

EVALUATION DU STRESS TRAUMATIQUE

Votre e-mail:

Date:

Ci-dessous, une liste des principales difficultés que peuvent rencontrer les personnes qui ont vécu un traumatisme ou une expérience extrêmement stressante. Pour chaque proposition veuillez cocher le chiffre qui convient le mieux à votre situation et à vos éventuels symptômes.

① = Jamais ② = Quelquefois ③ = Souvent ④ = Toujours

- | | | | | | |
|-----|---------|--|-----|---------|---|
| 1. | ① ② ③ ④ | J'ai des souvenirs liés au traumatisme qui reviennent en flash-back. | 14. | ① ② ③ ④ | J'ai commencé à abuser de substances, tabac, alcool, café, somnifères, tranquillisants, etc. |
| 2. | ① ② ③ ④ | Je me sentais effrayé et tentais de me retrouver dans des situations similaires au traumatisme. | 15. | ① ② ③ ④ | J'ai changé mes habitudes alimentaires. |
| 3. | ① ② ③ ④ | J'essayais de ne pas penser ni de parler des événements traumatisants. | 16. | ① ② ③ ④ | Je me suis replié sur moi-même et j'ai trouvé difficile d'avoir des relations avec les autres. |
| 4. | ① ② ③ ④ | Je me sentais insensible et indifférent par rapport à l'incident. | 17. | ① ② ③ ④ | Je me suis senti accablé et impuissant sans espoir pour le futur. |
| 5. | ① ② ③ ④ | J'ai des images de l'incident qui sont apparues de façon intrusive dans mon esprit. | 18. | ① ② ③ ④ | J'ai eu des difficultés de concentration et de prises de décision. |
| 6. | ① ② ③ ④ | J'aurais aimé penser que cet incident n'a jamais eu lieu. | 19. | ① ② ③ ④ | J'ai eu des moments de confusion ou je me suis mis à imaginer n'importe quoi. |
| 7. | ① ② ③ ④ | J'ai eu des rêves en connexion avec l'incident. | 20. | ① ② ③ ④ | Je me suis senti coupable ou j'ai eu des doutes sur mes valeurs religieuses. |
| 8. | ① ② ③ ④ | Je n'arrête pas de penser à l'incident même lorsque je ne le voulais. | 21. | ① ② ③ ④ | J'ai été sujet aux pertes de mémoire et aux accidents. |
| 9. | ① ② ③ ④ | J'ai eu des ressentis émotionnels extrêmement forts en rapport avec l'incident. | 22. | ① ② ③ ④ | Je suis devenu préoccupé par des menaces imprévisibles. |
| 10. | ① ② ③ ④ | J'ai eu des troubles du sommeil à cause de pensées intrusives en lien avec l'incident. | 23. | ① ② ③ ④ | Je me suis senti anxieux, très vigilant ou sur mes gardes. |
| 11. | ① ② ③ ④ | J'essaie vraiment de ne pas me sentir extrêmement touché lorsque je pense ou que je me souviens de l'incident. | 24. | ① ② ③ ④ | Je me suis senti de mauvaise humeur et déprimé. |
| 12. | ① ② ③ ④ | Je devenais extrêmement irritable et hostile sans raison après l'incident. | 25. | ① ② ③ ④ | J'ai ressenti de nombreux et inexplicables symptômes physiques tels que nausées, palpitations ou difficultés respiratoires. |
| 13. | ① ② ③ ④ | J'ai perdu tout intérêt pour mon travail ainsi que pour mes autres activités principales depuis l'incident. | | | |