

TEST AUTO-ÉVALUATION POUR LE TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF (TOC)

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

Est-ce que j'ai le trouble obsessionnel compulsif?

- Oui** **Non** Avez-vous des idées non désirées, des images ou des impulsions qui semblent stupide, méchant, ou horrible?
- Oui** **Non** Vous vous inquiétez excessivement au sujet de la saleté, des microbes, ou de produits chimiques?
- Oui** **Non** Avez-vous constamment peur que quelque chose de mal va se passer parce que vous avez oublié quelque chose d'important, comme le verrouillage de la porte ou d'éteindre les appareils ménagés?
- Oui** **Non** Vous arrive t-il de manquer de souffle?
- Oui** **Non** Avez-vous peur, d'agir ou de parler agressivement lorsque vous ne voulez pas le faire?
- Oui** **Non** Avez-vous toujours peur de perdre quelque chose d'important?
- Oui** **Non** Y a-t-il des choses que vous estimez que vous devez faire trop souvent ou des pensées vous devez répéter à plusieurs reprises pour vous sentir à l'aise ou pour éliminer l'anxiété?
- Oui** **Non** Vous arrive t-il d'avoir les jambes en compote?
- Oui** **Non** Est-ce que vous vous lavez ou vous lavez les choses autour de vous de façon excessive?
- Oui** **Non** Devez-vous vérifier et répéter les choses plusieurs fois pour vous assurer qu'ils sont bien fait?
- Oui** **Non** Évitez-vous des personnes ou des situations parce que vous craignez blesser quelqu'un avec des mots ou des gestes agressifs?
- Oui** **Non** Gardez vous des items inutiles parce que vous vous sentez incapable de vous en défaire?

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 vous êtes faite arrêter par la police?

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

Références:

Goodman, WK, Price LH, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Part 1. Development, use and reliability.

*Arch Gen Psychiatry.*46:1006-1011 (1989).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV), American Psychiatric Association, 1994, Washington, D.C.