

Comment je me sens?

DANS MON CORPS

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> J'ai chaud | <input type="checkbox"/> Je me sens léger(re) | <input type="checkbox"/> Mes pensées fusent |
| <input type="checkbox"/> J'ai froid | <input type="checkbox"/> Je tremble | <input type="checkbox"/> Je suis excité(e) |
| <input type="checkbox"/> J'ai mal à la tête, migraine | <input type="checkbox"/> J'ai des fourmillements | <input type="checkbox"/> Tressautements |
| <input type="checkbox"/> J'ai la nuque raide | <input type="checkbox"/> J'ai le souffle coupé | <input type="checkbox"/> Impatiences |
| <input type="checkbox"/> J'ai mal au ventre | <input type="checkbox"/> J'ai du mal à respirer | <input type="checkbox"/> Tics faciaux |
| <input type="checkbox"/> J'ai une boule dans la gorge | <input type="checkbox"/> J'ai les larmes aux yeux | <input type="checkbox"/> Je me ronge les ongles |
| <input type="checkbox"/> J'en ai plein le dos | <input type="checkbox"/> Je tourne comme un lion en cage | <input type="checkbox"/> Rien de tout ça |
| <input type="checkbox"/> J'ai un coup au coeur | <input type="checkbox"/> Je suis tendu(e) | |
| <input type="checkbox"/> J'ai les jambes molles | <input type="checkbox"/> J'ai mal au plexus solaire | |
| <input type="checkbox"/> Je me sens lourd(e) | <input type="checkbox"/> J'ai envie de vomir | |
| | <input type="checkbox"/> J'ai la tête qui tourne | |

ÉMOTIONS (JE ME SENS...)

PEUR

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alarmé(e) | <input type="checkbox"/> Anxieux(se) |
| <input type="checkbox"/> Angoissé(e) | <input type="checkbox"/> Fragile |
| <input type="checkbox"/> Apeuré(e) | <input type="checkbox"/> Méfiant(e) |
| <input type="checkbox"/> Choqué(e) | <input type="checkbox"/> Sur la défensive |
| <input type="checkbox"/> Désorienté(e) | <input type="checkbox"/> Rongé(e) |
| <input type="checkbox"/> Epouvanté(e) | <input type="checkbox"/> Effrayé(e) |
| <input type="checkbox"/> Inquiet(e) | <input type="checkbox"/> Soucieux(se) |
| <input type="checkbox"/> Mal à l'aise | <input type="checkbox"/> Préoccupé(e) |

COLÈRE

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nerveux(se) | <input type="checkbox"/> Révolté(e) |
| <input type="checkbox"/> Mécontent(e) | <input type="checkbox"/> Amer(e) |
| <input type="checkbox"/> De mauvaise humeur | <input type="checkbox"/> Grognon |
| <input type="checkbox"/> Irrité(e) | <input type="checkbox"/> Jaloux(se) |
| <input type="checkbox"/> Furieux(se) | <input type="checkbox"/> Envieux(se) |
| <input type="checkbox"/> Frustré(e) | <input type="checkbox"/> Combatif(ve) |
| <input type="checkbox"/> Fâché(e) | <input type="checkbox"/> Agacé(e) |
| <input type="checkbox"/> Enragé(e) | <input type="checkbox"/> Outré(e) |

TRISTESSE

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mélancolique | <input type="checkbox"/> Chagriné(e) |
| <input type="checkbox"/> Malheureux(se) | <input type="checkbox"/> Peiné(e) |
| <input type="checkbox"/> Désespéré(e) | <input type="checkbox"/> Nostalgique |
| <input type="checkbox"/> Déprimé(e) | <input type="checkbox"/> Seul(e) |
| <input type="checkbox"/> Découragé(e) | <input type="checkbox"/> Abattu(e) |
| <input type="checkbox"/> Triste | |
| <input type="checkbox"/> Anéanti(e) | |
| <input type="checkbox"/> Noyé(e) | |
| <input type="checkbox"/> Vide | |

JOIE

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vivant(e) | <input type="checkbox"/> Épanoui(e) | <input type="checkbox"/> Détendu(e) |
| <input type="checkbox"/> Serein(e) | <input type="checkbox"/> Satisfait(e) | <input type="checkbox"/> Fort(e) |
| <input type="checkbox"/> Joyeux(se) | <input type="checkbox"/> Reconnaissant(e) | |
| <input type="checkbox"/> Euphorique | <input type="checkbox"/> Touché(e) | |
| <input type="checkbox"/> Enthousiaste | <input type="checkbox"/> Libre | |
| <input type="checkbox"/> Content(e) | <input type="checkbox"/> Ému(e) | |
| <input type="checkbox"/> Confiant(e) | <input type="checkbox"/> Calme | |
| <input type="checkbox"/> De bonne humeur | <input type="checkbox"/> Serein(e) | |
| <input type="checkbox"/> Boosté(e) | <input type="checkbox"/> Zen | |
| <input type="checkbox"/> Aimant(e) | <input type="checkbox"/> Amusé(e) | |
| <input type="checkbox"/> Inspiré(e) | <input type="checkbox"/> Compatissant(e) | |
| <input type="checkbox"/> Fier(e) | <input type="checkbox"/> Séduit(e) | |

Comment je me sens?

CULPABILITE

- Coupable
- Fautif(ve)

DÉGOÛT

- Dégoûté(e) Écœuré(e)
- Nauséeux(se)

SURPRISE

- Surpris(e)
- Sidéré(e)
- Stupéfait(e)
- Estomaqué(e)
- Scotché(e)
- Figé(e)

EMPÊCHEMENT

- Prisonnier(ère)
- Emmuré(e)
- Englué(e)
- Impuissant(e)
- Coincé(e)
- Doute
- Déchiré(e)
- Indécis(e)
- Bloqué(e)
- Perdu(e)
- Déséquilibré(e)
- Handicapé(e)

HONTE

- Honteux(se) Embarrassé(e)
- Intimidé(e) Gêné(e)

FATIGUE

- Sans énergie Blasé(e)
- Léthargique Démotivé(e)
- Mou(olle)
- Usé(e)
- Épuisé(e)
- Las(se)
- Fatigué(e)

ANÉANTISSEMENT

- Submergé(e)
- Dépassé(e)
- Incapable de réagir
- Brisé(e)
- Découragé(e)

REJET/ABANDON

- Rejeté(e)
- Abandonné(e)
- Jaloux(se)

EMOTIONS PRINCIPALES:



Mes besoins

J'AI BESOIN DE

SÉCURITÉ

- Un abri
- Confiance(en moi)
- Espace
- Lumière
- Protection
- Sécurité
- Stabilité
- Tranquillité

BIEN-ÊTRE CORPOREL

- Boire
- Chaleur
- Contact
- Défoulement
- Détente
- Fraîcheur
- Manger
- Mouvement
- Pleurer
- Propreté
- Relaxation
- Repos
- Respirer
- Rire
- Sexe

REPÈRES

- But
- Cadre
- Désordre
- Ordre
- Rangement
- Rituels
- Routines
- Stabilité
- Structure

CRÉATIVITÉ

- Créativité
- Dessiner
- Écrire
- Exploration
- Inspiration
- Réalisation

ÉVOLUTION

- Changement
- Évasion
- Évolution
- Nouveauté
- Partir
- Renaissance

AFFIRMATION DE SOI

- Affirmation
- Ancrage
- Assurance
- Centrage
- Choix
- Enthousiasme
- Estime de soi
- Oser

COMMUNICATION

- Clarification
- Collaboration
- Confidentialité
- Confrontation
- Coopération
- Discrétion
- Échange
- Écoute
- Justice
- Parler
- Reconnaissance
- Respect

Mes besoins

J'AI BESOIN DE

PRENDRE SOIN DE SOI

- Espace pour moi
- Faire une pause
- Guérison
- Inaction
- Loisirs
- Reconstruction
- Repli sur soi
- Me divertir
- Soins
- Solitude

INTELLECT

- Analyse
- Apprentissages
- Clarté
- Compréhension
- Discernement
- Réflexion

POUVOIR

- Piloter
- Victoire
- Diriger

RELATIONS AUX AUTRES/PARTAGE

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accompagnement | <input type="checkbox"/> Consolation | <input type="checkbox"/> Joie |
| <input type="checkbox"/> Affection | <input type="checkbox"/> Contact physique | <input type="checkbox"/> Justice |
| <input type="checkbox"/> Aide | <input type="checkbox"/> Donner | <input type="checkbox"/> Partage |
| <input type="checkbox"/> Amitié | <input type="checkbox"/> Douceur | <input type="checkbox"/> Présence |
| <input type="checkbox"/> Amour | <input type="checkbox"/> Empathie | <input type="checkbox"/> Recevoir |
| <input type="checkbox"/> Appartenance | <input type="checkbox"/> Être entouré(e) | <input type="checkbox"/> Réconciliation |
| <input type="checkbox"/> Authenticité | <input type="checkbox"/> Fête | <input type="checkbox"/> Réconfort |
| <input type="checkbox"/> Bienveillance | <input type="checkbox"/> Harmonie | <input type="checkbox"/> Respect |
| <input type="checkbox"/> Calme | <input type="checkbox"/> Honnêteté | <input type="checkbox"/> Sérénité |
| <input type="checkbox"/> Chaleur | <input type="checkbox"/> Intégration | <input type="checkbox"/> Sincérité |
| <input type="checkbox"/> Complicité | <input type="checkbox"/> Intégrité | <input type="checkbox"/> Tendresse |
| <input type="checkbox"/> Considération | <input type="checkbox"/> Intimité | |

RÉALISATION DE SOI

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acceptation | <input type="checkbox"/> Flexibilité | <input type="checkbox"/> Motivation |
| <input type="checkbox"/> Adaptation | <input type="checkbox"/> Harmonie | <input type="checkbox"/> Résister |
| <input type="checkbox"/> Autonomie | <input type="checkbox"/> Indépendance | <input type="checkbox"/> Sincérité |
| <input type="checkbox"/> Conscience | <input type="checkbox"/> Intégrité | <input type="checkbox"/> Vitalité |
| <input type="checkbox"/> Équilibre | <input type="checkbox"/> Liberté | |



Mes besoins

J'AI BESOIN DE

ACTION

- Concrétisation
- Élan
- Participation
- Spontanéité
- Sport
- Stimulation
- Voyage

SENS

- Cohérence
- Espoir
- Sens
- Spiritualité
- Transcendance

LÂCHER PRISE

- Acceptation
- Détachement
- Rêver

ENVIRONNEMENT

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Animaux | <input type="checkbox"/> Paroles, voix |
| <input type="checkbox"/> Lumière | <input type="checkbox"/> Pénombre |
| <input type="checkbox"/> Musique | <input type="checkbox"/> Silence |
| <input type="checkbox"/> Nature | <input type="checkbox"/> Sons de la nature |
| <input type="checkbox"/> Noir total | |

DATE:

HEURE:

MÉTÉO:

SITUATION/CIRCONSTANCES:



RÉSUMÉ:

MANIFESTATIONS CORPORELLES:

ÉMOTIONS:

BESOINS:

QU'EST-CE QUE JE PEUX METTRE EN PLACE POUR COMBLER CES BESOINS MOI-MÊME?

