

جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله  
كلية العلوم الاجتماعية  
قسم علم النفس

مطبوعة في وحدة دراسة الحالة

موجهة لطلبة

السنة الثالثة تخصص علم النفس العيادي

الفوج 10-12

اعداد الاستاذة

د. مهمل اسيا

السنة الجامعية 2020-2021

## الملخص

يعرف المنهج العيادي بأنه طريقة أساسية يعتمد عليها الاخصائي النفسي في تناوله للحالات التي يستقبلها. كما يستخدم في إطار المساعدة النفسية للإحاطة الشاملة بتفاصيل الحالة من منظور دينامي وعلائقي وتاريخي و سلوكي.بالإضافة الى هذا يستخدم هذا المنهج في البحث العلمي من اجل دراسة الظاهرة النفسية للوقوف على تفاصيلها بشكل دقيق بهدف التعرف على القوانين التي تحكمها وتحركها. ومن أدوات المنهج العيادي نجد دراسة الحالة و تعرف دراسة الحالة بانها الإطار الذي ينظم ويقي فيه الاخصائي الاكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها عن الفرد وذلك عن طريق الملاحظة، والمقابلة، والتاريخ، والسيرة الشخصية، والاختبارات السيكولوجية والفحوص الطبية. وتهدف دراسة الحالة الى وضع التشخيص واعداد برنامج علاجي ثم تقييمه لتحقيق هذا الهدف تستعمل كأدوات المقابلة العيادية والاختبارات النفسية الى جانب شبكة الملاحظة. سوف نتطرق الى كافة هذه النقاط بالتفصيل.

### Le résumé

La méthode clinique est définie comme étant une méthode essentielle que le clinicien utilise pour approcher les cas qu'il reçoit. Elle est aussi utilisée dans l'aide psychologique en vue de cerner le cas en ayant des détails sur son passé, sa dynamique ses relations et ses comportements. La méthode clinique est aussi utilisée dans la recherche scientifique et il utilise ses propres outils essentiellement l'étude de cas. L'étude de cas est définie comme étant le cadre utilisé par le clinicien afin de collecter les données concernant la personne à travers l'observation clinique, l'entretien clinique, l'histoire du malade et son parcours ainsi que les tests psychologiques. L'entretien clinique a pour but de poser un diagnostic, élaborer un programme thérapeutique et évaluer ce programme. Afin d'assurer cette tâche le clinicien utilise une grille d'observation, et des questionnaires psychologiques et les différents types d'entretien clinique. On va parler de tout ces points avec détails

1.مدخل العلاقة بين المنهج العيادي و علم النفس المرضي  
المنهج العيادي .

1.مفهوم الاكلينيكية

2 . مفهوم الاكلينيكية كميدان

3.مفهوم الاكلينيكية كمنهج

أدوات المنهج العيادي

1.دراسة الحالة

2.خطوات دراسة الحالة

1.2.2.جمع المعلومات

3.2.تحليل الحالة

أدوات دراسة الحالة

1.الملاحظة الاكلينيكية

2.تعريف الملاحظة الاكلينيكية

تعريف الاختبارات

المحاضرة السادسة

تصنيف الاختبارات

## 1 مدخل العلاقة بين المنهج العيادي وعلم النفس المرضي

### 1. تعريف المنهج العيادي

لقد عرف المنهج العيادي بأنه "منهج البحث يقوم على استعمال نتائج فحص مرضي او فحص العديد من المرضى ودراستهم الواحد تلو الاخر لاجل استخلاص مبادئ عامة توحى بها ملاحظة كفاءاتهم وقصورهم. وعموما يعرف المنهج العيادي بأنه طريقة أساسية يعتمد عليها الاخصائي النفسي في تناوله للحالات التي يستقبلها. كما يستخدم في إطار المساعدة النفسية للإحاطة الشاملة بتفاصيل الحالة من منظور دينامي وعلائقي وتاريخي.بالإضافة الى هذا يستخدم هذا المنهج في البحث العلمي من اجل دراسة الظاهرة النفسية للوقوف على تفاصيلها بشكل دقيق بهدف التعرف على القوانين التي تحكمها وتحركها.

ويعرف Patrick juignet المنهج بأنه مجموعة من القواعد العلمية التي

تستعمل لفهم التجربة الإنسانية وجعلها موضوعا للدراسة.

اما في اطار علم النفس المرضي يعرف المنهج العيادي بأنه مجموعة من الظواهر التي تدرس باتباع القواعد العلمية في ميدان الممارسة العيادية.

Par méthode, on entend les conditions générales d'une science, mais plus particulièrement les procédés qui règlent l'expérience de façon à la rendre efficace et adaptée à l'objet d'étude. C'est en ce sens que nous parlerons de méthode clinique en psychopathologie. La méthode clinique conjugue l'acquisition des faits pertinents avec des procédés d'exposition qui les rendent partageables et contrôlables par la communauté des praticiens.

### 2. مسلمات المنهج العيادي

يستند المنهج العيادي الى مسلمات أساسية و

هي:

## 1.2. التصور الدينامي للشخصية

يرى أصحاب هذا التصور انه لا يمكن النظر الى الشخصية على انها تنظيم ثابت للنواحي النفسية والجسدية التي تحدد سلوك الفرد ونموذج حياته فقط بل هي نتاج تفاعل ديناميكي للإمكانيات الداخلية مع العلاقات الإنسانية في إطار اجتماعي ثقافي معين. لذا يستجيب الفرد إزاء المواقف ويتضح ذلك في ضوء تاريخ حياته و اتجاهاته ازاء المستقبل ذلك يعني ان المنهج العيادي يتناول الفرد على انه وحدة كلية حالية و زمنية في موقف معين.

## 2.2. التصور المعرفي السلوكي للشخصية

يعتبر رواد هذه النظرية بان الشخص هو عبارة عن افكار وانفعالات وسلوكيات وان الأفكار المسؤولة عن الانفعالات وهي المحددة للسلوكيات لهذا فان تناول الفرد يعني التعرف على أفكاره وملاحظة انفعالاته التي تتماشى مع سلوكياته.

## 4.1. العلاقة بين المنهج العيادي و علم النفس المرضي

المنهج العيادي هو طريقة ذات أسس علمية تمكن الممارس العيادي من دراسة الشخصية التي تتقدم للفحص النفسي. وتعتمد على الملاحظة المباشرة للمريض التي تمكن الاخصائي من جمع عدد من السمات التي تصنف بطريقة موضوعية المعلومات الخاصة بشخصيته.

La méthode clinique s'appuie donc sur l'observation directe d'un patient ,permet d'objectiver un certain nombre de traits rassemblés en tableaux et agencés de telle sorte que la phénoménologie se transforme en présentation sensée ordonnée (Lonescu et Blanchet,2009 ,p.55)

### 3. المنهج العيادي في علم النفس

#### 1.3. مفهوم الاكلينيكية في علم النفس

يعود الفضل لعالم النفس « Wetmer » في كونه اول من ويطمر استعمال التعبيرين " علم النفس الاكلينيكي " و منهج اكلينيكي في علم النفس " وكان انشاء اول عيادة عام 1896 و كلمة عيادة تدل طبيا على "جوار سرير المريض ثم امتد استخدامها الى دراسة الفرد أي فحص و علاج المريض كفرد على أساس اعراضه.

#### 2.3. مفهوم الاكلينيكية كميدان

تقوم الاكلينيكية (علم النفس-التحليل النفسي-طب الامراض العقلية) على الملاحظة الدقيقة للأشخاص و الوضعيات و تسجيل حياتهم على شكل دراسة حالات.

Selon Pediniellei et Fernadez La clinique (Psychologie, Psychanalyse, Psychiatrie) se fonde sur l'observation fine des individus et des situations et sur la retranscription de leur histoire sous forme de « l'étude cas ». (Lonescu et Blanchet, 2009, p.56)

من خلال هذا التعريف التحليلي يتحدد ميدان العمل الاكلينيكي الذي يتمثل في تاريخ الشخص الذي يستخرجه الممارس العيادي من خلال الأفكار المعاش الهوامات و الذكريات.

كما يتمثل ميدان الاكلينيكية في استخراج الأفكار الانفعالات والسلوكات حسب النظرية المعرفية السلوكية ودراستها وتحليلها. أخيرا يتمثل هذا الميدان في دراسة العائلة حسب النظرية النسقية وتحليل

والقواعد التي تسيروها كي يتعرف الممارس العيادي على مختلف الأدوار.

### 3.3. مفهوم الاكلينيكية كمنهج

المنهج الاكلينيكي هو طريقة علمية منهجية يتبعها الأخصائي النفسي في دراسته لأعراض الشخص الذي يتقدم للفحص النفسي. يقوم الأخصائي النفسي في خلال الجلسات بدراسة حالة المريض والتعرف على تاريخ تطور حالته المرضية وكيفية التخلص من هذه الحالة المرضية. ان الفرد هو حالة خاصة وحامل لمشاكل خاصة به ولا بد من التعرف على ميوله واتجاهاته وسماته المميزة (النفسية الجسدية والفكرية) التي تجعل منه هذا الشخص دون سواه. لذا يجب على العيادي ان يتعمق في حالة الشخص وان يدرسها بكل حذر وموضوعية من خلال تفاعلاته وملاحظته الدقيقة لسلوكات الشخص وأقواله وايماءاته وانفعالاته وكل ما يصدر منه.

وتتمثل فنيات ومناهج التشخيص السيكولوجي في فهم الحالة الراهنة لسلوك المريض وذلك بواسطة تحليل تاريخه الماضي وتحليل تاريخ مرضه الى جانب دراسة الظروف الحاضرة التي يعيش فيها. كل هذا بغية الوصول الى صيغة تشخيصية تمكن الأخصائي من انتقاء الوسائل العلاجية المناسبة. وتحقيقا لهذه الاهداف اعتمد علم النفس الاكلينيكي منهج دراسة الحالة باعتباره المنهج الرئيسي للدراسة الاكلينيكية.

### 4. أدوات المنهج العيادي

#### 1.4. دراسة الحالة

#### 1.1.4.. تعريف دراسة الحالة

تعرف دراسة الحالة بانها "وسيلة هامة لجمع وتلخيص أكبر عدد ممكن من المعلومات عن الحالة موضوع الدراسة، والحالة قد تكون فردا او اسرة او جماعة" (زهران، 1980، ص 178).

ويعرف حسن مصطفى عبد المعطي هذا المصطلح كالتالي: «تعرف دراسة الحالة بانها الإطار الذي ينظم ويقي فيه الاخصائي الاكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها عن الفرد وذلك عن طريق الملاحظة، والمقابلة، والتاريخ، والسيرة الشخصية، والاختبارات السيكولوجية والفحوص الطبية .

يتضح من خلال هذين التعريفين بان الحالة في علم النفس الاكلينيكي هي حالة الشخص بماضيه وحاضره، وانه يوجد وسائل لشرح حالة الشخص بالاعتماد على طرق منهجية وعلمية متمثلة في الملاحظة والمقابلة والاختبارات والفحوص.

نستخلص من هنا بان دراسة الحالة ليست لمحة عابرة وتحليلا سطحيا للأحداث الحياتية بل هي منهج قائما بذاته يستلزم تحليلا معمقا وعلميا لهذه الاحداث من جهة وتصحيح الاختبارات النفسية من جهة اخرى.

#### **2.1.4. اهداف دراسة الحالة**

تستهدف دراسة الحالة في العمل الاكلينيكي ما يلي :

**- فهم الاسباب المؤدية الى اصابة الفرد بمرض نفسي او عقلي**

يعتبر هذا الهدف اساسي في دراسة حالة الفرد بحيث تمكن هذه الاخيرة الممارس العيادي من جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات والبيانات عن المريض ومشكلاته حتى يتمكن من تقديم تشخيص صحيح للحالة من خلال فهم اسباب المرض.

**- وضع الفروض التشخيصية**

تعتبر دراسة الحالة اداة قيمة تكشف للأخصائي النفسي الاكلينيكي وقائع حياة شخص معين منذ ميلاده حتى الوقت الحالي.

وهي خطوة اساسية في العمل الاكلينيكي لجمع معلومات تاريخية عن المريض ومشكلاته بأسلوب علمي منظم، وهذا يساعده على وضع الفروض الاولية التي يحاول فيما بعد اختبار صحتها بناء على خبراته الشخصية السابقة

( الزيادي 1969، ص 13).

### - وضع التوصيات العلاجية:

تقدم دراسة الحالة صورة مجمعة للشخصية ككل بفعل انها تمكن الاكلينيكي من تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها تنظيمها وتلخيصها وبهذا فهي تساعد على الوصول الى فهم أفضل للفرد تحديد وتشخيص مشكلاته وطبيعتها واتخاذ التوصيات الارشادية او وضع الخطط العلاجية.

### 4. 1. 3. مصادر المعلومات في دراسة الحالة

تستقي دراسة الحالة بياناتها من مصادر عديدة اهمها:

#### 1.3.1.4 المريض

يعتبر المريض واحد من اهم مصادر المعلومات في دراسة في كثير من الاحيان يعتبر أفضل مصدر للمعلومات فليس الحالة لأنه هناك كم هو اعرف للفرد من نفسه وليس هناك من هو أقدر منه على وصف مشاعره ومشكلاته (زهران، 1980، ص169).

ونشير بان أنجع وسيلة لأخذ المعلومات هي المقابلة العيادية التي هي عدة أنواع من المقابلة العيادية حسب هدفها اذ يوجد مقابلات تشخيصية ومقابلات علاجية ومقابلات تقييمية الى جانب المقابلات التحفيزية.

### 2.3.1.4 الاختبارات السيكولوجية

تعتبر نتائج الاختبارات النفسية من المصادر الهامة للحصول على البيانات الكمية والكيفية عن المريض وتحديد ذكاؤه وقدراته واستعداداته وتقييم سلوكه الشخصي وميوله واتجاهاته وتوافقه النفسي وصحته النفسية كما انها تكشف للأخصائي الاكلينيكي عن المحتوى العقلي للفرد، وعن الخلفية الثقافية وعن الجماعة التي ينتمي اليها، كما تبين درجة اتصاله بالبيئة، بالإضافة الى انها تكشف عن وعيه وذاكرته وقدرته على فهم المواقف المختلفة وتعبئة وضائقه العقلية لحل المشكلات التي تواجهه في بيئته

### 3-3.1.4 السجلات والوثائق

تلقى السجلات والوثائق الضوء على التاريخ الشخصي للفرد ، ويمكن الحصول منها على البيانات التاريخية التي تعد سجلا لتاريخه الارتقائي وانعكاسا في انجازاته ، وخصائصه الشخصية ومن ثمة يتعين دراسة الوثائق والسجلات التي لها دلالتها بالنسبة للمريض خاصة الوثائق الخاصة بالأسرة والهيئات التربوية ، والمؤسسات الاجتماع على المعلوماتية . وهكذا فان الوثائق والسجلات المأخوذة من مصادر المجتمع المختلفة تكشف اسباب الاضطراب النفسي عند المريض ، والمقارنة بين الخصائص المزاجية والسلوكية قبل وبعد المرض ، وكذلك الاعراض الهامة التي تعرض لها، والمواقف التي نشأت فيها مشكلات المريض ، ومعرفة استجاباته للمواقف الماضية اذا كانت تتشابه مع المواقف التي استثارت المرض الحالي ، وذلك من اجل توضيح العوامل المساعدة التي هيأت لظهور المرض .

### 4.4.1.4 المعلومات عن الاخرين

ومنهم الوالدان والاخوة، والاقارب عند الضرورة لأنهم يعرفون الكثير عن المريض بحيث يمكن الحصول منهم على معلومات قيمة كذلك يمكن الحصول على المعلومات من اخصائيين مثل المدرسين

والأخصائيين الاجتماعيين بالمدرس والاطباء ثم بعض الراشدين في المجتمع كالمسؤولين وغيرهم.

وعلى الرغم من ان هذا المصدر لا يتم اللجوء اليه الا عند الضرورة القصوى حفاظا على اسرار المريض وعدم الكشف عن مشكلاته امام اشخاص ربما لا يرغب المريض في معرفتهم بمعاناته.

## 5. أدوات دراسة الحالة

### 1.5 الملاحظة الاكلينيكية

تعتبر الملاحظة الاكلينيكية أساس المنهج العيادي كما تعتبر الأداة الأساسية والهامة في الإطار العيادي سواء تعلق تعلق الامر بالممارسة العيادية او بالبحث العلمي. يعتبر من الصعب القيام بالملاحظات العيادية كما ان تطبيق الملاحظة هو بحد ذاته شئ صعب و يتطلب دقة عالية.

L'observation est au fondement de la méthode clinique. Elle est l'aspect le plus fondamental et essentiel de la position clinique dans la pratique de soin comme dans la recherche Mais il est difficile de réaliser des observations cliniques, et la pratique d'observation est particulièrement exigeante.

<https://www.cairn.info/recherches-en-psycho-pathologie-de-l-enfant--9782749263229-page-35.htm>

تعتمد الملاحظة على شبكة تتكون من السلوكات التي يحددها الممارس العيادي قصد التوصل الى الوصف الدقيق للاعراض حسب سلم السلوكات المرضية الذي يتراوح من 0 الى 4 بحيث يشير 0 الى عدم وجود السلوك المرضي و 4 وجود سلوك مرضي عدة مرات.

La méthode d'observation de comportements définis est une méthode qui utilise une échelle de troubles du comportement pour objectiver et

évaluer leur intensité chez les personnes présentant une pathologie avérée.(Lonescu et Blanchet,2007,p.150)

يوجد نوعين من الملاحظة الاكلينيكية في المجال المرضي

الملاحظة حسب الطريقة التجريبية و الملاحظة حسب الطريقة العيادية.

Les méthodes d'observation clinique dans le champ de la psychopathologie sont soumises à une première tension entre deux paradigmes : celui de la méthode expérimentale et celui de la méthode psychanalytique.

اما الملاحظة التجريبية فهي تلك التي تتعلق بالعلوم الدقيقة واما الملاحظة العيادية فهي تخص ملاحظة المريض في العيادة أي ملاحظة سلوكاته و ايماءاته و استجاباته.

**L'observation clinique** « vise un objet, le psychisme et ses processus, qui n'est pas observable en soi, mais ne l'est qu'à travers ses effets ».

كما تعرف بانها ملاحظة تهدف مباشرة ملاحظة الجانب النفسي و سيروراته و الذي لا يمكن للعيادي ملاحظته مباشرة بل يمكن ملاحظته عن طريق انعكاسات الجانب النفسي و تاثيراته

الملاحظة حسب النظرية السلوكية. تتمثل الملاحظة حسب هذه النظرية في تحديد شبكات لملاحظة سلوك المريض الذي هو نتيجة لأفكاره و في هذا الصدد نذكر عدة تقنيات تستعمل في الملاحظة فيوجد الملاحظة للسلوك البسيط الواضح كسلوك الاكل مثلا لدي المصاب بالسمنة أي ملاحظة عدد المرات التي يأكل فيها الشخص او سلوك التبول اما التقنية الثانية في الملاحظة فهي ملاحظة السلوك المركب كملاحظة سلوك الافراط في الحركة الذي يتكون من السلوك الشفهي و السلوك الحركي الى جانب ملاحظة سلوك التلفت .

Comportements visuels ,comportements verbaux, comportements gestuels

## 2.5 تعريف المقابلة العيادية

تعرف المقابلة العيادية بانها لقاء وتبادل الكلام في أطار تعارف عيادي بين الفاحص والمفحوص بهدف جمع بيانات الشخص. يهتم الفاحص بالملاحظات والاصغاء لما يقوله المفحوص والتكلم فقط لفهم واصغاء احسن كما تعرف المقابلة العيادية في معجم علم النفس بانها "حديث يستعمل بهدف فهم شخصية الفرد كما تمثل وسيلة هامة في كافة الفحوصات النفسية وتسهل عملية استنتاج النتائج المحصلة عليها. بالإضافة الى انها تسمح بحل المشاكل التي يصادفها المريض.

تقوم المقابلة العيادية على مناقشة المريض شخصيا عن طبيعة المشكلات وظروفها وسؤاله عن مشاعره ورغباته واتجاهاته واحباطاته تتمثل الميزة الاساسية لاستخدام هذه الطريقة في انها تكشف للأخصائي عن تاريخ الحياة وعن الحاضر وعن كافة الصعوبات النفسية والصدمات والاحداث التي هي ذات دلالة نفسية بالنسبة للمريض. تعتمد المقابلة عادة على اسئلة مرتبة، ومقننة، وتقدم بطريقة مرتبة، كما يجب ان تعتمد على موضوعية التي تسمح لنا بالحصول على البيانات الهامة.

(عبيدي، 2000، ص 47)

### 1.1.2.5. تاريخ الحالة

#### 1. تعريف تاريخ الحالة

تاريخ الحالة اداة تكشف لنا وقائع حيات شخص منذ ميلاده حتى الوجة الحاضر ويعتبر الخطوة الاولى في العمل الاكلينيكي لجمع معلومات تاريخية عن المريض ومشكلاته بأسلوب علمي منظم يخلط الكثيرون بين مصطلحي دراسة الحالة وتاريخ الحالة

يمكن الفرق بينهما في ان الدراسة الحالة هي عملية جمع المعلومات التي يتم الحصول عليها في الوقف الحاضر عن المريض باستخدام المقابلات الاكلينيكية ونتائج الاختبارات النفسية و غيرها من الوسائل أما تاريخ

الحالة فهي كافة المعلومات التي نجمعها عن المريض ، أي تاريخ المريض الحالي والامراض التي تشكل التاريخ الطبي للمريض ، كما انها موجز لتاريخ الفرد كما يكتبه وكما يتم جمعه عن طريق الوسائل الاخرى وبهذا فان تاريخ الحالة هو دراسة مسحية طويلة شاملة لنمو الفرد منذ وجوده، و لعوامل المؤثرة فيه ،وأسلوب النشأة الاجتماعية ،و الخبرة الماضية ،و التاريخ التربوي و التعليمي، و الطريقة الشاملة للخبرات المهنية ، والمواقف التي تتضمن صراعات نفسية ، والتاريخ التوافق النفسي والأسري الطريفة الشاملة و الموضوعية بقدر الإمكان

على هذا الأساس يعتبر تاريخ الحالة جزء من دراسة الحالة والفرق بينهما هو ان دراسة الحالة تعتبر بمثابة قطاع مستعرض لحياة الفرد يركز على حاضره الراهن، بينما تاريخ الحالة فانه يعتبر قطاع طولي لحياة الفرد يقتصر على الماضي ويختص فقط بماضيه .( زهران : 1980،179).

## 2 اهمية تاريخ الحالة

تاريخ الحالة اداة قيمة للأخصائي النفسي الاكلينيكي خاصة في المرحلة التشخيصية وذلك على النحو التالي:

**. تاريخ الحالة يساعد الاخصائي الاكلينيكي على فهم سلوك المريض في صورة تطويرية**

فلكي نفهم الاضطرابات الحالية للمريض ، علينا ان نفحص خبراته السابقة في مراحل طفولته فلابد لنا عند دراسة البناء النفسي للمريض ان نربط هذا البناء بتاريخه الاول ، ونفهم طبيعته ، وجعل المريض يستبصر بالأسباب الاولى والحقيقية لتركيبه المرضي وذلك بربط خبراته الطفلية الصدمة بمشكلاته الحالية ، وهكذا نستطيع ان نفهم العملية الطويلة المؤلمة التي تشكلت خلالها حتى اصبح الانسان الذي نعرفه الان ..معنى ذلك ان ربط الاحداث الصادمة الهامة لسنوات الطفولة بالمرض اللاحق له قيمته الكبرى في التشخيص وفي النجاح العلاجي.

## . تاريخ الحالة يساعد الاخصائي النفسي على وضع الفروض الاولية

التي يحاول فيما بعد اختبار صحتها باستخدام الوسائل التشخيصية الاخرى التي تدرب عليها كتفسير نتائج الاختبارات النفسية ذلك نتيجة اي اختبار لا يمكن ان تقف وحدها ، والا فقدت معناها اذ ان استجابة المريض في لا يمكن ان تفسر الا على السياق النفسي التاريخي للمريض .

### تاريخ الحالة يقلل من اخطاء التشخيص

تنجم عن استجابة الفاحص للمظهر الخارجي الزائف للمفحوص ويقلل من تلك الاخطاء التي تنجم ايضا من الافكار المسبقة والنظريات التي يؤمن بها الفاحص دون ان يكون له صدقا عمليا.

### تاريخ الحالة يلقي الضوء على العوامل الوراثية والتاريخ الصحي للأسرة

وهذا التاريخ يساعد على ان نستوضح بعض المشكلات الغامضة في التشخيص فأحيانا ما يختلط الامر بالنسبة لبعض الاعراض وهي هي ترجع لأصل وظيفي ا والى اصل عضوي – ولكن عندما نتبع بداية ظهور الصورة المرضية فان ذلك يساعدنا على وضوح الرؤية.. فاذا كانت الاعراض موجودة منذ سنوات في شكل تطوري دون ان تكون هناك ظروف مادية في البيئة المحيطة بالمريض، فأنا نميل الى القول بوجود اصل وظيفي اما اذا كانت الصورة المرضية مفاجئة – اي ان شخصية المريض تغيرت فجأة وبسرعة ، فهذا يوحي بوجود اصل عضوي للمرض .( الزيايدي 1966).

### 31.1 صعوبات تاريخ الحالة وحدوده

- ضيق الوقت احيانا فمن الممكن ان لا يتسع لنا الوقت لاستيفاء كل المعلومات اللازمة . تاريخ دقيق وكامل للحالة يعتمد على تعاون المريض والأشخاص المحيطين به.

- صعوبة اعادة بناء تاريخ الفرد اذ قد يصعب على الاخصائي ان يحصل على تسجيل صادق في تسلسل لوقائع حياة المريض وذلك لأننا نعتمد على ذاكرة المريض .وبناء عليه فتاريخ الحالة ليس وثيقة ثابتة تماما ولذلك وجب علينا ان نقارن المعلومات التي تقدم لنا ببعضها حتى نكتشف ما بها من نقائص.

-عند وضع خطط لمستقبل المريض او وضع توصيات بشأنه

فيجب ان نضع باعتبارنا ان تاريخ الحالة لا يمكن ان يكون كافيا للوصول الى هذا الهدف – بل تاريخ الحالة يوجه عملنا في البداية ويساعدنا على اختيار ادواتنا الاكلينيكية ، ويمكننا من وضع فروضنا المبدئية التي نحاول فيما بعد التحقق من صحتها باستخدام الاساليب الاكلينيكية الاخرى .

## المحاضرة السادسة

### بيانات تاريخ الحالة

#### 1. التسجيل

عندما يذهب اي فرد الى اخصائي نفسي او الى عيادة نفسية او مصحة للصحة النفسية فلا بد في البداية من تسجيل بياناته المدنية والتسجيل بمثابة تصريح الاخصائي النفسي بالدخول الى العالم الخاص لهذا الشخص يقوم الاخصائي النفسي بعملية تسجيل البيانات المبدئية ويفضل ان يسجل البيانات نفس الاخصائي الذي يقوم بأجراء المقابلات التشخيصية حتى لا

يشعر المريض بالحرج والخجل، ويشعر بالسرية، ويتمكن من اقامة علاقة انفعالية تساعد على علاجه.

وتشمل بيانات التسجيل

تاريخ اليوم واسم الفاحص ، اسم المريض، و جنس و تاريخ ميلاده، وحالته الاجتماعية ، وعنوانه ورقم هاتفه ، وديانته ، وعمله، ومستواه الدراسي. بيانات عن الوالد وولي الامر، وعنوانه، ورقم هاتفه المشكلات الاساسية التي يشكو منها المريض ، وبداية ظهورها والظروف التي ساعدت على ظهورها ، والاجراءات التي اتخذت ، والتغيرات التي ظهرت واخيرا انطباعات الاخصائي على المريض وحالته المزاجية.

تاريخ اخر فحص طبي ، ونتائجه

ويلاحظ عند التسجيل ان بعض المرضى يرفضون وذكر عنوان ولي الامر او اي شخص اخر خوفا من الاتصال بهم لذلك يتعين على الاخصائي ان يؤكد للمريض انه لن يتصل باي شخص بشأنها الا اذا صرح المريض نفسه بذلك.. وعلى كل فان هذا الرفض من ناحية المريض علامة لها معناها يجب ان يلاحظها الاخصائي .

\*ان تسجيل المشكلة ليس وصفا تفصيليا لها، وانما عرضا مختصرا لها لما يشكو منه المريض غير انه يلاحظ:

\*في كثير من الحالات تعرض على الاكلينيكي المشكلة كما يتصورها الآخرون ( مثل الوالدين في حالة الاطفال ) او يقدم المريض نفسه ( خاصة العصابي ) مشكلة زائفة كي يختبر بها درجة صدق اهتمام الاكلينيكي بحالته – وفي مثل هذه الحالات يجب الا يشك الاخصائي في صدق ما يرضه المريض من مشكلات ذلك قد يؤدي بدوره الى تشكك العميل في صدق رغبة المعالج في مساعدته ، اوالى شعوره بالنقص ( ملكي ، 1980 ، 85-86).

\*اذا اراد المريض الاسترسال في وصف مشكلته : فيجب عدم مقاطعته ( خاصة اذا كان القائم بالتسجيل والأخصائي الاكلينيكي ) اما اذا كان

القائم بالتسجيل موظفا او سكرتيرا مختصا بعملية التسجيل فيجب ان ينبه المريض الى ان يقوم بالوصف التفصيلي لمشكلته مع الاخصائي المعالج.

\*ويجب ملاحظة: ان بطاقة التسجيل يجب ان توضع في ملف المريض ولا يجوز الاطلاع عليها وهذا يجب ان يؤكد الاخصائي بان الفحوص النفسية و الطبية سوف تكشف عن حالته ، وانه سوف يناقش مع المريض كل اجراء بصراحة ووضوح ويذكر ان كثيرا من الناس يستفيدون من الخدمات النفسية وان الاخصائيين سوف يبذلون كل ما في وسعهم لمساعدة المريض على حل مشكلاته. (الزيادي 1969 )

## 2 تاريخ النمو

عادة ما تجمع بيانات تاريخ نمو الحالة من الاباء ان كانت الحالة تخص الطفل ، وتكون الام هي افضل من يستطيع ان يدلي بها بدقة ، لانها الاكثر التصاقا بالبن في مراحل نموه الاولى ..ويفيد تاريخ النمو في توضيح الدور الذي لعبته العوامل العضوية في رسم الصورة الحالية للمريض ومن بين تاريخ النمو مايلي

### 1.2الطفولة الأولى

\*تاريخ ميلاد الحالة، عمر الام وقت الحمل ، حالتها الصحية اثناء هذه المرحلة.

\*واتجاهاتها نحو الحمل

\*عملية الولادة: الوقت الذي استغرقته ونوعها ( طبيعية ، غير طبيعية، هل استخدم الطبيب ادوات جراحية).

\*الاضطرابات او الظروف غير العادية اثناء الولادة :كحالة الاختناق وعدم قدرة الوليد على التنفس بعد الولادة.

\*طول ووزن المريض عند الميلاد ، محيط الدماغ الى جانب مؤشر ابقار .\*

\*لامراض والاصابات الجراحية التي تعرض لها المريض ، وعمره عند حدوثها ، ومدة المرض وشدته ( ذلك لان بعض الاصابات قد تؤثر على تركيبه العصبي او اصابات المخ).

\*علامات النمو: الرضاعة ( من ثدي الام الاصطناعية ) ونظامها الى جانب الفطام ( متى تم ، وكيفيته والصعوبات التي حدثت خلاله.  
\*التسنين وبداية ظهور الاسنان .

\*بداية ضبط الاخراج، التبول اللاارادي ومدى استمراره ، ردود فعل الام ازاء ضبط الاخراج ومدى وجود صعوبات في ذلك .  
\*المشي وبدايته.

\*الكلام ( بداية النطق وبداية تكوين الجمل)

\*السلوكيات الاجتماعية : الاستجابة لمولد الاشقاء ، ومعاملة الوالدين له.  
\*عادات النوم: مع من ينام ن ومتى بدا الاستقلال في نومه ، الى جانب مشكلات النوم لديه اذ يعكس النوم الى حد كبير الاضطرابات النفسية لدى الفرد.

\*مشكلات النمو الطبيعية والسلوكية التي تعرض لها والاجراءات التي اتخذت مع الحالة ، ومن بين هذه نجد العصبية ، القلق ، المخاوف الزائدة، الحبل ، الميل للمشاجرة، المزاج الحاد، الغيرة، السرقة، الكذب ، التدخين ، التعاطي او ادمان المخدرات ، مص الاصابع، قضم الاظافر ، السادية، المازوشية ، الاحساس بالجهد السريع ، اللزمات العصبية ، الحوادث والتشنجات التهتة ن عيوب النطق الخ...

**2.2. الطفولة المتأخرة والمراهقة :** السؤال عن حرية التعبير والاعتماد على الوالدين بمعنى : هل الشخص قد بدا يتحرر من ضبط الوالدين ، هل هو سهل في اقامة العلاقات الاجتماعية ، وهل له اصدقاء كثيرين ، هل يتعامل مع الجنس الاخر بسهولة. هل لديه سجل خاص بالجنج ام هل لديه صلة باية هيئة مسؤولة عن تنفيذ القانون .

بيانات عن الجنس وبداية تلقينه تعليمات خاصة بالجنس وماهو عمره عند البلوغ والمشكلات الجنسية التي ظهرت عنده ، واستجابة الاباء لهذه المشكلات .

### 3-التاريخ الطبي

يقصد بالتاريخ الطبي البيانات التي تتعلق بالامراض والاصابات التي تعرض لها المريض او احد افراد اسرته سابقا وحاليا.وتشمل اسئلة عن :

\*الصحة البدنية للمريض ولافراد اسرته ( ان وجدت ) ، تطورها تاريخيا ، وخاصة : امراض القلب ، امراض العظام ، او المفاصل ، امراض الاعصاب ..الخ)  
\*نشأة وتطور المرض السابق والاساليب العلاجية التي استخدمت

\*الاعراض الهامة التي ادت الى الحاق المريض بالمستشفى او طلب العلاج.\*

\*التشخيص والعلاج في كل مرحلة من مراحل المرض ، والصعوبات التي واجهته.

\*عاهات الحواس وخاصة حاستي السمع والبصر.

\*الاضطرابات الغذائية ( ان وجدت) وطريقة تشخيصها واثارها.

\*الخصائص المزاجية والسلوكية للمريض قبل وبعد المرض.

المظهر الجسمي العام ( هل يبدو عليه المرض ام الصحة)، اعتدال

القامة، شذوذ الجسم، حالة الشعر والملمس والاذافر ، راحة

الجسم..الخ

\*العادات الحركية والاعراض الجسمية ذات الدلالة (خمول، نشاط

زائد ، رعشة ، تصبب العرق اضطرابات حركية، ضعف التأزر

البصري الحركي ، التعب الملحوظ. الخ

\*اي علامات غير عادية ظاهرة مثل: الندبات، والتشوهات التعبيرات

الوجهية (ويسال المريض عن تاريخ كل حالة من الحالات السابقة ان

وجدت).

\*الاضطرابات النفسية داخل الاسرة وتاريخها وتطورها في الماضي

والحاضر ، كالتخلف العقلي ، الذهان ، الامراض العصابية، الصرع ن

الانهيارات العصبية ، التعاطي والادمان .. الخ ( وذلك في الوالدين  
والاخوة والاقارب من الناحيتين)  
\*في حالة وفاة احد الوالدين او الاقارب ( تذكر اسباب الوفاة)

## المحاضرة السابعة

### 4. التاريخ

#### الاسري

يقصد بالتاريخ الاسري : الوصف الكامل لتاريخ الاسرة واطرافها  
الحالية وعادة يأخذ التاريخ الاسري من المريض ومن الوالدين )  
ويفضل ان نحصل عليه من كل من الام والاب لا واحد منهما فقط اذا  
تيسر ذلك) على اساس ان يقابل الاخصائي النفسي كل منهما على  
انفراد ، وبذلك يستطيع ان يقارن بين اتجاهاتهما متصارعة مع  
بعضهما .. وفي حالة عدم وجود الوالدين يحاول الاخصائي النفسي ان  
يلتمس مصادر اخرى للمعلومات بالإضافة للمريض نفسه

ويشمل بيانات التاريخ الاسري على بيانات عن اعضاء الاسرة  
المباشرين ( الاب، الام، الاخوة، الاقارب، الاجداد، الاعمام،  
والاخوال) ويتضمن

:  
\*العمر الحالي لكل منهم ، ومستوى تعليمه ومهنته، والخلفية  
الاقتصادية والاجتماعية ، والسمات المميزة لكل منهم، وعلاقته  
بالمريض وبباقي الاسرة واذا كان احدهم متوفيا يذكر عمره في الوفاة ،  
ورود فعلى المريض عند وفاة اي  
منهم.

\* اتجاهات كل من الاب والام ازاء زوجة وازاء الابناء (شفوق ،  
عطوف، مسيطر، ديمقراطي  
..الخ

هو اياته واهتماماته الترفيحية ، مواهبه ، خصائصه، ما صادفه من  
احباط.وغير ذلك من العوامل التي قد تعين في تحديد اثره في سلوك  
المريض مثل : العلاقة مع الاب والام

\*وضع المريض مقارنة بأخوته من حيث : الترتيب الميلادي،  
علاقة كل منهم به ، العلاقة بين الاخوة واتجاهاتهم ازاء بعضهم  
بعضا ،صحتهم،الدراسة،محل اقامة كل منهم الراهن ، مهنة كل  
منهم ونشاطاته ..الخ

\*الظروف في المنزل : الخصول على بيان زمني موجز عن الحياة  
البيئية منذ الميلاد حتى الوقت الحالي بما في ذاتك تغيير المسكن ،  
والنظام داخل البيت ،  
\*والنظافة ..الخ

\*وسائل الطب والاشراف: السؤال عما اذا كان الوالدان يختلفان  
جهدا بسبب النظام ، هل هما على ثبات ، اي نوع من النظام يتبعه  
كل منهما :التهديد ،الحرمان ، العقاب،هل الوالدان مدللان للابناء ،  
رخوان ، كابتان، قاسيان، عادلان معقولان ، هل هناك واجبات أو  
مسؤوليات منزلية ، التربية الدينية والخلقية

\*الأحداث التي حدثت لأحد افراد الاسرة ، أو الامراض التي  
تعرض لها ،جريمة ،تعاطي او ادمان ، دخول السجن ،مرض  
،صمم،صرع، محاولة انتحار ، ضعف عقلي ، عيوب في النطق ،  
شلل، جنون ، كف ،بصر...الخ

\*حوادث الطلاق والانفصال التي حدثت في الاسرة وعمر المريض  
عن كل منها ، وكذا حوادث الزواج للمرة الثانية او اكثر، الجو  
المنزلي العام ( توثيق ام نزاع )وذلك للكشف عن مدى ما تتمتع به  
السرة من استقرار انفصالي وصحة نفسية .

\*مصادر التوتر في الاسرة والمشكلات الاسرية خاصة مايتعلق بالامور المالية والعاطفية والغيرة والتنافس.

\*الوسائل الترفيهية بالنسبة للاسرة ومدى مشاركة المريض فيها ( قراءة ، استماع ، مشاهدة ، رحلات . الخ ) ام لا توجد على الاطلاق  
\*درجة تعلق المريض باسرته ( وثيقة ضعيفة ) الوالد المفضل ،  
واسباب ذلك

\*طموحات الاسرة بالنسبة للمريض ، مع مقارنة هذا الطموح بقدراته العقلية واستعداداته .

\*التنظيم داخل الاسرة والعلاقات الهرمية فيها ، ومن المسيطر ( الاب ،  
الام )  
ويجب ملاحظة :

\*عدم ابداء الاخصائي الاكلينيكي دهشة لاي معلومات تعطى له او  
اشمئزاز منها مهما كانت غريبة او شاذة.

\*ان الاسئلة المرجحة يجب ان تلقى مباشرة وببساطة كما يجب ان تلقى  
الاسئلة الحساسة بصورة طبيعية وواضحة دون ان توحى باجابات  
معينة .

\*ان الاخصائي لايهمه اسماء الاشخاص ، بل يهتم التعرف على  
الخريطة الكلية للاسرة ( الزياي 1969).

## 5.التاريخ الشخصي الاجتماعي :

يهتم التاريخ الشخصي الاجتماعي بعلاقات المريض بالآخرين بحيث  
يحاول التعرف على :

\*علاقاته باسرته واقرانه وجيرانه ومعلميه : ويحاول الاخصائي  
النفسي التعرف على ما في هذه العلاقات من خضوع او سيطرة او  
اهمال او مشاكسات ، حب او كره او مخاوف .

\*التعرف على اصدقاءه : وهل هم اكبر او اصغر منه. ، وهل هم من نفس جنسه ام من الجنس الاخر وهل هم من النوع الهادئ ام المشاكس ..الخ.

\*التعرف عما اذا كانت له علاقات غرامية ، وان وجدت يجب وصف عمره وعمر الطرف الاخر ومدة العلاقة .

\*التعرف على كيفية اكمسابه امواله ، وكيفية انفاقه لها .

\*التعرف على المحيط الاقتصادي والاجتماعي وذلك بتحديد وضع المريض ضمن اسرته ووضع ضمن البناء الاجتماعي.

\*التعرف على الانشطة السياسية والرياضية والاجتماعية.

\*التعرف على عاداته ، كالتدخين ، التعاطي ، لعب الميسر ...الخ.

التعرف على العلاقات الاجتماعية مع الاخرين ( مستقرة ،سطحية ، مذبذبة )

## 6. التاريخ التعليمي

التاريخ التعليمي للمريض له اهمية قصوى في اعطاء الاخصائي النفسي فكرة عن قدراته واستعداداته السابقة ومقارنة انجازه الحالي بانجازه السابق .. وفي حالة الاطفال يكون من السهل الحصول على بيانات التاريخ التعليمي من معلم الفصل ومن المدرسة ( خاصة اذا كانت المدرسة تحتفظ لتلاميذها بسجلات وافية عن التقدم الدراسي ) ، كما نحصل عليها من الاباء لعلمهم بالحالة المدرسية للابن .. اما في حالة الكبار الراشدين فاننا نجمع بيانات التاريخ التعليمي من المريض شخصيا ومن اسرته ومن اي تقرير مدرسي يمكن الحصول عليه ويشتمل التاريخ التعليمي على بيانات هي :

\*تاريخ دخول المريض المدرسة والعمر ( لانه من الممكن ان يكون قد دخل المدرسة في غير مستوى العمر العادي ).

\* استجابة المريض طالبا : فيسال عن السنة الدراسية الحالية ، السن عند التخرج من كل مستوى تعليمي ، وعدد السنوات التي اضطر الى

اعادتها واساليب ذلك ( قد تكون هناك اسباب اخرى غير الفشل كان تكون بسبب المرض او تغيير المدرسة او رغبة الوالدين )ن والمواد التي يدرسها حاليا ، والنظر في كل مادة ( هل هي محببة الي نفسه او غير محببة ) صعبة ام سهلة ، وتقديراته فيها او مستويات تحصيله في كل منها .

\*الخطط والطموحات التعليمية والمهنية للمستقبل (ويسال عنها المريض نفسه او الإباء للترف على خططهم المهنية التي رسموها للابن ) واهتماماته غير المهنية والصعوبات التي يحتمل ان يوجهها في الدراسة فيما بعد.

\*الجماعات التي ينتمي اليها داخل المدرسة : ومدى الاندماج داخل جماعات الاصدقاء او مدى انزاله ، وطبيعة الجماعات التي ينتمي اليها .. وهل الصداقات المدرسية كثيرة- قليلة – عارضة – عميقة ..الخ عضوية الجماعات المدرسية وادواره فيها ، والامال والمثل ، والشخصيات المفضلة والميول والهوايات ، والعلاقات مع المدرسين ..الخ الانشطة خارج المنهج ، ادلة الزعامة ، الترتيب في الفصل.

\*المواضبة وعدد مرات الغياب عن المدرسة او الامتحانات واسباب ذلك.

\*مدى تعاون الاباء مع المدرسة وحضورهم الاجتماعات ومدى استبصارهم بمشكلة ضغط الوالدين على التلميذ ومدى اتزانهم الانفعالي.

\*المدارس التي اختلف اليها ومستوى تحصيله في كل منها : وهي تعطي فكرة عن مدى الاستقرار العائلي كما ان التغيير المستمر للمدرسة يؤثر في شخصية الطفل نظرا لانه يضطر لقطع صداقاته وتكوين صداقات جديدة و عليه ان يعيد توافقه من جديد ( الزيايدي :1969).

وهذا الجانب يخص تاريخ حالة الراشدين الذين التحق بعمل اذ  
على الاخصائي الاكلينيكي الحصول على معلومات عن:  
\*الاعمال التي شغلها المريض: وهل تنقل في اعمال متعددة ام ثبت في  
عمل واح واذ قد تنقل بين اعمال كثيرة ، فما المدة التي نكثها في كل  
عمل ، وسبب تركه له  
\*متوسط دخل الفرد  
\*علاقاته برفاقه في العمل  
\*حبه وكرهه لبعض الاعمال  
\*تدريبه المهني الذي تلقاه في داخل العمل  
\*هل ادى الخدمة العسكرية ؟ وفي حالة ادائه لها ندرس : فترة التجنيد  
بالتفصيل والمشاكل التي صادفها في هذه الفترة – الى حد التكيف  
للحياة العسكرية  
\*الميول و الانجازات المهنية ، ودرجة الاستقرار المهني ، والعوامل  
المرتبطة به ( كتغيير المهنة ، وتاريخه ، واسبابه )  
\*الرضا عن المهنة ، ومستويات الطموح المهني ، العلاقة مع الزملاء  
والرؤساء والمرؤوسين

## 8.التاريخ الجنسي والزواجي

على الرغم من ان التاريخ الجنسي والزواجي يخص حالة الراشدين  
المتزوجين الا ان هناك اسئلة ترتب بالتاريخ الجنسي للفرد الذي  
يضر بجنوره في طفولته الاولى ..ومن ثم فان بيانات التاريخ  
الجنسي تتضمن :  
\*متى وكيف اكتسب المريض المعلومات الجنسية الاولى ؟

- \*فكرته الاولى عن ولادة الاطفال ، وعن العلاقات الجنسية بين الوالدين وهل كان ذلك صدمة له؟
- \*الخبرات الجنسية الاولى ، العادة السرية ، واللعب الجنسي ، العلاقات مع افراد من نفس الجنس او من الجنس الاخر
- \*خبرات البلوغ ذات الطابع الجنسي : مثل سن البلوغ او الدورة الشهرية – وردود الفعل ازاء هذه الخبرات .
- \*الاستجابة للنشاط الجنسي : قلق ن شعور بالذنب ، تقزز ، اشباع .. الخ
- \*خبرات الارتباط العاطفي .
- \*ظروف الزواج، نموذج ( الزوج / الزوجة) الاتجاه نحو الزواج ، الخبرات الزوجية ، التوافق الجنسي في الزواج ، هل هناك اتفاق على تنظيم الاسرة وسائله والعوامل المرتبطة به ، ... الخ
- ويغلب ان يكون الحديث في هذه الموضوعات امر اشاقا بالنسبة للمريض – وفي هذه الحالة قد يلجا الاخصائي الاكلينيكي لاساليب غير مباشرة ،مثل السؤال عن اتجاهات الوالدين نحو موضوعات الجنس ، وافكار العميل عن الزواج وما الى ذلك ( ملكية : 1980،87)

## 5-نموذج بطاقة

### استقبال

- اسم العيادة
- رقم الحالة:
- تاريخ اليوم :
- الكود تشخيصها :
- بيانات شخصية :
- الاسم ثلاثيا :
- اسم الشهرة ان وجد:

الجنس :  
 الدينانة:  
 تاريخ الميلاد:  
 الحالة الاجتماعية:  
 (متزوجا).  
 عدد مرات الزواج:  
 عنوان السكن الدائم :  
 التلغون:  
 بيانات المشكلة او المرض الحالي:  
 محولا من:

برفقة: 1-.....العلاقة او القرابة

2-.....العلاقة او القرابة

3-.....العلاقة او القرابة

مستندات التحويل:.....

الفحوص السابقة:.....

التشخيص الطبي.....

سبب التحويل.....

مستجد ام عائد.....

مرات وتواريخ التردد ان وجد.....

قائمة الامراض التي اصيب بها ولها علاقة بالاضطراب الحالي:

م	المرض	العمر عند الاصابة	مدة المرض	شدته
1				
2				
3				

الشكوى الحالية ( يتم تحديد المشكلة او المرض الحالي تفصيلا):

.....  
.....  
اسباب المشكلة او المرض الحالي:

.....  
.....  
تاريخ ظهور المشكلة او المرض الحالي لأول مرة:

.....  
.....  
الاقوات التي يقل فيها ظهور المشكلة او المرض الحالي:

.....  
.....  
الجهود العلاجية السابقة:

.....  
.....  
التغيرات التي طرأت على الحالة مع كل محاولة علاجية :  
اتجاه التغير:

.....  
.....  
سبب التغير:

.....  
.....  
المشكلات او الامراض الاخرى:

.....  
.....  
تعليقات:

.....  
.....  
- التاريخ الاسري: .....

.....  
.....  
الاب:

.....  
.....  
حيا / متوفيا

.....  
.....  
اذا كان متوفيا : عمره عند

.....  
.....  
الوفاة:

.....  
.....  
سبب الوفاة:

.....  
.....  
عمر المريض عند وفاة الاب:

.....  
.....  
اذا كان حيا

.....  
.....  
عمره الان: .....

.....  
.....  
عند ميلاد المريض:

.....  
.....  
-المستوى التعليمي:

.....  
.....  
-عدد مرات الزواج:

.....  
.....  
-العمر عند الزواج اول مرة:

عدد مرات الطلاق:

.....

ميوله وعاداته:

.....

شخصيته:

.....

-حالته الصحية:.....

مدى توافقه النفسي:

.....

-علاقته بالمريض:

.....

-اتجاه المريض نحوه:

.....

هل يوجد زوجة اب؟

عمره الان: ..... عند ميلاد المريض:

.....

-المستوى التعليمي:

.....

-عدد مرات الزواج:

.....

-العمر عند الزواج اول مرة:

.....

عدد مرات الطلاق

.....

ميوله وعاداته:

.....

شخصيته:

.....

-حالته الصحية: .....

مدى توافقه النفسي:

.....

-علاقته بالمريض:

.....

-اتجاه المريض نحوه:

.....

الأم: .....

-حياة/ متوفية:

..... (إذا كانت متوفية): -عمرها عند الوفاة: .....

-سبب الوفاة:

.....

-عمر المريض عند وفاة الأم:

.....

( إذا كانت حية ):

عمرها الآن: .....

المريض: .....

-المستوى التعليمي: .....

المهنة:

.....

-عدد مرات الزواج:

.....

-العمر عند الزواج اول مرة:

.....

عدد مرات الطلاق (ان وجد)

.....:

ميلها وعاداتها:

.....

شخصيتها:

.....

.....-حالتها الصحية:

.....-عدد مرات حملها: .....

.....

مدى توافقها النفسي:

.....

.....-علاقتها بالمريض:

.....

.....-اتجاه المريض نحوها:

.....

..... هل يوجد زوج ام لا؟ .....

(اذا كانت الاجابة بنعم :

العمر: ..... المهنة:

.....

.....-الشخصية: .....

عمر المريض عند زواجه من امه:

.....

.....-علاقتها بالمريض:

.....

.....-اتجاه المريض نحوها:

.....

..... الغلاقة بين الوالدين:

-نوعها: جيدة-عادية -مضطربة.

-اهم المشكلات بين الوالدين:

-اتجاه المريض من المشكلات الوالدية:

.....

-الاخوة والاخوات الشقاء ( بالترتيب )

م	الاسم	العمر	الجنس	المهنة	الحالة الزواجية	الشخصية
1						
2						
3						
4						

تعليقات:

-الاخوة والخواوات غير الاشقاء ( بالترتيب )

م	الاسم	العمر	الجنس	المهنة	الحالة الزواجية	الشخصية
1						
2						
3						
4						

--	--	--	--	--	--	--	--

تعليقات:

القرين "

الاسم:

العمر:

المهنة:

المستوى

التعليمي:

العمر عند الزواج:

الحالة الصحية

:

مدى التوافق النفسي :

\*الاولاد بالترتيب:

م	الاسم	العمر	الجنس	المدرسة / المهنة	الحالة الزوجية	الشخصية	علاقة بالمرضى	اتجاهه نحو المرضى
1								
2								
3								
4								

تعليقات:

.....

الاقارب الاخرون الذين يعيشون مع الاسرة:

م	الاسم	العمر	الجنس	المدرسة/المهنة	الحالة الزوجية	الشخصية	علاقة بالمرضى	اتجاهه نحو المرضى
1								
2								
3								
4								

تعليقات:

.....

الآخرون الذين يمكن الاستعانة بهم:

م	الاسم	العمر	الجنس	درجة القرابة	المدرسة/المهنة	الحالة الزوجية	الشخصية
1							
2							
3							
4							

تعليقات:

.....

الوضع الاقتصادي العام للأسرة:

جملة الدخل الشهري:

\*المشكلات الاقتصادية في الأسرة:

\*السكن ونوعه: عدد الحجرات: عدد الافراد في  
الحجرة:

حالة السكن:

هل للمريض حجرة مستقلة:

\*ماوضع المريض في الاسرة بالمقارنة الى بقية اخوته:

\*هل هناك احد افراد الاسرة حدثت له احداث معينة او اصيب  
بمرض؟

.....

اذكر حوادث الطلاق او الانفصال التي حدثت في الاسرة - و عمر  
المريض عند كل منهما :

.....

اذكر حوادث الزواج للمرة الاولى التي حدثت في الاسرة المباشرة  
للمريض.

.....

.....

طموح الاسرة بالنسبة للمريض.  
اهم مصادر التوتر في الاسرة..  
و ما استجابة المريض لها.

اهم الوسائل الترويحية بالنسبة للأسرة:

.....

مدى مشاركة المريض في هذه

والوسائل.....

امراض الاسرة

ادمان ومخدرات وكحوليات (صرع\_ شخصيات غير سوية

امراض نفسية (اذكرها):

درجة قرابة الابوين بالدم:

صف اية ظروف نفسية و اجتماعية اخرى في المنزل تراها عامة:



نوع القراءات:

النشاط الاجتماعي:

عادات وتقاليد غربية:

اهدافه في الحياة :

هل حققها (نعم \_ لا )

في حالة الاجابة بالنفي: اسباب عدم قدرته على تحقيق اهدافه والعقبات التي تحول دون تحقيقها:

فلسفته في الحياة:

كيفية اكتساب الاموال وكيفية انفاقها:

العادات الشخصية:

1\_ تدخين ..... 2\_ خمر ..... 3\_

مخدرات.....

4\_ سينما (انواع الافلام): .....

5\_ تليفون (نوع البرامج):

.....

6\_ مقاهي (تذكر عدد الساعات ونوع الرفاق):

.....

7\_ نوادي و جمعيات (تذكر الانشطة):

.....

8\_ اخرى (تذكر):

.....

تعليقات:

.....  
.....

.....  
.....

-تاريخ النمو :

طول فترة الحمل:

حالة الام الصحية اثناء الحمل (اذا كانت قد اصببت بأمراض تذكر ، مع بيان مدة كل منهما والعلاج المستخدم، والنتائج )  
نوع الولادة: طبيعية – عسرة – قيصرية-قبل الاوان – تامة.  
الوقت الذي استغرقته عملية الولادة:

ايت تمت الولادة ؟:.....

هل حدثت اضطرابات اثناء الولادة.

اصابات وأفات ولادية(تذكر تفصيلا ).

وزن المريض عند الولادة: .....بعد اربع اسابيع  
.....:

بعد ستة اسابيع :.....

نمو ما بعد الولادة متقدم- عادي- متأخر – صحي – مرضي.

صحة مرحلة الطفولة (اذكر قائمة الامراض التي اصاب بها ).

م	المرض	العمر عند الإصابة	مدة المرض	شدته	اثاره
1					
2					
3					
4					

--	--	--	--	--	--

هل اصيب المريض باي اصابات جراحية في الطفولة ( اذكر نوعها وعمره عند الاصابة وشدتها ).

.....

نوع الرضاعة : ( طبيعية ، اصطناعية )

العمر عند الفطام وطبيعته: .....

متى بدا ظهور الاسنان؟ .....

متى تم ضبط عملية الاخراج؟

.....نهارا.....ليلا.....

متى استطاع المريض ان يجلس دون مساعدة؟

.....

متى استطاع المشي؟ .....

متى نطق الكلمة الاولى: .....متى استطاع ان يكون

جملا؟ .....

متى استطاع استخدام الملاعة؟ ..... الفجان؟

.....

.....

اهم العراض العصبية او السلوكية في الطفولة:

ثورات غضب \_ مص اصابع \_ تبليل الفراش \_ صرخات فزع ليلي

\_ مشي اثناء لنوم - مخاوف زائدة \_ لزمات عصبية \_ تشنجات غيرة \_

خجل \_ سرقة \_ كذب التتهمة \_ عيوب اخرى في النطق

تعليقات:

عاداته في النوم: .....

\_ مع من ينام؟:.....

متى بدا الاستقلال في النوم؟:.....

مشكلات النوم (تذكر تفصيلاً): .....

اهم الخبرات السيئة الصادة في الطفولة: .....

اية مشاكل اخرى اثناء النوم\_ اذكر عمره عندما تعرض لها والاجراءات التي اتخذت في هذه الحالة (تذكر تفصيلاً): .....

في الطفولة المبكرة: .....

في الطفولة الوسطى والمتأخرة: .....

في مرحلة المراهقة: .....

في مرحلة المراهقة: .....

## المحاضرة الثامنة

### مثال عن كيفية تقديم الحالة

#### 1 التاريخ الشخصي

تبلغ السيدة (د) من العمر 35 سنة ولدت في مراكش في عائلة تتكون من سبعة اطفال (4 ذكور و 3 اناث) وهي الاصغر من بين الاخوة يعاني الاب من داء السكري بينما الام من ارتفاع الضغط الشرياني وتشير بان إحدى اخواتها تعاني من سلوكيات المراجعة او التأكد.

تصرح المريضة بانها تقلت تربية صلبة بحيث كان والديه يتميزان بصرامة شديدة بخصوص دراستها تتلقاها خارج المنزل و المهم المنزلية اذا كانت الام تنتقد تحصلت على شهادة حلاقة ثم شرعت في العمل في

هذا الميدان و في سن 30 تزوجت و غادرت منزل والديها كي تلتحق بالحياة الزوجية. انجبت لمريضة الطفل الاول في اول سنة من زواجها مما اضطرها لانقطاع عن العمل كي تتفرغ لتربية طفلها و بعد ثلاث سنوات انجبت الطفل الثاني.

## 2. تاريخ المرض

بدأت الاضطرابات تظهر على السيدة (د) منذ السن (14) الرابعة عشر و التي تمثلت في سلوكيات المراجعة لمدة 15 دقيقة في اليوم لكن اشتدت هذه عبر السنوات. وبعد انجاب الطفل الاول اصبحت المريضة تعاني من عدم القدرة عي النوم لأنها تقضي وقتها في الليل في مراقبة ابنها بينما تغيب هذه السلوكيات في اليوم مما اضطرها الى مصلحة علاج القلق بالمستشفى الخاص بالأمراض العصبية بفرنسا وهي تبلغ من العمر 35 سنة تمثل سبب الفحص النفسي في سلوكيات المراجعة المفرطة لا بناءها اثناء الليل.

(Les comportements de vérification excessive de ses enfants le soir)

بالإضافة الى افكار الكارثية واضطرابات النوم.

\_ تم تشخيص المرض حسب الدليل التشخيصي لإحصائي بالاضطراب القهري والأذى بلغت شدته 8/7 مع الجبري الوسواسي او الوسواس وجود سلوكيات التأكد الى جانب اضطراب القلق المعمم الذي قدر ب8/6

نموذج لدراسة حالة مختارة من الميدان مصابة باضطراب الهلع  
المصاب برهاب المكان

## **La vignette clinique :**

### **1 Présentation du malade :**

La première rencontre avec le patient a eu lieu au cabinet privé de Psycho-orthophonie à El Harrach où j'assure la consultation clinique. L'orientation du patient M-B a été proposée par le médecin de la famille qui a trouvé nécessaire une prise en charge psychologique clinique et particulièrement une (TCC).

Monsieur M.B est un homme âgé de 54 ans, le plus jeune de 7 frères et sœurs, célibataire, de niveau terminal, sans travail, il vit à Alger avec sa mère et sa grande sœur veuve dans la maison du père décédé.

### **2-Le motif de consultation :**

M.B s'est présenté avec une détresse psychologique due à aux limitations de ses déplacements et sa peur très intense de mourir suite à des palpitations qu'il ressent intensément. Il veut une explication pour ça et pour ses sensations de vertiges et d'étouffement. Il dit aussi qu'il ressent ses jambes molles surtout quand il ferme la porte de la salle de bain pour cela il laisse la porte ouverte. Il a peur d'aller faire des courses ou de conduire sa voiture. Il est gêné de demander constamment de l'aide pour sortir. Il n'aime pas qu'on parle devant lui de maladie, de crise cardiaque ou AVC car ceci le bouleverse et pour cela il évite de rester dans les groupes d'amis et il n'aime pas faire des analyses médicales de peur de trouver des résultats effrayants. Enfin le patient rapporte qu'il est parfois triste, fatigué et désespéré et ne peut s'empêcher d'avoir peur de revivre les crises qu'il a vécu car il se sait pas quoi faire pour les gérer.

### **3-Anamnèse :**

Le malade a vécu dans un environnement strict avec un père rigide et ferme avec sa mère et surtout avec son frère qui ne travaillait pas bien à l'école et qui était souvent puni. A ce propos le patient dit qu'il avait peur d'assister à ces punitions et cris et il rajoute « bien que je travaillais l'école, cela ne me donnait pas le privilège de ne pas être grondé pour des sorties avec des copains qu'il n'aimait pas ».

Sa mère était hyper protectrice et lui a toujours interdit de s'éloigner de la maison de peur qu'il lui arrive un malheur, elle était trop préoccupé par sa santé physique et s'alarmait au cas où il tombait malade. Le patient déclare avoir été un très bon élève studieux mais très peureux, il sursautait au moindre bruit. Son cœur battait très fort surtout quand il assistait à des punitions corporelles du père puisqu'il avait assisté plusieurs fois à ces scènes du père pour le frère aîné qui ne travaillait pas.

#### **4-Histoire de la maladie :**

La 1ere attaque de panique est vécue par le patient à l'âge de 32 ans alors qu'il était dans la voiture sur une grande route et a reçu la nouvelle de la mort de sa sœur ,il a ressenti des fourmillements dans tout son corps , des difficultés de respiration et une impression d'étouffer avec une peur intense de la mort, il a été évacué aux urgences et a été traité par des anxiolytiques et le médecin urgentiste l'a orienté vers un cardiologue qui lui a demandé un électrocardiogramme qui n'a pas révélé une atteinte du cœur mais le patient a continué à se l'école et qui ne se conformait pas aux lois de la maison (limite dans le temps de rentrée à la maison, efforts devant être fournis à l'école et dans les taches quotidienne, obéissance à la maman, fréquentation des enfants bien élevés.....).

Le père est décédé lorsque le malade avait atteint l'âge de 17 ans à la suite d'un diabète ce qui a complètement perturbé le malade qui était complètement perdu. Les conflits ont commencé avec le frère qui a voulu jouer le rôle du père et le malade s'y était fermement opposé. Le patient a refait sa 2eme année secondaire pour la première fois de sa vie et a échoué au baccalauréat lorsqu'il avait atteint l'âge de 20 ans. Par la suite il a quitté les études et a intégré le domaine de la musique et en parallèle il a entamé le projet de l'immigration qui n'a pas abouti, ce qu'il a poussé à chercher un travail pour se stabiliser en tant que représentant commercial. M.B rapporte qu'à l'âge de 21 ans il a vécu un évènement qu'il considère comme traumatique qui est le tremblement de terre auquel il a réagi fortement avec beaucoup de peurs et de sensations désagréables. A l'âge de 30 ans il a perdu son travail et a beaucoup paniqué de peur de ne pas trouver de quoi vivre mais il a trouvé un autre travail et est devenu un chauffeur de taxi agréé.

A 32 ans le patient rapporte qu'il était choqué d'avoir perdu sa sœur aînée qu'il considérait comme une maman ; La mauvaise nouvelle lui a été annoncée alors qu'il était sur la route et a été évacué aux urgences. Cette période était caractérisée par la phobie de la mort vécue de manière pénible avec des sensations continues d'étouffement et de palpitations puisque c'était la période du terrorisme à Alger et là le malade a rapporté des événements de confrontation avec les militaires armés dans la rue, ce qui l'affolait et lui faisait trop peur .A l'âge de 34 ans le patient a perdu son neveu victime du terrorisme alors qu'ils fêtaient le mariage de son frère. A 38 ans le malade a eu une déception amoureuse qui l'a sombré dans un état de tristesse et depuis il n'a pas pensé à se marier .Un autre événement rapporté par le malade et qui a beaucoup choqué le malade est la mort de son copain par un AVC de manière soudaine qui a développé chez lui une peur très intense de tomber malade. La maladie l'a beaucoup handicapé pour exercer un travail et suivre une formation.

plaindre des douleurs thoraciques, des palpitations, de l'étouffement , ce qui l'a amené à ne plus travailler et ne plus se déplacer loin de la maison et puis dans des endroits où il y avait la foule, les magasins, les bus ,les tunnels, les autoroutes et tout endroit loin de chez lui.

Cette situation était difficilement vécue par le patient qui a commencé à se traiter par

« ROKIA » espérant un soulagement mais la persistance de la situation l'a poussé à chercher un autre moyen de traitement et de là il a entamé une prise en charge psychiatrique et psychologique. A l'âge de 43 ans Il a bénéficié de 4 séances psychothérapeutiques et mis sous Laroxyl et Tranxène qu'il a pris pendant deux ans .L'état du patient s'est légèrement amélioré mais il a rechuté dès qu'il a arrêté son traitement. Sa phobie de la mort est revenue, sa peur d'avoir une crise cardiaque, de s'évanouir, de perdre le contrôle avec la sensation des jambes molles et un évitement de toutes les situations où il est difficile d'être secouru.

### **5-Description du malade lors du premier entretien clinique :**

Lors du premier entretien, le patient, le patient était accompagné par son ami, il avait l'air très triste pendant, sa démarche était très lente et il avait l'air distrait. Il a manifesté une grande volonté pour suivre la psychothérapie et un désir très fort pour comprendre ce qu'il lui arrive notamment son manque d'autonomie et sa phobie de la mort ainsi que ses sensations désagréables qu'il n'assimile pas et qu'il décrit comme très pénibles et insupportables.

### **6-Diagnostic :**

Nous avons très bien étudié les informations recueillies pendant les quatre premiers entretiens afin de poser le bon diagnostic.

Vu que les éléments traumatiques y étaient présents, les éléments phobogènes de la maladie étaient aussi présents dans l'histoire du patient, nous avons avec le guide d'entretien essayé de cerner la demande du patient pour voir ce qui gênait

le plus en vue de poser les comportements problème qui devraient être prise en charge.

Le patient a rapporté que sa phobie de la mort était très forte autoévaluée à 8 /10 ainsi que les manifestations physiologiques qui s'y rapportent (palpitations , vertiges ,étouffement et jambes molles ) et là on a identifié ces symptômes à l'attaque de panique le (Attaque de panique ) qui selon le DSM5 exige 4 symptômes ou plus .

Après on a commencé à explorer les données pour voir de quel trouble anxieux s'agit-il et là on a trouvé l'incapacité de rester dans un lieu clos qui est la salle de bain et aussi la voiture et enfin les sorties seul et notamment l'éloignement de chez soi cotée à 8 sur une échelle de 0 à 10 .Ce qui nous a aidé à diagnostiquer une agoraphobie qui exige l'évitement de deux situations . De plus on a repéré des craintes hypochondriaques et des traits dépressifs qui représentent des problèmes au second plan d'après l'évaluation du patient puisqu'il trouve que

ses limitations des déplacements le dépriment ce qui nous a fait penser que notre attention doit

être axée sur la phobie plus que la dépression pour celà on a continué l'analyse des réponses de l'entretien clinique pour voir la fréquence des attaques de panique et là le fait qu'il focalise son attention sur les ( AP ) et qu'il ait peur de ne pas savoir les gérer nous fait penser à l'anxiété

anticipatoire pour celà on a posé le diagnostic de trouble panique avec agoraphobie puisque le

trouble panique est présent, le comportement d'évitement est aussi présent et enfin l'anxiété anticipatoire que nous avons par la suite considéré comme comportements problème qu'on a

ciblé pour la psychothérapie .

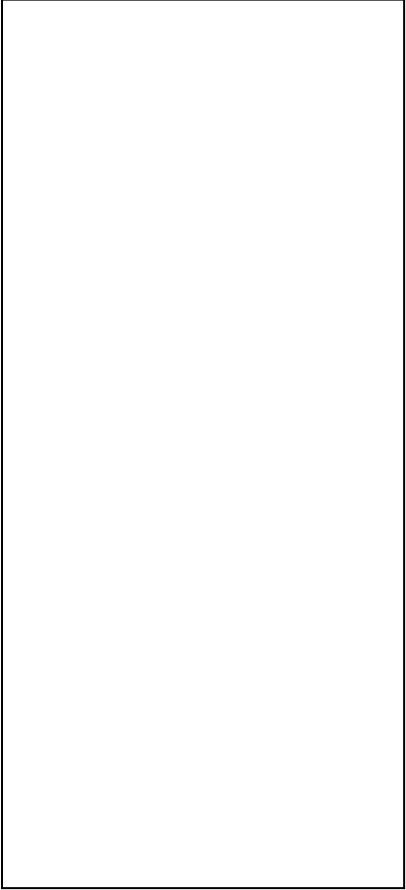
## **7- le diagnostic différentiel :**

Le patient ne présente pas une affection médicale qui puisse expliquer les palpitations puisqu'on a demandé au patient de consulter un cardiologue sachant que l'hyperventilation auquel on a pensé utiliser comme technique thérapeutique exige l'absence de toute atteinte cardiaque. Aucune phobie spécifique n'a été retrouvée et à laquelle on attribue l'évitement et les attaques de panique. La phobie sociale a été annulée en dépit de l'évitement des groupes d'amis puisque l'évitement n'est pas dû à la peur des jugements d'autrui. L'évitement phobique des situations n'est pas mieux expliqué par l'évitement situationnel obsessionnel dû à des idées obsédantes ou au PTSD puisque il ya absence de souvenirs répétitifs, ni même à l'anxiété de séparation. Le patient s'exprime sur son dégoût et sa lassitude et dit qu'il n'a plus confiance en lui, ce qui nous a fait penser à la dépression .Pour celà on a commencé à poser des questions au patient à travers lesquelles on a confirmé qu'il ne s'agit pas de dépression puisque ce dernier éprouve le besoin de s'en sortir et ne s'isole pas à la maison par contre il est triste depuis le début de sa maladie mais il a beaucoup d'espoir et se projette dans l'avenir. On a aussi isolé la probabilité d'un diagnostic d'hypochondrie puisque la peur de la maladie était forte mais la gêne est exprimée par rapport aux déplacements plus que la crainte de la maladie.

## **8 - Analyse fonctionnelle du patient :**

On a essayé à travers cette analyse fonctionnelle appliquée sur le cas de M-B synthèse de nos lectures sur du livre (la peur d'avoir peur) d'André Marchand préciser les facteurs qui ont rendu le malade vulnérable au développement ainsi que les facteurs précipitants et les facteurs de maintien. Avec le patient on a mis l'accent sur les facteurs d'entretien et on a expliqué les processus cognitifs et les interprétations catastrophiques qu'il a développées à la suite de la 1ere attaque de panique et qu'il a identifiées lui-même pendant la 5 ème séance consacrée à expliquer l'analyse fonctionnelle et voir si le malade est en accord avec l'explication ( je vais mourir, je vais faire une crise cardiaque ,je vais étouffer...) .La peur des conséquences catastrophiques faussement associées à ces malaises entraine à l'anxiété d'anticipation ce qui entraine à éviter les situations de peur de revivre les m (AP) .





## 9- Conceptualisation du cas :

Après une enfance pleine de peur intense à la suite de la panique de la maman chaque fois que M-B tombait malade ou se plaignait de malaises ou encore s'éloignait de la maison, ce dernier avait tendance à percevoir l'anxiété comme phénomène nocif ou nuisible d'où son hypovigilance aux sensations physiques et à leurs variations d'une part, d'autre part il avait tendance à avoir recours à l'évitement comme stratégie de gestion de l'anxiété et, ce qui l'a prédisposé et rendu susceptible de développer un trouble panique avec agoraphobie ( TPA).

Le décès du père, l'échec aux études, les conflits avec le grand frère, la perte du travail et la peur de mourir pendant le tremblement de terre se traduisent par un niveau très élevé d'anxiété qui va culminer en malaises suivies par la 1ere attaque de panique déclenchée à la suite de l'annonce de la mort de la sœur sur l'autoroute .Cette attaque de panique va être vécue de manière pénible par le patient qui la percevra comme menaçante et qui cherchera à l'expliquer

à travers la multiplications des explorations médicales qui n'aboutissent à aucune cause organique . Les passages difficiles continuent dans la vie de M-B tels la peur de mourir vécue pendant la période du terrorisme, la mort d'un copain par un AVC, une déception amoureuse et la mort d'un neveu maintiennent la survenue des attaques de panique.

D'autre part 'état d'alarme et d'hypovigilance qu'elles suscitent favorise le développement d'une anxiété chronique qui facilite la survenue de nouvelles AP. Le caractère mystérieux et automatique de ces attaques de panique se voit à travers les cognitions du patient ( je vais mourir, je vais étouffer , je vais perdre l'équilibre et je vais avoir une crise cardiaque) sachant qu'il a appris à percevoir l'anxiété comme nocive d'où la répétition des attaques de panique . Celles-ci sont gérées en limitant petit à petit ses déplacements seul et en cherchant des garanties sécurisantes (son ami, sa sœur cadette). Ces limitations qui suggèrent qu'ils aident à ne plus paniquer n'améliorent pas du tout son cas au contraire il vit de plus en plus d'attaques de panique et des évitements agoraphobies nombreux résultat du principe de généralisation (Aller au supermarché faire les courses, conduire la voiture sur l'autoroute, prendre une douche dans la salle de bain...) . Soulignons qu'en évitant l'ensemble de ces situations M-B déclare qu'il se sent bien et que son anxiété diminuait parce que rappelons-nous que c'est un patient qui apprend

à gérer l'anxiété par l'évitement mais en vérité il s'enfonçait dans l'évitement et l'anxiété anticipatoire d'être confronté à ces situations phobogènes

### **10 – L'évaluation du ( TPA ) :**

Pour évaluer ce trouble en ligne de base avant toute intervention thérapeutique, j'ai utilisé le questionnaire des peurs de Marks et Matthews parce que le malade semblait souffrir de phobie sociale et la crainte de la maladie puisqu'il évitait les groupes et les bilans. Aussi l'analyse des entretiens cliniques montrait une dépression souvent résultat de la phobie et aussi l'anxiété.

Le questionnaire des cognitions agoraphobiques de Chambless (QCA ) et le questionnaire des sensations corporelles de Chambless (QSC )

### **11- Le contrat thérapeutique :**

Le nombre de séances est fixé à 20 séances thérapeutiques destinées à appliquer la psychoéducation, l'exposition aux stimuli interoceptifs de la panique et l'exposition aux

situations phobogènes .un suivi ceci dit le patient doit revenir dans 6mois pour la réévaluation du (TPA) et dans 12 mois .Le but est de voir l'efficacité de la TCC dans la prise en charge du trouble panique et l'évitement qui sont les comportements problème .On explique au patient le comportement problème du ( TP ) .on se fixe avec le patient les buts suivant ;

- 1- Pouvoir gérer l'AP et ne plus avoir peur de les vivre
- 2- Ne plus craindre de les revivre.
- 3- Etre capable de sortir seul au supermarché.
- 4- Etre capable de conduire la voiture sur l'autoroute.
- 5- Ne pas avoir peur de prendre une douche.
- 6- Prendre un bus sans ressentir l'anxiété.

## **12- La psychothérapie :**

### **1-La psychoéducation :**

#### **Démystifier l'attaque de panique et expliquer l'anxiété anticipatoire**

En cas de danger réel par exemple une voiture qui s'approche de vous , là votre corps tire la sonnette d'alarme donc système nerveux sympathique vous prépare à travers plusieurs modifications telles les palpitations , le serrement de la poitrine , la transpiration ,l'accélération de la respiration ..... , ce qui va entrainer votre réaction qui est de fuir le danger et courir et là

votre système nerveux parasympathique s'activera à son tour pour rétablir l'équilibre du corps. Dans le cas de la fausse alarme lors de l'attaque de panique votre système nerveux sympathique est activé , les mêmes modifications se passent mais vous bougez pas de votre place, ce qui va favoriser la focalisation sur ce qui se passe dans votre corps qui est réellement effrayant car vous comprenez pas ce bouleversement d'où vos interprétations catastrophiques .Sachez que l'attaque de panique n'est pas mortelle , elle est protectrice car elle prépare votre corps à affronter le danger révélé par vos idées catastrophiques ..Par la suite vous avez développé la crainte d'éprouver à nouveau les sensations

désagréables que vous croyez souvent imprévisibles, incontrôlables et catastrophiques et de là vous avez constamment peur que ça se reproduise.

## **2- La restructuration cognitive :**

Ne craignez pas vos sensations. Le fait de vérifier constamment si vous avez des symptômes anxieux vous rend propice à en avoir ; vous augmentez votre anxiété, vous vous contractez et vous respirez moins bien. Vous augmentez également l'intensité et la durée de vos symptômes quand vous en avez réellement. Apprenez à dédramatiser et à accepter vos sensations, attendez que les symptômes disparaissent. Rappelez-vous que plus vous dramatisez et plus serez sujet à des (AP).

Sensations et interprétations irréalistes	Pensées réalistes et constructives
« Je vais avoir une crise cardiaque »	Mon cœur bat vite parce que je suis entrain de vivre l'anxiété .J'ai déjà vécu plusieurs fois des (AP) et j'ai jamais eu de crise cardiaque .je vais laisser mon cœur battre jusqu'à ce qu'il reprenne son activité normale
« Je vais étouffer »	Des contractions musculaires limitent les mouvements respiratoires naturels. Il s'agit simplement d'une gêne respiratoire. A aucun moment il ya un manque d'oxygène

### **3- L'exposition aux stimuli intéroceptifs :**

Avant d'appliquer la technique il est indispensable de faire les exercices en même temps que le malade. J'ai fait un apport d'informations comme suit :

« Pour que votre centre de la peur s'habitue à ces sensations qui vous font peur, il est essentiel de les provoquer volontairement et d'apprendre à les accepter en ressentant de la peur »

#### **Voici l'exercice de l'hyperventilation :**

« Essayez d'hyper ventiler comme moi et vous ressentirez des étourdissements il ne faut pas les craindre il faut plutôt les vivre »

#### **Exercice de l'étouffement :**

« Retenez votre souffle et cela provoquera une sensation d'étouffement, ce n'est pas du tout grave vous n'allez pas mourir »

« Respirez à travers cette canule et vous ressentirez un manque d'air et votre cœur battra fort, il ne faut surtout pas paniquer vous êtes avec moi et rien ne vous arrivera.

#### **4 - L'exposition aux situations phobogènes évitées :**

On a fait un apport d'informations sur l'évitement avant de faire une hiérarchie de

situations évitées avec leur niveau de peur. « Faites face à vos peurs. Fuir un endroit ou l'éviter

de peur d'avoir des sensations confirme votre idée qu'il y a un danger. Restez sur place et attendez que vos symptômes diminuent à un niveau confortable. Vous exposer aux endroits ou situations évités vous permettra aussi de confronter vos peurs et de reprendre confiance. J'ai

demandé au patient de me donner les situations qu'ils évitent et le niveau d'anxiété ressenti pour chaque situation avant d'entamer l'exposition in vitro.

<b>Situations évitées</b>	<b>Degré de l'anxiété</b>
Aller seul dans un supermarché	100%
Aller dans un supermarché avec un ami	90%
Conduire seul la voiture sur l'autoroute	85%
Se faire conduire par un ami sur l'autoroute	80%
Monter dans un bus seul	70%
Monter dans bus accompagné	60%

Prendre une douche porte fermée	30%
Marcher seul dans la rue dans mon quartier	20%
Marcher avec un ami dans la rue dans mon quartier	10%

### 13- Les résultats :

(Je vais exposer les résultats du questionnaire de peurs seulement pour ne pas trop m'étaler)

#### 1- Le questionnaire des peurs :

La partie descriptive

	La principale	Le degré d'évitement	La phobie secondaire	Le degré d'évitement	Le sentiment pénible	Le degré d'évitement
Pré-test	Phobie de La mort	8	La phobie de l'éloignement de chez soi tout seul	8	-Sentiment de culpabilité -sentiment de désespérer	8
Post-test	Phobie de La mort	4	La phobie de l'éloignement	4	Sentiment de fatigue physique morale	5

			de chez soi tout seul			
Post-test 6mois	Phobie de La mort	3	La phobie de l'éloignement de chez soi tout seul	3	Sentiment de fatigue physi q morale	4
Post-test 1 année	Phobie de La mort	3	La phobie de l'éloignement de chez soi tout seul	2	Sentiment de fatigue physi q morale	3

## La discussion :

Les résultats dans la partie descriptive montre clairement que la phobie principale qui est la phobie de la mort déterminée par le patient était restée la même avec des scores différents au pré-test, post-test, 6 mois après la thérapie et 1 an après la thérapie. Ces scores montre bien l'amélioration de l'état du patient. Même chose pour la phobie secondaire qui est la phobie de l'éloignement du patient de chez lui et tout seul, celle-ci est évaluée par le patient de manière différente qui montre la réponse du malade à la psychothérapie. En ce qui concerne les sentiments pénibles qui se rapportent aux phobies leurs scores se sont nettement améliorés ce qui prouve le soulagement du malade.

## La partie normative

	L'agoraphobie (0-40)	La phobie du sang et des blessures (0-40)	La phobie sociale (0-40)	La dépression et l'anxiété (0-40)	La gêne du comportement phobique
Pré-test	30	23	20	26	8
Post-test	19	10	17	23	7
Post-test 6mois	12	10	10	17	5
	8	9	9	11	3

Post-test					
1 année					

## **La discussion :**

L'agoraphobie, la phobie du sang et des blessures et la phobie sociale ont été évaluées par le malade pendant les quatre périodes de la prise en charge et cette évaluation est révélatrice d'une nette amélioration confirmée par les scores de la dépression et l'anxiété puisque elles sont devenues modérées au post-test et légère au post-test 1 année après la thérapie. Aussi apparait la gêne du comportement phobique changé, ce qui confirme les répercussions légères du comportement phobique sur la vie du malade.

### **6.La discussion générale**

Les résultats des questionnaires ainsi que l'analyse de l'entretien évaluatif sous forme de support audio-visuel montrent clairement la différence dans les scores obtenus au pré-test, post-test en fin de thérapie, 6mois après la thérapie et 1 an après la thérapie. Ces scores témoignent d'une nette amélioration de l'état du patient puisque lui-même s'est auto-évalué pendant les quatre phases du traitement et a témoigné que son ( TPA ) puisque les objectifs thérapeutiques ont été atteints .Ce qui prouve l'efficacité et le rôle éminent de la TCC dans la réduction du trouble panique, du comportement d'évitement de l'agoraphobie ainsi que la dépression et la phobie sociale ainsi que les traits hypochondriaques résultat du (TPA ).

American Psychiatric Association. (2013). DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française. France: Masson.

Bouvard, M., & Cottraux, J. (1996). Protocoles et échelles d'évaluation en Psychiatrie et en Psychologie. Paris: Masson.

Fontaine, O. (2001, 30/07). Soins de santé mentale Primaire. Communication présentée lors du Séminaire international en Psychologie médicale. CIUF-CUF, 30/07 au 9/08/2001.  
[www.ulb.ac.be/medecine/psymed/docu/fontaine2.ppt](http://www.ulb.ac.be/medecine/psymed/docu/fontaine2.ppt)

Lonescu, S., & Blanchet, A. (2009). Méthodologie de la recherche en psychologie clinique. (première ed.). Paris: Puf.

Tamisier, J.C. (2007). Grand dictionnaire de la Psychologie. Paris: Larousse.