## Relations mère-fille

Afin d'approfondir l'étude initiée sur les relations mère-fille et leurs implications sur la santé physique et psychologiques de chacune, merci de bien vouloir remplir, si vous le souhaitez, ce questionnaire.

Remarque : la précision des éléments donnés est un facteur essentiel à cette étude. Aussi merci de bien vouloir être le plus sincère, précis et exhaustif possible.

Avec mes remerciements

Age :			
Vous êtes :			
En couple non marié Depuis combien de temps:		ée	Célibataire
Autre élément à noter			
Veuve	Divorcée		
Nombre d'enfants	Age et sexe :		
2- Situation professionnelle			
Quel est votre métier ?:	De	epuis combien de t	temps:
Si vous ne travaillez pas			
Pour quels motifs: - Souhait pe	ersonnel		
- Pour vous	occuper de vos enfa	nts	
- Vous êtes	au chômage		
- Autres :			
Si vous avez fait des études : Lesqu	elles?		

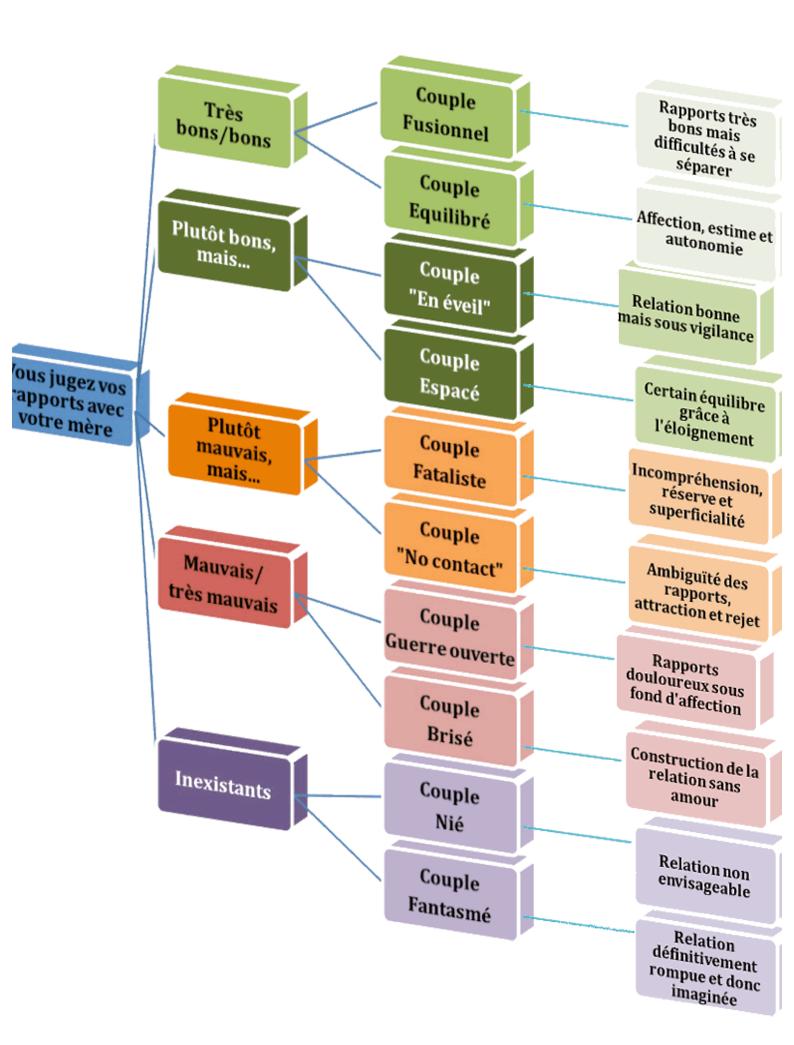
### 2- Relation mère-fille

1- Situation personnelle:

Quel type de couple dans la liste ci-dessous correspond, selon vous, à votre relation mère-fille ?

Nommez le couple correspondant en fonction du schéma ci-dessous. .

(Voici un exemple : mes rapports avec ma mère sont « plutôt bons, mais... », je suis donc dans le cas du couple « en éveil » ou du couple « espacé ». Si je suis toujours vigilante par rapport à ce que je dis ou à ce que je fais lorsque je suis avec ma mère, je suis dans le cas du couple « en éveil », si par contre je reste loin d'elle le plus possible et m'en porte plutôt bien, je suis dans le cas du « couple espacé »).



Comment était votre relation avec votre mère		
Y avait il, selon vous, des différences avec v mère ? Oui		
Si vous aviez à décrire votre mère en 4 mots 1		ils ?
Votre mère est elle toujours en vie ? <u>Si oui</u> :  Quel âge à t'elle ?	Oui	Non
Souffre t'elle de pathologies particulières ? Si oui, lesquelles ?	Oui	Non
Si non:  De quoi est-elle morte:	Oui	Non
Lesquelles ?		
Quel âge aviez-vous au moment de son décè A l'heure actuelle, pouvez-vous en parler ser Oui Non		
Si vous aviez à définir la relation que vous a mots, quels seraient-ils ?	vez ou que vou	as aviez avec votre mère en 4
1 2 3 4		

Dans les qualificatifs qui suivent quels sont ceux qui se rapprochent de la relation <u>que vous</u> <u>avez ou que vous aviez</u> avec votre mère

Qualificatif se	Tout à fait	Assez	Moyennement	Pas du tout	Ne sais
rapportant à	exacte	exacte	exacte	exacte	pas
votre relation					•
avec votre					
mère					
Complice					
Compliquée					
Conflictuelle					
Pénible					
Enrichissante					
Pesante					
Epanouie					
Dure					
Insupportable					
Merveilleuse					
Fusionnelle					
Destructrice					
Douloureuse					
Inexistante					
Culpabilisante					
Envahissante					
Rare					
Pleine					
d'amour					
Insuffisante					
Distante					
Jalouse					
Dénuée					
d'amour					
Superficielle					

Jaiouse					
Dénuée					
d'amour					
Superficielle					
Diriez-vous que v	ous avez ou qu Oui	e vous aviez un Non	e relation facile avo	ec votre mère?	
Pourquoi ?					
Lorsque vous parl « ma mère		re vous employo a maman »	ez le terme :		
-	la relation avec Non	votre mère peu	t changer aujourd'l	nui ou dans le fu	ıtur:

# 4- Suivi

Suivez-vous ou avez-vous suivi une psychothérapie, êtes vous aller voir un psychothérapeute (psychologue, psychiatre...) ou un autre thérapeute avec lequel vous avez parler de la relation avec votre mère (naturopathe, kinésiologue, thérapeute en psychogénéalogie...)?

		Oui	Non			
Si oui Leque						
Pourq	uoi ? 					
Penda	nt ou depuis co	ombien de tem				
Qu'en	avez-vous reti	iré ?				
	5- Pathologic	<u>es</u>				
A l'he	eure actuelle, vo	ous plaigniez-v	vous de patholo	gies particul	ières	
•	Au niveau ph					
•	Au niveau ps					
•	Au niveau én					

Souffrez-vous ou avez-vous souffert des troubles suivants

Troubles ressentis	En	Régulièrement	Occasionnellement	Rarement	Jamais
	permanence				
Douleurs de dos					
Douleurs de ventre (colite,					
ballonnements, constipation,					
diarrhées)					
Douleurs articulaires					
Déprime					
Angoisses					
Stress					
Prise de poids					
Troubles de l'humeur					

Troubles ressentis	En permanence	Régulièrement	Occasionnellement	Rarement	Jamais
Difficultés à perdre du poids	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,				
Dépression					
Troubles de la libido					
Syndrome prémenstruel (règles abondantes, douleurs avant les règles)					
Mycoses					
Problèmes liés à la ménopause (pour les femmes concernées) - Bouffées de chaleur					
- Irritabilité					
- Prise de poids					
- Angoisses					
Troubles du sommeil (insomnies, réveils nocturnes)	Lesquels?				
Phobies	Lesquels?				
TOC (troubles obsessionnels compulsifs)	Lesquels ?				
Troubles de l'audition, acouphènes					
Troubles cutanées : eczéma, psoriasis					
Allergies, asthme					
Cystites					
Spasmophilie					

# Avez-vous eu ou avez-vous les pathologies suivantes :

Pathologies	OUI	NON	Date	Et votre mère ?
Cancer du sein	Quel sein ?			Si oui lequel?
Cancer de l'utérus				
Cancer	Lequel ?			
hormono-dépendant				
Autre cancer	Lequel ?			
Hyper tension artérielle				
Diabète				
Maladie de Crohn				
Fibromyalgie				
Sclérose en plaque				
Endométriose				
Fibrome				
Kystes	A quel endroit?			
Troubles cardiovasculaires				
	11- 9			
Troubles circulatoires (varices,	Lesquels ?			
hémorroïdes)				
T 11 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	x 1.0			
Troubles de la thyroïde	Lesquels ?			
Autres:				

Avez-vous subit des opérations particulières ? Lesquelles ?	Non	

# Si vous avez des enfants 6- Descendance

Avez-vous une ou plusieurs filles ? Si oui :	Oui	Non	
Combien ?			
Comment se passe la relation que vous avez av	ec votre (ou v	vos) fille(s) an tant que mè	re?
(Définir l'âge de chaque fille et votre relation a			
G:			
<u>Si non :</u> Souhaiteriez-vous avoir une fille ?			
Pourquoi ?			
Tourquot .			
Si vous avez aussi des garçons			
Estimez-vous que cette relation est différente d			s)
garçons(s)?	Oui	Non	
Si oui, en quoi est-elle différente?			
or our, en quoi est-ene uniterente:			
<u>7- Divers</u>			
Va t'il d'autres chasse que vans souhaitaries m	. a ai amalam .		
Ya t'il d'autres choses que vous souhaiteriez m	_		
			•••••
Les données de ce questionnaire seront utilisée			
d'affiner certaines réponses, il se peut qu'u	in entretien s	soit necessaire, aussi si	vous le
<b>souhaitez</b> vous pouvez laisser vos coordonnée ultérieurement.	es ann que je	puisse prendre contact av	ec vous
uncricurement.			
Nom:			
Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse:			
Numáro do tálánhono			
Numéro de téléphone : E.Mail :			
AJOLITANIA O		Barbara	Laffav
			ropathe
		9, rue de l'Eglise 31330 (	-
Avec mes remerciements		09.50.8	9.36.22

blaffay@free.fr