**Calendrier d’événements désagréables**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Quelle était votre expérience?** | **Étiez-vous conscient de l'expérience pendant qu'elle se passait?** | **Qu'avez-vous ressenti dans votre corps pendant l’expérience?** | **Quelles émotions avez-vous remarqué?** | **Quelles pensées étaient présentes?** | **Quelles sont les pensées qui vous viennent au moment où vous écrivez maintenant?** |
| **Vendredi :** |  |  |  |  |  |
| **Samedi :** |  |  |  |  |  |
| **Dimanche :** |  |  |  |  |  |
| **Lundi :** |  |  |  |  |  |
| **Mardi :** |  |  |  |  |  |
| **Mercredi :** |  |  |  |  |  |