



Module thérapeutique 1 : Relations, développement et histoire clinique

Histoire clinique (à remplir par le thérapeute, consulter le manuel pour plus de questions)

Motifs de la demande de thérapie (*"Pourriez-vous brièvement décrire pourquoi vous êtes venu me voir / ce qui a conduit à votre hospitalisation actuelle ? Avez-vous une idée de ce qui a pu causer ces problèmes ?"*)

Situation sociale (*"Dans quelles conditions vivez-vous actuellement ? Seul, avec quelqu'un, avez-vous des enfants ? Avez-vous un travail ? Sinon, pourquoi ?"*)

Situation familiale (*"Avez-vous des personnes qui vous sont proches ? Comment sont les relations / Vous entendez-vous bien avec eux ? Ont-ils parfois du mal à supporter votre comportement ? Votre famille est-elle au courant de vos troubles psychiatriques ?"*)

Intégration sociale (*« Avez-vous des amis ou de bonnes connaissances ? A quelle fréquence les voyez-vous ou avez-vous des contacts ? Vous sentez-vous soutenu par eux ? »*)

Événements de vie stressants (*« Certaines personnes ont vécu des événements difficiles, par exemple des violences dans la famille ou des accidents. Avez-vous eu ce genre d'expériences ? Si oui, pourriez-vous brièvement m'en parler ? Est-ce encore quelque chose qui vous gêne aujourd'hui ? »*)

Consommation d'alcool et de drogues (*« Buvez-vous régulièrement de l'alcool ? » « Prenez-vous des drogues ? » Si oui : « Quelles drogues et à quelle fréquence ? » « Prenez-vous vos médicaments autrement ou de façon différente que comme ils sont prescrits ? »*)

Délire (*par ex : « Avez-vous récemment ou déjà eu l'impression : ... que quelqu'un vous espionnait ou était en train de comploter quelque chose contre vous ? ... que des messages spéciaux vous étaient adressés par exemple par la télévision ? »*) ; voir aussi la feuille de travail 1.1. Mes idées spéciales.

Troubles du soi (« Avez-vous ou avez-vous déjà eu l'impression que les autres pouvaient lire vos pensées ou les influencer d'une façon ou d'une autre ? Avez-vous ou avez-vous déjà eu l'impression que vous pouviez vous-mêmes lire ou influencer les pensées des autres ? »)

Hallucinations (« Avez-vous déjà entendu (vu / senti) quelque chose que les autres ne percevaient pas ? De quoi s'agissait-il ? Se passe-t-il des choses étranges dans votre corps ? Entendez-vous des voix que les autres n'entendent pas ? »)

Troubles de la pensée formelle (en particulier perte des associations, interruption du discours ; « Avez-vous le sentiment que votre pensée a changé, par exemple, que vous avez trop de choses dans la tête ou que vos pensées s'interrompent brutalement ? »)

Conscience des troubles (insight) (« Pensez-vous avoir un problème psychologique ? » Si le patient a reçu un diagnostic : « Que veut dire pour vous le diagnostic de trouble psychotique ? » « Etes-vous d'accord avec ce diagnostic ? »)

Humeur (« Comment était votre humeur ces derniers temps ? Vous êtes-vous senti très triste ? Arrivez-vous à ressentir par exemple, la tristesse, la joie ou bien avez-vous l'impression que vos sentiments sont émoussés, absents ? Votre humeur a-t-elle parfois tendance à changer très rapidement ? »)

Sommeil / appétit (« Avez-vous eu des problèmes de sommeil récemment ? » comment était votre appétit récemment ? »)

Motivation (« Comment est votre énergie pour faire les choses ? Participez-vous à des activités ? » Si non : « Pourquoi pas ? » « Devez-vous faire un effort pour sortir de votre lit le matin ? »)

Pensées et comportements auto-destructeurs (« Avez-vous parfois la pensées que ce serait mieux si vous n'étiez plus en vie ? » Si oui, explorez davantage : « Avez-vous déjà pensé à en finir ? Avezvous pensé à une façon concrète de procéder ? Arrivez-vous à vous détacher de ces pensées par vousmêmes ? » En cas de danger aigu de suicide : informer le service / Si prise en charge ambulatoire, envisager une hospitalisation si nécessaire !)

Anxiété (« Avez-vous des peurs, êtes vous anxieux ? De quoi avez-vous peur ? Comment la peur se manifeste-t-elle physiquement ? »)

Retrait social actif / anxiété sociale (« Avez-vous peur d'attirer l'attention d'autres personnes ? Que craignez-vous ? Préférez-vous actuellement être seul(e) ? Vous sentez-vous à l'aise au milieu d'autres personnes ? » Si non : « Pourquoi ? »)

Evitement et comportement de sécurité (« Y a-t-il des activités de la vie quotidienne que vous évitez actuellement de faire ? Qu'est-ce qui vous fait peur ? Y a-t-il des choses que vous aviez l'habitude de faire et que vous évitez actuellement ? »)

Comportements obsessionnels (« Y a-t-il des choses auxquelles vous ne pouvez pas vous empêcher de penser, même si vous ne le voulez pas ? De quel type de pensées s'agit-il ? Y a-t-il des choses que vous ne pouvez pas vous empêcher de faire, même si elles vous semblent absurdes, par exemple, contrôler, compter, ranger ? »)

Santé physique (*« Comment vous sentez-vous physiquement en ce moment ? Etes-vous inquiet par votre santé physique ? Avez-vous vu un médecin pour cela ? »*)

Diminution du contrôle des impulsions (*« Vous sentez-vous souvent provoqué par d'autres personnes ? Avez-vous souvent des conflits avec les autres ? Dans quelles sortes de situations cela arrive ? »*)

Attention / mémoire (*« Arrivez-vous facilement à suivre une conversation ? Arrivez-vous à vous concentrer sur un livre ou un film ? Oubliez-vous souvent certaines choses ? »*)

Désorientation (*« Avez-vous des difficultés à trouver votre chemin ? Pouvez-vous me donner la date d'aujourd'hui ? Avez-vous des difficultés à organiser votre vie quotidienne ? » Demander seulement si suspectez une déficience.*)