|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | **Efficacia dei TRATTAMENTI OLISTICI**  | **niente** | **poco** | **qualcosa**  | **abbastanza** | **tanto** | **tantissimo** |   |
|  |  |  |  |  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **1** | **Si è sentita/o Rilassato**  |  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **2** | **Si è sentito/a più Leggero**  | **CORPO** |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **3** |  |  |  | **TESTA** |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **4** | **Ha sentito Leggerezza Muscolare**  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **5** | **Ha sentito miglioramento dell'UMORE**  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **6** | **Ha avuto qualche espressione emotiva**  | Pianto  | Sfogo Rabbia  | Tremori vari | Liberazione  | Paura  | Formicolii |   |
|  |  |  |  |  |   |   |   | Sfinteriale  |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **7** | **Ha percepito di più gli ODORI o PROFUMI**  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **8** |  |  | **a livello di TOCCO**  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **9** |  | **a percepito di più i Colori**  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **10** |  **Avverte di più la presenza dei SUONI**  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  | **o della MUSICA**  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **11** | **Ha avuto delle ISPIRAZIONI**  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **12** | **Si è sentito MEGLIO IN SE STESSO** |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **13** | **SI è SENTITO MEGLIO CON GLI ALTRI**  |   |   |   |   |   |   |   |
| Made NATSA  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |