|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 ? »)* |
| Evénements 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.* |