LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE

VÉRIFICATION INDIVIDUELLE DE LA PRATIQUE

NOM : _____ DATE_____

1. Avez-vous ressenti une certaine relaxation? Oui_____ Non_____
2. Avez-vous ressenti une diminution de la respiration? Oui_____ Non_____
3. Avez-vous somnolé par moments? Oui_____ Non_____
4. La pratique a-t-elle été facile? Oui_____ Non_____
5. Avez-vous eu beaucoup de pensées? Oui_____ Non_____
6. Les pensées vous ont-elles irrité(e)? Oui_____ Non_____
7. Les bruits vous ont-ils irrité(e)? Oui_____ Non_____
8. Êtes-vous satisfait(e) de la pratique de la méditation pleine conscience jusqu'ici?
9. Si non, pourquoi?

   _____

   _____

10. Avez-vous des questions ou d'autres commentaires?

    _____

    _____

    _____

    _____