**QUESTIONNAIRE DE PERCEPTION CORPORELLE - FORME COURTE (QPC-FC)**

**Stephen W. Porges © 1993, 2015**

# CONSCIENCE CORPORELLE

Veuillez évaluer chacune des caractéristiques décrites ci-dessous.

Sélectionnez la réponse qui vous décrit le plus précisément.

Dans la majorité des cas, je suis conscient(e) :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | JaMAIS | rarement | parfois | souvent | toujours |
| 1 | De déglutir fréquemment. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | D’avoir besoin de tousserou de me racler la gorge. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | De la sècheresse de ma bouche. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | De la rapidité de ma respiration. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Des larmoiements de mesyeux. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | **JAMAIS** | **RAREMENT** | **PARFOIS** | **SOUVENT** | **TOUJOURS** |
| 6 | Des bruits de digestion(borborygmes). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Du gonflement de tout ou d’une partie du corps. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | D’un besoin impérieux d‘aller à la selle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | D’une tension musculairedes bras et des jambes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | De me sentir gonflé(e)(rétention d’eau). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | **JAMAIS** | **RAREMENT** | **PARFOIS** | **SOUVENT** | **TOUJOURS** |
| 11 | Des tensions musculairesdans mon visage. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | D’avoir la chair de poule. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | De douleurs d’estomac ouintestinales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | D’une distention del’estomac. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | D’avoir les mains moites. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | **JAMAIS** | **RAREMENT** | **PARFOIS** | **SOUVENT** | **TOUJOURS** |
| 16 | De sueur sur le front. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Que mes lèvres tremblent. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | De transpirer sous les aisselles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | De la chaleur de mon visage(surtout les oreilles). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | De grincer des dents. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | **JAMAIS** | **RAREMENT** | **PARFOIS** | **SOUVENT** | **TOUJOURS** |
| 21 | D’une nervosité générale. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | De mes cheveux qui se dressent sur la tête. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | D’avoir des difficultés deconcentration. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | D’avoir une urgence d’avaler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | De ressentir les battements de mon coeur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 | D’être constipé(e). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

# RÉACTIVITÉ DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

Le système nerveux autonome contrôle les systèmes cardiovasculaire, respiratoire, digestif et la thermorégulation. Il est également impliqué dans l'expérience et l'expression des émotions. Le système nerveux autonome fonctionne différemment selon les individus. Cette échelle a été développée afin de mesurer la réactivité de votre système nerveux autonome.

Veuillez vous évaluer sur chacun des énoncés ci-dessous :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | JAMAIS | RAREMENT | PARFOIS | SOUVENT | TOUJOURS |
| 27 | J'ai des difficultés à respirer et à manger en même temps. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | Lorsque je mange, j'ai du mal à parler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 | Mon coeur bat souvent irrégulièrement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30 | Lorsque je mange, la nourriture me semble sèche et colle à ma bouche et à ma gorge. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31 | Je me sens essoufflé(e). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | **JAMAIS** | **RAREMENT** | **PARFOIS** | **SOUVENT** | **TOUJOURS** |
| 32 | J'ai du mal à respirer et à parler en même temps. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 | Quand je mange, j'ai des difficultés à coordonner la déglutition, la mastication et/ou la succion avec la respiration. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34 | J'ai une toux persistante qui m'empêche de parler et de manger. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35 | Je m'étouffe à cause de la salivedans ma bouche. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36 | J'ai des douleurs à la poitrine. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | **JAMAIS** | **RAREMENT** | **PARFOIS** | **SOUVENT** | **TOUJOURS** |
| 37 | Je m’étouffe quand je mange. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38 | Quand je parle, j'ai souvent l'impression de devoir tousser ou avaler ma salive. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39 | J'ai l'impression de manquer d'oxygène en respirant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40 | J'ai du mal à controller mes yeux. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41 | J'ai envie de vomir. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  | **JAMAIS** | **RAREMENT** | **PARFOIS** | **SOUVENT** | **TOUJOURS** |
| 42 | J'ai des aigreurs d’estomac. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 43 | Je suis constipé(é). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44 | J’ai une indigestion. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45 | J'ai des problems digestifs après avoirmangé. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46 | J'ai la diarrhée. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |