

# Questionnaire vous concernant : comment vous sentez-vous ?

Nous espérons que ce questionnaire vous aidera à mieux comprendre pourquoi, et comment, vous vous sentez. Veuillez répondre aux quatre questions qui vous sont posées avant de retourner le questionnaire à votre thérapeute. L'intégralité de vos réponses sera à tout moment traitée dans la plus stricte confidentialité. Lorsque votre thérapie sera terminée, nous vous inviterons à remplir un questionnaire semblable.

## Question 1

a Quel est le problème qui vous affecte le plus ? (Indiquez-le dans le cadre ci-dessous.)

b Vous a-t-il affecté au cours de la semaine passée ? (Veuillez cocher l'une des cases ci-dessous.)

Pas du tout    0    1    2    3    4    5    Sévèrement  
                   

c Quand ce problème s'est-il manifesté pour la première fois ? (Veuillez cocher l'une des cases ci-dessous.)

Il y a moins d'un mois    Il y a un à trois mois    Il y a plus de trois mois mais moins d'un an    Il y a entre un et cinq ans    Il y a plus de cinq ans  
               

## Question 2

a Quel autre problème vous affecte-t-il ? (Indiquez-le dans le cadre ci-dessous.)

b Vous a-t-il affecté au cours de la semaine passée ? (Veuillez cocher l'une des cases ci-dessous.)

Pas du tout    0    1    2    3    4    5    Sévèrement  
                   

c Quand ce problème s'est-il manifesté pour la première fois ? (Veuillez cocher l'une des cases ci-dessous.)

Il y a moins d'un mois    Il y a un à trois mois    Il y a plus de trois mois mais moins d'un an    Il y a entre un et cinq ans    Il y a plus de cinq ans  
               

## Question 3

a Donnez un exemple de chose que vous trouvez difficile à faire à cause de ce, ou de ces, problème(s). (Indiquez-le dans le cadre ci-dessous.)

b Vous a-t-il paru difficile de faire cette chose au cours de la semaine passée ? (Veuillez cocher l'une des cases ci-dessous.)

Pas du tout    0    1    2    3    4    5    Très  
                   

## Question 4

Comment vous sentiez-vous intérieurement la semaine dernière ? (Veuillez cocher l'une des cases ci-dessous.)

Très bien    0    1    2    3    4    5    Très mal