

TEST AUTO-ÉVALUATION POUR LE TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE (PHOBIE SOCIALE)

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

Comment puis-je savoir si j'ai le trouble d'anxiété sociale?

Êtes-vous préoccupé par les symptômes suivants?

- Oui** **Non** La peur intense et constante des situations sociales où les gens vont possiblement vous juger.
- Oui** **Non** La peur d'être humilié par vos propres actions.
- Oui** **Non** Peur que les gens remarqueront que vous êtes timide, que vous transpirez, tremblez, ou présentez d'autres signes d'anxiété
- Oui** **Non** Être au courant que vos peurs sont excessives et déraisonnable

Est-ce qu'une situation que vous craignez vous cause un des suivants?

- Oui** **Non** Toujours vous sentir anxieux
- Oui** **Non** Vivre l'expérience d'une attaque de panique, au cours de laquelle vous êtes soudainement surmontés par une peur intense ou un sentiment d'inconfort, y compris l'un de ces symptômes:
- 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** Faites-vous des grands efforts pour éviter de participer à la situation qui vous cause ses sentiments?

Oui **Non** Est-ce que tout cela vous nuit dans votre vie quotidienne?

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 (DSM IV). Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.