

# INVENTAIRE DES SYMPTÔMES DE STRESS

Votre e-mail:  Date:

## SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUE ASSOCIÉS AU STRESS

Utilisez la liste ci-dessous pour indiquer le nombre de fois où vous ressentez des symptômes psychologiques de stress. Additionnez le nombre de points.

Echelle de fréquence:

0 = jamais      1 = quelquefois      2 = souvent

|   |       |
|---|-------|
| Sensation d'anxiété, de tension, d'irritabilité .....                                       | _____ |
| Inquiétudes sans fondement .....  | _____ |
| Hypersensibilité émotionnelle (accès de colère, manque de contrôle de soi, tristesse) ..... | _____ |
| Manque de confiance en soi .....  | _____ |
| Nombre croissant d'erreurs et de petits accidents .....                                     | _____ |
| Relations plus difficiles avec l'entourage .....  | _____ |
| Manger excessivement ou insuffisamment .....  | _____ |
| Difficultés à trouver le sommeil (insomnies, sommeil difficile) ....                        | _____ |
| Impression que le temps passe trop vite (impatience) .....                                  | _____ |
| Difficulté à vous concentrer ou incapacité à prendre des décisions simples .....            | _____ |
| TOTAL   | _____ |

## SYMPTÔMES PHYSIQUES ASSOCIÉS AU STRESS

Utilisez la liste ci-dessous pour indiquer le nombre de fois où vous ressentez des symptômes physiques de stress. Additionnez le nombre de points.

Echelle de fréquence:

0 = jamais      1 = quelquefois      2 = souvent

|   |       |  |       |
|---|-------|--|-------|
| <u>Symptômes cardiovasculaires</u>  |       | <u>Symptômes gastro-intestinaux</u>  |       |
| Palpitations .....  | _____ | Contractions au niveau de l'estomac .....  | _____ |
| Cœur qui bat trop vite .....  | _____ | Nausées .....  | _____ |
| Vertiges .....  | _____ | Vomissements .....   | _____ |
| Faiblesse .....   | _____ | Flatulences (gaz intestinaux, renvois) .....   | _____ |
| Crainte d'une perte de conscience ..  | _____ | Sensations de brûlure .....  | _____ |
| Rougisement ou pâleur .....   | _____ | Ballonnements .....  | _____ |
| Evanouissements .....   | _____ | Douleurs abdominales ou crampes ..   | _____ |
| Migraines .....   | _____ |  |       |
| Mains ou/et pieds froids .....  | _____ | <u>Symptômes respiratoires</u>   |       |
| <u>Symptômes musculaires</u>  |       | Incapacité à inspirer assez d'air dans les poumons .....                             | _____ |
| Tension dans la nuque, le cou ou les épaules (maux de tête, mal de dos) ..... | _____ | Hyperventilation (respiration superficielle et rapide) .....                         | _____ |
| Tremblements .....  | _____ | Sensation de constriction, d'oppression ou de douleur au niveau de la poitrine ..... | _____ |
| Secousses musculaires (spasmes, crampes) .....                                | _____ |  |       |
| Forte faiblesse .....   | _____ | <u>Autres</u>  |       |
| Sensation d'impatience dans le corps ou les jambes .....                      | _____ | Transpiration en absence d'efforts physiques (p.ex., mains moites) .....             | _____ |
| Grincements de dents .....  | _____ | Boutons .....  | _____ |
|   |       | TOTAL  | _____ |