

TEST AUTO-ÉVALUATION POUR LE TROUBLE DE PANIQUE

Si vous soupçonnez que vous pourriez souffrir de trouble de panique, imprimez et complétez l'auto-évaluation suivante ensuite montrez vos résultats à votre professionnel de la santé.

Comment puis-je savoir si j'ai un trouble de panique?

Oui or non? Êtes-vous dérangé par:

Oui **Non** Des attaques répétées et inattendues au cours desquels vous êtes soudainement surmontés par une peur intense ou un sentiment inconfortable, pour aucune raison apparente?

Lors de cette attaque, avez-vous eu les symptômes suivants?

Oui **Non** Cœur battant fortement

Oui **Non** Transpiration

Oui **Non** Tremblements ou secousses

Oui **Non** Manque de soupir

Oui **Non** L'étouffement

Oui **Non** Douleur à la poitrine

Oui **Non** Nausée ou gêne abdominale

Oui **Non** Jambes en compote

Oui **Non** Étourdissement

Oui **Non** Sentiments d'irréalité ou d'être détaché de vous-même

Oui **Non** Peur de mourir

Oui **Non** Engourdissement ou sensations de picotements

Oui **Non** Frissons ou bouffées de chaleur

Oui **Non** La crainte des endroits ou des situations où obtenir de l'aide ou la possibilité de s'enfuir pourrait être difficile, comme dans une foule ou sur un pont ?

Oui **Non** Êtes vous mal à l'aise de voyager seul?

Pour au moins un mois suivant une attaque, avez-vous:

Oui **Non** Été préoccupé par la crainte d'en avoir une autre?

Oui **Non** Eu peur de faire une crise cardiaque ou de devenir "fou"

Oui **Non** Changé votre comportement pour accommoder l'attaque?

Ayant plus d'une maladie en même temps peut rendre difficile à diagnostiquer et à traiter les différentes conditions. Les maladies qui compliquent parfois les troubles anxieux comprennent la dépression et la toxicomanie. Dans cet esprit, s'il vous plaît prendre une minute pour répondre aux questions suivantes:

Oui **Non** Avez-vous éprouvé des changements avec votre sommeil ou dans vos habitudes alimentaires?

Vous sentez vous plus souvent que non...

Oui **Non** Triste et déprimé ?

Oui **Non** Désintéressé par la vie?

Oui **Non** Sans valeur ou coupable?

Lors de la dernière année est-ce que la consommation de l'alcool ou la drogue...

Oui **Non** a abouti à votre incapacité à s'acquitter de responsabilités avec le travail, l'école, ou de la famille?

Oui **Non** vous a mis dans une situation dangereuse, comme la conduite d'un véhicule sous l'influence?

Oui **Non** Vous avez été arrêté par la police?

Oui **Non** A continué malgré le fait que vos êtres chers en ont subis des conséquences?

Référence:

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.