

Questionnaire Hypnose



NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse postale :
Adresse Mail :
Numéro de téléphone :

Ce questionnaire a pour objectifs de nous aider à mieux vous connaître et à mieux comprendre vos attentes envers la méditation de pleine conscience afin de répondre au mieux à votre demande. Il n'y a donc pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

1. Que faites-vous régulièrement pour passer un moment agréable, pour votre bien-être physique et/ou psychologique ? (loisirs, soins du corps, sports, partager un moment avec des ami(e)s/de la famille, faire des projets professionnels/personnels, s'inscrire à une activité, se remémorer des souvenirs agréables, acheter quelque chose qui vous fait plaisir, faire un bon repas...etc.)

2. Avez-vous l'habitude de prendre du temps pour prendre soin de vous ?

Oui Non

Si oui, que faites-vous pour cela ?

Si non, pouvez-vous dire pourquoi ?

3. Pratiquez-vous une activité créative ?

4. Parlez-vous facilement de votre maladie ?

Oui Non Ne sais pas

Lorsque vous le faites, qu'avez-vous besoin d'exprimer (*vos stress, vos symptômes, les efforts au quotidien que cela vous demande...etc.*) ?

Si vous n'avez pas l'habitude de parler de votre maladie, pouvez-vous dire pourquoi ? (*« je n'en ressens pas le besoin », « on m'a appris à garder les choses pour moi », « j'ai des difficultés à m'exprimer à ce sujet même si j'aimerais parfois le faire », « j'ai peur d'embêter les autres », « il n'y a rien à en dire », « je ne sais pas à qui en parler », « on ne me comprendrait pas »...etc.*)

5. Parlez-vous souvent de ce que vous ressentez, de vos émotions ?

- Jamais Rarement Quelquefois Souvent
 Très souvent

Si vous n'avez pas l'habitude d'exprimer vos émotions, pouvez-vous dire pourquoi ? (*« je n'en ressens pas le besoin », « on m'a appris à garder les émotions pour moi », « j'ai des difficultés à les exprimer devant quelqu'un même si j'aimerais parfois le faire », « j'ai peur d'embêter les autres », « je préfère avoir des émotions quand je suis seul(e) et que personne ne me regarde », « je ne sais pas à qui les exprimer », « je pourrais paraître faible »...etc.*)

6. Vous sentez-vous perturbé dans votre sommeil ?

- Jamais Rarement Quelquefois Souvent
 Très souvent En permanence

7. Diriez-vous que vous êtes quelqu'un qui sait se reposer ?

- Oui Non Ne sais pas

Pourquoi ?

8. Ressentez-vous des symptômes liés au stress ?

- Oui Non
 Ne sais pas (il m'est difficile de faire la différence entre les symptômes du stress et ceux de la sclérose en plaques)

Si oui, lesquels (plusieurs réponses possibles) ?

- Contractions musculaires Douleurs dans la poitrine Troubles du sommeil
 Diarrhée Envies d'uriner très fréquentes Démangeaisons
 Trouble de la concentration Mal de tête Mal de ventre
 Autres (précisez) :

9. Avez-vous déjà pratiqué l'hypnose ou des disciplines apparentées (sophrologie, yoga, qi gong, tai chi chuan, mindfulness...etc.)

- Oui Non

Si oui, quel(s) effet(s) aviez-vous ressenti ?

10. Qu'est-ce que l'hypnose pour vous ?

11. Vous est-il difficile de garder plusieurs minutes certaines positions (plusieurs réponses possibles) ?

- Il m'est difficile de rester debout plus de quelques minutes
 Il m'est difficile de garder l'équilibre sur un sol mou (ex : tapis de relaxation)
 Il m'est difficile de garder l'équilibre en station debout si j'ai les yeux fermés
 Il m'est difficile de rester assis sur une chaise de manière prolongée
 Il m'est difficile de changer de position seul(e) (ex : me relever sans aide, m'asseoir par terre)

12. Si vous étiez pris dans le parcours de 6 séances proposé par le Réseau Rhône-Alpes SEP, vous sentez-vous capable de vous rendre disponible pour cette activité malgré les contraintes des horaires et de fréquence ?

- Oui Non

Merci de votre participation