

Ici et maintenant...

Comment je me sens dans mon corps ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je ressens plutôt des sensations agréables ?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Détente | <input type="checkbox"/> Fluidité | <input type="checkbox"/> Confort |
| <input type="checkbox"/> Relâchement | <input type="checkbox"/> Souplesse | <input type="checkbox"/> Légèreté |
| <input type="checkbox"/> Bien-être | <input type="checkbox"/> Soulagement | |

Je ressens plutôt des sensations désagréables ?

- | | | |
|-----------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tension | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Inconfort |
| <input type="checkbox"/> Blocage | <input type="checkbox"/> Tremblement | <input type="checkbox"/> Honte |
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Epuisement | <input type="checkbox"/> Lourdeur |
| <input type="checkbox"/> Paralysie | <input type="checkbox"/> Irritation | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Brulure | <input type="checkbox"/> Sans énergie | <input type="checkbox"/> Froid |
| <input type="checkbox"/> Vide intérieur | <input type="checkbox"/> Tics, tocs | <input type="checkbox"/> Faim |

Ici et maintenant...

Comment je me sens dans mon corps ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je ressens plutôt des sensations agréables ?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Détente | <input type="checkbox"/> Fluidité | <input type="checkbox"/> Confort |
| <input type="checkbox"/> Relâchement | <input type="checkbox"/> Souplesse | <input type="checkbox"/> Légèreté |
| <input type="checkbox"/> Bien-être | <input type="checkbox"/> Soulagement | |

Je ressens plutôt des sensations désagréables ?

- | | | |
|-----------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tension | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Inconfort |
| <input type="checkbox"/> Blocage | <input type="checkbox"/> Tremblement | <input type="checkbox"/> Honte |
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Epuisement | <input type="checkbox"/> Lourdeur |
| <input type="checkbox"/> Paralysie | <input type="checkbox"/> Irritation | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Brulure | <input type="checkbox"/> Sans énergie | <input type="checkbox"/> Froid |
| <input type="checkbox"/> Vide intérieur | <input type="checkbox"/> Tics, tocs | <input type="checkbox"/> Faim |

Ici et maintenant...

Comment je me sens dans mon corps ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je ressens plutôt des sensations agréables ?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Détente | <input type="checkbox"/> Fluidité | <input type="checkbox"/> Confort |
| <input type="checkbox"/> Relâchement | <input type="checkbox"/> Souplesse | <input type="checkbox"/> Légèreté |
| <input type="checkbox"/> Bien-être | <input type="checkbox"/> Soulagement | |

Je ressens plutôt des sensations désagréables ?

- | | | |
|-----------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tension | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Inconfort |
| <input type="checkbox"/> Blocage | <input type="checkbox"/> Tremblement | <input type="checkbox"/> Honte |
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Epuisement | <input type="checkbox"/> Lourdeur |
| <input type="checkbox"/> Paralysie | <input type="checkbox"/> Irritation | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Brulure | <input type="checkbox"/> Sans énergie | <input type="checkbox"/> Froid |
| <input type="checkbox"/> Vide intérieur | <input type="checkbox"/> Tics, tocs | <input type="checkbox"/> Faim |

Ici et maintenant...

Comment je me sens dans mon corps ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je ressens plutôt des sensations agréables ?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Détente | <input type="checkbox"/> Fluidité | <input type="checkbox"/> Confort |
| <input type="checkbox"/> Relâchement | <input type="checkbox"/> Souplesse | <input type="checkbox"/> Légèreté |
| <input type="checkbox"/> Bien-être | <input type="checkbox"/> Soulagement | |

Je ressens plutôt des sensations désagréables ?

- | | | |
|-----------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tension | <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Inconfort |
| <input type="checkbox"/> Blocage | <input type="checkbox"/> Tremblement | <input type="checkbox"/> Honte |
| <input type="checkbox"/> Douleur | <input type="checkbox"/> Epuisement | <input type="checkbox"/> Lourdeur |
| <input type="checkbox"/> Paralysie | <input type="checkbox"/> Irritation | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Brulure | <input type="checkbox"/> Sans énergie | <input type="checkbox"/> Froid |
| <input type="checkbox"/> Vide intérieur | <input type="checkbox"/> Tics, tocs | <input type="checkbox"/> Faim |