

## 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**