus et très pénibles d'une maladie persistent, il est clair que le traitement est nécessaire. Lorsque les idées délirantes et les hallucinations ont disparu, cela devient moins évident. Même si les symptômes aigus ont disparu, il est essentiel qu'un patient schizophrène continue son traitement pour les raisons suivantes :

La schizophrénie est une maladie chronique qui est associée à un risque de rechute élevé pour le reste de la vie du patient. Un traitement antipsychotique de longue durée réduit la vulnérabilité du patient et le risque de rechute. En l'absence de traitement prophylactique à l'aide d'antipsychotiques, la plupart des patients rechutent.

Bien qu'il n'existe aucun traitement curatif pour la schizophrénie, il est possible de la traiter aussi efficacement que de nombreuses maladies chroniques, comme le diabète par exemple.

La décision de continuer ou d'arrêter le traitement devrait être basée sur une évaluation soigneuse et une discussion entre le médecin et son patient concernant la gravité et l'évolution de la maladie, les risques liés à une rechute et les effets secondaires du traitement médicamenteux. L'apparition d'une dyskinésie tardive (un effet secondaire caractérisé par des mouvements anormaux) est un facteur important, bien que pour de nombreux patients, les avantages liés à la poursuite du traitement soient nettement supérieurs aux risques, même en présence de cet effet secondaire. La dyskinésie tardive n'est généralement ni sévère ni évolutive; elle peut être améliorée si on administre la dose minimale

29

**PENDANT COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL PRENDRE LES ANTIPSYCHOTIQUES ?**

ces médicaments agissent de deux façons. **Premièrement** ils traitent les symptômes positifs et améliorent certains des symptômes négatifs pendant la phase aiguë de la maladie. **Deuxièmement** ils contribuent à prévenir les rechutes. Ils doivent dès lors être pris aussi longtemps que les symptômes positifs et négatifs sont présents, et même après la disparition de ces symptômes.

Après un premier épisode, il est préférable de poursuivre le traitement médicamenteux pendant un ou deux ans. A partir du second épisode, on continuera le traitement pendant au moins 5 ans. Le risque de rechute reste souvent élevé et il est possible que les antipsychotiques soient nécessaires pour une durée indéterminée, surtout si les rechutes ont été graves.

La durée du traitement dépend de l'analyse risques/avantages pour les patients.

Lorsque le traitement prophylactique des rechutes est interrompu trop tôt, pratiquement tous les patients récidivent

**30****TRAITEMENT À VIE OU BIEN À UNE DURÉE DÉTERMINÉE ?**

À l'heure actuelle, il est rarement possible de guérir définitivement la schizophrénie. Il existe, cependant, des traitements qui permettent de contrôler les symptômes et d'aider les patients à avoir une meilleure qualité de vie. Le traitement contre la schizophrénie devra être généralement administré au long cours, voire à vie.

## QUELLE ATTITUDE DEVANT UN SCHIZOPHRÈNE REFUSANT LES MÉDICAMENTS ?

Il n'est pas toujours évident de convaincre une personne atteinte de schizophrénie d'accepter se faire soigner.

Trois situations peuvent se présenter :

1- la personne atteinte de schizophrénie peut nier sa maladie, dire qu'elle est normale et que ce sont les autres qui ne le sont pas. Il est difficile dans ce cas d'argumenter avec cette personne, parce qu'elle peut ne pas discerner le problème en raison de ses symptômes. La persévérance doit être de mise dans cette situation, puisqu'elle peut éventuellement reconnaître que quelque chose ne va pas – avec vos arguments, vous pourriez alors la convaincre de se faire traiter.

2- la personne atteinte peut avoir des symptômes de délires et d'hallucinations tellement sévères qu'elle ne peut percevoir la réalité; il est très difficile dans ces circonstances d'avoir une discussion raisonnable avec elle. Il est préférable d'éviter une confrontation, et à ce moment-là il faut avoir recours aux autorités.

3- la personne atteinte de schizophrénie peut refuser de se faire soigner à cause des effets secondaires des médicaments. Chez certains. Les médicaments peuvent donner des dyskinésies, une prise pondérale, des problèmes sexuels, une sédation. Par conséquent, cela peut rendre le traitement difficilement supportable. Dans ce cas, la personne atteinte pourra visiter son médecin ou son psychiatre. Celui-ci pourrait soit réduire le dosage, ajouter un autre médicament, voire changer de médicament, ce qui pourrait permettre d'atténuer les effets secondaires indésirables.

Bref, s'il est impossible malgré tous les efforts de convaincre la personne de se faire soigner, et que vous constatez qu'elle a des symptômes ou des comportements qui pourraient représenter un danger pour elle-même ou pour autrui, la procédure judiciaire obligeant cette personne à se faire examiner par un psychiatre peut s'avérer une option ultime.

32

**C'EST QUOI L'EFFET SECONDAIRE LE PLUS REDOUTABLE ET DÉFINITIF ?**

En dehors du syndrome malin des neuroleptiques et des effets cardiovasculaires, 15 à 20% des patients sous traitement antipsychotique de longue durée (plusieurs années) risquent de développer **une dyskinésie tardive**. Cet effet secondaire est caractérisé par des mouvements involontaires affectant la bouche, les lèvres et la langue, parfois le tronc ou d'autres parties du corps.

Dans la plupart des cas, ces symptômes sont légers et réversibles. Dans de rares cas cependant, il se peut que ces effets secondaires soient sévères, persistants et invalidants. En raison du risque de dyskinésie tardive, les patients doivent être examinés régulièrement par leur médecin afin de vérifier qu'ils ne présentent aucun mouvement anormal. S'il constate certains mouvements anormaux, le médecin tentera d'évaluer avec le patient et sa famille si le bénéfice lié à la poursuite du traitement est supérieur à l'inconfort lié à la présence de ces mouvements. Heureusement, la dyskinésie tardive peut également s'améliorer, même si le patient continue à prendre des antipsychotiques, surtout si on administre la dose minimale efficace.

**33****COMMENT ON DÉFINIT LA DYSKINÉSIE AIGÜE ?**

Les dyskinésies aigües peuvent apparaître précocement, dès les 36 premières heures. Elles comprennent : hyper extension du cou, plafonnement du regard, crises oculogyres, trismus, spasmes des membres, etc. Souvent accompagnés d'hyper salivation et de troubles de la déglutition ; une impossibilité de garder une même position ou des déambulations incoercibles et forcées).

34

## QUE JE DEVRAIS FAIRE EN CAS D'EFFETS SECONDAIRES DES MÉDICAMENTS ?

Comme tous les médicaments efficaces et puissants, les antipsychotiques ont de nombreux effets, dont certains sont désagréables ou indésirables. Certains apparaissent au début du traitement et peuvent être réduits ou éliminés en modifiant les doses, en changeant d'antipsychotique ou en ajoutant d'autres médicaments. D'autres peuvent apparaître plus tard. En dépit des effets secondaires, les patients continuent à prendre leurs médicaments parce qu'ils se rendent compte que les conséquences d'une rechute sont plus graves que les effets secondaires. L'apparition d'effets secondaires ne nécessite habituellement pas l'interruption du traitement. Votre médecin vous aidera à évaluer si les avantages du traitement dépassent les inconvénients des effets secondaires. Certains problèmes que le patient interprète comme des effets secondaires (fatigue, manque d'énergie, dépression, problèmes de concentration ou de mémoire etc.) peuvent être des symptômes de la maladie : ils apparaissent également chez les patients non traités. De nombreux patients sont perturbés lorsqu'ils lisent la longue liste d'effets secondaires possibles. Ces listes prennent souvent des effets secondaires extrêmement rares. Il est conseillé d'en discuter avec votre médecin, qui vous aidera à replacer les choses dans leur contexte. Les symptômes de la maladie ou les effets secondaires du traitement médicamenteux peuvent parfois entraîner des problèmes de coordination ou de concentration. Les patients devraient demander à leur médecin si la conduite automobile ou l'utilisation de machines dangereuses leur est autorisée.

Chaque patient réagissant différemment à un médicament donné, il faut un certain temps pour que le médecin puisse déterminer, en modifiant les doses ou en changeant le médicament, quel antipsychotique est le plus indiqué pour un patient particulier et cause le moins d'effets secondaires.

35

## QUEL EST L'EFFET DES NEUROLEPTIQUES AU COURS DE GROSSESSE ?

La réponse à cette question n'est pas simple. On ne devrait pas y répondre en faisant simplement abstraction du contexte plus large du problème de l'opportunité, pour une malade schizophrène, d'avoir une grossesse qui pourrait avoir une incidence sur l'évolution de sa maladie; on devrait aussi se soucier de savoir si cette personne a la capacité *mentale* d'élever un enfant et si elle pourra subvenir aux besoins – *matériels et affectifs* de cet enfant. Cette question ne peut donc pas être dissociée de multiples problèmes éthiques, puisqu'ils ne peuvent recevoir de réponse générale valable en toutes circonstances, mais que la solution doit tenir compte des conditions et circonstances particulières propres à chaque cas individuel: sévérité de l'affection, comparaison des risques peut-être encourus par la mère, et d'une part, des risques encourus par l'individu à naître, et d'autre part, la situation matérielle et de la famille. Actuellement, il semble bien que la grande majorité de ces neuroleptiques, administrés à la dose minimum efficace pendant la grossesse, n'aient pas d'effet tératogène (*n'induisent pas de malformation décelable*) ni sur le cerveau ni sur d'autres organes de l'embryon, mais les diverses études entreprises sont dispersées et comportent chacune, encore trop souvent, de trop petits nombres de cas assez homogènes pour en tirer des conclusions indiscutables. Quant à d'éventuels effets sur les fonctions mentales des enfants de mères traitées par les neuroleptiques pendant la gestation, le recul est non seulement insuffisant, mais les nombres de cas dont on dispose ne permettent pas encore de faire (*statistiquement*) la part de ce qui reviendrait à la maladie de la mère, d'une part, et à son traitement, d'autre part.



**36****EST-CE QUE LA STIMULATION MAGNÉTIQUE TRANSURANIENNE PEUT AMÉLIORER LA MALADIE?**

La stimulation magnétique transuraniennne semble parfois efficace chez des patients résistants aux traitements, ou en adjonction aux antipsychotiques. Mais les modalités de son utilisation doivent encore être optimisées. Cette thérapie consiste à appliquer un champ magnétique sur une zone du cerveau pendant quelques secondes. Quelques séances menées sur une courte période peuvent permettre de réduire drastiquement la survenue d'hallucinations et atténuer les symptômes négatifs pendant plusieurs mois. il y a aussi la stimulation directe transuraniennne de faible amplitude qui est en cours de recherche.

Enfin dans les schizophrénies résistantes, il y a la possibilité de pratiquer la sismothérapie qui consiste à des électrochocs.

**37****C'EST QUOI LES INTERVENTIONS EN DEHORS DES MÉDICAMENTS QUI PEUVENT APPORTER PLUS POUR LE MALADE ?**

C'est la réadaptation psychosociale, l'entraînement des habiletés sociales, la remédiation cognitive et la psychoéducation, la thérapie familiale.

38

**C'EST QUOI LA THÉRAPIE FAMILIALE**

*Le terme de « thérapies familiales » permet de désigner un ensemble de pratiques et de théories où l'on considère qu'un ou plusieurs symptômes méritent l'implication du contexte familial dans son traitement.*

La participation de la famille au programme de traitement est toujours utile surtout si le patient vit dans sa famille. Dans certains cas, des interventions familiales plus spécifiques seront nécessaires pour aborder des problèmes et des conflits que le système familiale ne parvient plus à gérer. Quoiqu'il en soit, les thérapeutes ne cherchent jamais à blâmer ou à culpabiliser les familles mais les invitent plutôt à devenir des collaborateurs éclairés pour la poursuite de l'ensemble des traitements.

39

## QU'EST-CE QUE LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE ?

La réadaptation psychosociale répond aux besoins particuliers des personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale. Elle a pour mission de soutenir ces personnes, d'améliorer leur qualité de vie, leurs relations interpersonnelles et leur insertion dans un milieu de leur choix. Les personnes ainsi soutenues peuvent enfin savourer le succès, le plaisir de vivre et la satisfaction de leurs aspirations .

La réadaptation psychosociale peut contribuer à réinsérer progressivement les patients dans une vie sociale et professionnelle aussi normale que possible. Les patients peuvent aussi avoir besoin d'aide pour trouver la situation de vie qui leur convient le mieux – retour dans la famille, vie dans un foyer, dans un appartement supervisé, dans une habitation individuelle. La réhabilitation peut aussi comprendre une formation professionnelle, la recherche d'une occupation, d'un travail adapté, d'activité de loisirs, une guidance au niveau des finances etc... Les centres de réadaptation fonctionnelle, les centres de jour, les clubs psychosociaux, les initiatives d'habitations protégées, sont autant de structures qui doivent être conçues pour offrir aux personnes concernées et à leur famille des services de réadaptation psychosociale.

40

## QU'EST-CE QUE L'ENTRAÎNEMENT AUX HABILETÉS SOCIALES. ?

*Il s'agit d'un ensemble de capacités qui nous permettent de percevoir et de comprendre les messages communiqués par les autres, de choisir une réponse à ces messages et de l'émettre par des moyens verbaux et non verbaux, de façon appropriée à une situation sociale »*

*Le niveau de d'habileté sociale attendu est bien entendu dépendant de l'âge de la personne*

Car de nombreux patients schizophrènes ont des difficultés importantes dans leurs relations interpersonnelles . Ces difficultés sont dues à des déficits dans leurs capacités à communiquer et à gérer les problèmes interpersonnels.

L'Entraînement aux Habiletés Sociales est une méthode structurée qui vise à enseigner les habiletés sociales nécessaires dans les relations interpersonnelles et à promouvoir le maintien et la généralisation de ces habiletés dans la vie réelle du patient.

Cette méthode a fait ses preuves dans l'amélioration de l'adaptation sociale des patients schizophrènes.

41

**QU'EST-CE QUE LA PSYCHOÉDUCATION?**

*A été définie comme une intervention didactique et thérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs familles sur les différents aspects du troubles psychiatriques et à promouvoir les capacités pour y faire face*

Les groupes psycho-éducatifs peuvent contribuer à une meilleure compréhension, de la part de toutes les personnes concernées par la maladie schizophrénique, de ses causes, de son traitement et de ses effets sur la famille. Dans ce processus, tous les aspects de la maladie sont expliqués de manière claire et détaillée afin que les patients et leur famille comprennent la maladie et son traitement. Des patients bien informés sont mieux motivés pour accepter un traitement à long terme. Un autre avantage de ce traitement de groupe est que les participants peuvent partager leur vécu émotionnel et s'entraider pour résoudre certains problèmes.

Enfin, les groupes contribuent également à étendre les réseaux de soutien social.

## QUEL SONT LES GROUPES PSYCHO-ÉDUCATIFS ?

les familles de patients schizophrènes se rencontrent régulièrement et reçoivent des informations ainsi qu'une guidance professionnelle. Ces groupes étant formés de personnes confrontées aux mêmes problèmes, il est plus facile pour la famille du schizophrène de faire face au fardeau émotionnel et aux problèmes pratiques associés au fait d'avoir un parent souffrant de schizophrénie. C'est dans l'intérêt du malade, étant donné que des parents débordés ou émotionnellement stressés représentent à leur tour un fardeau émotionnel potentiel indésirable pour le patient schizophrène. L'objectif des groupes psycho-éducatifs est de créer le partenariat indispensable entre le patient, sa famille et son médecin

Les patients et leur famille se posent généralement beaucoup de questions concernant les causes, l'évolution, le traitement de la schizophrénie ainsi que la prévention des rechutes. Ces questions sont normalement évoquées lors des consultations avec le médecin ou dans des brochures d'information (comme celle-ci). Il existe toutefois une troisième possibilité, qui associe dans certaine mesure les deux solutions précédentes : il s'agit des "groupes psycho-éducatifs". Les patients et leur famille ne participent pas au même groupe. On constitue en fait des groupes de patients et parallèlement des groupes de parents. Dans ces groupes, les patients et leurs familles peuvent poser toutes les questions qu'ils souhaitent concernant la maladie. Les animateurs professionnels de ces groupes – habituellement un psychiatre, un psychologue, un(e) infirmier(e) ou un(e) assistant(e) social(e) – y répondront et évoqueront avec les membres du groupe tous les aspects importants de la maladie et de son traitement. Les membres trouvent également très utile de pouvoir échanger leurs expériences avec d'autres patients ou d'autres familles et s'aident mutuellement à résoudre leurs problèmes.

Le travail en groupe commence habituellement pendant l'hospitalisation du patient et se poursuit pendant les premiers mois de traitement ambulatoire. Généralement, 8-10 séances de groupe ont lieu à intervalle de 2-3 semaines. Par la suite, de nombreux groupes décident de poursuivre sous forme de groupes d'entraide sans animateur professionnel. Des études ont montré que les patients et les familles qui participent à ces groupes psycho-éducatifs sont non seulement mieux informés à propos de la maladie et de son traitement mais sont aussi plus à même d'y faire face; les rechutes sont d'ailleurs plus rares

43

**QUEL SOUTIEN APPORTER AUX FAMILLES DE SUJETS PRÉSENTANT DES SIGNES PRÉCOCES DE SCHIZOPHRÉNIE**

?

- Dès les premiers signes évocateurs, il est capital d'associer la famille et l'entourage à la prise en charge médicamenteuse et institutionnelle du patient et ce d'autant plus qu'ils sont en mesure de transmettre des informations qu'ils jugent capitales. Ceci favorisera l'alliance thérapeutique, déculpabilisera et soutiendra les proches dans les difficultés de vie quotidienne y compris dans les situations de crise.
- On évitera tout dogmatisme. Le travail avec les familles ne doit pas se limiter à une seule approche. Il doit s'intégrer à la prise en compte de l'environnement global du patient.
- En accord avec le patient, on informera au plus tôt les familles des modes de prise en charge et des possibles évolutions de la maladie.
- Il est indispensable de diffuser très largement les études et programmes internationaux sur le travail avec les familles.
- Il est important de clarifier les buts, les objectifs de ces programmes et d'en évaluer les résultats.
- La participation à des groupes de parole est recommandée aux familles qu'ils soient mis en place par les équipes soignantes ou par les associations de familles.

Une réflexion et une attention particulières doivent être accordées à la fratrie qui a grand besoin d'information et de soutien .

**44****QUEL EST LE RÔLE DE LA FAMILLE ?**

L'homme est un être social et la famille, les parents, les partenaires sociaux sont très importants pour lui. C'est d'autant plus vrai pour les patients schizophrènes, qui ont habituellement peu de contacts sociaux en raison de leur maladie et qui sont souvent très isolés. Ces patients ont besoin d'une aide urgente de la part de leur famille, en situation de crise naturellement mais aussi pour résoudre de nombreux petits problèmes quotidiens. Les patients schizophrènes ne pouvant souvent pas reconnaître le début de la maladie ou les premiers symptômes de rechute, la famille joue un rôle central au plan du dépistage précoce. Souvent, les parents sont les seuls à pouvoir veiller à ce que le patient soit traité à temps ou à ce qu'il continue son traitement prophylactique. La famille doit donc être informée de tous les aspects de la schizophrénie, au même titre que le patient. En outre, elle doit se voir offrir l'aide de professionnels de la santé mentale, sous forme d'un soutien et de conseils pratiques. Cela se fera de préférence dans le cadre de groupes psycho-éducatifs.



45

## QUEL EST LE RÔLE DU TRAITEMENT PSYCHOSOCIAL ?

Il est clair que la schizophrénie interfère de nombreuses façons avec la vie sociale de la personne atteinte. Les antipsychotiques agissent bien sur les symptômes positifs de la maladie et offrent une bonne protection vis-à-vis des rechutes. Toutefois, ils agissent moins bien sur les symptômes négatifs et sur l'inadaptation sociale liée à la maladie.

Il est admis actuellement qu'une approche psychosociale bien menée en complément avec la médication améliore de façon tout à fait significative l'adaptation sociale, le risque de rechute et la qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie.

En se référant au modèle vulnérabilité-stress de la schizophrénie, on peut schématiser les différentes interventions thérapeutiques de la façon suivante :

- les antipsychotiques atténuent la vulnérabilité biologique de la personne
- les interventions psychosociales agissent en diminuant le stress auquel la personne est soumise

1. en augmentant les capacités de la personne à faire face aux différentes situations sociales qu'il rencontre et aux événements de vie stressants

2. en procurant à la personne un soutien social efficace

Tous les patients ont besoin d'un soutien psychothérapeutique qui les aide à accepter leur maladie et à affronter les effets de celle-ci sur leur vie sociale et professionnelle, les soutienne pendant les crises et les motive à poursuivre les différents traitements nécessaires. Il ne s'agit pas d'une psychothérapie en " profondeur " qui bousculerait les défenses déjà fragiles de la personne mais d'une psychothérapie centrée sur le réel et les difficultés concrètes de la personne. En plus du soutien psychothérapeutique, différentes interventions psychosociales ont démontré leur utilité .

46

## QU'EST-CE QUE C'EST LE RÉTABLISSEMENT OU LA GUÉRISON FONCTIONNELLE ?

Avoir une activité, fonctionner dans la communauté, maîtriser ses symptômes, prévenir les crises, savoir gérer les éventuelles rechutes, bénéficier d'un système de soin, retrouver une bonne santé subjective, réaliser un projet de vie, et bien d'autres choses encore, sont possible. Face à la schizophrénie, le rétablissement permet de retrouver une qualité de vie satisfaisante malgré le handicap et de viser l'autonomie et l'autodétermination.

Prises autrefois comme des malades «à enfermer», les personnes souffrant de schizophrénie sont aujourd'hui considérées comme des personnes capables de jouer un rôle actif dans la société. Cette nouvelle conception de la maladie et l'importance accordée à l'individu atteint de schizophrénie ont favorisé le développement d'un processus permettant aux malades de définir des objectifs et d'assumer des responsabilités: **le rétablissement.**

Celui-ci est compris comme une démarche de reconstruction et de changement en plusieurs étapes. Ce processus va permettre aux personnes atteintes dans leur santé psychique de retrouver de l'espoir, de redéfinir leur identité, de redonner un sens à leur vie et de la reprendre en main malgré la maladie et avec cette dernière, et cela en ayant aussi la possibilité d'accéder à un système de soin approprié et personnalisé.

47

**QUE JE DEVRAIS SURVEILLER POUR CONTRÔLER MA SANTÉ PHYSIQUE ?**

C'est mon médecin qui va me prescrire à des intervalles réguliers :  
Électrocardiogramme, glycémie, cholestérol, triglycérides, le bilan hépatique, la fonction rénale, plus autres examens selon l'examen du médecin ; à 6 mois puis à 1 an.

48

**QUEL EST LE PRONOSTIC À LONG TERME ?**

La schizophrénie est une maladie chronique dont les symptômes s'améliorent généralement avec le traitement mais dont le risque de rechute reste élevé. Le pronostic est variable d'un cas à l'autre. Il est largement amélioré par un traitement antipsychotique et peut-être encore davantage si ce traitement est combiné avec des interventions psychosociales. Sans traitement 60 à 80% des patients font une rechute moins de un an ou deux après l'apparition de la maladie. Un traitement antipsychotique de longue durée permet de ramener ces chiffres à 15-20%. La plupart des patients récupèrent bien de leur premier épisode de schizophrénie. Malheureusement un grand nombre d'entre eux rechutent après avoir cessé de prendre leur médication. Chaque rechute a des conséquences pénibles pour le patient et son entourage et nécessite la plupart du temps une réhospitalisation. La récupération est plus longue et plus difficile à chaque rechute. Le risque de voir s'installer des symptômes résiduels et une incapacité permanente augmente également, en générale et avec la poursuite du traitement antipsychotique ; 25 % ont une évolution favorable 25% sont très résistants et 50 % passent des périodes de rechute et des périodes de stabilisation

**49****C'EST QUOI LA RECHUTE ?**

Une rechute est la réapparition des symptômes antérieurs de la maladie et nécessitent la plupart du temps une réhospitalisation. Les rechutes font partie intégrante de la schizophrénie et surviennent chez 60 à 80% des patients non traités.

Nous savons que la schizophrénie s'accompagne d'une vulnérabilité à développer des rechutes, dont l'importance varie d'une personne à l'autre mais qui peut la plupart du temps être contrôlée par les antipsychotiques.

**50****QUELLES SONT LES CAUSES DE LA RECHUTE ?**

L'arrêt de la médication antipsychotique est la cause principale de rechute. L'abus de drogue et d'alcool qui augmente la vulnérabilité biologique est aussi une cause importante de rechutes. Un niveau de stress trop élevé est également une cause de rechutes. Les stress peuvent être chroniques comme vivre dans une famille avec un haut niveau d'Emotion Exprimée ou aigus comme des événements de vie stressants. Un patient peut rechuter même s'il prend un traitement antipsychotique si le niveau de stress auquel il est confronté est trop élevé.

51

**QUELS SONT LES SIGNES D'ALARME DE LA RECHUTE ?**

- \* Réapparition de la tension et nervosité.
- \* Insomnie récente.
- \* Instabilité récente, Hyperexcitation.
- \* Perte d'appétit.
- \* La Réapparition des sentiments de persécution, le sentiment d'être l'objet de conversations et de complots, et la Réapparition des délires religieux.
- \* Manque d'intérêt pour les amis et retour à la solitude.
- \* Réapparition des Préoccupations religieuses.
- \* Sentiment de malaise sans raison apparente.
- \* Hallucinations auditives, visuelles.
- \* Sentiment d'inutilité.

52

## QUEL EST LE RÔLE DE LA FAMILLE AVANT L'INSTALLATION COMPLÈTE DE LA RECHUTE?

Les rechutes sont souvent précédées de signes avant-coureurs. Il s'agit de **symptômes** comme l'insomnie, l'agitation, des changements d'humeur, un retrait social plus marqué, des préoccupations excessives et qui surviennent de quelques jours à quelques semaines avant la rechute. Chaque patient a ses propres signes d'alarme qui réapparaissent avant chaque rechute.

Il est donc utile pour le patient et sa famille d'identifier les signes d'alarmes spécifiques en se remémorant les périodes qui ont précédé les rechutes. Ce travail se fait avec l'aide du médecin ou d'un autre thérapeute. Les patients, la famille et le médecin devraient également envisager, pendant les périodes de rémission, les mesures concrètes à prendre lorsque ces signes d'alarme commencent à se manifester et élaborer un **plan d'action**. On peut décider, par exemple, que le patient augmentera immédiatement la dose d'antipsychotique, qu'il n'ira pas travailler jusqu'à ce que les choses se calment, qu'il consultera au plus vite son psychiatre ou son médecin traitant. Devrait également être abordé ouvertement avec le patient ce qu'il autorise ses parents et son médecin de faire au cas où il refuserait de reconnaître qu'une rechute est imminente.

Malgré ce travail préalable, il n'est pas aisé de reconnaître une rechute imminente et de réagir adéquatement.

N'hésitez pas à consulter votre médecin une fois de trop ou à demander conseil aux autres intervenants en cas de doute. Il est vraiment important d'éviter toute rechute.

**53****EST-CE QUE LA SCHIZOPHRÉNIE EST PÉJORATIVE DANS TOUS  
LES CAS ?**

La schizophrénie n'est pas une maladie qui évolue systématiquement vers une détérioration progressive. Un certain nombre de difficultés relationnelles et professionnelles risquent de se manifester de façon chronique, mais les traitements actuellement à disposition permettent dans la plupart des cas, s'ils sont bien suivis, une diminution marquée de la fréquence et de la gravité des rechutes aiguës. Les patients peuvent ainsi construire une vie intéressante et stable.

**54****EST-CE QUE LES PATIENTS SCHIZOPHRÈNES  
PEUVENT REVENIR À UNE VIE NORMALE ?**

Il faut arrêter de croire qu'une personne schizophrène ne peut pas mener une vie « normale ». On peut tout à fait souffrir de schizophrénie et travailler, même en présentant quelques symptômes. Et ce n'est pas seulement qu'on peut, c'est que le travail est en plus une partie importante dans la récupération de la personne, il l'aide à se réhabiliter, à s'intégrer à la société, et réduit les chances de nouvelles crises et d'une hospitalisation éventuelle.

## QUELLE EST LA RELATION ENTRE LA SCHIZOPHRÉNIE ET RETARD MENTAL ?

Le handicap psychique se distingue du handicap mental de la façon suivante :

le handicap mental résulte le plus souvent de pathologies identifiables (traumatisme, anomalie génétique, anoxie cérébrale néonatale). Il associe une limitation des capacités intellectuelles qui n'évolue pas, une stabilité dans les manifestations des symptômes, et une prise de médicaments très modérée.

**le handicap psychique, secondaire à la maladie psychique, reste de cause inconnue à ce jour. Les capacités intellectuelles sont indemnes et peuvent évoluer de manière satisfaisante.** C'est la possibilité de les utiliser qui est déficiente. La symptomatologie est instable, imprévisible. La prise de médicaments est le plus souvent indispensable, associée à des techniques de soins visant à pallier, voire à réadapter, les capacités à penser et à décider.

Le handicap psychique est la conséquence de diverses maladies :

les psychoses, et en particulier la schizophrénie, le trouble bipolaire

les troubles graves de la personnalité (personnalité border line, par exemple). certains troubles graves comme les TOC (troubles obsessionnels compulsifs)

parfois aussi des pathologies comme les traumatismes crâniens, les pathologies vasculaires cérébrales et les maladies neurodégénératives



56

## Y'A-T-IL DES SAVANTS OU CÉLÉBRITÉS AYANT UNE SCHIZOPHRÉNIE ?

Voici une liste de personnes célèbres qui ont été diagnostiquées avec une schizophrénie, ou sont fortement soupçonnées de souffrir (ou qui ont souffert) de la schizophrénie.

D'après Wikipédia , voilà une liste des schizophrènes célèbres:

- › **John Forbes Nash Jr**: grand mathématicien, prix Nobel de sciences économiques
- › **Antonin Artaud**: génie qui fut à la fois poète, essayiste, dramaturge, acteur et metteur en scène;
- › **Johanne Greenberg**: qui a écrit sous le nom d'Hannah Green : *Je ne t'ai jamais promis un jardin de roses* dont un film a été réalisé en 1977 ;
- › **Kurt Gödel**: grand logicien du XXe siècle et ami d'Einstein ;
- › **Isaac Newton**: grand physicien du XVIIe siècle ;
- › **Georg Cantor**: grand mathématicien, célèbre pour ses travaux sur l'infini .
- › **Syd Barrett**: fondateur du groupe de rock psychédélique Pink Floyd, dont la schizophrénie a été accentuée par la consommation de LSD dans les années 1970.

**57****EST-CE QUE LES SCHIZOPHRÈNES SONT VIOLENTS ?**

Les médias, eux, ont tendance à détourner le sens premier du mot schizophrénie, lié à la maladie. Ce terme est utilisé alors pour désigner une personne victime d'égarement, manifestant de l'agressivité, semant la peur ou étant dangereuse. En réalité, bien qu'il arrive effectivement que des personnes souffrant de schizophrénie aient des conduites à risque, cela reste possible quand le patient est en état de rechute et sous la pression de l'angoisse, du délire ou des hallucinations. Le taux d'actes de violence n'est pas plus élevé au sein de la population schizophrène que parmi les personnes vivant dans un environnement semblable.

**58****LES PERSONNES SCHIZOPHRÈNES SONT-ILS PARESSEUSES ?**

L'émergence d'un trouble psychotique peut générer beaucoup de souffrance et de confusion. Le comportement de la personne pourra en être changé, son énergie et sa motivation diminuées. Il importe que l'entourage comprenne le rôle de la maladie dans cette transformation, afin de garder le lien avec la personne .

La schizophrénie n'est pas due à la paresse, à la mauvaise volonté ou aux mauvaises fréquentations des personnes qui en sont atteintes. Elle a des fondements biologiques sur lesquels la personne malade et son entourage n'ont pas de prise.

**59****EST-CE QUE LA SCHIZOPHRÉNIE EST SYNONYME DE DOUBLEMENT DE LA PERSONNALITÉ ?**

La schizophrénie n'est pas un « dédoublement de la personnalité » ; elle affecte la cohérence de la pensée, des émotions et des comportements de celui qui en est atteint, mais ce dernier reste un seul individu, avec ses propres projets existentiels. Donc une seule personnalité qui peut exprimer deux affects, deux émotions, deux comportements contradictoires ou incompatibles en même temps.

**60****EST-CE QUE LA SCHIZOPHRÉNIE TOUCHE INTELLIGENCE ?**

Bien qu'elle ne touche pas à l'intelligence proprement dite de la personne, la schizophrénie occasionne souvent un certain nombre de déficits intellectuels qui perturbent notamment l'attention, la mémoire, l'apprentissage et le traitement de l'information. Ces déficits appelés " cognitifs " sont souvent présents dès le début de la maladie et diminuent la capacité de la personne à réagir avec son milieu de manière appropriée.

61

**QUE FAIRE EN CAS DE CRISE PSYCHOTIQUE ?**

- Efforcez-vous de demeurer le plus calme possible.
- Éliminez les sources potentielles de distraction : éteignez la radio, la télévision, etc.
- Demandez aux autres personnes présentes de sortir, au besoin.
- Jamais plus d'une personne à la fois ne devrait parler au malade.
- Exprimez-vous clairement, calmement et sur un ton normal. Dites, par exemple, *Viens t'asseoir et explique-moi ce qui se passe* ou *Assieds-toi et calme-toi*.
- Commentez les comportements que vous observez en démontrant de l'empathie : *Tu as peur, tu es fâché, tu es confus. Dis-moi de quoi tu as peur*.
- Évitez les affirmations paternalistes faites sur un ton autoritaire : *Tu te comportes comme un enfant* ou *Tu vas faire ce que je te dis*.
- Répétez vos questions ou vos affirmations, au besoin, en utilisant chaque fois les mêmes mots.
- Ne reformulez pas votre question dans l'espoir de la rendre plus facile à comprendre. Vous ne feriez que générer de la confusion.
- Faites en sorte que votre proche sente que son espace vital n'est pas menacé.
- Ne vous tenez pas au-dessus ou trop près de lui.
- Soyez conscient qu'une attitude trop émotive de votre part risque d'amplifier l'état d'excitation dans lequel il est plongé .

## Les Choses à ne pas faire lors de la crise

- Ne criez pas. Si votre proche ne semble pas vous écouter, c'est probablement parce qu'il entend d'autres voix plus fortes que la vôtre.
- Ne le critiquez pas. Il n'est pas possible de discuter rationnellement avec lui au point où il en est.
- Ne le provoquez pas pour qu'il mette ses menaces à exécution.
- Évitez les contacts visuels prolongés.
- Ne bloquez pas la sortie de la pièce.
- Ne discutez pas avec d'autres personnes de ce qu'il convient de faire.

Il est nettement préférable que votre proche accepte de vous accompagner à l'hôpital de son plein gré, si cela est possible. Un ami peut vous aider à le convaincre. Offrir un choix au malade peut atténuer le sentiment d'impuissance qu'il ressent. Tout choix, quelle que soit son importance, peut lui donner l'impression qu'il maîtrise, au moins partiellement, l'horrible situation dans laquelle il se trouve.

62

**QUELS SONT CONSEILS POUR MIEUX VIVRE AVEC  
UN PATIENT AYANT UNE SCHIZOPHRÉNIE ?**

1. Les proches doivent comprendre que le patient subit souvent une perte d'énergie et de motivation pendant une longue période. Cet état n'a rien à voir avec la paresse, car il découle directement de la maladie. Donc ne jamais culpabiliser le patient ou l'insulter.
2. Le patient ne peut pas, en raison de sa maladie, faire face à trop de stimulations extérieures, on tentera de lui éviter les stimulations exagérées et le stress et on lui laissera le loisir de se retirer.
3. Le patient et ses proches doivent tenter de trouver le juste milieu entre une stimulation excessive et une stimulation insuffisante. Il vaut mieux ne pas surcharger le patient d'obligations et d'activités, mais il faut s'assurer qu'il ne perde pas des capacités susceptibles d'être maintenues par des encouragements et de la pratique.
4. Les membres de la famille doivent s'efforcer de communiquer clairement et simplement avec le patient. Ils doivent être fiables dans leurs propos et leurs comportements. Ils doivent par ailleurs maintenir une routine quotidienne prévisible pour le patient et éviter toute critique et émotion exagérées.

5. Les patients, la famille et le médecin devraient définir ensemble, pendant les périodes de rémission, les mesures à prendre si le patient décide subitement de ne plus suivre le traitement prévu ou présente à nouveau une aggravation des symptômes schizophréniques. Parfois, le patient est incapable de se rendre compte immédiatement de la nécessité d'un traitement en raison de la nature même de la maladie. Dans certains cas, la famille et le médecin doivent commencer le traitement contre la volonté du patient afin de l'empêcher de se faire du mal.

6. Si un patient présente des hallucinations ou des idées délirantes, il n'est habituellement pas conseillé de tenter de le raisonner, car pour lui le phénomène a toutes les apparences de la réalité. Il est plus utile de veiller à ce qu'il reçoive le plus rapidement possible les soins psychiatriques dont il a besoin.

7. Les patients et leur famille ne devraient pas se fixer d'objectifs irréalistes. S'ils ne sont pas atteints ou si la pression sur le patient est trop forte, cela peut en effet déboucher sur une aggravation de la maladie. Il est préférable de tenter d'atteindre l'objectif visé par petites étapes. Comme tout un chacun, les patients schizophrènes ont besoin d'encouragement. Ils ont besoin d'être félicités pour leurs réussites. Le renforcement positif peut s'avérer plus utile et plus efficace que la critique.

8. Les proches du patient doivent également prendre garde de leur santé et de leurs capacités. C'est qu'en ménageant leur propre santé et en maintenant leurs activités et leurs relations d'amitiés qu'ils conserveront la vitalité nécessaire pour offrir le soutien voulu à leur parent malade. Ils ne pourront venir en aide efficacement s'ils ne pensent pas également à leur propre bien-être.

**ANNEXE 2 :****Foire aux questions en arabe :****ما هو مرض الفصام؟****1**

هو مرض دماغي الذي يمكن أن يظهر خلال فترة المراهقة حتى السن الخامسة و الثلاثين أو ما بعده بقليل ، والذي يعبر عنها بالأعراض الإيجابية مثل التفكك والهذيان والهلوسة والانفصال في الأفكار والعواطف و التصرفات، و الأعراض "السلبية" مثل اضطرابات في الفكر و التصرف و في إدراك الذات و الميول الى العزلة لأكثر من سنة أشهر.

**كم عدد مرضى الفصام في المغرب وما هي الفئة العمرية المستهدفة؟****2**

يوجد في المغرب ما يقارب ثلاثمائة ألف شخص يعانون من مرض الفصام ، أي بنسبة واحد في المائة من السكان ، و يزيد معدل انتشارهم في المناطق الحضرية أكثر من المناطق الريفية، وهو مرض يوجد منذ سنين، وانتشاره يبدو مستقرا على مر الزمن.

يبدو أن النسبة متساوية بين الجنسين مع بداية المرض، لكن التطور المرضي أخطر من جهة الذكور، ولوحظ ان بداية الاضطرابات تتراوح ما بين خمس عشرة إلى خمسة و عشرين سنة بالنسبة للفتيان، وما بين عشرين الى ثلاثين سنة بالنسبة للفتيات، فمرض الفصام يلمس جميع الفئات الاجتماعية بغض النظر عن العرق أو المستوى الاجتماعي-الاقتصادي أو المستوى التعليمي.

**هل من الممكن أن يصاب الاطفال بهذا المرض؟****3**

نعم، في حالات غير نادرة تم العثور على أطفال تبلغ أعمارهم خمس سنوات فقط، تم تشخيص إصابتهم بالمرض. وفي سن مبكرة ، كثيرا ما يلاحظ انهم يتصرفون بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين. ومع ذلك ، فان معظم الناس الذين يعانون من الفصام لا تظهر عليهم علامات مرض الفصام حتى مرحلة المراهقة أو البلوغ المبكر.



### ماهي أسباب مرض الفصام؟

4

توصلت البحوث الى التمييز بين العوامل الميسرة والعوامل المسببة في ظهور مرض الفصام عند الفرد. أولاً وقبل كل شيء هناك الاستعداد الوراثي في بعض أشكال الفصام؛ حيث تظهر المخاطر الوراثية وفقاً للصلة الجينية مع شخص مصاب بالفصام. وقد يحدث هذا المرض حتى عندما لا توجد حالة أخرى معروفة في الأسرة؛ ومن ناحية أخرى، فإن وجود العديد من الأبناء المصابين بالفصام لا يعني أن الشخص سيطور المرض، بل هنالك أسباب أخرى للفصام من الأصل البيولوجي، أي خلل في انتقالات العصبية لمادة الدوبامين حتى دون أرضية وراثية، وتشير بعض البيانات إلى أن العوامل الرحمية مثل مستوى وجودة النمو العصبي للجنين من شأنها أن تزيد من خطر إصابة هذا الجنين يوماً ما في مرحلة المراهقة والشباب بالفصام.

ومن جهة أخرى؛ هنالك نموذج القابلية للمرض و الضغط النفسي؛ وهو النموذج الذي يمنح أفضل معرفة حالية حول الفصام، ومن أجل تطوير مرض الفصام أشار النموذج بضرورة توفر الفرد على عوامل بيولوجية و نفسية مسبقة، وبهذه العوامل يصبح الفرد ضعيفاً أمام ضغوطات بيئته بشكل خاص، والتفاعل بين هذه الهشاشة والضغوط البيئية هو الذي يمكن أن يحدد بداية المرض وتطوره.

### ما دور المخدرات و الخمر تجاه مرض الفصام؟

5

استخدام المخدرات أو الكحول لا يسبب الفصام في حد ذاته، ومع ذلك فإن هذه المنتجات غالباً ما تعمل بمثابة مشغلات قوية في بداية الفترة الأولى أو الانتكاس لشخص عرضة لهذا المرض، لذلك فإن أي شخص مصاب بالفصام يجب أن يمتنع عن الكحول و المخدرات، حتى تلك التي تعتبر ناعمة.

تعاطي المخدرات والكحول مشكلة لا تزال شائعة جداً بين مرضى الفصام وتتطلب بالإضافة إلى علاج الفصام، المعالجة المختصة بالإدمان.

## ما العلاقة بين القنب الهندي والفصام؟

6

ما زالت الصلة بين القنب الهندي ومرض الفصام موضوعة للدراسات، بينما المرجح هو أن استخدام القنب الهندي يزيد بدرجة كبيرة من خطر الإصابة بالفصام. وما زلنا لا نستطيع أن نقول أن القنب الهندي يسبب مرض الفصام، لكن بالتأكيد يعجل بالفئة الهشة تجاه هذا المرض العقلي. وترتفع المخاطر بالتناسب مع شدة الاستهلاك، وبالتالي فإن المدخنين المنتظمين (أي أكثر من منه سيجارة في السنة ، أو أكثر من سيجارتين في الأسبوع تزيد النسبة من خمسين إلى مئتين في المئة من خطر المعاناة من الاضطرابات العقلية، الأعراض الذهانية ، والهوس ، والشذوذ الفكري).

## واقع أن عائلتي بها أمراض عقلية أو فصام، هل هذا يحدد أنني معرض للفصام عند استهلاكي للمخدرات؟

7

تشير الملاحظات التي أشرنا إليها إلى أنه في حالة وجود سوابق في أحد افراد العائلة ، فان المخدرات مثل القنب الهندي، الماريجوانا ، والحشيش ، وزيت القنب وما إلى ذلك ، يمكن ان تؤدي إلى فترة من الفصام، ولا يلغى هذا الأثر بالضرورة بعد أن يكون الشخص قد توقف عن الاستهلاك. إذا كان هناك تاريخ طبي متصل بمرض عقلي في عائلتك ، فسيكون من الحكمة اتخاذ الاحتياطات. المخدرات هي خطر علأى شخص ، ولكن بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من الفصام هي خطيرة عليهم بشكل خاص، وكما ذكرنا أنفا ، فان بعض المخدرات يمكن أن تتسبب في انتكاس المرض وتفاقمه، وينبغي تجنب جميع المخدرات غير المشروعة، بما في ذلك :  
• الفينول الخماسي الكلور ، الكوكايين/الكراك ، ، الامفيتامينات ، الماريجوانا..... وغيرها من مشتقات القنب ، الاكستاسي...

## هل مرض الفصام وراثي؟

8

مرض الفصام يمكن أن يصيب أي أسرة ، وأسبابه متعددة ، والوراثة لا تفسر كل شيء، ويزداد خطر الإصابة بالفصام إذا كان أفراد الأسرة الآخرين مصابين ، ولكن بنسب متباينة، ويقدر الخطر الوراثي بنسبة عشرة في المائة للطفل إذا كانت علاقته بالمصاب من الدرجة الاولى (الأب ، الام ، الأخ ، الأخت) ، و أربعين في المائة إذا أصيب كل من الوالدين. أما بالنسبة لأطفال أشقاء المريض ، فان خطر الإصابة بالكاد يتجاوز بقليل متوسط عدد السكان (ثلاثة في المائة مقابل واحد في المائة).

## هل مرض الفصام ناتج عن سوء تربية الوالدين؟

9

الفصام ليس بسبب سوء التعليم والتربية، فالعوامل البيولوجية الكامنة وراء تطور الضعف تحدث قبل الولادة أو حولها، غير أنه من المرجح أن تتفاقم هذه الهشاشة بسبب ظروف معينة من الحياة، كإساءة جسدية أو معنوية في مرحلة الطفولة. ولفتره طويلة وحتى جزء كبير من القرن الماضي، كان يعتقد أن نوعا معيناً من العلاقة بين الوالدين والأطفال هو سبب الفصام، وكان هناك اعتقاد بأن العلاقة الباردة والبعيدة، مع أنماط الاتصال المربكة والمتناقضة، هي الأرضية التي يتطور من خلالها المرض.

## ما هي التغيرات التي تطرأ على المرء قبل مرض الفصام؟

10

يجب تشخيص مرض الفصام بسرعة و معالجته في أقرب وقت ممكن لكي تكون هناك فرص أكبر لفعالية العلاج، ومع ذلك، يمكن أن يكون من الصعب تشخيص الفصام في البداية. فهذه الأخيرة ليست دائماً واضحة مع الأعراض الكلاسيكية مثل الأوهام والهلوسة والاضطرابات السلوكية التي تثير على الفور تشخيص المرض، فالبدائية يمكن أن تكون متخفية وتقديمية.

قد تكون علامات الفصام المبكرة المحتملة:

- ❖ عدماً لاهتمام عاطفي تجاه الأحداث العائلية أو الشخصية.
  - ❖ الانسحاب الاجتماعي.
  - ❖ سلوك غريب وغير مفسر.
  - ❖ الشكوك والأفكار التي تمس البيئة المحيطة.
  - ❖ وجود تصورات حسية غير عادية.
  - ❖ مكوث مطول أمام المرأة.
  - ❖ انخفاض كبير ومستمر في الأداء الفكري.
  - ❖ الاهتمام غير العادي والمفرط في الدين أو العلوم الفلسفية والوجودية والروحية.
- وفي كل الأحوال، ينبغي استدعاء اختصاصي لتشخيص الفصام.

### ماهي الأفكار الهذيانية؟

11

هي عبارة عن اعتقادات ثابتة وخاطئة، غير عابرة ولا يشاطرها الآخرون، إلا أن المريض لا يزال يعتبرها حقيقية حتى في وجود الأدلة التي تثبت خلاف ذلك.

المريض يمكن ان يقتنع بأنه مطارذ (الهذيانالاضطهادي) ، وأنه هو الله أو النبي أو المهدي المنتظر (الهذيانالديني) أو أنه هو مركز الاحداث التي تجري حوله(الهذيان المرجعي)، وتعزى هذه الإدانات الخاطئة إلى اضطراب في الأداء الدماغي، وعادة لا يمكن تغييرها عن طريق الوقائع أو الحجج؛وبل لا يمكن ان يكون ذلك فقط إلا من خلال العلاج فقط، وغالبا ما يعجز المريض عن فهم أن معتقداته خاطئة وأنه مريض،فالأفكار الوهمية والهوسية حقيقية للمريض، وهذا هو السبب في أن سلوكه غالبا ما يكون غير مفهوم للناس الأصحاء.

### ماذا تعني الهلوسة؟

12

إن مرضى الفصام يسمعون أحيانا أصواتا (الهلوسة السمعية) أو يرون أشياء(الهلوسة البصرية) حيثأن الشخص السليم في نفس الوضع لن يسمع أو يرى ذلك. هذه التصورات الحسية الغريبة غالبا ما تكون مقلقة جدا بالنسبة للمريض الذي يواجه أحيانا صعوبات هائلة في التمييز بين الهلوسة والتصورات الحقيقية،فهي بالنسبة للمريض تصورات حقيقية ، وبالتالي يمكن أن يتصرف وفقا لذلك بطريقة غير مفهومة للآخرين، و يتم سماع هذه الأصوات بطريقةحسية، والتي يتفاعل معها بعض المرضعن طريقوضع القطن في الأذنين أو الاستماع إلى الموسيقىمن خلال السماعات.

### ماذا تعني اضطرابات الفكر في الفصام؟

13

المرضى الذين يعانون من الفصام قد لا يكونوا قادرين على التفكير أو التواصل بطريقه منطقية، وتصبح أفكارهم غير منظمة ويصعب متابعتها.وأحيانا يقفزون من موضوع إلى آخر بدون روابط أو يقدمون براهين غريبة قصد إقناع الآخر.

### ما هو اضطراب الإدراك الذاتي في الفصام؟

14

يفقد الشخص المريض الإحساس بهويته الشخصية؛حيث الحدود بين نفسه والبيئة المحيطة تصبح غير واضحة؛ كإحساسه أن وجهه أو جزءا من جسده مشوه أو مفقود.

### ماذا تعني الاضطرابات السلوكية؟

15

يمكن ان تتجلى هذه الاضطرابات في سلوك غريب نسبيا أو غير مبرر ، يمكن أن يذهب إلى حد العداء والعدوان، فبعض الأحيان إليإيماءات متكررة أو النظرات غريبة أو إليإبتساماتغير متوقعة.

### ماذا تقصدون بالتلقائية العقلية؟

16

تتجلى على سبيل المثال في الاعتقاد بأن الآخرين يمكن قراءة أفكار المريض ، أو أنهمقادرون على التوغل الى داخل رأسه و تفكيره أو يتحكمون فيه عن بعد، و يصاحب ذلك أفكار هلوسية داخلية ليست عن طريق السمع أو البصر، مع وجود أفكار أمرة أو ناهية و هو ما يسمى بهلوسة الأوامر.

### ماهي الأعراض السلبية الأكثر انتشارا؟

17

#### •نقص الطاقة والحوافز :

نقص الطاقة هو عرض سلبي شائع،ويتمثل في فقدان الحيوية والروح والمصلحة العامة للمريض، وكثيرا ما يؤدي ذلك إلى عدم القدرة على تحمل المسؤولية في المنزل أو في العمل أو في المدرسة.

#### •انخفاض العاطفية :

المريض يفقد قدرته على الشعور والتعبير عن العواطف، وغالبا ما ينخفض تعبير الوجه، و يغيب في مناسبات الفرح أو الحزن.

#### •الاتسحاب الاجتماعي :

كثيرا ما يفترق المرضى إلى الاهتمام ببيتهم الاجتماعية وينتهي بهم الأمر إلى تجنب الاتصال الاجتماعي وحتى العائلي.

#### •الفقر الفكري :

قد يصبح المرضى غير راغبين جدا في التعبير عن أنفسهم تلقائيا ، ويمكن ان يقدموا تباطئا عاما في الفكر قد يصل الى غيابه تماما.

18

## كيف نشخص مرض الفصام؟

لا يوجد اختبار دم أو فحص إشعاعي أو اختبار يؤكد التشخيص ، ولكن استمرار التفكك ؛ الهذيان والهوس والاعراض السلبيه بعد ستة أشهر يؤكد ذلك، بينما الحصول على بيانات من التصوير العصبي الوظيفي والعلامات الوراثية لا يتم إلا في مجال البحوث الأساسية وليست جزءا من أدوات التشخيص السريري.

19

## ما العمل بعد تشخيص هذا المرض؟

إن من الأساسي والأكثر أهمية لنجاح العلاج هو فهم المريض وأحبائه أن الفصام هو مرض دماغي، وأن المريض سيستفيد من العلاج جيدا إذا تم تشخيص المرض ومعالجته في المراحل الأولى، علاوة على ذلك ، فإن نجاح العلاج يتوقف على قبول جميع المعنيين-المهنيين الصحيين والمرضى والعائلة والأصدقاء-أن الفصام هو أكثر من مجرد أزمة وجودية وأن علاجه يتطلب جهدا وطواعية، ويجب على المريض وأقاربه أن يفهموا أن المرض لا يمكن السيطرة عليه إلا بعلاج يجمع بين مضادات الذهان والعلاج النفسي الاجتماعي ، وأن تعاونهم ضروري لضمان تلقي العلاج المناسب. وبسبب درجة التعب التي ينطوي عليها علاج هذا المرض ، ينبغي لأي شخص مصاب بالفصام أن يعهد بحالته إلى طبيب ، ويفضل ان يكون طبيبا نفسانيا ، يكون على دراية بالمرض بحيث يعمل مع أقربائه لتزداد الثقة فيما بينهم، وينبغي أن يكون المريض وأسرته قادرين على مناقشة جميع جوانب العلاج المتوخى مع الطبيب المختار ، ولا سيما الوقاية من الانتكاسات بالأدوية المضادة للذهان والمبادئ التوجيهية الواجب مراعاتها في حالة وجود علامات إنذار للانتكاس. وقبل كل شيء ، يجب على المريض وأقربائه ان يفهموا انهم يلعبون دورا رائدا في علاج المرض، من خلال سلوكهم اليومي والأعمال التي يشكلونها لبعضهم البعض ، فهي تساعد في تغيير مسار المرض ومنع الانتكاس.

## كيف نعالج مرض الفصام؟

20

يمكن تحقيق أفضل النتائج عن طريق الجمع بين العلاج بالعقاقير (مضادات الذهان) والعلاج النفسي الاجتماعي. إن مضادات الذهان عموماً فعالة في السيطرة على الأعراض الإيجابية للفصام كما لديهم دور وقائي فيما يتعلق بالانتكاسات، و يبقى تأثيرها على الأعراض السلبية ضعيفاً. مضادات الذهان تنتج آثارها العلاجية عن طريق منع مستقبلات الدوبامين، بينما مضادات الذهان الحديثة تعمل على مستقبلات الدوبامين وعلدالسيروتونين، أما العلاجات النفسية الاجتماعية تهدف إلى مساعدة المريض وأسرته على التعامل مع المرض والمشاكل التي يخلقها. ويستفيد العديد من المرضى من هذه التدخلات حتى في مرحلة التعافي. يتم اختيار العلاج الأنسب في حالة كل مريض بالتشاور مع الطبيب (دعم العلاج النفسي، وإعادة التأهيل النفسي والاجتماعي، ومعالجة الأسرة). وينبغي لأي مريض (وإذا كان من الممكن عائلته أيضاً) المشاركة في برنامج التربية النفسية بعد الفترة الأولى من الفصام من أجل التعرف على المرض، وعلاجه وتطوره على المدى الطويل.

## كيف يتم اختيار الدواء الفعال؟

21

كل مريض يستجيب بشكل مختلف لمضادات الذهان، ومن الضروري العثور على الدواء والجرعة المناسبة لكل فرد، والهدف هو مكافحة أعراض الفصام بشكل فعال مع الحد من الآثار الجانبية للدواء، ومن أجل تحقيق هذا الهدف، يستغرق وقتاً، وأحياناً من الضروري محاولة وصف مختلف مضادات الذهان المتاحة. في معظم الحالات، تقلل مضادات الذهان إلى حد كبير أو تقضي على الأعراض الإيجابية للفصام في أقل من بضعة أسابيع. في المتوسط، ومن أجل تحسين الفترة الحادة يتطلب أربعة إلى ستة أسابيع مع ذلك فإنه لا تزال فترة لا تقل عن ثلاثة أشهر لضبط الجرعة وربما تعديل الدواء، لتجد في النهاية مضاد الذهان الفعال الحد الأدنى للآثار الجانبية له. وقد يصف الطبيب أحياناً الأدوية الأخرى لعلاج القلق، والاكتئاب، ومشاكل النوم أو أي آثار جانبية المرافقة لمضادات الذهان.

## متى تصبح مضادات الذهان ضرورية؟

22

الفصام هو مرض مزمن لا غنغنه من العلاج. وإذا لم يعالج بالمضادات الذهانية، فإنه سيستوء على الأرجح وقد يتكرر مع ما يترتب على ذلك من عواقب وخيمة طويلة الأجل في العمل والحياة الاجتماعية. واستخدام العلاج النفسي الاجتماعي دون العلاج المضاد للذهان المصاحب ليس فعالاً فحسب؛ بل إنه قد يزيد أيضاً من خطر الانتكاس بسبب الإجهاد الذي قد تسببه هذه التدخلات لدى المرضى. وينبغي إبلاغ المريض الذي يعاني من الفصام عن إيجابيات ومسائل العلاج بحيث يتم رصدها بانتظام، إضافة إلى تقييم مدى تمسك المريض بالعلاج، علاوة على نتائج هذا الأخير.

## هل يمكن تقييم مضادات الذهان من ناحية الفعالية؟

23

في الواقع ، لدى المضادات الذهانية فعالية كبيرة ، ولكن الاستجابة لهذه الأدوية يختلف عن مريض واحد إلى آخر، لكن تبقى نسبة عشرين في المئة من المرضى باستجابة ضعيفة للأدوية.

## ما معنى مضاد ذهان متأخر او مترسب؟

24

بالنسبة للمرضي الذين يخضعون للعلاج الوقائي على المدى الطويل، يمكن تحسين الالتزام العلاجي بالحقن العضلي بالمضاداتالذهان المتأخرة، لأنه لا يلزم أخذها كل يوم. وهذا النهج مفيد بصفة خاصة للأشخاص الذين يواجهون صعوبات في قبول مرضهم وعدم الرغبة في تذكيرهم بحالتهم عن طريق أخذ الدواء عن طريق الفم مرتين أو ثلاث مرات في اليوم. وتعمل المضاداتالذهان المتأخرة او ذات التحرير المتأخر وفقا للمبدأ التالي: يتم الحقن العضلي مرة واحدة بكمية كافية، التي يحتاجها المريض لمدة أسبوعين إلى أربعة أسابيع. ويتم تلقائيا إطلاق الجرعة اليومية المطلوبة في مجري الدم من هذا "الخزان العضلي". في ما يخص الآثار الجانبية و الالتزام العلاجي ، هذا التحرير المنتظم للمخزون العضلي هو على الأرجح أكثر فائدة من الأدوية الشفوية، والإجراء المعمول به الأكثر انتشارا مع هذه المضادات هو البدء في معالجة الفترة الحادة باستخدام مضادات الذهان الفموية، ثم التحول إلى المضاداتالذهان المتأخرة بمجرد استقرار حالة المريض، بينما يتراوح الفاصل بين الحقن بين أسبوع و ستة أسابيع حسب المريض والدواء.

## ما الفرق بين مضاد الذهان حديث و قديم؟

25

كلتا الفئتين من الأدوية هي مضادة للذهان؛ فبالنسبة للأدوية القديمة كما يشير اسمها، تعود الى الخمسينيات من القرن الماضي و تمس كثيرا المشابك المستقبلية في الدماغ بدون انتقائية ،لهذا لديها العديد من الآثار الثانوية ،مثل هالدول ،لارغكتيل، نوزينان. بينما الحديثة تعود الى نهاية التسعينيات و دورها انتقائي لمستقبلات الدوبامين و السيروتونين حيث تمتاز بقلّة الآثار الثانوية مثل ريسبردال ، زيبركسا ، سولييان



### لماذا بعض المرضى يترددون في تناول الدواء؟

26

كثيرا ما يرفض المرضى الاعتقاد بأنهم يعانون من مرض ما، ولا يرون على الإطلاق الحاجة إلى الخضوع للعلاج، والواقع ان عدم النقد الذاتي هو سمة شائعة من سمات الفصام، و عندما يبدوون بالشعور بشكل أفضل ، قد يعتقدون أنهم لم يعودوا بحاجة إلى الدواء خاصة إذا لم يتم إعلامهم بطبيعة مرضهم.

بعض الآثار الجانبية يمكن ان تكون مزعجة وغير سارة بشكل خاص مما يجعل من الصعب التعامل مع العلاج، فأحيانا، بعض المرضى ينسون ببساطة اخذ الأدوية بانتظام بسبب نمط حياتهم غير المنظم أو بسبب مشاكل طفيفة في الذاكرة، كما يخشون أن الأدوية تسبب لهم التجرد من شخصيتهم أو للسيطرة على عقولهم. والبعض الآخر لا يقبل الرجوع إلى الواقع ويفضل العودة إلى عالمه الوهمي، وبسبب الاحكام المسبقة على الأدوية وعلى المرض ، يتمكن المحيط المجتمعي من تثبيط عزيمة المرضى عن مواصلة علاجهم، مثلا : "هذه هي المخدرات...." "انها مخدرات.....".

### هل الأدوية عبارة عن مخدرات؟

27

المرضى وأسرهم في بعض الأحيان لا يفارقهم الخوف من أن مضادات الذهان المستخدمة لعلاج الفصام قد تكون مصدر الإدمان، غير أن مضادات الذهان لا تسبب النشوة أو السلوك الإدماني للذين يأخذونها، ومن المغالطات الأخرى بشأن مضادات الذهان اعتقادهم بأنها تمارس السيطرة على العقل ، أو أنها ستكون بمثابة "مقيد كيميائي".

## هل حقا يجب متابعة الدواء رغم اختفاء الأعراض الحادة؟

28

ما دامت الأعراض الحادة المؤلمة للمرض مستمرة ، فمن الواضح أن العلاج ضروري، فعندما تختفي الأوهام والهوسات يصبح الأمر أقل وضوحا ، و مع ذلك فمن الضروري أن يواصل مريض الفصام علاجه على الرغم من أن الأعراض الحادة قد اختفت ، و ذلك للأسباب التالية:

الفصام هو مرض مزمن يرتبط مع خطر كبير من الانتكاس لبقية حياة المريض، و العلاج المضاد الذهاني على المدى الطويل يقلل من ضعف المريض وخطر الانتكاس، و في غياب العلاج الوقائي باستخدام مضادات الذهان يعاود معظم المرضى الانتكاس، و على الرغم من عدم وجود علاج جذري للفصام ، فإنه من الممكن التعامل معه بفعالية مثل العديد من الأمراض المزمنة ، مثل مرض السكري.

وينبغي ان يستند قرار مواصلة العلاج أو وقفه إلى تقييم دقيق ومناقشة بين الطبيب ومريضه بشأن شدة المرض وتطوره ، والمخاطر المرتبطة بالانتكاس والآثار الجانبية للعلاج.

ظهور عسر الحركة المتأخر (تأثير جانبي يتميز بحركات شاذة) عامل مهم، لاستمرار العلاج ولتفادي بشكل ملحوظ المخاطر اللاحقة، وحتى في وجود هذا التأثير الجانبي المتأخر فهو عموما غير خطير و مستقر؛ ويمكن تحسينه إذا ما تم اختيار الجرعة الفعالة الدنيا.

## ما المدة المحتملة لأخذ الأدوية؟

29

هاتها الادوية تعمل بطريقتين:

**أولاً:** إنها علاج للأعراض الإيجابية وتقوم بتحسين بعض الاعراض السلبية خلال المرحلة الحادة من المرض.

**ثانياً:** إنها تساعد على منع الانتكاس، ولذلك يجب أن تؤخذ ما دامت الأعراض الإيجابية والسلبية موجودة ، وحتى بعد اختفائها. وبعد الفترة الأولى، من الأفضل مواصلة العلاج لمدة سنة أو سنتين. و ابتداء من الفترة الثانية، سيواصل العلاج لمدة خمس سنوات علنا أقل؛ لأن خطر الانتكاس كثيرا ما يظل مرتفعا، وقد يكون من الضروري مكافحة الذهان لفترة غير محددة من الزمن وخاصة إذا كانت الانتكاسة شديدة.

وتتوقف مدة العلاج على حساب تحليل المخاطر/الفوائد بالنسبة للمرضى، فعندما يتم توقيف العلاج الوقائي (من الانتكاس) في وقت مبكر جدا، تقريبا جميع المرضى يكررون الانتكاس.

## أهو علاج مدى الحياة ام ماذا؟

30

نادرا ما يكون من الممكن علاج الفصام بشكل نهائي في الوقت الراهن، ومع ذلك ، هناك العلاجات التي تمكن من السيطرة على الأعراض ومساعدة المرضى على الحصول على نوعية أفضل في الحياة، وقد يتعين معالجة الفصام على المدى الطويل أو حتى مدى الحياة.

## ما هو الإجراء المتخذ أمام مريض بالفصام رافض للعلاج؟

31

ليس من السهل دائما إقناع شخص ما أنه مريض بالفصام وأن يتقبل العلاج.

وقد تنشأ ثلاث حالات:

- 1) يمكن للشخص المصاب بالفصام أن ينكر مرضه ، ويقول أنه طبيعي وأن الآخرين ليسوا كذلك. ومن الصعب في هذه الحالة أن يجادل مع هذا الشخص ، لأنه قد لا يميز المشكلة بسبب اعراضه، في هذه الحالة تجب المثابرة و عدم الكلال ، لأنه ربما يمكن ان يعترف ان هناك شيئا خاطئام الحجج الخاصة بك ، بعد ذلك يمكنك إقناعه بالعلاج.
  - 2) الشخص المتضرر قد يعاني من أعراض كالأوهام والهوسات الشديدة التي لا يمكن ان يتصورها الواقع ، ومن الصعب جدا في هذه الظروف ان تجري مناقشة معقولة معه. ومن الأفضل تجنب المواجهة ومن الحكمة طلب المساعدة الطبية في أقرب أجل.
  - 3) الشخص المصاب بالفصام قد يرفض العلاج بسبب الآثار الجانبية للأدوية، و يمكن لهذا الأخيرة أن تعطي عسر الحركة ، وزيادة الوزن ، والمشاكل الجنسية ، والتخدير، وهو ما من شأنه أن يتسبب في صعوبة تحمل العلاج. وفي هذا الصدد، على الشخص المتضرر من زيارة طبيبه النفسي من أجل أن يقلل من الجرعة ، أو إضافة دواء آخر ، أو حتى تغيير الدواء ، والذي يمكن أن يساعد في تخفيف الآثار الجانبية و المعاكسة.
- وباختصار ، إذا كان من المستحيل إقناع الشخص بأن يعالج على الرغم من كل الجهود المبذولة ، وتجد أن لديه أعراضا أو سلوكيات يمكن أن تشكل خطرا علنفسه أو على الآخرين ، فالمسطرة القضائية تتدخل وتجبر الطبيب النفسي فحص المريض و تقديم العلاج المناسب له.

### ما هو الأثر الجانبي الأكثر صعوبة ؟

32

بعيدا عن متلازمة العرض الخبيث لمضادات الذهان و عن التأثيرات القلبية و الشريانية , فان خمسة عشر حتى عشرين في المئة من المرضى تحت الدواء لمدة طويلة لديهم امكانية تطوير عسر الحركة المتأخر، بحيث هذا الأثر الجانبي يتميز بحركات لا إرادية تصيب الفم، الشفتين، اللسان، الجذع و مجموعة من الأعضاء، لكن في معظم الحالات، هذه الاعراض تكون خفيفة غير مزعجة وقابلة للعلاج، و نادرا ما تكون حادة و خطيرة و مستمرة و غير قابلة للعلاج، و لهذا وجب فحص المريض بانتظام للتأكد من عدم تطوير هذه الحركات مع تقييم مستمر ما إن كانت فائدة العلاج أكبر من الازعاج المرتبط بهذه الحركات، ولحسن الحظ إن عسر الحركة المتأخر يمكن ان يتحسن بالرغم من استمرار اخذ العلاج و ذلك إن استخدم هذا الأخير بجرعات دنيا فعالة.

### ماذا تعني حركات العسر الحاد؟

33

قد تظهر حركات العسر الشديد الحاد في وقت مبكر من الساعات الست و الثلاثين الأولى. وتشمل ما يلي:  
فرط التمدد في الرقبة، النظر بعمق في الأشياء مع نوبات تدوير العين، ضزز، و تشنجات الأطراف، وما إلى ذلك، وغالبا ما يصاحبها الإفراط في الإلحاح والاضطرابات في البلع؛ مع عدم القدرة على الحفاظ على نفس الوضع أو كثرة التجوال الذي لا يمكن السيطرة عليه.

### ماذا يمكنني أن أفعل في حالة وجود آثار جانبية للأدوية؟

34

مثل جميع العقاقير الفعالة والقوية، فالمضادات الذهانية لها آثار كثيرة، وبعضها غير سارة أو غير مرغوب فيها. وبعضها يظهر في بداية العلاج ويمكن تخفيفه أو القضاء عليه عن طريق تعديل الجرعات، أو تغيير المضادات، أو إضافة أدوية أخرى، وعلى الرغم من الآثار الجانبية، لا يزال المرضى يأخذون أدويتهم لأنهم يدركون أن عواقب الانتكاس هي أكثر حدة من الآثار الجانبية، فظهور الآثار الجانبية عادة لا يتطلب توقيف العلاج؛ فطبيبك سوف يساعدك على تقييم ما إذا كانت فوائد العلاج تتجاوز مساوئ الآثار الجانبية، وإن بعض المشاكل التي يفسرها المريض كأثار جانبية (التعب، ونقص الطاقة، والاكتئاب، والتركيز أو مشاكل الذاكرة، الخ...) قد تكون أعراض المرض تظهر أيضا عند المرضى غير المعالجين، وينزعج العديد من المرضى عندما يقرؤون قائمة طويلة من الآثار الجانبية المحتملة، حيث أن هذه القوائم غالبا ما تحتوي على آثار جانبية نادرة للغاية، ومن المستحسن مناقشة هذا مع طبيبك، الذي سيساعدك على وضع الأمور في السياق، ويمكن أن تؤدي أعراض المرض أو الآثار الجانبية للعلاج أحيانا إلى مشاكل في التنسيق أو التركيز، لذا يجب على المرضى ان يسألوا طبيبهم إذا كانت القيادة أو استخدام الآلات الخطرة مسموح بها.  
كل مريض يتفاعل بشكل مختلف مع دواء معين حيث يستغرق الطبيب بعض الوقت لتحديد الأكثر ملائمة للمريض عن طريق تغيير الجرعات أو عن طريق تغيير الدواء.

### ما تأثير مرض الفصام على الحمل؟

35

هذا السؤال لا ينبغي الإجابة عليه ببساطة متجاهلين السياق الأوسع للمشكلة، لأن الحمل يمكن أن يؤثر على تطور المرض، وينبغي للمرء أن يقلق أيضا حول ما إذا كان هذا الشخص لديه القدرة النفسية و أيضا القدرة على تحمل مسؤولية كائن حي لمدة طويلة مليئة بالمشاعر و التحديات تجاه هذه الأم و الأسرة بأكملها .  
حاليا ، يبدو ان الغالبية العظمى من هذه المضادات الذهانية ، التي تؤخذ عند الجرعة الدنيا الفعالة اثناء الحمل ، ليس لها آثار ماسخة للجنين (التشوهات القابلة للكشف) ، ولا على المخ ولا علما لأجهزة الأخرى للجنين، لكن مازالت هناك دراسات مكثفة لتبين بشكل صريح العلاقة بين مرض الفصام و علاجاته و تأثيره على الحمل.

### هل التحفيز المغناطيسي يساعد في تحسين المرض؟

36

بالإضافة إلى مضادات الذهان، في بعض الأحيان يبدو التحفيز المغناطيسي العابر فعالا بالنسبة للمرضى المقاومين للعلاج لكن طرق استخدامه لا تزال بحاجة إلى الحد الأمثل، وهذا العلاج ينطوي على تطبيق المجال المغناطيسي على منطقة من الدماغ لوضع ثوان. ويمكن لعدد قليل من الجلسات التي تعقد على مدى فترات قصيرة من الزمن أن تقلل بشكل جذري من الهلوسة وتخفف من الاعراض السلبية لعدة أشهر. وهناك أيضا التحفيز المباشر المنخفض السعة الذي هو في مختبر الأبحاث.  
وأخيرا، عند مقاومة الفصام ، هناك امكانية ممارسة العلاج الذي يتكون من الصدمات عبر أعمدة كهربائية.

### ماهي التدخلات العلاجية الاخرى التي تساعد على تحسين المريض علاوة على الادوية؟

37

إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي وتدريب المهارات، العلاج المعرفي والتربية النفسانية و العلاج العائلي.

### ماذا نقصد بالعلاجات العائلية؟

38

يستخدم مصطلح "العلاجات العائلية" لتعيين مجموعة من الممارسات والنظريات التي تعتبر فيها يعرض أو أكثر، جديرا بمشاركة في السياق الأسري من أجل معالجته.  
إن مشاركة الأسرة في برنامج العلاج دائما مفيدة وخاصة إذا كان المريض يعيش مع عائلته، وفي بعض الحالات ، ستكون هناك حاجة إلى تدخلات أكثر تحديدا لمعالجة المشاكل والصراعات التي لا يمكن لنظام الأسرة ان يديرها لوحده.  
وعلى اي حال ، فان المعالجين لا يسعون أبدا إلى إلقاء اللوم على الأسر أو تحسيسهم بالذنب ، بل يدعونهم إلى أن يصبحوا متعاونين، مستنيرين لمواصلة جميع العلاجات.

### ما المقصود بالتأهيل النفساني الاجتماعي؟

39

يستجيب التأهيل النفساني الاجتماعي للاحتياجات الخاصة للأشخاص الذين يعيشون أو يعانون من مشاكل في الصحة العقلية. ولديه مهمة دعم هؤلاء الناس، وتحسين نوعية حياتهم، وعلاقاتهم الشخصية، وإدماجهم في بيئة من اختيارهم. ويمكن للناس الذين يدعمون ذلك أخيرا التمتع بالنجاح، ومتعة العيش وإشباع تطلعاتهم. ويمكن لإعادة التأهيل النفساني والاجتماعي أن يساعد على إعادة إدماج المرضى تدريجيا في الحياة العادية والمهنية قدر الإمكان، وقد يحتاج المرضى أيضا إلى المساعدة في العثور على الحالة الحياتية التي تناسبهم بشكل أفضل في الأسرة، وقد يشمل إعادة التأهيل أيضا التدريب المهني، والبحث عن المهنة، والعمل المناسب، والأنشطة الترفيهية، والتوجيه المالي، وما إلى ذلك. ومراكز إعادة التأهيل الوظيفي، والمراكز النهارية، والنوادي النفسية الاجتماعية، ومبادرات الإسكان المحمية، فهي جميعها هيكل صممت لتوفير خدمات إعادة التأهيل للأشخاص المعينين لأسرهم.

### ماهي المهارات الاجتماعية و ما دورها؟

40

وهي مجموعة من القدرات التي تسمح لنا بادراك وفهم الرسائل التي يرسلها الآخرون، واختيار الرد على هذه الرسائل وإصدارها من خلال الوسائل اللفظية وغير اللفظية، على النحو المناسب للحالة الاجتماعية وأن مستوى المهارة الاجتماعية المتوقعة يعتمد بالطبع على عمر الشخص. إن العديد من المرضى الفصام لديهم صعوبات كبيرة في علاقاتهم الشخصية وتعزى هذه الصعوبات إلى العجز في قدرتهم على الاتصال وإدارة المشاكل الشخصية، فالتدريب على المهارات الاجتماعية أسلوب منظم يهدف إلى تعليم المهارات الاجتماعية اللازمة في العلاقات الشخصية وتعزيز الحفاظ على هذه المهارات وتعميمها في الحياة الحقيقية للمريض وقد أثبتت هذه الطريقة مردودها في تحسين التكيف الاجتماعي لمرضى الفصام.

### ما هي التربية النفسية و ما أهميتها؟

41

يعرف بأنه تدخل منهجي وعلاجي يهدف إلى تثقيف المرضى وأسرهم بشأن الجوانب المختلفة للاضطرابات النفسية وتعزيز القدرة على التعامل معها. ويمكن للمجموعات التعليمية النفسية أن تساهم في تحسين فهم جميع المتأثرين بمرض الفصام وأسبابه وعلاجه وتأثيره على الأسرة. وفي هذه العملية يتم شرح جميع جوانب المرض بطريقة واضحة ومفصلة حتى يتمكن المرضى وأسرهم من فهم المرض وعلاجه. ومن الأفضل أن يكون المرضى الذين لديهم معلومات جيدة متحمسين لقبول العلاج على المدى الطويل. وهناك ميزة أخرى لهذه المجموعة هو أن المشاركين يمكنهم تبادل الخبرات العاطفية ومساعدة بعضهم البعض لحل بعض المشاكل مع توسيع شبكات الدعم الاجتماعي.

### ما دور مجموعات التربية النفسية؟

42

تجتمع عائلات مرضى الفصام بانتظام وتتلقى المعلومات فضلا عن التوجيه المهني، وبما أن هذه المجموعات هي من الناس الذين يواجهون نفس المشاكل ، فإنه من السهل لأسر مرضى الفصام التعامل مع العبء العاطفي والمشاكل العملية المرتبطة به. والهدف من المجموعات التعليمية النفسانية هو خلق الشراكة التي لا غنى عنها بين المريض وأسرته وطبيبه. وعادة ما يكون لدى المرضى وأسرهم الكثير من الأسئلة حول الأسباب ، والتطور ، وعلاج الفصام ومنع الانتكاس. ويشار إلى هذه الأسئلة عادة في المشاورات التي تجرى مع الطبيب أو في الكتيبات الإعلامية. ولا يشارك المرضى وأسرهم في نفس المجموعة في الواقع، بل ينقسمون نحو مجموعات من المرضى والمجموعات الموازية من الآباء. وفي هذه المجموعات ، يمكن للمرضى وأسرهم ان يطرحوا جميع الأسئلة التي يريدونها عن المرض على المحترفين من هذه المجموعات—عادة طبيب نفساني ، وممرضات أو مساعدين اجتماعيين—حيث سوف تناقش من جميع الجوانب الهامة للمرض وعلاجاته. ويجد الأعضاء أيضا أنه من المفيد للغاية ان يكونوا قادرين على تبادل الخبرات مع المرضى الآخرين أو الأسر الأخرى ومساعدة بعضهم البعض على حل مشاكلهم. ويبدأ عمل المجموعة عادة أثناء الاستشفاء ويستمر خلال الأشهر الأولى من العلاج، وبصفه عامة، من ثمان الى عشر جلسات للمجموعات على فترات من أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع. وفي وقت لاحق، يمكن لهذه المجموعات الاستمرار في شكل مجموعات للمساعدة الذاتية بدون مسير مهني، وقد أظهرت الدراسات ان المرضى والأسر الذين يشاركون في هذه المجموعات التعليمية النفسانية ليسوا أكثر إلماما بالمرض وعلاجه فحسب ، بل انهم أيضا أكثر قدرة على التعامل معه؛ بحيث الانتكاسات تصبح نادرة.

### أي دعم تجاه عائلات المرضى في حالة الأعراض الأولية للفصام؟

43

منذ العلامات الأولى للفصام ، من الأهمية إشراك الأسرة والوفد المرافق للمريض في الإدارة الطبية والمؤسسية للمريض ، لا سيما وأنهم قادرون على نقل المعلومات التي يعتبرونها حيوية، وهذا من شأنه أن يعزز التحالف العلاجي ، وأن يحط من الشعور بالذنب ، وأن يدعم الأحياء الذين يواجهون صعوبات في الحياة اليومية ، بما في ذلك ، حالات الأزمات. وينبغي ألا يقتصر العمل مع الأسر على نهج واحد، ويجب ان تدمج البيئة العامة المحيطة للمريض. بالإضافة لهذا الأخير سيتم تعليم الأسر في أقرب وقت ممكن بأساليب الرعاية والتطور المحتمل للمرض. ومن الضروري نشر الدراسات والبرامج الدولية المتعلقة بالعمل مع الأسر على نطاق واسع وأيضا من المهم توضيح أهداف وغايات هذه البرامج وتقييم النتائج. إن المشاركة في مجموعات الأسر و ذوي المصابين المقترحة من الفريق المعالج او الجمعيات المعنية بالمرض أمر مهم للمريض، ويجب إيلاء اهتمام خاص للأسرة الذين هم في حاجة ماسة إلى المعلومات والدعم.

### ما دور العائلة في مرض الفصام؟

44

الإنسان كائن اجتماعي وأسري بطبعه، ووجود الأسرة، والشركاء الاجتماعيين مهم جدا بالنسبة للمريض، والذين عادة ما يكون الاتصال الاجتماعي لديهم قليلا بسبب مرضهم وغالبا ما يكونون معزولين جدا، هؤلاء المرضى يحتاجون إلى مساعدة عاجلة من أسرهم في حالات الأزمات بشكل طبيعي ولكن أيضا لحل العديد من المشاكل اليومية الصغيرة، إن مرضى الفصام الذين غالبا لا يمكنهم التعرف على بداية مرضهم أو الأعراض الأولى من الانتكاس، و كذلك يجدون صعوبة في التأقلم معه، فالأسرة تلعب دورا مركزيا في الفحص المبكر. وغالبا ما يكون أفراد العائلة هم الوحيدون الذين يمكنهم ضمان معاملة جيدة للمريض في الوقت المحدد أو مواصلة العلاج الوقائي. وينبغي إعلام الأسرة بجميع جوانب الفصام. بالإضافة إلى ذلك، يجب ان تقدم المساعدة للمهنيين في مجال الصحة العقلية، في شكل دعم ومشورة عملية، ومن الأفضل أن يتم ذلك في سياق المجموعات التعليمية النفسانية.

### ما دور التدخل التربوي الاجتماعي؟

45

من الواضح ان الفصام يتداخل بطرق عديدة مع الحياة الاجتماعية للشخص المتضرر. و مضادات الذهان تعمل جيدا على الأعراض الإيجابية للمرض وتوفر حماية جيدة من الانتكاس مع ذلك، فإنها تعمل بشكل أقل على الأعراض السلبية وأيضا على عدم التأقلم الاجتماعي المرتبط بالمرض.

ومن المسلم به حاليا ان النهج النفساني-الاجتماعي الذي يكمل العلاج الطبي يحسن كثيرا من التكيف مع المجتمع، ومن خطر الانتكاس، و تحسين حياة الأشخاص المصابين بالفصام.

و بالرجوع إلى نموذج القابلية للمرض والضغط النفسي، يمكن أن تكون التدخلات العلاجية المختلفة على النحو التالي:

- مكافحة الذهان و التخفيف من الضعف البيولوجي للشخص.
- التدخلات النفسانية الاجتماعية تعمل على الحد من الإجهاد الذي يتعرض له الشخص.
- زيادة قدرة الشخص على التعامل مع مختلف الحالات الاجتماعية والاحداث المجهددة في الحياة .
- تزويد الشخص بالدعم الاجتماعي الفعال، لأن جميع المرضى يحتاجون إلى الدعم العلاجي النفساني الاجتماعي الذي يساعدهم على قبول مرضهم ومواجهة آثاره على حياتهم الاجتماعية والمهنية، ويدعمهم أثناء الأزمات ويحفزهم على متابعة العلاجات المختلفة اللازمة.

إنه ليس "العمق" في العلاج النفساني الاجتماعي الذي من شأنه أن يدفع الدفاعات الهشة للشخص ولكن بالعلاج الكيميائي إضافة إلى الدعم العلاجي النفسي الاجتماعي التربوي.



### ماذا نعني بالشفاء الوظيفي؟

46

أن يكون المريض نشيطا ، عاملا في المجتمع ، مسيطرا علنا لعراض ، و قادرا على منع الأزمات ، و مدركا كيفية إدارة اي انتكاسات ، والاستفادة من نظام الرعاية ، والاستعادة الجيدة للصحة الذاتية ، و لتحقيق مشروع الحياة ، وأشياء أخرى كثيرة لا يزال ممكنا رغم مرض الفصام ، فان استقرار المرض يجعل من الممكن إيجاد وضعية مرضية في الحياة والسعي إلى تحقيق الاستقلال الذاتي.

وينظر إلى الأشخاص المصابين بالفصام باعتبارهم مرضى "مسجونين" لكن في الحقيقة هم أشخاص يمكنهم القيام بدور نشيط في المجتمع. وقد أدى هذا المفهوم الجديد للمرض والأهمية المعطاة للفرد المصاب بالفصام إلى تعزيز وتطوير أنفسهم بحيث تسمح لهم بتحديد الأهداف وتحمل المسؤوليات وتعتمد ذلك على إعادة بناء الثقة في النفس والتغيير في عدة مراحل؛ حيث ستتيح هذه العملية للأشخاص الذين يعانون من الصحة العقلية أن يستعيدوا الأمل ، وأن يعيدوا تعريف هويتهم ، وأن يعطوا معنى لحياتهم ، وإعادتها إلى أيديهم على الرغم من المرض ، وأن تتاح لهم أيضا إمكانية الوصول إلى نظام رعاية مناسب وشخصي.

### بالنسبة لصحتي ماهي الاختبارات اللازمة؟

47

إن طبيبي هو القادر على وصف اختبارات حسب قدرات مننظمة و من أهمها :

التخطيط القلبي، جلوكوز الدم، الكوليسترول، الدهون الثلاثية، التوازن الكبدي، وظيفة الكلي، بالإضافة إلى امتحانات أخرى وفقا لفحص الطبيب

و يستحب إنجاز ذلك عند كل ستة أشهر ومن ثم عند كل سنة.

### ما مصير مرضى الفصام على المدى الطويل؟

48

الفصام هو مرض مزمن يتحسن عموماً مع العلاج ولكن خطر الانتكاس يبقى مرتفعاً، ويختلف التشخيص من حالة إلى أخرى، وقد تحسن هذا المرض كثيراً من خلال العلاج بالمضادات للذهان ، ويمكن ان يكون أكثر من ذلك إذا كان هذا العلاجي قترن بالتدخلات النفسانية الاجتماعية؛ فمصير المرضى بدون علاج يقومون بالانتكاس في أقل من عام أو اثنين بعد بداية المرض بنسبة تتراوح ما بين ستين وثمانين في المئة. والعلاج المضاد للذهان الطويل الأمد يسمح بتخفيض هذه الأرقام إلى ما بين خمس عشرة وعشرين في المائة. فمعظم المرضى يتعافى جيداً من الفترة الأولى من المرض، لكن للأسف فإن الكثير منهم ينتكس بعد أن يتوقف عن تناول الدواء، فكل انتكاسة لها عواقب وخيمة على المريض والأسرة، وتتطلب في معظم الوقت إعادة الاستشفاء، بحيث يصبح الاستقرار أطول وأكثر صعوبة بالنسبة لكل انتكاسة، كما أن بقاء الأعراض والعجز الدائم يزيد أيضاً بشكل عام ، ومع استمرار العلاج المضاد للذهان فإن خمسة وعشرين في المئة لديها تطور محمود ، وخمسة وعشرين في المئة تكون مقاومة للغاية و خمسين في المئة تمربقترات انتكاس واستقرار.

### ما المقصود بالانتكاس؟

49

الانتكاس هو تكرار الأعراض السابقة للمرض وتتطلب في معظم الوقت إعادة الاستشفاء، فالانتكاسات هي جزء لا يتجزأ من مرض الفصام وتحدث بنسبة تقدر بستين إلى ثمانين في المئة من المرضى غير المعالجين. ونحن نعلم ان الفصام يرافقه ضعف نفسي قادر على تطويع الانتكاس في أي وقت ، وأهميته تختلف من شخص إلى آخر ولكن يمكن أن يسيطر عليه في معظم الوقت من قبل مضادات الذهان.

### ماهي أسباب الانتكاس؟

50

إن الامتناع عن تناول الأدوية المضادة للذهان هو السبب الرئيسي للانتكاس، ويشكل تعاطي المخدرات والكحول وكذلك مستو بالضغط النفسي العالي جداً من العوامل المسببة للانتكاس. حيث يكون الإجهاد و الضغط النفسي المزمن ، مثلاً للذين يعيشون في الأسر مع مستوى عال من العاطفة المعبرة عنها و أيضاً الأحداث المجهدة في الحياة، سبب كلها تقود المريض للانتكاس حتى لو كان يأخذ العلاج بمضادات للذهان.

## ما هي علامات الانتكاس؟

51

- ظهور التوتر والعصبية.
- الأرق الحديث.
- عدم الاستقرار الحركي وفرط الهيجان.
- فقدان الشهية.
- عودة ظهور مشاعر الاضطهاد ، ومشاعر كونه موضوع المحادثات و المؤامرات، وعودة ظهور الهذيان الدينية.
- عدم الاهتمام بالأصدقاء والعودة إلى الوحدة والعزلة.
- الشعور غير المريح لسبب غير واضح وبعدم الجدوى.
- مقدمات الهلوسة البصرية و السمعية.
- ظهور تصرفاتغريبة

## هل مرض الفصام سيء في جميع الحالات ؟

52

الفصام ليس المرض الذي يتطور بشكل منهجي نحو تدهور تدريجي، حيث يظهر هذا المرض عدد من الصعوبات العلائقية والمهنية بطريقة مزمنة ، ولكن العلاجات المتاحة حاليا تسمح بالاستقرار في معظم الحالات إذا كانت تتبع جيدا ، مع انخفاض ملحوظ في توتر و في شدة الانتكاسة، ونتيجة لذلك، يمكن للمرضى بناء حياة مثيرة للاهتمام ومستقرة.

## هل من الممكن ان يعيش مرضى الفصام حياة عادية ؟

53

يجب أن نتوقف عن الاعتقاد بأن شخصا مصابا بالفصام لا يمكن أن يعيش حياة "طبيعية"، حيث يمكنه أن يعاني تماما من الفصام والعمل بالرغم من وجود بعض الأعراض، فذلك يساعد على إعادة التأهيل ، والانسجام مع المجتمع ، ويقلل من فرص الأزمات الجديدة وامكانية الاستشفاء ، والتي يجب تجنبها بأي ثمن.

## ماهي العلاقة بين مرض الفصام و التخلف العقلي؟

54

الإعاقة العقلية هي في معظم الأحيان نتيجة لأمراض يمكن التعرف عليها (الصدمة في الرأس ، والشذوذ الجيني ، أو نقص الأكسجين الدماغي عند المولودين...). وهي مرتبطة بالحد من القدرات الفكرية التي لا تتطور ، وبلاستقرار في مظاهر الاعراض عن طريق أخذ الجرعات معتدلة جدا.

بينما المرض النفسي ، لا يزال مجهولا حتى الآن، والقدرات الفكرية سليمة ويمكن أن تتطور بطريقه مرضية، لكن الأعراض تبقى غير مستقرة ولا يمكن التنبؤ بها وغالبا لا غنى عن تناول الأدوية ، بالإضافة إلى تقنيات الرعاية اللازمة من أجل القدرة على التفكير واتخاذ القرار لإعادة التأهيل.

المرض النفسي هو نتيجة لأمراض مختلفة مثل الفصام ، واضطراب القطبين، اضطرابات الشخصية الخطيرة و أيضا بعض الاضطرابات العصبية الخطيرة مثل الوسواس قهري ، و في بعض الأحيان أيضا مثل صدمات الرأس وأمراض الأوعية الدموية الدماغية والاضطرابات العصبية التنكسية.

## هل يوجد علماء او مشاهير عانوا من الفصام؟

55

هنا قائمة المشاهير الذين تم تشخيصهم بالفصام ، أو يشتبه بشدة أنهم عانوا من الفصام

وفقا لويكيبيديا

جون فوريس ناش جونيور : الرياضي العظيم ، جائزة نوبل في العلوم الاقتصادية.

انتونينينيسورث:، وهو عبقرى كان شاعرا وكاتبا ومسرحيا وممثلا ومديرا.

جوان غرينبرغ:الذي كتب تحت اسم هانا غرين: لم أكن وعدت لك حديقة الورود ، وهو الفيلم الذي أدلى به سنة ألف وتسعمئة و سبع و سبعين.

كورت غودل: الطبيب العظيم للقرن العشرين وصديق اينشتاين.

إسحاق نيوتن: الفيزيائي العظيم في القرن السابع عشر.

جورج كانتور: رياضي الرياضيات العظيم ، الشهير لعمله على لانهاية..

سيد باريت :مؤسس الفرقة الموسيقية الصخرية الورديةفلويد ، الذي زاد من الفصام لديه هو استهلاكهحمض الإيثيلاميد لسرجيكفي سنة ألف و تسعمئة وسبعين.

## هل مرضى الفصام عدوانيون؟

56

تميل وسائل الإعلام إلى تحويل المعنى الأساسي لكلمة الفصام ، المرتبطة بالمرض. حيث يستخدم هذا المصطلح لتعيين الشخص المصاب أنه سيء السلوك أو لإظهار العدوان أو لبذر الخوف أو لجعل عنوان للخطر. في الواقع ، على الرغم من أن الأشخاص المصابين بالفصام قد تكون لديهم سلوكيات محفوفة بالمخاطر ، وهذا ممكن عندما يكون المريض في حالة من الانتكاس وتحت ضغط القلق ، والهذيان أو الهلوسة، إلا أن معدل العنف لديهم ليس أعلى من الأشخاص الذين يعيشون في بيئة مماثلة.

## ما علاقة الكسل بالفصام ؟

57

إن ظهور الاضطراب الذهاني يمكن أن يولد الكثير من المعاناة والارتباك، ويمكن من تغيير سلوك الشخص ، وتقلص طاقته ودوافعه،ومن المهم أن يتفهم المحيط دور المرض في هذا التحول ، من أجل الحفاظ على العلاقة مع الشخص المصاب. الفصام ليس بسبب الكسل ، او سوء النية أو من مرافقة الناس المصابين به. وإنما له أسس بيولوجية لا يدركها المريض ومحيطه المرافق له.

## هل ازدواجية الشخصية تعريف للفصام؟

58

الفصام ليس "الازدواجية في الشخصية" ؛ بل هو مرض يؤثر على تماسك التفكير والعواطف وسلوكيات الفرد ، ولكن هذا الأخير لا يزال فرد واحد ، مع مشاريع وجودية خاصة. اذن هي شخصية واحدة التي يمكن ان تعبر عن اثنين من الشعور ، واثنين من العواطف ، واثنين من السلوكيات المتناقضة أو غير المتوافقة في نفس الوقت.

## هل الفصام يمس الذكاء؟

59

على الرغم من أنه لا يلمس الذكاء ، فالفصام غالبا ما يسبب شيئا من العجز الفكري الذي يزعج الاهتمام والذاكرة والتعلم ومعالجة المعلومات، وهذه النواقص التي تسمى "الإدراكية" غالبا ما تكون موجودة منذ بداية المرض وتقلل من قدرة الشخص على التفاعل مع بيئته بالشكل المناسب.

### ما المعمول في حالة نوبة ذهانية؟

60

- السعي للبقاء هادنا قدر الإمكان. ✎
- القضاء على المصادر المحتملة لتشتيت الانتباه: إيقاف تشغيل الراديو والتلفزيون، الخ ✎
- اطلب من الأشخاص الآخرين الحاضرين الخروج حسب الحاجة. ✎
- لا ينبغي أبدا أكثر من شخص واحد في كل مرة للتحدث إلى المريض. ✎
- التعبير عن نفسك بوضوح ، بهدوء وبنبرة طبيعية، على سبيل المثال ، الجلوس بالهدوء، و التحدث بلطف قصد فهم الحالة إن أمكن. ✎
- التعليق على السلوكيات التي تلاحظها من خلال إظهار التعاطف: أنت خائف ، أنت غاضب ، أنت مشوش. ✎
- أخبرني بما تخاف منه. ✎
- تجنب التأكيدات الأبوية التي يدلى بها في لهجة الاستبدادية: كنت تتصرف مثل الطفل أو عليك ان تفعل ما أقوله. ✎
- كرر أسئلتك أو التأكيدات، إذا لزم الأمر ، وذلك باستخدام نفس الكلمات في كل مرة. ✎
- لا تعد صياغة سؤالك على أمل جعله أسهل للفهم، أنت فقط تولد الارتباك. ✎
- التأكد من أن أفراد عائلتك يشعرون بأن المساحة التي يعيشون فيها ليست مهددة. ✎
- لا تقف عند رأس المريض أو قريب جدا منه. ✎
- عليك ان تدرك أن موقفا عاطفيا جدا اتجاه المريض يمكن ان يفاقم الامور و يزيد من حدة النوبة. ✎

أشياء لا يجب ان تفعل عند النوبة :

- ✚ لا تصرخ, إذا كان المريض لا يريد الاستماع إليك ، فانه على الأرجح يسمع أصواتا أخرى أقوى.
- ✚ لا تنتقده, وليس من الممكن ان تناقش معه بعقلانية الحالة التي يكون فيها.
- ✚ لا تستفزها حتى لا يقوم بتهديداته بالإعدام.
- ✚ تجنب الاتصال البصري المطول.
- ✚ لا تمنعه من الخروج بل يستحسن مرافقته.
- ✚ من الأفضل أن يحب المريض مرافقتك إلى المستشفى طوعا ، إذا كان ذلك ممكنا أو يمكن لصديق ان يساعدك على إقناعه.
- ✚ تقديم الخيار للمريض يمكن أن يخفف من شعوره بالعجز، وأي اختيار ، مهما كانت أهميته ، يمكن ان يعطيه الانطباع بأنه يتحكم ، على الأقل جزئيا ، في الحالة التي يقع فيها.

**ماهي النصائح المتخذة من اجل عيش افضل مع مريض بالفصام؟****61**

يجب على الأقارب أن يفهموا أن المريض غالبا ما يعاني من فقدان الطاقة والحافز لفترة طويلة، هذه الحالة ليس لها علاقة بالكسل ، لأنها تنبع مباشرة من المرض، لذا لا تشعر المريض بالذنب أو تهينه.

لا يمكن للمريض ، بسبب مرضه التعامل مع العديد من المحفزات الخارجية ، لذا سوف نحاول ان نجنبه هذه التحفيزات والإجهاد و ينبغي للمريض وأقاربه أن يحاولوا إيجاد الوسط الصحيح بين التحفيز المفرط والتحفيز غير الكافي، ومن الأفضل عدم إتقال كاهل المريض بالالتزامات والأنشطة ، ولكن من الضروري ضمان ألا يفقد قدراته التي يمكن الحفاظ عليها عن طريق التشجيع والممارسة.

يجب على أفراد الأسرة ان يسعوا إلى التواصل بوضوح وببساطة مع المريض، ويجب ان يكونوا حكيمن في تعليقاتهم وسلوكياتهم.

ويجب أن يحافظوا أيضا على روتين يومي يمكن التنبؤ به من طرف المريض، ويتجنبوا النقد المبالغ فيه والعواطف الجياشة.



ينبغي للمريض والأسرة والطبيب ان يحددوا معا ، خلال فترات التعافي ، التدابير التي يتعين اتخاذها إذا قرر المريض فجأة ألا يتبع العلاج المخطط له لكي لا تتفاقم مرة أخرى أعراض الفصام ، وفي بعض الأحيان لا يستطيع المريض أن يدرك على الفور الحاجة إلى العلاج بسبب طبيعة المرض. وفي بعض الحالات ، يجب ان تبدأ الأسرة والطبيب العلاج ولو ضد رغبة المريض لمنعه من إيذاء نفسه.

إذا كان لدى المريض أفكار هلوسية أو أو هام ، لا يستحسن التجادل معه لأنها بالنسبة له الواقع المعاش، ومن الأفضل ضمان حصوله على الرعاية النفسانية التي يحتاج إليها بأسرع ما يمكن.

لا ينبغي للمرضى وأسرهم أن يضعوا لأنفسهم أهدافا غير واقعية، حيث يكون تحقيقها صعبا وحتى لا يكون الضغط على المريض قويا جدا ، وهذا يمكن أن يؤدي إلى تفاقم المرض. ومن الأفضل محاولة الوصول إلى الهدف في خطوات صغيرة. مثل الجميع فمرضى الفصام بحاجة إلى التشجيع، ولا بد من الإشادة بهم على نجاحاتهم، والتعزيز الإيجابي يمكن أن يكون أكثر فائدة وأكثر فعالية من النقد.

ويجب على أقارب المريض أيضا أن يعتنوا بصحتهم وقدراتهم، وأن يحتفظوا بالحيوية اللازمة لتقديم الدعم الذي يريده المريض وهذا لا يكون إلا بالحفاظ على صحتهم والحفاظ على أنشطتهم وصدقاتهم، ولن يتمكنوا من المساعدة بفعالية إذا لم يفكروا أيضا في تسلية انفسهم.

## **Les 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 psychoeducation, social skills training, and maintenance of chemotherapy in the after treatment of schizophrenia. ArchGen 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.

EncyclMédChir (Elsevier, Paris). Psychiatrie, 37–061–A–10. 1999.

(6)Anderson C, Hogarty G, Reiss D.Familytreatment of adult schizophrenic patients.Schizophr Bull 1980; 6:490–505.

(7)Dans son rapport au deuxième congrès mondial de psychiatrie, tenu à Zürich en 1957 et consacré exclusivement aux schizophrénies, Henri Ey se demande « quelle est la définition de la schizophrénie? Quel est son trouble fondamental? Est-elle une entité clinique, une psychose endogène spécifique, un syndrome ou un mode d'existence pathologique, effet de multiples processus? Quel sens donner au concept de processus schizophrénique? » « Toutes ces questions, ajoute-t-il, depuis Kraepelin et Bleuler ne cessent de hanter l'esprit des psychiatres » (Ey, 1958).

(8)Marchand, cité in Morselli G. E. (1955).

(9)« An entire book could be written about the transformations undergone by the concept of schizophrenia » et plus loin: « The history of the concept is a history not of medical discoveries, but of the intellectual models on which the orientation of

psychiatry is based » (Janzarik, 1987)

(10) Boyer P. (2003). Entre délire et réalité. Dossier psychiatrie: la schizophrénie. *Cerveau & Psycho*, 2, 68–73

(11) Borgeat F. (1988). Les causes de la schizophrénie. Dans P. Lalonde (Éd). *La schizophrénie expliquée* (pp. 33–45). Montréal: Gaëtan Morin.

(12) Javitt, D. & Coyle J. (2004). Décrypter la schizophrénie. *Pour la science*, 316, 58–63.

(13) de Michel de Clercq, Peuskens J. « Les troubles schizophréniques ». publié par de Boeck universite, 1999

(14) Geddes jr, Verdoux h, Takei n. « Schizophrenia and complications of pregnancy and labor: an individual patient data meta-analysis ». *Schizophrenia bulletin* 25:413–423, 1999.

(15) I linkowski P, Jurysta F. « La Schizophrénie: une maladie aux étiologies méconnues de Belgique ». service de psychiatrie, ulb hospital érasme revue hospitas. be 2001/4/n°247

(15') Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM–5 Washington, DC : American Psychiatric Association, 2013.

(16) Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patient: a psycho-educational approach. *Schizophr Bull* 1980;6:490–505

(17) Goldstein M, Rodnick E. The family's contribution to the etiology of schizophrenia: current status. *Schizophr Bull* 1975;14:4863.

Jacob T. Family interaction in disturbed and normal families: a methodological and substantive review. *Psychol Bull* 1975;82:3365.

Singer MT, Wynne LC. Communication styles in parents of normals, neurotics, and schizophrenics. *Psychiatric Res Rep* 1966;20:25–38.

(18) Jones JE. Patterns of transactional style deviance in the TAT's of parents of schizophrenics. *Family Process* 1977;16:327–37.

(19) Magliano L, Fiorillo A, Fadden G, Gair F, Economou M, Kallert T, et al. Effectiveness

of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry* 2005;4:45-9.

(20) De Giacomo P, Pierri G, Santoni Rugiu A. Schizophrenia: a study comparing a family therapy group following a paradoxical model plus psychodrugs and a group treated by the conventional clinical approach. *Acta Psychiatr Scand* 1997;9:183-8.

Bressi C, Manenti S, Frongia P, Porcellana M, Invernizzi G. Systemic family therapy in schizophrenia: a randomized clinical trial of effectiveness. *Psychother Psychosom* 2008;77:43-9.

(21) Falloon IR, Boyd JL, McGill CW, Razani J, Moss HB, Gilderman AM. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia. *N Engl J Med* 1982;306:1437-40.

Leff JP, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Fries R, Sturgeon D. A controlled trial of intervention with families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1982;141:121-34.

Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn CE, Bamrah JS, Proeddu K, Watts S, et al. Community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry* 1988;153:532-42.

(22) Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(12):CD000088

(23) Oldridge ML, Hughes IC. Psychological wellbeing in families with a member suffering from schizophrenia: an investigation into longstanding problems. *Br J Psychiatry* 1992;161:249-51.

Winefield HR, Harvey EJ. Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993;19:619-25.

Barrowclough C, Parle M. Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1997;171:26-30.

McGilloway S, Donnelly M, Mays N. The experience of caring for former longstay psychiatric patients. *Br J Clin Psychol* 1997;36:149-51.

- (24) Falloon I. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry* 2003;2:20-8.
- (25) Greenberg JS, Greenley JR, Kim HW. The provision of mental health services to families of persons with serious mental illness. *Res Commun Ment Health* 1995;8:181-204.
- (26) Pitschel-Waltz G, Leucht S, Bauml J. The effect of family intervention on relapse and rehospitalisation in schizophrenia – a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001;27:73-92
- (27) Dixon L, Lyles A, Scott J, Lehman A, Postrado L, Goldman H, et al. Services to families of adults with schizophrenia: from treatment recommendations to dissemination. *Psychiatr Serv* 1999; 50:233-8.
- Magliano L, Fiorillo A, Malangone C. Implementing psychoeducational interventions in Italy for patients with schizophrenia and their families. *Psychiatr Serv* 2006;57:266-
- Magliano L, Fadden G, Madianos M, de Almeida JM, Held T, Guarneri M, et al. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMEDI study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:405-12.
- Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Bauml J, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia. Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophr Bull* 2006;32:765-75.
- (28) Mino Y, Shimodera S, Inoue S, Fujita H, Fukuzawa K. Medical cost analysis of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007;61:20-4.
- (29) McFarlane WR, McNary S, Dixon L, Hornby H, Cimett E. Predictors of dissemination of family psychoeducation in community mental health centers in Maine and Illinois. *Psychiatr Serv* 2001;52:935-42.
- (30) McFarlane WR, McNary S, Dixon L, Hornby H, Cimett E. Predictors of dissemination of family psychoeducation in community mental health centers in Maine and Illinois. *Psychiatr Serv* 2001;52:935-42.
- (31) Dixon L. Providing services to families of persons with schizophrenia: present and future. *J Mental Health Policy Econ* 1999;2:3-8.

(32)Hodé Y, Krychowski R, Beck N, Vontron R, Rouyère N, Huentz M, et al. Effet d'un programme psychoéducatif sur l'humeur des familles des malades souffrant de schizophrénie. *J Ther Comp Cogn* 2008;18:104-7.

(33)Tarrier N. Changes in the electrodermal activity of schizophrenic patients associated with changes in the expressed emotion status of their relatives. *Psychopathology* 1991 ; 24 : 203-8.

(34)Hooley J M, & Hoffman, P. D. (2014). Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder.

Tompson M C, Pierre C B, Boger K D, McKowen J W, Chan P T, & Freed R D. (2010). Maternal depression, maternal expressed emotion, and youth psychopathology. *Journal of abnormal child psychology*, 38(1), 105-117.53

Perlick D A, Rosenheck R A, Clarkin J F, Maciejewski P K, Sirey J, Struening E, & Link B G. (2014). Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder.

Rapee R M. (2012) Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*; 15(1), 69-80.

Przeworski A, Zoellner L A, Franklin M E, Garcia A, Freeman J, March J S, & Foa E B. (2012). Maternal and Child Expressed Emotion as Predictors of Treatment Response in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(3), 337-353.

(35)Kavanagh DJ. Recent developments in Expressed Emotion and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992 ; 160 : 601-20.

(36)Bentsen H, Notland TH, Boye B, et al. Criticism and hostility in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses : Demographic and clinical predictors. *Acta Psychiatr Scand* 1998 ; 97 : 76-85.

(37)Weisman AG, Nuechterlein KH, Goldstein MJ, et al. Expressed emotion, attributions, and schizophrenia symptom dimensions. *J Abnorm Psychol* 1998;107: 355-9.

- (38) Van Os J, Marcelis M, Germeys I, et al. High expressed emotion: Marker for a caring family? *Compr Psychiatry* 2001 ; 42 : 504–7.
- (39) Scazufca M, Kuipers E. Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning. *Psychol Med* 1998 ; 28 : 453–61.
- (40) Tomaras V, Mavreas V, Economou M, et al. The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment : A 3–year study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000 ; 35 : 487–93.
- (41) Pitschel–Walz G, Leucht S, Bauml J, et al. The effect of family interventions on relapse and rehospitalisation in schizophrenia – a meta–analysis. *Schizophr Bull* 2001 ; 27 : 73–92.
- (42) Nugter A, Dingemans P, Van der Does J W, Linszen D, & Gersons B. (1997). Family treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenia. *Psychiatry Research*, 72(1), 23–31.
- (43) Lenior M E, Dingemans P M, Schene A H, Hart A A, & Linszen D H. (2002). The course of parental expressed emotion and psychotic episodes after family intervention in recent–onset schizophrenia. A longitudinal study. *Schizophrenia research*, 57(2), 183–190.
- (44) Goldstein M, Miklowitz D, Strachan A, Doane J, Nuechterlein K, Feingold D, 1989, Patterns of expressed emotion and patient coping styles that characterize the families of recent onsetschizophrenics, *British Journal of Psychiatry*, 155, 107–111.
- Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DR, Javna CD, Madonia, MJ, 1986, Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, *Archives of General Psychiatry*, 43, 633–642
- Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein R, Sturgeon D. 1982, A controlled trial of social

intervention in the families of schizophrenic patients, British Journal of Psychiatry, 141, 121–134.

King S, & Rochon V. (1995). Le rôle de l'émotion exprimée dans le cours de la schizophrénie. Santé mentale au Québec, 20(2), 99–117.

(45) Réalisée par les apports du Réseau francophone des animateurs du programme Profamille, Yann Hodé (Centre Hospitalier de Rouffach), Pierre et Monique Pasche (AFS Berne francophone).

Relecture: Claudine Hermesse (ASBL Similes Wallonie)

Développement informatique : Aline Deruyver

© Réseau Profamille, 2012

(46) Les manuels :

Juignet P, Manuel de psychopathologie générale. presses universitaires de grenoble

Kaplan HL, Sadock BJ, Stefa I, Mazzucconi. Manuel de poche de psychiatrie clinique. pradel éditions. 2ème édition. 2005

Guelfi JD, Rouillon. Manuel de psychiatrie. Elsevier Masson. 3ème édition. 2017

Henri Ey, Bernard P, Brisset C. Manuel de psychiatrie. Elsevier Masson. 6ème édition. 2010

Lempiere T, Feline A, Ades J, Hardy P, Rouillon F. psychiatrie de l'adulte. Elsevier Masson. 2ème édition. 2006

(47) Arabisation de l'essentiel du module de psychiatrie (N15/2014), FMPF

(48) Arabisation du principe de la sémiologie psychiatrique (N90/2016), FMPF

<http://www.psychiatriefes.org>

<http://www.schizophrenie.qc.ca>

[www.emre.who.int/unified=medical=dictionary.html](http://www.emre.who.int/unified=medical=dictionary.html)

المعجم الطبي الموحد

المنهل , معجم المعاني