

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA

E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2019

TITOLO:

Ipnosi come strumento per la gestione dell'ansia "da esame" in un campione di studenti dell'Università del Piemonte Orientale

Candidato

Dott. Alessandro Feggi

Relatore

Dott. Ennio Foppiani

Indice

1. Introduzione	pag. 2
1.1 Cos'è l'ipnosi	pag. 2
1.2 Lo stress e L'ansia	pag. 4
1.3 L'ansia "da prestazione"	pag. 8
1.4 La resilienza e le abilità di coping	pag.10
1.5 Il servizio di Counseling dell'UPO	pag.12
2. Obiettivi dello studio	pag.16
3. Materiali e metodi	pag.17
4. Risultati	pag.25
5. Discussione	pag.41
6. Conclusioni	pag.44

Bibliografia

Allegato A – Protocollo dello studio

1.Introduzione

1.1 Che cos'è l'ipnosi

Secondo Franco Granone, per ipnosi si intende *“uno stato di coscienza particolare che presenta modificazioni di natura psichica che riguarda la coscienza e la volontà a cui seguono modificazioni di ordine somatico, viscerale ed umorale ”* e per ipnotismo *“la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creatosi fra questi e l'ipnotizzatore”*. (Granone F, 1989)

L'ipnosi viene inoltre definita univocamente dal CIICS come uno *stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico, durante il quale sono possibili notevoli modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo della realizzazione di monoideismi plastici attuati attraverso una relazione terapeutica tra medico e paziente.*

In particolare, con il termine monoideismo plastico si intende la *possibilità creativa che ha un'idea, rappresentata mentalmente, in modo esclusivo, di estendersi e realizzarsi nell'organismo con modificazioni della percezione, emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine ed immunitarie.*

Tale capacità “plastica” viene utilizzata con scopi terapeutici, e nel caso dello studio in oggetto, al fine di ridurre i livelli di ansia associati alla situazione d'esame.

L'ipnosi è un atto volontario e consiste nell'accettazione critica del monoideismo proposto dall'ipnologo, a differenza della suggestionabilità in cui l'idea è accettata acriticamente.

L'ipnosi è nota all'uomo sin dai tempi più antichi: solitamente si ritiene che l'ipnosi sia nata nel XVIII secolo con Mesmer, ma è possibile ipotizzare che le sue origini siano molto più lontane; alcune tracce di trattamenti molto simili a quello ipnotico sono riscontrabili nelle pratiche di incubazione della medicina greca ed egizia e nelle pratiche orientali di meditazione, fino a giungere alle tecniche di guarigione sciamaniche di tutte le epoche tramandate fin dalla preistoria. (Facco E, 2018)

L'ipnosi risulta quindi essere un tipo particolare di comunicazione, che può diventare estremamente potente e terapeutico solo se le persone coinvolte, distinte fra loro nella loro individualità, scelgono di mettersi nella condizione di instaurare un rapporto condividendo un obiettivo, un fine comune, e cercano di perseguirlo mettendosi in relazione. Come suggerisce Eugenio Torre la relazione può "essere un luogo affollato", dove si uniscono spirito del tempo, spirito del luogo, l'individuale ed il collettivo al fine di creare dei legami (Torre E, 2010) secondo un rapporto che si fonda sul riconoscimento della soggettività e dell'altro, nell'"IO-TU" (Buber M, 1954), requisito fondamentale per la nascita di una relazione.

Lo "stato ipnotico" e la "buona comunicazione", di per sé, possono risultare "relativamente inerti": è la fusione delle due istanze, all'interno della relazione, che determina l'effetto terapeutico. Solo in questa particolare condizione si può assistere ad una automatica trasformazione della comprensione del contenuto del messaggio, nella "effettiva realizzazione di quel significato percettivo, motorio, emotivo o cognitivo: questa è l'ideoplasia". (Foppiani E, 2018).

1.2 Lo stress e l'ansia

Il termine inglese stress significa propriamente "sforzo" (dal francese antico estrece, "strettezza, oppressione", derivato del latino strictus, "stretto"). Nell'uso corrente indica, al contempo, tensione nervosa, logorio, affaticamento psicofisico, e l'evento, la situazione che ne costituiscono la causa. Nel linguaggio medico designa invece la risposta funzionale con la quale l'organismo reagisce a uno stimolo, più o meno violento, di qualsiasi natura (microbica, tossica, traumatica, termica, emozionale ecc.).

Secondo Hans Selye, il primo medico che ha concentrato le sue ricerche definendo e studiando tale argomento, lo stress è "una risposta (generale) aspecifica a qualsiasi richiesta (demand) proveniente dall'ambiente" (Selye H, 1955). Tale tipo di risposta venne definita come "Sindrome Generale di Adattamento"; una risposta, cioè, dell'organismo che ha la finalità di ripristinare un equilibrio organico inteso in senso dinamico (omeostatico), in risposta ad un evento perturbante, definito "stressor". La risposta dell'organismo può comprendere fattori biologici, umorali, endocrini e comportamentali.

Hans Selye definì come "Sindrome Generale di Adattamento" la risposta che l'organismo attua quando è soggetto agli effetti prolungati di molteplici fattori di stress, quali stimoli fisici (ad es. fatica), mentali (ad es. impegno lavorativo, studio, concentrazione), sociali o ambientali (ad es. obblighi o richieste dell'ambiente sociale, performances) (Selye H, 1955).

Lazarus e Folkman, successivamente, definirono lo stress come "un particolare tipo di rapporto tra la persona e l'ambiente, che viene valutato dalla persona stessa come gravoso o superiore alle proprie risorse e minaccioso per il proprio benessere". (Lazarus R.S., Folkman S., 1984)

Di per sé, lo stress non è una malattia, ma un meccanismo fondamentale per la sopravvivenza degli animali e dell'uomo: gli effetti negativi si verificano quando vi è un'incongruenza fra le richieste dell'ambiente e la capacità soggettiva di esaudirle. Tale incongruenza viene definita distress, contrapposta alla condizione di eustress che è positiva e fonte di gratificazione per l'individuo.

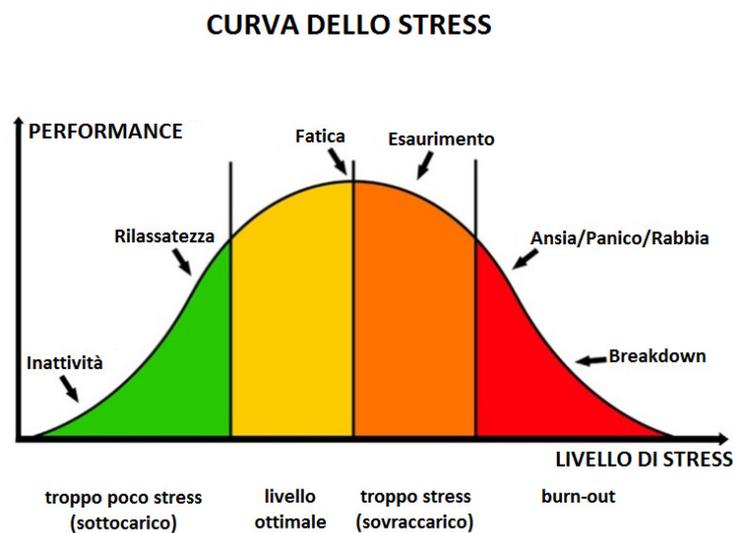


Fig 1. Curva dello stress

Secondo Selye “La completa libertà dallo stress è la morte. Contrariamente a quanto si pensa di solito, non dobbiamo, e in realtà non possiamo, evitare lo stress, ma possiamo incontrarlo in modo efficace e trarne vantaggio imparando di più sui suoi meccanismi, e adattando la nostra filosofia dell'esistenza a esso”. (Selye H., 1974)

Se quindi un'esposizione ad uno "stress" acuto è inevitabile e la risposta dell'organismo necessaria ed indispensabile alla sopravvivenza ed all'adattamento dell'individuo all'ambiente circostante, l'esposizione protratta a situazioni e circostanze percepite come stressanti può portare ad una attivazione cronica dei sistemi di stress che può condurre all'insorgenza di disturbi clinicamente rilevanti. Lo stress e gli eventi stressanti, infatti, sono eventi comuni nella vita quotidiana (Caruso MJ, Crowley NA, Reiss DE, et al. 2018) che comportano cambiamenti complessi nell'organismo a livello psichico, cerebrale, comportamentale, neuroendocrino e del sistema immunitario (Brooks SJ, Stein DJ, 2015): tali risposte si coordinano in un modo auspicabilmente armonico per modulare l'abilità di fronteggiare le situazioni stressanti (*coping*).

L'ansia è il segnale psicofisiologico che indica che una risposta allo stress è stata avviata dall'organismo (Robinson L, 1990). Essa risulta essere un correlato neuro comportamentale di numerosi stressors, e l'esposizione a stress acuti e cronici può determinare ed aggravare i disturbi d'ansia (Ray A, Gulati K, Rai N, 2017).

Secondo il DSM - V (American Psychiatric Association, 2014), i disturbi d'ansia comprendono i disturbi caratterizzati da paura ed ansia eccessive ed i disturbi comportamentali correlati. La "paura" viene definita come la risposta emotiva ad una minaccia imminente, reale o percepita, mentre l'"ansia" risulta essere l'anticipazione di una minaccia futura. Tali stati possono sovrapporsi e non essere così distinti l'uno dall'altro, ma possiedono delle differenze: la paura è solitamente associata alla condizione di stress acuto, con picchi di attivazione autonoma necessaria alla lotta o alla fuga, ed è generalmente un vissuto condivisibile e congruo ad uno stimolo, mentre l'ansia è più frequentemente caratterizzata da tensione muscolare e aumentata vigilanza in preparazione ad un pericolo futuro, correlata a comportamenti prudenti o di evitamento con

intensità ed espressione differente tra i soggetti. Tali comportamenti di evitamento hanno il fine di ridurre i livelli di ansia e di paura. (American Psychiatric Association, 2014).

Sempre secondo il DSM V i disturbi d'ansia sono così suddivisi:

- Disturbo d'ansia da separazione
- Mutismo selettivo
- Fobie specifiche
- Disturbo d'ansia sociale (fobia sociale)
- Disturbo di panico
- Agorafobia
- Disturbo d'ansia generalizzata
- Disturbo d'ansia indotto da sostanze
- Disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica

1.3 L'ansia "da prestazione"

Lo studio in oggetto vuole concentrarsi sui fattori inerenti la sintomatologia ansiosa che può associarsi alla condizione di richiesta di performance in contesto di esame universitario. Nonostante l'esame universitario risulti essere un importante momento formativo e valutativo nella vita di uno studente, e che lo "stress" associato a tale evento risulti del tutto fisiologico e necessario alla possibilità di attingere alla totalità del pool di risorse psicofisiche dell'individuo, eccessivi livelli possono risultare controproducenti ai fini della performance. Tale enunciato va a collocarsi nella cornice teorica sopra descritta, considerando che l'esame universitario inteso come situazione singola stressante va ad inserirsi in un percorso di studi lungo ed impegnativo, in cui vi è l'eventualità che i livelli di stress possano non ridursi in modo significativo tra un esame e l'altro, portando ad una attivazione protratta dei sistemi di stress ed in ultima analisi di ansia. Secondo il DSM – V, tale condizione ansiosa legata ad una "prestazione" viene a configurarsi quando i pazienti presentano "timori legati alla prestazione che sono tipicamente compromettenti nella loro vita professionale". Le paure di prestazione possono manifestarsi in contesti lavorativi, scolastici o accademici in cui sono richieste regolarmente presentazioni in pubblico. Tali ansie o paure non vengono quindi a manifestarsi in situazioni in cui non venga richiesta una "performance". Anche se fortunatamente nella maggior parte dei casi i livelli di ansia non raggiungono livelli tali da soddisfare i criteri diagnostici per il Disturbo da Ansia Sociale – con specificatore "Legata solo alla performance", recenti studi dimostrano come la popolazione degli studenti universitari sia comunque sottoposta ad elevati livelli di stress e sintomatologia ansiosa. (Regehr C, Glancy D, Pitts A, 2013 - Davies EB, Morriss R, Glazebrook C, 2014).

L'ipnosi, nell'ipotesi in studio, consentendo un miglior controllo della sintomatologia ansiosa potrebbe essere utile strumento per il benessere, ovviamente se accompagnata ad una adeguata preparazione teorica e/o pratica dell'esame a cura dello studente.

1.4 La resilienza e le abilità di coping

In Psichiatria, per resilienza si intende la capacità di rispondere in modo positivo agli eventi potenzialmente traumatici, trasformandoli in opportunità per riorganizzare la propria vita in modo più appagante e consapevole. (Feder A, Charney D, Collins K, 2014)

Il termine resilienza sembra essere stato utilizzato per la prima volta dalla psicologa statunitense dell'età evolutiva Emmy E. Werner: in uno studio osservò molti bambini nati nel 1955 sull'isola di Kauai nelle Hawaii. Notò come svariati soggetti che avevano, in teoria, maggiori rischi evolutivi psichici per condizioni familiari e ambientali particolarmente disagiate, raggiungevano invece un miglior adattamento psicosociale a lungo termine rispetto a chi aveva iniziato la vita in modo decisamente più tranquillo e favorevole (Werner, 1971). Da questa ricerca, il termine resilienza ha iniziato ad essere usato nelle scienze psicologiche, prendendolo in prestito dall'ambito ingegneristico e metallurgico, ove indica la proprietà dei materiali di resistere a forze dinamiche come urti e torsioni. Estendendo il concetto alla psiche umana si intende così la resilienza come la capacità di rispondere in modo efficace agli eventi potenzialmente traumatici, trasformandoli in opportunità per riorganizzare la propria esistenza in modo più appagante e consapevole. Tale capacità sembra essere una caratteristica personale diversa da individuo a individuo: potrebbe essere influenzata da una predisposizione genetica, ma anche da risorse personali apprese nel corso dell'esistenza. Oggi viene inteso come un costrutto teorico che comprende molti processi di mantenimento, promozione e ripristino della salute mentale. (Davydov, 2010).

Studi epidemiologici hanno dimostrato che la maggioranza delle persone che vive eventi stressanti non sviluppa in realtà una patologia psichiatrica conclamata. Questa diversità, legata proprio a fattori di resilienza, solleva la

questione di come la resilienza stessa possa garantire una sorta di immunità nei confronti della malattia mentale (Collishaw et al, 2007; Jin et al, 2009; Patel & Goodman, 2007).

La resilienza e il coping sono strettamente correlati fra loro, ma il coping si riferisce all'insieme di strategie cognitivo-comportamentali utilizzate da un individuo per gestire una situazione stressante (Folkman e Moskowitz, 2004) mentre la resilienza è un adattamento post-traumatico.

Sono state identificate moltissime strategie di coping (Carver, 1997). Una distinzione comunemente applicata, secondo la Canadian Mental Health Association, divide le strategie di coping in tre categorie (Weiten e Lloyd, 2008): le persone usano un insieme dei tre tipi descritti.

- appraisal-focused: significa che la persona modifica il suo modo di pensare, ad esempio mediante tecniche di diniego o distanziandosi dal problema (tecniche di evitamento).
- problem-focused: persone che usano questa tecnica cercano di "dialogare" con la causa del proprio problema, acquisendo nuove capacità per affrontarlo e superarlo.
- emotion-focused: consiste ad esempio nel rilascio di emozioni represses, nella gestione di sentimenti ostili (affrontare le proprie emozioni, non la situazione), nella ricerca di un supporto sociale.

Studi scientifici dimostrano come l'ipnosi possa essere uno strumento per il potenziamento delle risorse personali ed individuali di resilienza e possa consentire di ampliare il bagaglio di strategie di coping in situazioni di stress, dolore cronico e ansia libera e somatizzata (Peter J, Tran US, Michalski M, 2018 - Facco E, Casiglia E, Zanette G, Testoni I, 2018b - Schoen M, Nowack K, 2013)

1.5 Il servizio di Counseling dell'Università del Piemonte Orientale

Il Servizio di Counseling dell'Università del Piemonte Orientale è stato ideato, istituito e diretto dal 1998 fino al 2011 dal Prof. Eugenio Torre e successivamente, fino ad oggi, dalla Prof.ssa Patrizia Zeppegno. Tale servizio è attivo nelle tre sedi dell'Università del Piemonte Orientale: Alessandria, Novara e Vercelli. L'esperienza del Servizio di Counseling si fonda su una lunga serie di ricerche e lavori scientifici condotti dalla Cattedra di Psichiatria dell'Università del Piemonte Orientale nel corso degli anni (Torre E, 1999; 2000; 2002*a,b,c*; 2003*a,b,c,d,e*; 2010*b* – Zeppegno P, 2000; 2001; 2002; 2003*a,b*; 2006 – Chieppa N, 2005 – Gogliani A, 2004 – Gramaglia C, 2013 – Gambaro E, 2017)

Altre Università italiane avevano attivato ancora prima del 1998 un servizio di counseling per i propri studenti (Università di Bologna, Università di Padova), su modello americano ed anglosassone, ma solo all'UPO il servizio è stato strutturato con figure di counselor di formazione medica con specializzazione in psichiatria o psicologia clinica e psicoterapeuti, al fine di poter accogliere ed indirizzare verso il percorso più appropriato qualsiasi tipo di richiesta d'aiuto, dalle problematiche di orientamento negli studi, al sintomo psicologico o psicopatologico. L'organizzazione attuale prevede la figura di due Counselor e la collaborazione degli specializzandi del V e IV anno della Scuola di Specializzazione in Psichiatria UPO: tale tipo di attività per gli specializzandi risulta essere integrata nel ventaglio di esperienze formative per quanto riguarda l'attività di orientamento e supporto alla metodologia di studio.

L'attività del Servizio di Counseling dell'UPO ha tratto origine dalla lunga esperienza della Cattedra di Psichiatria dell'UPO nell'ambito della formazione psicologica e psichiatrica degli studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e dei Diplomi Universitari, nonché dal patrimonio esperienziale scaturito dal Corso di Perfezionamento in Relazioni d'Aiuto, dal Corso di

perfezionamento in Counseling, aperti a laureati in ogni disciplina, dal Master in Infermiere Psichiatrico ed al Master in Medicina Narrativa afferenti alla Cattedra di Psichiatria dell'Università del Piemonte Orientale.

Gli obiettivi di tale Servizio possono essere così sinteticamente riassunti:

- offrire colloqui di orientamento e riorientamento,
- favorire il raggiungimento degli obiettivi accademici,
- offrire la possibilità di far fronte a problemi di crescita psicologici e relazionali,
- fornire sostegno nelle situazioni di crisi.
- favorire le capacità relazionali e di problem solving
- imparare a gestire le problematiche di ansia
- fornire un aiuto agli studenti stranieri
- fornire un aiuto agli studenti in Erasmus in entrata ed in uscita

I campi di intervento del servizio sono rappresentati da problematiche emergenti dall'incontro con l'Università, difficoltà nello studio, drop-out e disagio psichico comunque espresso.

Il servizio di Counseling dell'UPO risulta così articolato per la richiesta da parte degli studenti:

- Sportello delle richieste,
- Counseling d'orientamento,
- Counseling individuale,
- Counseling di gruppo.

Esso è diretto a tutti gli studenti universitari di tutti i Corsi di Laurea, delle Scuole di Specializzazione, di Dottorato, ai borsisti e agli assegnisti di ricerca dell'UPO (Alessandria, Novara e Vercelli).

Per quanto riguarda l'orientamento universitario in entrata, esso è rivolto anche agli studenti che frequentano l'ultimo anno della Scuola Media Superiore.

Oltre agli incontri individuali di sostegno psicologico e di aiuto per il metodo di studio, che costituiscono la percentuale maggiore delle richieste che giungono al servizio, agli studenti dell'UPO è offerto un Counseling di gruppo per le problematiche di ansia. Attraverso un corso di training autogeno in cui vengono illustrati con un approccio esperienziale i sei esercizi base del Training Autogeno (Shultz JH, 1932) seguito da una discussione, si permette agli studenti di apprendere tecniche di rilassamento e di facilitare la conoscenza e la condivisione delle problematiche con un netto ridimensionamento delle stesse e del senso di solitudine. Tale tipo di attività ha riscontrato negli anni un numero crescente di adesioni, fornendo lo spunto per il presente progetto di tesi, dato l'interesse degli studenti a tale tipo di approccio nell'affrontare le problematiche di ansia correlate agli studi universitari. Dall'ottobre 2017, inoltre, sono stati istituiti corsi di training autogeno per i Dipendenti dell'UPO nelle sedi di Alessandria, Novara e Vercelli; tale attività si declina nel contesto del Progetto Benessere in Ateneo, e rappresenta la volontà del servizio di poter estendere la propria attività anche ai dipendenti dell'Università e non solo agli studenti. I Partecipanti al corso possono quindi sperimentare sin da subito gli effetti del training autogeno seguendo la voce guida del conduttore e al termine degli esercizi possono esporre le proprie sensazioni derivanti dalla pratica del training autogeno in un contesto gruppale.

Nel corso degli anni, fra i servizi proposti agli studenti si è aggiunto il Cineforum per studenti e specializzandi del Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia: durante

il periodo delle lezioni accademiche, a cadenza quindicinale viene organizzata nelle ore serali la proiezione di un film con successiva discussione. Il focus di tali incontri è incentrato su aspetti di educazione alla relazione, secondo il metodo ideato da Eugenio Torre, e su aspetti di presentazione di quadri clinici psichiatrici osservati attraverso il mezzo artistico cinematografico, consentendo una maggiore immedesimazione e proiezione dei propri vissuti e sentimenti (Zeppegno P, 2015 – Feggi, 2013).

I riferimenti culturali cui si ispira il lavoro svolto dal Servizio di Counseling fondato dal Prof. Eugenio Torre sono da un lato l'Esistenzialismo (Torre E, Usai C, Zeppegno P, 2010), dall'altro la Psicologia Analitica di C.G. Jung. Questi modelli non vengono utilizzati ed applicati in modo rigido e dogmatico, ma immaginati come sfondo di un lavoro che si rivolge alle peculiarità e alle particolarità di ogni individuo che esprime una richiesta di aiuto.

Questo riferimento culturale delinea un percorso che ogni Counselor è chiamato a definire, tenendo presente quanto afferma F. Nietzsche a proposito dell'educazione (Torre E, 2008): *"I tuoi educatori non possono essere altro che i tuoi liberatori. È questo il segreto di ogni educazione; essa non procura membra artificiali, nasi di cera, occhi occhialuti. Ciò che potrebbe dare questi doni è soltanto l'immagine degenerata della educazione"* (Nietzsche, 1972).

"Nel nostro caso le parole del filosofo tedesco possono essere riferite ai Counselors, che per la loro particolare funzione e per le caratteristiche dell'aiuto che offrono ai consultanti svolgono un'importante funzione educativa, nell'accezione di significato attinta dalla Psicologia Analitica." (Torre E, 2010).

Il servizio di Counseling rappresenta infine un punto di riferimento per studenti, docenti e personale tecnico amministrativo per tutte le attività inerenti la relazione, l'aiuto, l'educazione, la prevenzione primaria.

2. Obiettivi dello studio

Il presente progetto di studio ha i seguenti obiettivi:

- Misurare, in una popolazione di studenti di medicina, i livelli di ansia di stato, di tratto, l'entità degli eventi stressanti, le caratteristiche di resilienza e coping attraverso una serie di test (STAI Y 1-2, HAM-A, Paykel, RSA, Brief COPE).
- Osservare ed analizzare come tali caratteristiche si modificano in seguito ad un ciclo di cinque sedute di Ipnosi condotte con la metodica appresa nel "Corso di Formazione in Ipnosi Clinica e Comunicazione Ipnotica" dell'Istituto Franco Granone CIICS .

3. Materiali e metodi

Nel presente studio sono stati coinvolti su base volontaria studenti della Facoltà di Medicina, Chirurgia e Scienze della Salute dell'Università del Piemonte Orientale. Il periodo preso in considerazione per il reclutamento è stato dal mese di giugno 2019 al mese di settembre 2019.

Sono stati inclusi nello studio soggetti di entrambi i sessi, con età maggiore di 18 anni, che desiderassero partecipare allo studio su base volontaria. Eventuali comorbidità organiche, familiarità per disturbi psichiatrici, eventuali pregresse diagnosi o terapie psichiatriche dell'area dei disturbi ansiosi non costituivano criterio di esclusione dallo studio.

Sono stati invece esclusi dallo studio studenti che presentassero nell'attualità o in anamnesi diagnosi di disturbi psichiatrici maggiori dell'area psicotica (Schizofrenia, disturbi psicotici in genere, Disturbo Bipolare I o II, Depressione Delirante).

Ai partecipanti allo studio veniva quindi somministrato, in occasione del primo incontro (**T0**) il protocollo di studio (allegato A), così costituito:

- Consenso informato
- Raccolta dati anagrafica ed anamnestica, da compilarsi a cura del medico
- Valutazioni testistiche, costituite da test consegnati ai partecipanti allo studio (tempo di compilazione circa 15')

Nella scheda anagrafica venivano raccolti nome, cognome, data e luogo di nascita, comune di residenza, stato civile, anno di corso universitario, eventuale condizione di fuori corso, l'anamnesi familiare psichiatrica, gli eventuali trattamenti psichiatrici precedenti, le eventuali comorbidity e l'eventuale abuso di fumo, alcool o sostanze stupefacenti.

Le valutazioni testistiche avevano lo scopo di valutare e misurare, ove possibile, i livelli di ansia di stato, di tratto, gli eventi stressanti avvenuti negli ultimi sei mesi, i livelli di resilienza e di coping. Di seguito verranno descritte più nello specifico le scale utilizzate.

State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y), (Spielberger CD, Gorsuch R, Lushene R, 1970)

Ideato da Spielberger nel 1964 e stampato nel 1970, lo STAI-Y si presenta suddiviso in due scale (Y1 e Y2), che valutano rispettivamente l'ansia di stato, tramite domande riferite a come il soggetto si sente al momento della somministrazione del questionario, e l'ansia di tratto, con domande che indagano come il soggetto si sente abitualmente. E' possibile in tal modo operare una prima discriminazione tra l'ansia intesa come sintomo e l'ansia espressa come modalità di risposta agli stimoli esterni (Guillén-Riquelme A, Buéla-Casal G, 2014).

Lo State-Trait Anxiety Inventory forma Y è un questionario di autovalutazione, in forma di Scala Likert, dove il soggetto valuta su una scala da 1 a 4 (con 1 = per nulla e 4 = moltissimo) quanto diverse affermazioni si addicono al proprio comportamento.

La STAI è composta da un totale di 40 domande, 20 riguardano l'ansia di stato (Y1) e 20 l'ansia di tratto (Y2). L'ansia di stato indica quanto la persona si percepisca in ansia "proprio in quel momento" ed esprime una sensazione soggettiva di tensione e preoccupazione, comportamenti relazionali di evitamento (o avvicinamento eccessivo e prematuro) e un aumento dell'attività del sistema nervoso autonomo (incremento della frequenza cardiaca, respiratoria, etc...) relativa ad una situazione - stimolo, quindi transitoria e di intensità variabile; l'ansia di tratto si riferisce invece a come il soggetto si senta abitualmente, ad una condizione più duratura e stabile della personalità che caratterizza l'individuo in modo continuativo, indipendentemente da una situazione specifica.

Hamilton Rating Scale for Anxiety - HAM-A (Hamilton, 1959)

Può essere considerata il prototipo delle scale costituite da categorie di sintomi: essa esplora, infatti, 14 categorie tra cui ansia, tensione, sintomi neurovegetativi, sintomi somatici e comportamento durante l'intervista. La valutazione richiede un'intervista libera ed è riferita, per la sintomatologia riportata dal paziente, alla settimana precedente ed è completata dall'osservazione del comportamento; l'enfasi maggiore è posta, comunque, su quanto riferito dal paziente. L'HAM-A, è la scala più usata nello studio dell'ansia e delle sue modificazioni sotto trattamento e, anche se non è in grado di distinguere i diversi disturbi d'ansia specifici, si è dimostrata quella probabilmente più sensibile, capace di discriminare efficacemente gli effetti del trattamento nei pazienti ansiosi ed ha mostrato un elevato coefficiente di correlazione negli studi di inter-rater reliability.

Lista degli eventi stressanti di Paykel (Paykel, 1971)

Valuta gli eventi stressanti cui l'individuo è stato sottoposto negli ultimi 6 mesi. È formata da 61 elementi, divisi in 10 categorie (lavoro, educazione, problemi economici, salute, lutto, emigrazione, vita sentimentale, problemi legali, relazioni familiari ed area coniugale); di ciascun evento si richiede di indicare la presenza nel periodo definito. Gli eventi sono elencati da quello ritenuto maggiormente stressante (morte di un figlio) con peso maggiore nella correzione, a quello meno stressante (matrimonio del figlio/a con consenso) con peso minore nella correzione. Il punteggio massimo, ottenuto contrassegnando tutti gli item del test, risulta quindi 686,91; il punteggio minimo è zero.

Resilience Scale for Adult - RSA - (Friborg et al, 2003)

Scala validata in italiano autocompilativa costituita da 33 elementi con scala Likert a 5 punti, in cui il punteggio totale più alto indica migliore resilienza. I punteggi vanno da un minimo di 33 ad un massimo di 165. Consente di esaminare fattori protettivi a livello intra ed interpersonale che sembrano facilitare l'adattamento a difficoltà psicosociali (forza personale, competenza sociale, coesione familiare, risorse sociali). Secondo gli autori, le caratteristiche generali di resilienza potrebbero essere più stabili nel tempo rispetto all'espressione sintomatologica della patologia e alti valori di resilienza potrebbero essere predittivi di buona "crescita" psicologica in corso di psicoterapia, di minor ricadute di malattia e indicare una buona attitudine a confrontarsi con le difficoltà presenti e future (Friborg et al, 2003).

Le sottoscale del test valutano i seguenti aspetti: PS – Perception of Self, contiene item che misurano quanto un soggetto confidi nelle proprie abilità e giudizi e quanto le proprie aspettative rispecchino la realtà. PF – Planned Future, misura la capacità di pianificare, di avere un atteggiamento positivo e di riuscire a

orientare i propri sforzi per raggiungere un obiettivo. SS – Structured Style, indica la preferenza nell'essere organizzati, seguire una routine e di pianificare attentamente prima di "agire". SC – Social Competence indica la facilità con cui l'individuo intrattiene relazioni sociali, la capacità di essere flessibili, adattarsi alle situazioni ed utilizzare l'umorismo come risorsa. FC – Family Cohesion, misura quanto i valori importanti per l'individuo siano condivisi o discordanti con quelli dei propri famigliari, quanto tempo viene trascorso con essi e quanto il soggetto si senta supportato dal nucleo familiare. SR – Social Resources, misura la disponibilità di supporto sociale esterna alla famiglia, in termini di amicizie e disponibilità di ottenere aiuto se in difficoltà.

Dall'unione di Perception of Self e Planned Future, si ottiene un ulteriore item, PC – Personal Competence che unisce la capacità di confidare nelle proprie capacità ed indirizzarle per raggiungere in modo individuale i propri scopi.

Brief Cope (Carver, 1997)

Test autosomministrato comprendente 28 item ognuno con scala Likert a 4 punti che chiede al soggetto di indicare con quale frequenza attua un determinato comportamento quando sottoposto a situazioni stressanti. Valuta gli aspetti del coping incentrato sul problema, del coping emozionale e del coping incentrato sull'evitamento. Questi aspetti configurano quello che viene definito come "coping attivo"; esso consiste negli sforzi attuati dall'individuo per liberarsi da uno stressor o per riorganizzare la propria vita facendo fronte alle modifiche che lo stress ha determinato.

Successivamente, la popolazione in studio è stata suddivisa con criterio di randomizzazione casuale fra CASI e CONTROLLI. Lo studio proseguiva in modo differente fra i due gruppi come sotto indicato:

- Gruppo CASI: veniva avviato il trattamento costituito da cinque sedute ipnotiche a distanza di almeno una settimana l'una dall'altra, al termine delle quali veniva somministrato nuovamente il protocollo di valutazioni testistiche (T1) (*in allegato*).
- Gruppo CONTROLLI: lasciato trascorrere almeno 1 mese dal T0 veniva nuovamente somministrato il protocollo di valutazioni testistiche (T1) (*in allegato*).

Data la disponibilità e la curiosità dei partecipanti allo studio nei confronti dell'ipnosi, si è scelto di effettuare comunque il ciclo di sedute ipnotiche anche al gruppo CONTROLLI, ovviamente solo a studio concluso e dopo raccolta del protocollo T1 in modo da non inficiare la strutturazione dello studio in CASI Vs CONTROLLI.

Nel corso dello studio è si è cercato di standardizzare, per quanto possibile e compatibilmente con la variabilità individuale dei partecipanti, il trattamento ipnotico.

La fase induttiva è stata caratterizzata dalla metodica di fissazione di un punto collocato in alto: nel caso in cui il soggetto mostrasse una qualche difficoltà veniva associata a tale indicazione quella di chiudere le palpebre in sincronia con gli atti respiratori. Veniva poi successivamente suggerita la sensazione di pesantezza delle palpebre e si procedeva a ratifica dell'ottenimento dello stato di trance e del riconoscimento della condizione ipnotica attraverso la presenza di indicatori oggettivi (sguardo fisso, lacrimazione, dilatazione pupillare, flutter palpebrale, ammiccamento, rallentamento della respirazione, deglutizione, sudorazione, appianamento dei muscoli facciali, immobilità del corpo, movimenti oculari rapidi, assorbimento interno). In seguito veniva effettuato un approfondimento della condizione ipnotica mediante levitazione del braccio

destro. Giunti a questo punto veniva proposto lo script specifico per ogni seduta, così suddivisi:

- Prima seduta: sensazioni generiche di distensione e rilassamento muscolare correlate all'attenzione al respiro " ... l'aria ti respira ..." e al riconoscimento delle proprie capacità nell'ottenimento di una condizione di calma e serenità "... hai ottenuto questa particolare condizione di benessere e rilassamento grazie alla tua capacità di concentrarti ed alla forza della tua mente ..."
- Seconda seduta: visualizzazione ed esplorazione del luogo sicuro. In tale seduta veniva fornito un ancoraggio (unione dei polpastrelli del dito pollice ed indice della mano sinistra) con la possibilità di sfruttare tale comando successivamente alle sedute a casa o quando impegnati in situazione "stressante" (nel caso dello studio durante la condizione di esame)
- Terza seduta: a partire dal luogo sicuro, camminata lungo un sentiero al cui termine c'è "l'obiettivo" (indicato generalmente in modo che lo studente potesse effettivamente definirlo singolarmente – generalmente l'obiettivo è stata la laurea). Veniva proposto uno script in cui lo studente cammina lungo il sentiero procedendo con calma e regolarità anche quando il percorso si faceva più irto e ripido. "... riesci a superare le difficoltà sul tuo percorso e queste difficoltà diventano risorse per affrontare quelle future ...". Al termine dello script si poteva osservare "l'obiettivo" più da vicino "... sapendo di possedere tutte le risorse necessarie per raggiungerlo ... con la consapevolezza delle proprie capacità".

- Quarta seduta: visualizzazione nel futuro prossimo (cinque anni) mediante viaggio in treno e visualizzazione di pagine dell'agenda che sfogliano in avanti. Giunti alla destinazione del viaggio " ... ti sembra naturale dirigerti verso il tuo luogo di lavoro, indossare il camice e affrontare la tua giornata ricca incontri con i pazienti ... sei impegnato in una attività piacevole che ti dona grande soddisfazione e realizzazione". Prima di ritornare al tempo presente, incontro con il Sé di cinque anni prima, impegnato negli esami "... grazie a quegli sforzi, quei sacrifici e quell'impegno riesci a provare questa sensazione di realizzazione nel poter fare ciò che ti piace ... "
- Quinta seduta: recupero di una sensazione di profondo benessere, gratificazione e soddisfazione personale quando impegnato in una attività " ... in cui ti senti particolarmente bravo, al tuo posto ... ", ritorno al luogo sicuro e potenziamento dell'ancoraggio.

Le sedute si concludevano con un breve colloquio in cui lo studente poteva descrivere i vissuti emotivi e le sensazioni correlate al trattamento ipnotico.

Per quanto riguarda l'analisi statistica dei risultati i dati raccolti sono stati inseriti in un database informatizzato e analizzati mediante il software statistico MedCalc v 19.1 (Ostend, Belgium). La distribuzione delle variabili continue è stata valutata mediante test di Shapiro-Wilk. Le variabili continue sono espresse come mediane e range interquartili; le variabili continue sono state confrontate tra casi e controlli mediante test di Mann-Whitney per campioni indipendenti. La variazione tra prima e dopo il trattamento delle variabili continue è stata analizzata mediante test di Wilcoxon per campioni appaiati.

La distribuzione delle variabili categoriche tra casi e controlli è stata confrontata mediante test esatto di Fisher.

4. Risultati

Sono stati reclutati un totale di 26 studenti (11 M, 15 F).

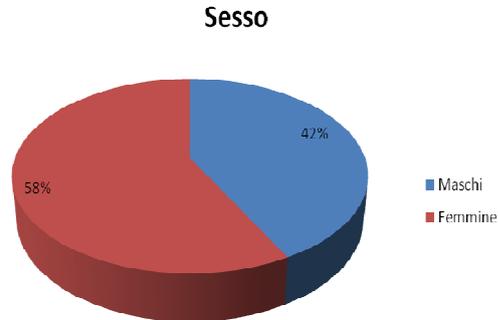


Grafico 1. Suddivisione per sesso

Di questi 26 studenti, 25 (96%) risultavano "in corso."

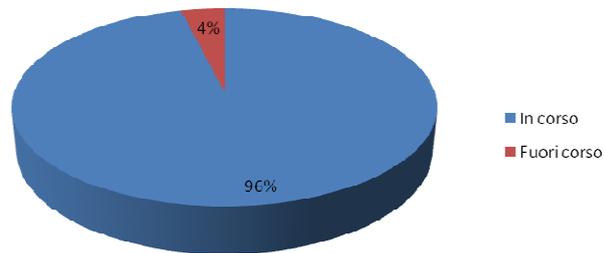


Grafico 2. In corso Vs Fuori corso

Nel campione di studenti, 5 (19%) presentavano una anamnesi familiare psichiatrica positiva.

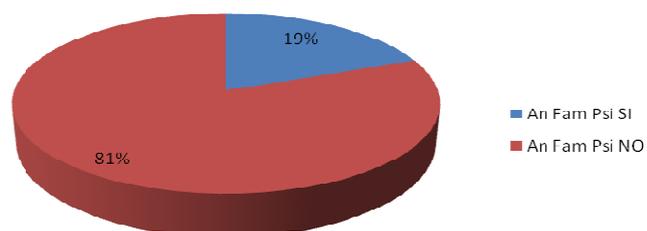


Grafico 3. Anamnesi Familiare Psichiatrica

Per quanto riguarda l'anamnesi psichiatrica personale (ad esclusione di disturbi psicotici, schizofrenia, disturbo bipolare o depressione delirante), 4 studenti (15%) hanno riportato in anamnesi precedenti diagnosi (disturbo d'ansia, depressione reattiva).

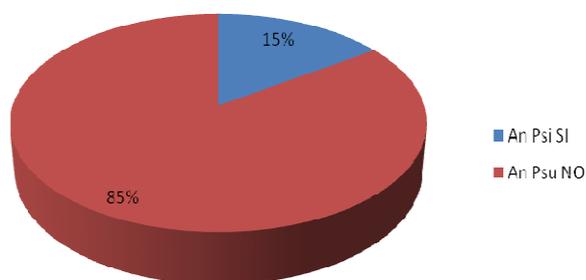


Grafico 4. Anamnesi personale psichiatrica

Solo uno studente (3.8%) presentava comorbidità mediche in anamnesi (ipercolesterolemia familiare).

Per quanto riguarda le sostanze d'abuso, 3 studenti (11.5 %) hanno riportato fumo di sigarette, 1 studente (3.8 %) uso occasionale di alcool e 1 studente (3.8 %) uso di cannabis.

Gli studenti sono stati quindi suddivisi con criterio di randomizzazione casuale fra CASI = 15 studenti (F 7, 47%) e CONTROLLI = 11 (F 8, 73%). I due gruppi sono risultati omogenei per sesso ($p=0.25$) ed età (25 [25-26] anni nei casi vs. 25 [21.2-27] anni nei controlli).

Sesso	Sesso		
	Controlli	Casi	
Femmine	8	7	15 (57,7%)
Maschi	3	8	11 (42,3%)
	11 (42,3%)	15 (57,7%)	26 ($p= 0.25$)

Tabella 1. Distribuzione per sesso CASI vs CONTROLLI

Per quanto riguarda la suddivisione delle variabili anamnestiche fra il gruppo CASI e il gruppo CONTROLLI non sono emerse differenze statisticamente significative tra i due gruppi.

categ	Anamnesi Fam. Psi		
	NO	SI	
Controlli	10	1	11 (42,3%)
Casi	11	4	15 (57,7%)
	21 (80,8%)	5 (19,2%)	26
Chi-squared			1,214
DF			1
Significance level			$P = 0,2706$

categ	Anamnesi Psi		
	NO	SI	
Controlli	9	2	11 (42,3%)
Casi	13	2	15 (57,7%)
	22 (84,6%)	4 (15,4%)	26
Chi-squared			0,110
DF			1
Significance level			P = 0,7399

categ	Comorbidità		
	NO	SI	
Controlli	11	0	11 (42,3%)
Casi	14	1	15 (57,7%)
	25 (96,2%)	1 (3,8%)	26
Chi-squared			0,733
DF			1
Significance level			P = 0,3918

categ	In corso		
	NO	SI	
Controlli	0	11	11 (42,3%)
Casi	1	14	15 (57,7%)
	1 (3,8%)	25 (96,2%)	26
Chi-squared			0,733
DF			1
Significance level			P = 0,3918

categ	Alcool		
	NO	SI	
Controlli	10	1	11 (42,3%)
casi	15	0	15 (57,7%)
	25 (96,2%)	1 (3,8%)	26
Chi-squared			1,364
DF			1
Significance level			P = 0,2429

categ	Sostanze		
	NO	SI	
Controlli	11	0	11 (42,3%)
Casi	14	1	15 (57,7%)
	25 (96,2%)	1 (3,8%)	26
Chi-squared			0,733
DF			1
Significance level			P = 0,3918

Tabella 2. Distribuzione variabili anamnestiche CASI vs CONTROLLI

Per quanto riguarda i valori misurati al test STAI Y1, è stato possibile osservare una riduzione statisticamente significativa ($T0 = 37 [33-42.7]$ vs. $T1 = 28 [23.5-32.7]$; $p=0.0004$) dei livelli di ansia nel gruppo CASI fra T0 e T1, come mostrato in Tabella 3 e rappresentato nel Grafico 5.

Sample 1	STAI_Y1 T0	
Sample 2	STAI_Y1 T1	
Filter	CASI	
	Sample 1	Sample 2
Sample size	15	15
Lowest value	28,0000	20,0000
Highest value	55,0000	42,0000
Median	37,0000	28,0000
95% CI for the median	33,0000 to 42,7351	23,5298 to 32,7351
Interquartile range	33,0000 to 42,7500	23,5000 to 32,7500
Hodges-Lehmann median difference	-9,0000	
95% Confidence interval	-13,0000 to -5,5000	
Wilcoxon test (paired samples)		
Number of positive differences	1	
Number of negative differences	14	
Smaller total of ranks	4,00	
Two-tailed probability	P = 0,0004	

Tabella 3. STAI Y-1 T0 Vs T1 CASI

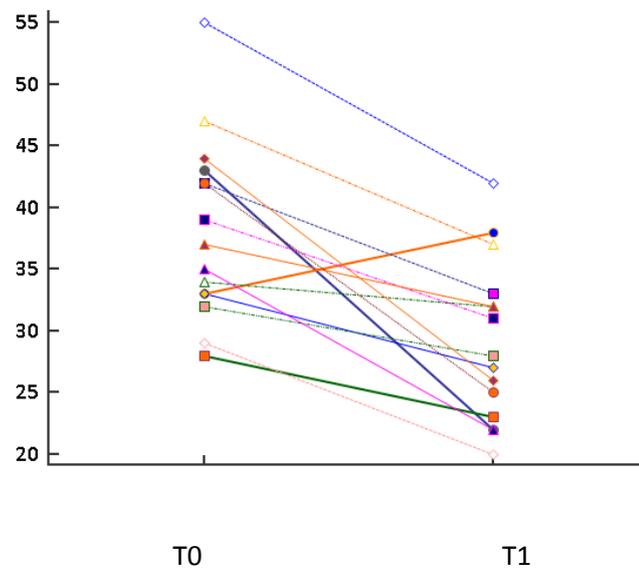


Grafico 5. STAI-Y1 T0 Vs T1 CASI

Anche per quanto riguarda i valori del test STAI-Y2 è stato possibile osservare una riduzione statisticamente significativa dei valori al test nel gruppo CASI fra T0 e T1 (T0 = 40 [32-47.7] vs. T1 = 33 [31-42.5]; $p=0.0031$), come mostrato in Tabella 4 e nel Grafico 6.

Sample 1	STAI_Y2 T0	
Sample 2	STAI_Y2 T1	
Filter	CASI	
	Sample 1	Sample 2
Sample size	15	15
Lowest value	<u>29,0000</u>	<u>24,0000</u>
Highest value	<u>54,0000</u>	<u>51,0000</u>
Median	40,0000	33,0000
95% CI for the median	32,0000 to 47,6754	31,0000 to 42,4105
Interquartile range	32,0000 to 47,7500	31,0000 to 42,5000
Hodges-Lehmann median difference		-4,0000
95% Confidence interval		-7,0000 to -2,0000
Wilcoxon test (paired samples)		
Number of positive differences		2
Number of negative differences		12
Smaller total of ranks		8,00
Two-tailed probability		P = 0,0031

Tabella 4. STAI Y-2 T0 Vs T1 CASI

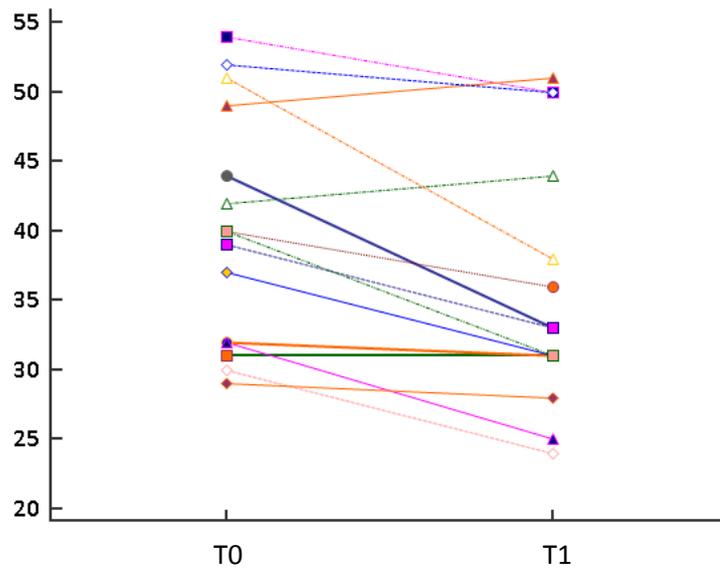


Grafico 6. STAI-Y2 T0 Vs T1 CASI

È possibile inoltre osservare una riduzione statisticamente significativa dei valori di STAI-Y Totale fra T0 e T1 nel gruppo CASI (T0 = 76 [67.75-86.75] vs. T1 = 61 [54.25-75.75]; $p=0.0004$), come mostrato in Tabella 5 e Grafico 7.

Sample 1	STAI_TOT T0	
Sample 2	STAI_TOT T1	
Filter	CASI	
	Sample 1	Sample 2
Sample size	15	15
Lowest value	59,0000	44,0000
Highest value	107,0000	92,0000
Median	76,0000	61,0000
95% CI for the median	67,7948 to 86,7351	54,2649 to 75,7351
Interquartile range	67,7500 to 86,7500	54,2500 to 75,7500
Hodges-Lehmann median difference		-13,5000
95% Confidence interval		-18,0000 to -8,0000
Wilcoxon test (paired samples)		
Number of positive differences		1
Number of negative differences		13
Smaller total of ranks		2,00
Two-tailed probability		P = 0,0004

Tabella 5. STAI Y-TOTALE T0 Vs T1 CASI

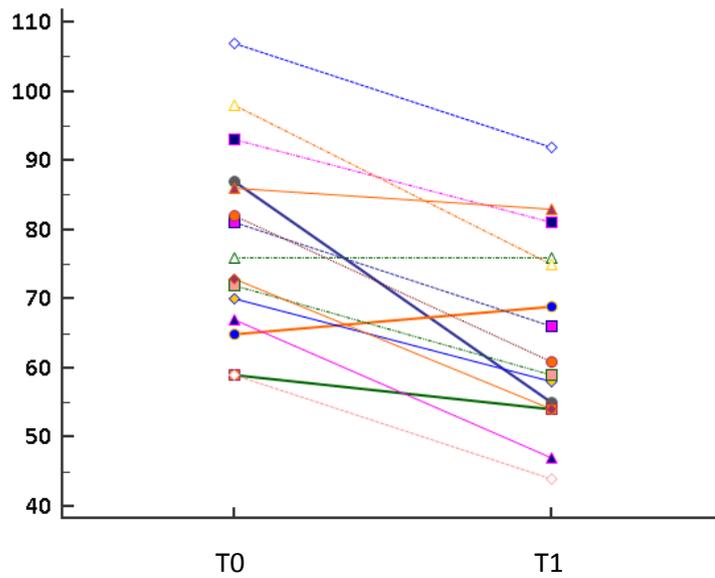


Grafico 7. STAI-Y TOTALE T0 Vs T1 CASI

Per quanto riguarda il gruppo CONTROLLI, i valori del test STAI-Y1, STAY-Y2 e STAY-Y TOTALE, **non** si sono osservate differenze statisticamente significative tra T0 e T1, come riportato nella Tabella 6.

Sample 1	STAI_Y1 T0	
Sample 2	STAI_Y1 T1	
Filter	CONTROLLI	
	Sample 1	Sample 2
Sample size	11	11
Lowest value	32,0000	33,0000
Highest value	57,0000	54,0000
Median	42,0000	43,0000
95% CI for the median	35,8203 to 50,7188	34,8203 to 49,0000
Interquartile range	37,2500 to 49,0000	36,5000 to 48,7500
Hodges-Lehmann median difference		0,0000
95% Confidence interval		-4,0000 to 1,5000
Wilcoxon test (paired samples)		
Number of positive differences		4
Number of negative differences		4
Smaller total of ranks		16,50
Two-tailed probability		P = 0,8438

Sample 1	STAI_Y2 T0	
Sample 2	STAI_Y2 T1	
Filter	CONTROLLI	
	Sample 1	Sample 2
Sample size	11	11
Lowest value	33,0000	33,0000
Highest value	63,0000	56,0000
Median	48,0000	49,0000
95% CI for the median	36,4609 to 56,1797	34,8203 to 51,8985
Interquartile range	37,5000 to 54,7500	35,5000 to 50,7500
Hodges-Lehmann median difference		-0,5000
95% Confidence interval		-5,5000 to 1,0000

Wilcoxon test (paired samples)

Number of positive differences	2
Number of negative differences	5
Smaller total of ranks	8,50
Two-tailed probability	P = 0,3750

Sample 1	STAI_Y TOT T0	
Sample 2	STAI_Y TOT T1	
Filter	CONTROLLI	
	Sample 1	Sample 2
Sample size	11	11
Lowest value	69,0000	69,0000
Highest value	114,0000	105,0000
Median	88,0000	87,0000
95% CI for the median	77,4609 to 99,2579	76,3828 to 99,0000
Interquartile range	79,0000 to 98,0000	79,5000 to 98,5000
Hodges-Lehmann median difference		0,0000
95% Confidence interval		-8,5000 to 2,5000

Wilcoxon test (paired samples)

Number of positive differences	4
Number of negative differences	3
Smaller total of ranks	11,50
Two-tailed probability	P = 0,6875

Tabella 6. STAI-Y1, Y2 e TOTALE T0 Vs T1 CONTROLLI

Osservando i valori del test Hamilton, è possibile osservare una riduzione statisticamente significativa fra T0 e T1 nel gruppo CASI (T0 = 11 [6-15.75] vs. T1 = 5 [3-9.25]; $p=0.0009$) come mostrato in Tabella 7 e Grafico 8, mentre non si osservano variazioni significative nel gruppo CONTROLLI, come indicato in Tabella 8.

Sample 1	HAM_A T0	
Sample 2	HAM_A T1	
Filter	CASI	
	Sample 1	Sample 2
Sample size	15	15
Lowest value	1,0000	0,0000
Highest value	24,0000	19,0000
Median	11,0000	5,0000
95% CI for the median	6,0597 to 15,7351	3,0000 to 9,2052
Interquartile range	6,0000 to 15,7500	3,0000 to 9,2500
Hodges-Lehmann median difference		-4,5000
95% Confidence interval		-7,0000 to -2,0000
Number of positive differences		2
Number of negative differences		12
Smaller total of ranks		4,50
Two-tailed probability		P = 0,0009

Tabella 7. HAM-A T0 Vs T1 CASI

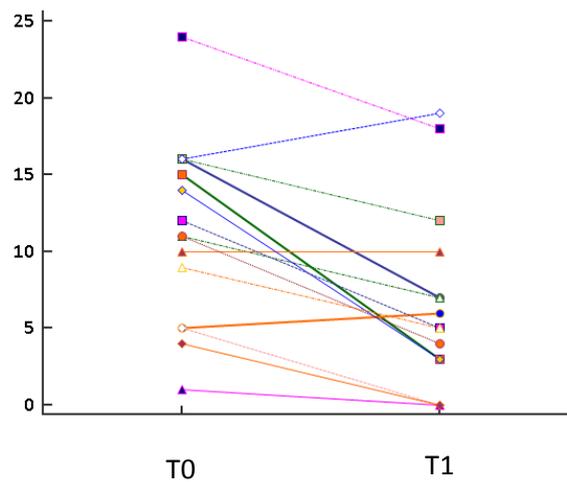


Grafico 8. HAM-A T0 Vs T1 CASI

Sample 1	HAM_A T0	
Sample 2	HAM_A T1	
Filter	CONTROLLI	
	Sample 1	Sample 2
Sample size	11	11
Lowest value	8,0000	10,0000
Highest value	29,0000	24,0000
Median	15,0000	15,0000
95% CI for the median	10,6406 to 21,1797	11,0000 to 19,0000
Interquartile range	11,2500 to 20,5000	11,2500 to 18,2500
Hodges-Lehmann median difference		0,0000
95% Confidence interval		-7,5000 to 1,5000

Wilcoxon test (paired samples)

Number of positive differences	4
Number of negative differences	2
Smaller total of ranks	10,00
Two-tailed probability	P = 1,0000

Tabella 8. HAM-A T0 Vs T1 CONTROLLI

Osservando i valori del test Paykel, non si apprezzano variazioni statisticamente significative fra T0 e T1 fra il gruppo CASI (Tabella 9) e il gruppo CONTROLLI (Tabella 10).

Sample 1	PAYKEL T0	
Sample 2	PAYKEL T1	
Filter	CASI	
	Sample 1	Sample 2
Sample size	15	15
Lowest value	0,0000	10,4400
Highest value	57,0600	83,6000
Median	32,5100	32,4700
95% CI for the median	20,0872 to 35,7525	18,0500 to 47,9201
Interquartile range	19,9725 to 35,7625	18,0500 to 47,9950
Hodges-Lehmann median difference		2,7850
95% Confidence interval		-6,4150 to 17,5100

Wilcoxon test (paired samples)

Number of positive differences	6
Number of negative differences	6
Smaller total of ranks	30,00
Two-tailed probability	P = 0,5186

Tabella 9. Paykel T0 Vs T1 CASI

Sample 1	PAYKEL T0	
Sample 2	PAYKEL T1	
Filter	CONTROLLI	
	Sample 1	Sample 2
Sample size	11	11
Lowest value	<u>13,5200</u>	<u>12,8100</u>
Highest value	<u>106,2900</u>	<u>106,2900</u>
Median	45,9900	55,9500
95% CI for the median	23,9600 to 79,9526	22,0840 to 81,7755
Interquartile range	25,6775 to 76,7000	23,9600 to 79,8400
Hodges-Lehmann median difference		0,0000
95% Confidence interval		-8,7300 to 4,9800

Wilcoxon test (paired samples)

Number of positive differences	2
Number of negative differences	3
Smaller total of ranks	6,00
Two-tailed probability	P = 0,8125

Tabella 10. Paykel T0 Vs T1 CONTROLLI

Osservando i valori riportati al test RSA, nel gruppo casi tale valore tende a mantenersi stabile, non modificandosi in modo statisticamente significativo fra T0 e T1 (Tabella 11); è possibile osservare invece una differenza statisticamente significativa fra T0 e T1 nel gruppo CONTROLLI (T0 = 116 [107.75-126.75] vs. T1 = 126 [111,75-127,75]; **p=0.0156**) come mostra la Tabella 12.

Sample 1	RSA T0	
Sample 2	RSA T1	
Filter	CASI	
	Sample 1	Sample 2
Sample size	15	15
Lowest value	<u>102,0000</u>	<u>96,0000</u>
Highest value	<u>147,0000</u>	<u>151,0000</u>
Median	134,0000	136,0000
95% CI for the median	125,0597 to 139,9403	126,1194 to 141,4702
Interquartile range	125,0000 to 140,0000	126,0000 to 141,5000
Hodges-Lehmann median difference		2,0000
95% Confidence interval		-1,0000 to 5,0000

Wilcoxon test (paired samples)

Number of positive differences	8
Number of negative differences	4

Smaller total of ranks	21,00
Two-tailed probability	P = 0,1763

Tabella 11. RSA T0 Vs T1 CASI

Sample 1	RSA T0	
Sample 2	RSA T1	
Filter	CONTROLLI	
	Sample 1	Sample 2
Sample size	11	11
Lowest value	77,0000	86,0000
Highest value	138,0000	138,0000
Median	116,0000	126,0000
95% CI for the median	105,2812 to 130,4375	109,3828 to 129,6172
Interquartile range	107,7500 to 126,7500	111,7500 to 127,7500
Hodges-Lehmann median difference		4,0000
95% Confidence interval		0,0000 to 7,0000
Wilcoxon test (paired samples)		
Number of positive differences		7
Number of negative differences		1
Smaller total of ranks		1,50
Two-tailed probability		P = 0,0156

Tabella 12. RSA T0 Vs T1 CONTROLLI

Per quanto riguarda il test BRIEF COPE, suddiviso nei sottoitem PF, EF e A, non si sono rilevate variazioni statisticamente significative tra T0 e T1 sia nel gruppo CASI (Tabella 13), sia nel gruppo CONTROLLI (Tabella 14).

Sample 1	COPE_PF T0	
Sample 2	COPE_PF T1	
Filter	CASI	
	Sample 1	Sample 2
Sample size	15	15
Lowest value	22,0000	21,0000
Highest value	29,0000	29,0000
Median	26,0000	25,0000
95% CI for the median	23,2649 to 27,7351	22,2649 to 28,0000
Interquartile range	23,2500 to 27,7500	22,2500 to 28,0000
Hodges-Lehmann median difference		0,0000
95% Confidence interval		-1,5000 to 0,5000

Wilcoxon test (paired samples)

Number of positive differences	5
Number of negative differences	6
Smaller total of ranks	24,50
Two-tailed probability	P = 0,4648

Sample 1	COPE_EF T0	
Sample 2	COPE_EF T1	
Filter	CASI	
	Sample 1	Sample 2
Sample size	15	15
Lowest value	<u>21,0000</u>	<u>25,0000</u>
Highest value	<u>36,0000</u>	<u>37,0000</u>
Median	31,0000	29,0000
95% CI for the median	27,2649 to 32,7351	27,0000 to 32,0000
Interquartile range	27,2500 to 32,7500	27,0000 to 32,0000
Hodges-Lehmann median difference		0,0000
95% Confidence interval		-2,0000 to 1,5000

Wilcoxon test (paired samples)

Number of positive differences	6
Number of negative differences	7
Smaller total of ranks	41,50
Two-tailed probability	P = 0,7869

Sample 1	COPE_A T0	
Sample 2	COPE_A T1	
Filter	CASI	
	Sample 1	Sample 2
Sample size	15	15
Lowest value	<u>11,0000</u>	<u>10,0000</u>
Highest value	<u>15,0000</u>	<u>14,0000</u>
Median	12,0000	13,0000
95% CI for the median	12,0000 to 14,0000	11,2649 to 14,0000
Interquartile range	12,0000 to 14,0000	11,2500 to 14,0000
Hodges-Lehmann median difference		0,0000
95% Confidence interval		-1,0000 to 0,5000

Wilcoxon test (paired samples)

Number of positive differences	4
Number of negative differences	5
Smaller total of ranks	16,00
Two-tailed probability	P = 0,4961

Tabella 13. COPE PF, EF, A T0 Vs T1 CASI

Sample 1	COPE_PF T0	
Sample 2	COPE_PF T1	
Filter	CONTROLLI	
	Sample 1	Sample 2
Sample size	11	11
Lowest value	<u>15,0000</u>	<u>18,0000</u>
Highest value	<u>31,0000</u>	<u>30,0000</u>
Median	23,0000	23,0000
95% CI for the median	19,6406 to 26,0000	18,8203 to 26,0000
Interquartile range	20,0000 to 25,5000	19,2500 to 26,0000
Hodges-Lehmann median difference		0,0000
95% Confidence interval		-0,5000 to 1,5000

Wilcoxon test (paired samples)

Number of positive differences	3
Number of negative differences	3
Smaller total of ranks	6,00
Two-tailed probability	P = 0,4375

Sample 1	COPE_EF T0	
Sample 2	COPE_EF T1	
Filter	CONTROLLI	
	Sample 1	Sample 2
Sample size	11	11
Lowest value	<u>23,0000</u>	<u>23,0000</u>
Highest value	<u>36,0000</u>	<u>36,0000</u>
Median	30,0000	30,0000
95% CI for the median	25,4609 to 33,1797	26,0000 to 34,1797
Interquartile range	26,2500 to 32,7500	26,2500 to 33,7500
Hodges-Lehmann median difference		0,5000
95% Confidence interval		-0,5000 to 3,0000

Wilcoxon test (paired samples)

Number of positive differences	4
Number of negative differences	1
Smaller total of ranks	5,00
Two-tailed probability	P = 0,6250

Sample 1	COPE_A T0	
Sample 2	COPE_A T1	
Filter	CONTROLLI	
	Sample 1	Sample 2
Sample size	11	11
Lowest value	10,0000	11,0000
Highest value	20,0000	20,0000
Median	15,0000	13,0000
95% CI for the median	12,8203 to 18,1797	12,8203 to 14,5391
Interquartile range	13,0000 to 17,7500	13,0000 to 14,0000
Hodges-Lehmann median difference		-1,0000
95% Confidence interval		-3,0000 to 0,0000
Wilcoxon test (paired samples)		
Number of positive differences		1
Number of negative differences		5
Smaller total of ranks		2,50
Two-tailed probability		P = 0,0938

Tabella 14. COPE PF, EF, A T0 Vs T1 CONTROLLI

Andando a osservare quanto la variazione dei parametri fosse differente fra i due gruppi, è stato possibile osservare una variazione statisticamente significativa per STAI-Y1, STAI Y-TOT, e HAM. Tali parametri, mostrati in Tabella 15, decrescono significativamente nel gruppo di studenti trattati (CASI) rispetto ai non trattati (CONTROLLI).

Variable	CONTROLLI (non trattati)			CASI (trattati)			P ^a
	n	Mediana	25 - 75 P	n	Mediana	25 - 75 P	
Delta_COPE_A	11	0,000	-2,750 to 0,000	15	0,000	-1,750 to 0,750	0,2556
Delta_COPE_EF	11	0,000	0,000 to 1,750	15	0,000	-1,750 to 1,000	0,4597
Delta_COPE_PF	11	0,000	-0,750 to 1,500	15	0,000	-1,000 to 1,000	0,4074
Delta_HAM_A	11	0,000	0,000 to 1,750	15	-4,000	-7,000 to -1,750	0,0278
DELTA_Paykel	11	0,000	-5,265 to 0,000	15	0,000	-7,495 to 14,085	0,6910
Delta_RSA	11	3,000	0,000 to 7,750	15	3,000	-0,750 to 6,000	0,3333
Delta_STAI_Y1	11	0,000	-1,750 to 1,000	15	-9,000	-13,000 to -5,000	0,0020
Delta_STAI_Y2	11	0,000	-3,250 to 0,000	15	-4,000	-6,750 to -1,000	0,1050
Delta_STAI_TOT	11	0,000	-4,500 to 1,000	15	-15,000	-19,750 to -6,750	0,0053

Tabella 15. Variazioni nei vari test fra CASI (trattati) vs CONTROLLI (non trattati)

5. Discussione

Dai risultati ottenuti è stato possibile osservare una riduzione statisticamente significativa dei livelli di ansia ai test STAI-Y1, STAI-Y2, STAI-TOT e HAM-A fra T0 e T1 nella popolazione degli studenti sottoposti a trattamento con cinque sedute ipnotiche. Tali riduzione non è stata osservata nel gruppo di studenti di controllo, che non sono stati sottoposti alle sedute. È stato inoltre possibile osservare una variazione pre e post trattamento statisticamente significativa tra CASI e CONTROLLI nei test STAI-Y1, STAI-TOT e HAM-A. È quindi possibile affermare che nello studio in oggetto l'ipnosi è efficace nella riduzione dei livelli di ansia e può essere un valido aiuto per la gestione dell'ansia in una popolazione di studenti di medicina. Tale tipo di risultato va a confermare quanto già affermato da Granone (Granone F, 1989) e dalla letteratura disponibile (Brugnoli MP et al, 2018; Quintini D, 2017; Valentine KE, 2019) in cui è ampiamente dimostrata l'efficacia dell'ipnosi nel ridurre i livelli di ansia.

È da sottolineare come, effettuando una ricerca su PubMed utilizzando una stringa di ricerca più specifica, cioè "students AND hypnosis" si possano trovare alcuni studi che trattano di training autogeno, altri di rilassamento progressivo, altri ancora di biofeedback ma nel complesso una letteratura relativamente limitata a proposito di interventi di ipnosi in senso stretto nella popolazione di studenti. (Atkins SF, 2011; De Vos HM, 2006; Suzuki T, 2003; Nishith P et al, 1999; Watters KH, 1998; Schreiber EH, 1998 – 1997 - 1992; Wark DM, 1996; Colby F, 1991; Palan BM, 1989; Hebert SW, 1984; Alarcia J, 1971; Erickson MH, 1965; Mellenbruch P, 1964).

Per quanto riguarda la popolazione in studio, sia nel gruppo CASI sia nel gruppo CONTROLLI è possibile constatare che i livelli di ansia risultino in linea con i livelli medi della popolazione generale misurata con il test STAI-Y (Spieberger, 2010) e livelli di ansia considerabili come "mild" ("lieve") al test HAM-A (Hamilton, 1959).

Nonostante i livelli di partenza non siano francamente patologici, è comunque possibile osservare un beneficio tangibile e statisticamente significativo in seguito al ciclo di sedute di ipnosi.

In merito agli eventi di vita stressanti, misurati con il test di Paykel, non si sono osservate variazioni statisticamente significative nei due gruppi. Tale tipo di dato risulta spiegabile dal fatto che il test di Paykel misura e quantifica gli eventi stressanti in modo oggettivo, non in base al percepito del compilatore. Tali eventi possono dunque accadere indipendentemente da qualsiasi tipo di trattamento o intervento. Osservando nello specifico gli item legati agli studi universitari molti studenti hanno segnalato come situazione stressante gli item "Insuccesso accademico (esami o corso)", "sostenere un esame importante", "Termine degli studi". È stato inoltre possibile osservare altri item espressi variamente su argomenti riguardanti la sfera personale, familiare e relazionale. Da segnalare che soltanto uno studente, al T0 ha segnalato "zero" eventi stressanti sulla lista di Paykel ma tale punteggio è andato ad incrementare al controllo T1 segnalando la presenza di eventi stressanti. Tale variazione indica come la totalità degli studenti partecipanti allo studio è stata sottoposta negli ultimi sei mesi ad almeno uno degli eventi ritenuti come "stressanti" secondo il test (Paykel, 1971).

Dall'analisi dei risultati ottenuti dai test RSA e BRIEF-COPE, si è ottenuta una significatività statistica solamente nell'osservare un aumento dei valori di resilienza al test RSA nel gruppo dei CONTROLLI. Tale dato, in controtendenza a quanto si sarebbe potuto ipotizzare dai dati di letteratura attualmente disponibili, con buona probabilità è da attribuirsi ad un effetto legato all'esiguità del campione in studio. È però necessario sottolineare che, nonostante si possa ad oggi affermare che l'ipnosi in generale è un importante strumento per potenziare le risorse personali di resilienza e fornire strategie di coping

aggiuntive (Peter J, Tran US, Michalski M, 2018 - Facco E, Casiglia E, Zanette G, Testoni I, 2018b - Schoen M, Nowack K, 2013), l'intervento in studio va ad intervenire su un obiettivo molto specifico, cioè l'ansia da esame, sul quale si incentrano gli script delle sedute ipnotiche e su cui va ad ottenere risultati con significatività statistica, ma si estende in un arco temporale probabilmente troppo breve per modificare in senso significativo resilienza e stili di coping. È quindi possibile che gli studenti grazie all'ipnosi possano utilizzare "al meglio" gli strumenti che già possiedono, mentre occorra più tempo per acquisirne di nuovi.

Ipotesi di studio futuro, andando ad arricchire il campione in esame reclutando nuovi studenti, potrebbero essere quelle di valutare i singoli sottoparametri del test RSA per osservare se variazioni non apprezzabili sul punteggio totale non nascondano in realtà differenze maggiormente significative su parametri quali ad esempio la "personal competence", oppure quello di somministrare nuovamente i test ad un successivo controllo più avanti nel tempo (es. fra un anno), per valutare se tale intervento non abbia la necessità di "decantare" prima di poter modificare a livello così profondo risorse strutturali dell'individuo.

6. Conclusioni

In conclusione, tale progetto di studio va a confermare l'efficacia e la validità dell'ipnosi, condotta con le modalità illustrate dal CIICS, nell'affrontare la sintomatologia ansiosa, in particolare in una popolazione di studenti sottoposti ad un carico lavorativo ed emotivo importante come possono essere gli aspiranti medici. Al di là dell'elaborazione e della dimostrabilità statistica, tutti gli studenti hanno dimostrato grande interesse, curiosità e una apprezzabile dose di coraggio nel dare fiducia a me e all'ipnosi. Con mia sorpresa hanno tutti mostrato una buona ipnotizzabilità, con livelli differenti di approfondimento dello stato di trance, ma soddisfacenti per poter effettuare un trattamento. Tutti hanno riferito e riportato sensazioni di beneficio, serenità e calma, talora inaspettata, in seguito alle sedute di ipnosi. Aneddoticamente, il commento più comune al termine delle sedute è stato: "... che *figata* ... non me l'aspettavo ...". Tale tipo di reazione, spontanea, genuina e "di pancia", risulta condivisibile e comprensibile da me in prima persona in seguito allo stupore ed alla meraviglia riscontrata nell'avvicinarmi all'ipnosi. Molti studenti, inoltre, hanno riportato di aver praticato sedute di autoipnosi e di aver richiamato il gesto di ancoraggio al domicilio o addirittura in sessione d'esame o discussione di tesi. Tale tipo di comunicazione va a sottolineare quanto questo tipo di intervento possa fornire un aiuto pratico e di "pronto utilizzo" a tutti gli studenti.

Da riportare inoltre, sempre come commento osservazionale al di là della misurabilità statistica, che gli studenti partecipanti allo studio hanno continuato a sostenere esami con profitto nel periodo in analisi, comunicando una effettiva differenza nelle sensazioni provate in sede "d'esame", con riferito miglioramento soggettivo dello stato d'animo e nell'attitudine ad affrontare il contesto di performance. Nello studio in oggetto, non si è voluto intenzionalmente misurare la "quantità" degli esami sostenuti o la "bontà" delle valutazioni, in quanto a mio

avviso tale parametro ha poco a vedere con l'efficacia di tale trattamento. Chiunque abbia sostenuto un esame universitario ha certamente imparato a proprie spese che il superare o non superare l'esame dipende da molti fattori, primo fra tutti lo studio e la preparazione teorica, ma anche da altri - umorali, ambientali, sincronici, ormonali, aleatori, empatici, cabalistici e a tratti incomunicabili nella complessa relazione docente/discente - non strettamente dipendenti dalla volontà e dalla preparazione dello studente. Sarebbe controproducente illudere gli studenti promettendo tecniche dall'impronta "soddisfatti o rimborsati" nell'affrontare gli esami universitari.

L'ipnosi può dunque essere considerata uno strumento relazionale e terapeutico efficace e utilizzabile in contesto di Counseling nell'accompagnare gli studenti nel duro e faticoso cammino degli studi universitari.

Il percorso formativo di un medico può senz'altro definirsi "*complesso*": viene richiesta una indiscutibile preparazione tecnica su cui si concentrano quasi tutti gli insegnamenti mentre in alcune occasioni viene tralasciata una grossa parte della componente relazionale della professione medica ovvero l'incontro con la relazione stessa, il dolore e la sofferenza.

Consentendo agli studenti di poter attingere a risorse personali, non solo cognitive ma anche emotive e "di educazione alla funzione sentimento" (Torre E, 2010), di estrema importanza per un medico anche attraverso l'ipnosi, strumento di "*... trasformazione e realizzazione del Sé ...*" come ci insegna Franco Granone, si auspica quindi al fine di poter giungere ad una preparazione che non sia soltanto "tecnica" ma anche relazionale, costituendo la relazione "l'inesprimibile sfondo su cui l'agire tecnico acquista significato" (Torre E, 2000b).

Bibliografia

American Psychiatric Association (APA), Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5®), Raffaello Cortina Editore, 2014

Alarcia J, Tétreault L. *A comparative evaluation of autogenic training and hypnosis of student nurses*. *Laval Med*. 1971 Dec;42(10):1096-8

Atkins SF. *Relaxation techniques for university students - with special reference to hypnosis*. *Int J Adolesc Med Health*. 2011 May 18;3(1):39-46

Brooks SJ, Stein DJ. *A systematic review of the neural bases of psychotherapy for anxiety and related disorders*. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(3):261–279

Brugnoli MP, Pesce G, Pasin E, Basile MF, Tamburin S, Polati E. *The role of clinical hypnosis and self-hypnosis to relief pain and anxiety in severe chronic diseases in palliative care: a 2-year long-term follow-up of treatment in a nonrandomized clinical trial*. *Ann Palliat Med*. 2018 Jan;7(1):17-31.

Buber M, *Il principio dialogico ed altri saggi*, San Paolo edizioni, 1954

Caruso MJ, Crowley NA, Reiss DE, et al. *Adolescent Social Stress Increases Anxiety-like Behavior and Alters Synaptic Transmission, Without Influencing Nicotine Responses, in a Sex-Dependent Manner*. *Neuroscience*. 2018; 373:182–198

Carver CS, *You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope*. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4,1,92-100, 1997

Chieppa N, Gogliani A, Usai C, Zeppegno P, Torre E. *Servizio Di Counseling E Handicap: Riflessioni*. IV Convegno Nazionale Counseling Universitario, Varese, 13-14 Gennaio 2005

Colby F. *An analogue study of the initial carryover effects of meditation, hypnosis, and relaxation using native college students*. *Biofeedback Self Regul*. 1991 Jun;16(2):157-65.

Collishaw S, Pickles A, Messer J, Rutter M, Shearer C, Maughan B, *Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample*. *Child Abuse & Neglect*, 31, 211–229, 2007

Davies EB, Morriss R, Glazebrook C, *Computer-delivered and web-based interventions to improve depression, anxiety, and psychological well-being of*

university students: a systematic review and meta-analysis. J Med Internet Res. 2014 May 16;16(5):e130

Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I, *Resilience and mental health.* Clinical Psychology Review 30 479–495, 2010

De Vos HM, Louw DA. *The effect of hypnotic training programs on the academic performance of students.* Am J Clin Hypn. 2006

Erickson MH. *Hypnosis And Examination Panics.* Am J Clin Hypn. 1965 Apr;8:356-8.

Facco E, *Meditazione e Ipnosi: due facce della stessa medaglia?* Notiziario CIICS, Volume 3, N°1, 2018.

Facco E, Casiglia E, Zanette G, Testoni I. *On the way of liberation from suffering and pain: role of hypnosis in palliative care.* Ann Palliat Med. 2018 Jan;7(1):63-74. (b)

Feder A, Charney D, Collins K, *Resilienza e salute mentale. Le sfide nel corso della vita.* Giovanni Fioriti Editore, Ed. Italiana 2014

Feggi A, Lombardi A, Gramaglia C, Zeppego P, *A pilot project of cinemeducation for medical students: focus on psychiatry, stigma, and empathy,* European Psychiatry, Vol. 28, p1, 2013, Oral Presentation al Congresso Europeo di Psichiatria dell'European Psychiatric Association, Nizza, 6-9 aprile 2013.

Folkman S, Moskowitz JT, *Coping: pitfalls and promise.* Ann Rev Psychol. 2004;55:745-74

Foppiani E, *Rimon: linguaggio mente e relazione.* Notiziario CIICS Vol.3 N.2, 2018

Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M, *A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment?,* International Journal of Methods in Psychiatric Research, 12, 2, 65-76, 2003

Gambaro E, Rossi A, Gattoni E, Gramaglia C, Ponzetti D, Zeppego P. *The Outcome Of A Counseling Intervention. The Experience Of The Counseling Service Upo.* Abstract Book S775. 25th European Congress Of Psychiatry, Florence, Italy. 1-4 Aprile 2017

Gogliani A, Chieppa N, Usai C, Zeppego P, Torre E. *L'handicap Nell'esperienza Di Un Servizio Di Counseling.* Comunicazione Presentata Al VII Congresso Nazionale Di Psichiatria Forense: "La Vittimologia Nella Psichiatria Clinica E Forense", Alghero, 28-30 Maggio 2004

Gramaglia C, Antona M, Gili S, Gogliani A, Ponzetti D, Torre E, Zeppegno P. *Psychopathology, Personality And Theory Of Mind In A Sample Of University Students*. International Conference Life Designing And Career Counseling: Building Hope And Resilience. Padova, Italy. June 20-21-22, 2013

Granone F, *Trattato di Ipnosi*, UTET, 1989

Guillén-Riquelme A, Buela-Casal G, [*Meta-analysis of group comparison and meta-analysis of reliability generalization of the State-Trait Anxiety Inventory Questionnaire (STAI)*], *Rev Esp Salud Publica*. 2014 Jan-Feb;88(1):101-12

Hamilton M, *The assessment of anxiety states by rating*. *Br J Med Psychol* 1959; 32:50–55

Hebert SW. *A simple hypnotic approach to treat test anxiety in medical students and residents*. *J Med Educ*. 1984 Oct;59(10):841-2

Jin J, Tang Y, Ma Y, Lv S, Bai Y, Zhang H, *A structural equation model of depression and the defense system factors: A survey among Chinese college students*. *Psychiatry Research*, 165, 288–296, 2009

Jung CG, *Opere Complete*, Boringhieri, Torino

Lazarus RS, Folkman S, *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing, 1984

Mellenbruch P. *Hypnosis In Student Counseling*. *Am J Clin Hypn*. 1964 Jul;7:60-3.

Nietzsche F, *Shopenhauer come educatore*, Adelphi, Milano, 1972

Nishith P, Barabasz A, Barabasz M, Warner D. *Brief hypnosis substitutes for alprazolam use in college students: transient experiences and quantitative EEG responses*. *Am J Clin Hypn*. 1999 Jan;41(3):262-8

Palan BM, Chandwani S. *Coping with examination stress through hypnosis: an experimental study*. *Am J Clin Hypn*. 1989 Jan;31(3):173-80

Patel V, Goodman A, *Researching protective and promotive factors in mental health*. *International Journal of Epidemiology*, 36, 703–707, 2007

Paykel E, Prusoff BA, Uhlenhuth EH, *Scaling of Life Events*, *Archives of General Psychiatry*, 25(4):340-347, 1971

Peter J, Tran US, Michalski M, Moser G. *The structure of resilience in irritable bowel syndrome and its improvement through hypnotherapy: Cross-sectional and prospective longitudinal data*. *PLoS One*. 2018 Nov 12;13(11):e0202538

Quintini D, Vitale C, Gaide M, Surdej F, Salas S. *Hypnosis to fight against pain and anxiety in palliative care*. Soins. 2017 Dec;62(821):11-15

Ray A, Gulati K, Rai N. *Stress, Anxiety, and Immunomodulation: A Pharmacological Analysis*. Vitam Horm. 2017;103:1-25

Regehr C, Glancy D, Pitts A. *Interventions to reduce stress in university students: a review and meta-analysis*, J Affect Disord. 2013 May 15;148(1):1-11.

Robinson L. *Stress and anxiety*, Nurs Clin North Am. 1990 Dec;25(4):935-43

Selye H. *La sindrome di adattamento*. Istituto sieroterapico milanese S. Belfanti, Milano, 1955

Selye H. *Stress without Distress*. New York, J.B. Lippicott, trad. it. Stress senza paura, Milano. Rizzoli, 1976

Shultz JH. *Il training autogeno. Metodo di autodistensione da concentrazione psichica*. Vol. 1: Esercizi inferiori. 1° ed. 1932, 4 ed. Feltrinelli, 2004

Schoen M, Nowack K. *Reconditioning the stress response with hypnosis CD reduces the inflammatory cytokine IL-6 and influences resilience: a pilot study*. Complement Ther Clin Pract. 2013 May;19(2):83-8

Schreiber EH. *Use of group hypnosis to improve college students' achievement*. Psychol Rep. 1997 Apr;80(2):636-8

Schreiber EH, Schreiber KN. *Use of hypnosis and Jacobson's relaxation techniques for improving academic achievement of college students*. Percept Mot Skills. 1998 Feb;86(1):85-6.

Schreiber EH. *A study of hypnosis in improving academic achievement of college students*. Psychol Rep. 1992 Dec;71(3 Pt 2):1161-2.

Spielberger CD, Gorsuch R, Lushene R. *State-Trait Anxiety Inventory*. PaloAlto: Consulting Psychologist Press; 1970

Suzuki T. *The effects of hypnosis on emotional responses of depressed students in frustrating situations*, Shinrigaku Kenkyu. 2003 Feb;73(6):457-63.

Torre E, Artioli P, Imperatori F, Ponzetti D, Rudoni M, Usai C, Zeppegno P. *Il counseling come modalità di intervento nelle relazioni d'aiuto*. Italian Journal of Psychopathology, Pacini Editore Medicina, vol. 5, suppl. n° 1, marzo 1999; 201°. (abstract pubblicato su rivista nazionale)

Torre E, Artioli P, Chieppa N, Olgiati P, Zeppego P. *Il Servizio Di Counseling Universitario Della Cattedra Di Psichiatria Di Novara*. III Congresso Nazionale Di Psichiatria Forense: "Dalla Psichiatria Clinica Alla Psichiatria Forense", Alghero, 12-13 Giugno 1999

Torre E, Crini F, Zeppego P. *Valore Della Diagnosi Psicopatologica All'interno Di Un Servizio Di Counseling Universitario: Alcune Riflessioni*. Giornata Di Studio Sui Servizi Di Consultazione Psicologica, Siena, 1 Dicembre 2000

Torre E, *IL CORAGGIO DELL'INCONTRO. Dare e ricevere aiuto nella vita e nella professione*. Maggio 2000

Torre E, Chieppa N, Crini F, Usai C, Zeppego P. *Il Servizio Di Counseling Dell'università Del Piemonte Orientale: Attività E Prospettive*. I Congresso Nazionale Sul Counseling Universitario, Torino, 7-8 Febbraio 2002 (a)

Torre E, Chieppa N, Crini F, Usai C, Zeppego P. *Counseling O Psicoterapia? Tra Le Pieghe Dell'intervento Di Counseling: Riflessioni Teoriche A Partire Dall'analisi Di Alcuni Casi*. Relazione Presentata Al Convegno: Ridefinirsi Nell'esperienza: Lo Psicologo Clinico Nel Counseling Con Studenti Universitari, Milano, 7 - 8 Giugno 2002 (b)

Torre E, Zeppego P. *Il Servizio Di Counseling Dell'università Del Piemonte Orientale A. Avogadro*. Relazione Presentata Al I Convegno Sipc: "Psichiatria E Medicina: La Liaison Nella Pratica Clinica", Torino, 29 Novembre 2002 (c)

Torre E, Chieppa N, Gogliani A, Usai C, Zeppego P. *La Motivazione Della Richiesta Di Aiuto Rivolta Al Servizio Di Counseling*. II Congresso Nazionale Sul Counseling Universitario "Counseling Tutorato Formazione: La Complessità Degli Interventi Nelle Relazioni D'aiuto", Novara, 13-14 Febbraio 2003 (a)

Torre E, Chieppa N, Gogliani A, Usai C, Zeppego P. *La Formazione Del Counselor*. II Congresso Nazionale Sul Counseling Universitario "Counseling Tutorato Formazione: La Complessità Degli Interventi Nelle Relazioni D'aiuto", Novara, 13-14 Febbraio 2003 (b)

Torre E, Chieppa N, Gogliani A, Usai C, Zeppego P. *Il Servizio Di Counseling Universitario*. II Congresso Nazionale Sul Counseling Universitario "Counseling Tutorato Formazione: La Complessità Degli Interventi Nelle Relazioni D'aiuto", Novara, 13-14 Febbraio 2003 (c)

Torre E, Chieppa N, Gogliani A, Usai C, Zeppego P. *Adolescenti Alla Ricerca Di Orientamento*. II Congresso Nazionale Sul Counseling Universitario "Counseling

Tutorato Formazione: La Complessità Degli Interventi Nelle Relazioni D'aiuto", Novara, 13-14 Febbraio 2003 (d)

Torre E, Crini F, Zeppego P. *Riflessioni Su Un'esperienza Di Tutorato Rivolta Agli Studenti Di Medicina Del V° Anno*. II Congresso Nazionale Sul Counseling Universitario "Counseling Tutorato Formazione: La Complessità Degli Interventi Nelle Relazioni D'aiuto", Novara, 13-14 Febbraio 2003 (e)

Torre E, *I sentimenti e le conflittualità del perito. Aspetti teorici e casi pratici*. Giuffrè Editore, 2008

Torre E, Usai C, Zeppego P, *Lezioni di psichiatria e psicologia clinica*, Aracne Editore, 2010

Torre E, Gogliani G, Chieppa N, Zeppego P. *Il Servizio Di Counseling Dell'upo. Dalle Problematiche Psicologiche All'orientamento E Al Riorientamento*. Relazione Presentata All' 11° Congresso Nazionale "Orientamento Alla Scelta: Ricerche Formazione Applicazioni", Padova, 18-19 Giugno 2010 (b)

Valentine KE, Milling LS, Clark LJ, Moriarty CL. *The Efficacy Of Hypnosis As A Treatment For Anxiety: A Meta-Analysis*. Int J Clin Exp Hypn. 2019 Jul-Sep;67(3):336-363

Watters KH. *A holistic approach to meeting students needs: using hypnotherapy techniques to assist students in managing their health*. J Sch Nurs. 1998 Oct;14(4):44-8

Wark DM. *Teaching college students better learning skills using self-hypnosis*. Am J Clin Hypn. 1996 Apr;38(4):277-87.

Weiten W, Lloyd MA, *Psychology Applied to Modern Life. (9th ed.)*. Wadsworth Cengage Learning (2008)

Werner EE, Bierman JM, French FE, *The children of Kauai: a longitudinal study from the prenatal period to age ten*. Honolulu, University of Hawaii Press, 1971

Zeppego P, Torre E. *Il Servizio Di Counseling Dell'università Del Piemonte Orientale: A. Avogadro": due anni di Esperienza*. XLII Congresso Nazionale Della Società Italiana Di Psichiatria. "Dal Pregiudizio Alla Cittadinanza. Il Contributo Delle Neuroscienze, Delle Scienze Umane E Delle Politiche Sociali Alla Salute Mentale", Torino, 16-21 Ottobre 2000

Zeppego P, Crini F, Imperatori F, Torre E. *Riflessioni Sul Concetto Di Normalità All'interno Del Processo Di Valutazione In Un Servizio Di Counseling Universitario*.

Vi Congresso Sopsi "Psichiatria: Il Suo Presente, Il Suo Futuro", Roma, 21-25 Febbraio 2001

Zeppegno P., Usai C., Crini F., Chieppa N., Torre E. *Counseling E Psicoterapia*. Relazione Presentata Al V Congresso Nazionale Di Psichiatria Forense: Farmacoterapia E Psicoterapia: Un Approccio Integrato, Alghero 31 Maggio- 2 Giugno 2002

Zeppegno P, Gogliani A, Usai C, Chieppa N, Torre E. Il Tutorato Universitario: Un Progetto Formativo. Il Congresso Nazionale Sul Counseling Universitario "Counseling Tutorato Formazione: La Complessità Degli Interventi Nelle Relazioni D'aiuto", Novara, 13-14 Febbraio 2003 (a)

Zeppegno P, Chieppa N, Gogliani A, Jona A, Usai C, Torre E. Adesione Al Trattamento In Un Servizio Di Counseling Universitario. Vi Congresso Nazionale Di Psichiatria Forense "Adesione Al Trattamento Farmacoterapico E Psicoterapico", Alghero, 30 Maggio – 1 Giugno 2003 (b)

Zeppegno P, Chieppa N, Gogliani A, Usai C, Torre E. *Il Servizio Di Counseling Dell'università Del Piemonte Orientale A. Avogadro: Sei Anni Di Attività*. IV Convegno Nazionale Counseling Universitario, Varese, 13-14 Gennaio 2005

Zeppegno P, Gramaglia C, Feggi A, Lombardi A, Torre E. *The effectiveness of a new approach using movies in the training of medical students*. *Perspect Med Educ*. 2015 Oct;4(5):261-3.



U.P.O. "Amedeo Avogadro" - Facoltà di Medicina, Chirurgia e Scienze della Salute - Cattedra di Psichiatria

S.C. - PSICHIATRIA

Direttore: Prof. ssa Patrizia Zeppegno

Telefoni :	Reparto	0321 373 3440	Studi Medici	0321 373 3268	Capo Sala	0321 373 3712
		0321 373 3202		0321 373 3130	FAX	0321 373 3121

email: scdu.psichiatria@maggioreosp.novara.it

SCHEDA INFORMATIVA

Ipnosi come strumento per la gestione dell'Ansia "da esame" in un campione di studenti dell'Università del Piemonte Orientale

Introduzione

Lei è invitato a partecipare a un progetto di ricerca organizzato dall'Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro" S.C. Psichiatria. E' importante che Lei legga attentamente i seguenti principi generali:

- la partecipazione a questo studio è interamente libera e volontaria e non prevede una retribuzione economica.
- la partecipazione allo studio può essere utile per il progresso delle conoscenze.
- Lei può decidere di ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento senza dover fornire alcuna giustificazione.

Qui di seguito sono fornite precisazioni sullo studio. Lei ci può rivolgere tranquillamente qualsiasi domanda per ulteriori chiarimenti.

Scopo dello studio

Lo studio si propone di ampliare le conoscenze riguardanti i fattori inerenti la sintomatologia ansiosa che può associarsi alla condizione di richiesta di performance in contesto di esame universitario. Nonostante l'esame universitario risulti importante momento formativo e valutativo nella vita di uno studente, e che l'"ansia" associata a tale evento risulti del tutto fisiologica e necessaria alla possibilità di attingere nella totalità del pool di risorse psicofisiche dell'individuo, eccessivi livelli possono risultare controproducenti ai fini della performance. L'ipnosi, nell'ipotesi in studio, consentendo un miglior controllo della sintomatologia ansiosa potrebbe essere utile strumento per il benessere, ovviamente se accompagnata ad una adeguata preparazione teorica e/o pratica dell'esame a cura dello studente.

L'*ipnosi* viene definita come uno *stato di coscienza modificato ma fisiologico, dinamico, durante il quale sono possibili notevoli modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo della realizzazione di monoideismi plastici attuati attraverso una relazione terapeutica tra medico e paziente.*



In particolare, con il termine monoideismo plastico si intende la *possibilità creativa che ha un'idea, rappresentata mentalmente, in modo esclusivo, di estendersi e realizzarsi nell'organismo con modificazioni della percezione, emozionali, muscolari, nervose, viscerali, endocrine ed immunitarie.*

Tale capacità "plastica" viene utilizzata con scopi terapeutici, e nel caso dello studio in oggetto, al fine di ridurre i livelli di ansia associati alla situazione d'esame.

L'ipnosi è un atto volontario e consiste nell'accettazione critica del monoideismo proposto dall'ipnologo, a differenza della suggestionabilità in cui l'idea è accettata acriticamente.

L'ipnosi NON è quindi sonno, NON è magia, NON è dovuta a fluidi o poteri, NON è succubanza o forzatura della volontà, NON è siero della verità, NON è trucco o gioco di prestigio, NON è suggestione.

Modalità dello studio

Lo studio si propone di valutare i livelli di ansia di stato e di tratto del campione di studenti, così come gli eventi stressanti accaduti nell'ultimo anno, le caratteristiche di resilienza e gli stili di coping attraverso test autosomministrati (STAI Y 1-2, HAM-A, Paykel, RSA, Brief COPE). Tali valutazioni verranno effettuate al T0 ed al termine del ciclo di cinque sedute di ipnosi.

Rischi

Relativamente alla valutazione clinica, non si prevedono significativi inconvenienti o pericoli. Talvolta alcuni individui si possono sentire a disagio parlando della loro salute mentale. Comunque, i Medici che La intervisteranno faranno ogni sforzo per condurre i colloqui e somministrare i questionari con sensibilità e sostegno. In merito alle sedute ipnotiche, condotte secondo il modello teorico del CIICS (Centro Ipnosi Clinico e Sperimentale) – Istituto "Franco Granone" di Torino, possono considerarsi prive di collaterali, risultando controindicate unicamente in caso di sintomatologia psicotica acuta in atto o in anamnesi. Qualora lei sia in terapia nell'attualità per tali disturbi o risulti un'anamnesi positiva per disturbi dell'area psicotica (es. Schizofrenia, Disturbo Bipolare, Depressione Delirante) è invitato a segnalarlo prima dell'acquisizione del consenso. Tale comorbidità risulta criterio di esclusione dallo studio in oggetto.

La partecipazione è volontaria

La Sua partecipazione è interamente volontaria. Lei è libero di interrompere lo studio in qualsiasi momento senza dover fornire alcuna giustificazione.

Questo studio è in accordo con le norme per la ricerca clinica (Orientamenti per la Buona Pratica Clinica)



Aspetto finanziario

La partecipazione allo studio non comporterà alcun costo per il paziente

Riservatezza

I risultati di questo studio potrebbero essere oggetto di pubblicazione scientifica, ma in ogni caso la Sua identità personale sarà assolutamente riservata e a conoscenza soltanto dei ricercatori. Tutte le informazioni ottenute nel corso di questa ricerca, inclusi i dati di laboratorio, saranno strettamente confidenziali e saranno trattate nel rispetto di quanto previsto dal Codice in materia di protezione dei dati personali (D.L. 196/2003).

Domande

Se Lei ha altre domande o problemi, sia ora che successivamente, relativi alla Sua partecipazione e alla conduzione dello studio, ai rischi e ai Suoi diritti, potrà rivolgersi al medico con cui è in contatto.



MODULO PER IL CONSENSO

Io sottoscritta/o sono stata/o informata/o sul tipo di ricerca, mi è stato consentito di porre qualsiasi domanda in proposito e acconsento a partecipare al suddetto progetto di ricerca.

Dichiaro, inoltre, quanto segue:

- di aver letto e compreso tutte le informazioni contenute nel presente modulo;
- di aver avuto risposte soddisfacenti a tutte le domande che ho posto sul progetto di ricerca;
- di accettare volontariamente di prendere parte alla ricerca, di seguirne le procedure e di fornire le informazioni necessarie al medico o altri membri del gruppo, come richiesto dal protocollo;
- di essere a conoscenza della possibilità di decidere liberamente di interrompere la mia partecipazione alla ricerca in qualsiasi momento senza dover fornire alcuna giustificazione;
- di aver ricevuto copia del presente consenso informato.

Nome del partecipante (in stampatello)

Data

Firma

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Dichiaro di aver spiegato accuratamente l'obiettivo e la natura di questo studio al/alla partecipante soprannominato/a in un linguaggio appropriato e comprensibile, e di aver discusso i potenziali rischi e benefici collegati alla partecipazione allo studio.

Dichiaro, inoltre, che il/la partecipante ha piena capacità di intendere e di volere ed ha compreso l'obiettivo dello studio nel momento in cui lo sottoscrive.

Il/la partecipante ha avuto la possibilità di discutere con me ogni dettaglio. Tutte le sue domande hanno avuto risposta, ed ha accettato di partecipare a questo studio. Saremo sempre a disposizione per rispondere ad eventuali quesiti futuri.

Nome del ricercatore (in stampatello)

Data

Firma



Azienda Ospedaliero-Universitaria
Maggiore della Carità
di Novara

SEDE LEGALE: Corso Mazzini, 18
28100 Novara - Tel. 0321.3731
www.maggioreosp.novara.it

Cod. Fiscale - Part. IVA: 01521330033



Scuola di Medicina - Dipartimento di Medicina Traslationale - Cattedra di Psichiatria

S.C. - PSICHIATRIA

Direttore: Prof.ssa Patrizia Zeppegno

Telefoni : Reparto 0321 373 3440
0321 373 3202

Studi Medici 0321 373 3268
0321 373 3130

Capo Sala 0321 373 3712
FAX 0321 373 3121

email: scdu.psichiatria@maggioreosp.novara.it

NOME E COGNOME		
RESIDENZA		
LUOGO E DATA DI NASCITA		
FACOLTA' UNIVERSITARIA		ANNO DI CORSO
FUORI CORSO	SI	NO
STATO CIVILE		
ANAMNESI FAMILIARE PSICHIATRICA		
TRATTAMENTI PSICHIATRICI PRECEDENTI		
COMORBIDITA'		
FUMO / ALCOOL / SOSTANZE		





Azienda Ospedaliero-Universitaria
Maggiore della Carità
di Novara

SEDE LEGALE: Corso Mazzini, 18
28100 Novara - Tel. 0321.3731
www.maggioreosp.novara.it

Cod. Fiscale - Part. IVA: 01521330033



U.P.O. "Amedeo Avogadro" - Facoltà di Medicina, Chirurgia e Scienze della Salute - Cattedra di Psichiatria

S.C. - PSICHIATRIA

Direttore: Prof. ssa Patrizia Zeppegno

Telefoni :	Reparto	0321 373 3440	Studi Medici	0321 373 3268	Capo Sala	0321 373 3712
		0321 373 3202		0321 373 3130	FAX	0321 373 3121

email: scdu.psichiatria@maggioreosp.novara.it

TO



U.P.O. "Amedeo Avogadro" - Facoltà di Medicina, Chirurgia e Scienze della Salute - Cattedra di Psichiatria

S.C. - PSICHIATRIA

Direttore: Prof. ssa Patrizia Zeppugno

Telefoni: Reparto 0321 373 3440
0321 373 3202

Studi Medici 0321 373 3268
0321 373 3130

Capo Sala 0321 373 3712
FAX 0321 373 3121

email: scdu.psichiatria@maggioreosp.novara.it

STAI FORMA Y - 1

Istruzioni: Sono qui di seguito riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi. Legga ciascuna frase e poi contrassegni con una crocetta la casella con il numero che indica **come lei si sente adesso**, cioè in questo momento. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e dia la risposta che le sembra descrivere meglio i suoi attuali stati d'animo.

1= per nulla; 2= poco; 3= abbastanza; 4= moltissimo

1.	Mi sento calmo	1	2	3	4
2.	Mi sento sicuro	1	2	3	4
3.	Sono teso	1	2	3	4
4.	Mi sento sotto pressione	1	2	3	4
5.	Mi sento tranquillo	1	2	3	4
6.	Mi sento turbato	1	2	3	4
7.	Sono attualmente preoccupato per possibili disgrazie	1	2	3	4
8.	Mi sento soddisfatto	1	2	3	4
9.	Mi sento intimorito	1	2	3	4
10.	Mi sento a mio agio	1	2	3	4
11.	Mi sento sicuro di me	1	2	3	4
12.	Mi sento nervoso	1	2	3	4
13.	Sono agitato	1	2	3	4
14.	Mi sento indeciso	1	2	3	4
15.	Sono rilassato	1	2	3	4
16.	Mi sento contento	1	2	3	4
17.	Sono preoccupato	1	2	3	4



18.	Mi sento confuso	1	2	3	4
19.	Mi sento disteso	1	2	3	4
20.	Mi sento bene	1	2	3	4

STAI FORMA Y - 2

1= quasi mai; 2= qualche volta; 3= spesso; 4= quasi sempre

21.	Mi sento bene	1	2	3	4
22.	Mi sento teso e irrequieto	1	2	3	4
23.	Sono soddisfatto di me stesso	1	2	3	4
24.	Vorrei poter essere felice come sembrano essere gli altri	1	2	3	4
25.	Mi sento un fallito	1	2	3	4
26.	Mi sento riposato	1	2	3	4
27.	Io sono calmo, tranquillo e padrone di me	1	2	3	4
28.	Sento che le difficoltà si accumulano tanto da non poterle superare	1	2	3	4
29.	Mi preoccupo troppo di cose che in realtà non hanno importanza	1	2	3	4
30.	Sono felice	1	2	3	4
31.	Mi vengono pensieri negativi	1	2	3	4
32.	Manco di fiducia in me stesso	1	2	3	4
33.	Mi sento sicuro	1	2	3	4
34.	Prendo decisioni facilmente	1	2	3	4
35.	Mi sento inadeguato	1	2	3	4
36.	Sono contento	1	2	3	4
37.	Pensieri di scarsa importanza mi passano per la mente e mi infastidiscono	1	2	3	4
38.	Vivo le delusioni con tanta partecipazione da non potere togliermele dalla testa	1	2	3	4
39.	Sono una persona costante	1	2	3	4
40.	Divento teso e turbato quando penso alle mie attuali preoccupazioni	1	2	3	4

HAMILTON ANXIETY SCALE

HAM-A - # 048

Cognome e Nome..... Data di nascita.....

Codice Paziente..... Valutatore..... Data valutazione.....

ISTRUZIONI GENERALI

Riportare nell'apposita casella il punteggio attribuito a ciascun item:

0 = Assente 1 = Lieve 2 = Moderato 3 = Grave 4 = Molto grave

1- ANSIA Preoccupazioni, previsioni pessimistiche, paura del futuro, irritabilità	___
2- TENSIONE Senso di tensione, facile stancabilità, trasalimenti, facilità al pianto, tremiti, sensazione di irrequietudine, incapacità a rilassarsi	___
3- PAURE Del buio, degli estranei, di essere lasciato solo, degli animali, del traffico, della folla	___
4- INSONNIA Difficoltà ad addormentarsi, sonno interrotto, sonno non riposante e senso di stanchezza al risveglio, sogni, incubi, terrori notturni	___
5- SFERA INTELLETTIVA Difficoltà a concentrarsi, riduzione della memoria	___
6- UMORE DEPRESSO Perdita di interessi, incapacità a trovare piacere negli hobby, depressione, risveglio precoce, alternanza diurna	___
7- SINTOMI SOMATICI (APPARATO MUSCOLARE) Dolori muscolari, senso di stiramento, irrigidimento, contrazioni cloniche, denti serrati, voce tremula, aumento del tono muscolare	___
8- SINTOMI SOMATICI (ORGANI DI SENSO) Ronzii auricolari, visione confusa, vampi di caldo e di freddo, senso di debolezza, sensazioni di bucatore	___
9- SINTOMI CARDIOVASCOLARI Tachicardia, palpitazioni, dolori al petto, pulsazioni vasali, senso di svenimento, sospiri, dispnea	___
10- SINTOMI RESPIRATORI Senso di peso o di costrizione al torace, senso di soffocamento, sospiri, dispnea	___
11- SINTOMI GASTROINTESTINALI Difficoltà a deglutire, flatulenza, dolori addominali, pirosi, senso di ripienezza, nausea, vomito, borborigmi, meteorismo, perdita di peso, stipsi	___
12- SINTOMI GENITO-URINARI Pollachiuria, stimolo alla minzione, amenorrea, menorragie, comparsa di frigidità, ejaculatio praecox, perdita della libido, impotenza	___
13- SINTOMI A CARICO DEL S.N. AUTONOMO Secchezza delle fauci, rossore, pallore, tendenza a sudare, vertigini, cefalea, piloerezione	___
14- COMPORTAMENTO DEL SOGGETTO DURANTE L'ESAME Agitato, irrequieto, va avanti e indietro, tremore alle mani, fronte corrugata, faccia tirata, sospiri o tachipnea, pallore del volto, deglutizioni, ecc.	___



22	Insuccesso accademico (esami o corso)	
23	Matrimonio del figlio senza consenso	
24	Rottura di fidanzamento o relazione	
25	Aumento dei conflitti coniugali	
26	Aumento dei conflitti con familiari conviventi	
27	Aumento dei conflitti con fidanzato/a, partner	
28	Grosso debito (più di metà del guadagno annuale)	
29	Partenza del figlio per il servizio di leva	
30	Conflitto con il capo o i collaboratori	
31	Conflitti con familiari non conviventi	
32	Trasferimento in un altro paese	
33	Menopausa	
34	Difficoltà finanziarie moderate	
35	Separazione da una persona significativa (amico, parente)	
36	Sostenere un esame importante	
37	Separazione dal coniuge non dovuta a conflitti	
38	Cambiamento negli orari di lavoro	
39	Nuova persona in casa	
40	Pensionamento	
41	Cambiamento delle condizioni di lavoro	
42	Cambiamento nel tipo di lavoro	
43	Rottura con il/la ragazzo/a	
44	Cambiamento di residenza (nuova città)	
45	Cambiamento nella scuola	
46	Termine degli studi	
47	Un figlio lascia la casa (per college, ecc.)	
48	Riconciliazione coniugale (dopo che il partner ha lasciato la casa)	
49	Violazione della legge di grado lieve	
50	Nascita di un figlio vivo (per la madre)	
51	Gravidanza della moglie	



52	Matrimonio	
53	Promozione	
54	Malattia fisica personale minore (che richiede visita medica)	
55	Trasloco (nella stessa città)	
56	Nascita di un bambino (per il padre), adozione	
57	Inizio della scuola	
58	Fidanzamento del figlio	
59	Fidanzamento	
60	Gravidanza desiderata	
61	Matrimonio del figlio/a con consenso	

Resilience Scale for Adult (RSA- Friborg, Hjemdal etc 2003)

Di seguito troverà delle frasi ognuna seguita da due possibili conclusioni.

Pensando a sé stesso barri una delle caselle vuote in base a quanto si sente più vicino alla conclusione di destra o di sinistra.

Ad esempio alla domanda: "I miei progetti per il futuro"

sono facili da realizzare sono difficili da realizzare

se pensa che i suoi progetti siano

facili da realizzare

barri la prima casella a sinistra

abbastanza facili da realizzare

barri la seconda casella da sinistra.

né facili né difficili da realizzare

barri la casella centrale

abbastanza difficili da realizzare

barri la penultima casella a destra

difficili da realizzare

barri l'ultima casella a destra

1. Quando accade qualcosa di imprevisto		
trovo sempre una soluzione	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	spesso mi sento disorientato
2. I miei progetti per il futuro		
sono facili da realizzare	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sono difficili da realizzare
3. Sto bene quando		
ho un obiettivo chiaro per il quale lottare	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	posso vivere alla giornata
4. Mi piace stare		
insieme ad altra gente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	solo, con me stesso
5. La concezione che la mia famiglia ha di ciò che è importante nella vita		
è totalmente diversa dalla mia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	è molto simile alla mia
6. Posso parlare dei miei problemi con		
nessuno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	amici / membri della mia famiglia

7. I miei problemi personali		
non sono risolvibili	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sono in grado di risolverli
8. I miei obiettivi futuri		
so come realizzarli	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non sono sicuro sul come realizzarli
9. Quando inizio un nuovo progetto		
raramente lo pianifico in anticipo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	preferisco averlo pianificato completamente
10. Essere flessibile negli ambienti sociali		
non è importante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	è molto importante
11. Con la mia famiglia mi sento		
molto felice	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	molto infelice
12. Coloro che maggiormente mi incoraggiano sono		
alcuni amici stretti / membri della famiglia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nessuno
13. Delle mie capacità		
sono assolutamente sicuro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non sono sicuro
14. Se penso al mio futuro sento che sarà		
molto promettente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	incerto
15. Sono bravo a		
organizzare il mio tempo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a sprecare il mio tempo

16. Le nuove amicizie sono qualcosa		
che faccio facilmente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	che ho difficoltà a fare
17. La mia famiglia è caratterizzata da		
una mancanza di unione	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	una solida unione
18. I legami con i miei amici sono		
deboli	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	forti
19. Delle mie opinioni e decisioni		
spesso dubito	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mi fido completamente
20. I miei obiettivi per il futuro sono		
confusi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	molto chiari
21. Le regole e le routines abituali		
sono assenti nella mia vita quotidiana	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mi semplificano la vita quotidiana
22. Incontrare nuove persone è		
difficile per me	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	facile per me
23. Nei momenti difficili la mia famiglia		
mantiene una visione positiva del futuro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	vede il futuro negativamente
24. Quando un membro della mia famiglia attraversa un momento di crisi o di emergenza		
io ne sono informato immediatamente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	passa del tempo prima che io lo sappia

25. Nei momenti difficili ho la tendenza a		
vedere tutto nero	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	trovare qualcosa di positivo che mi possa aiutare a crescere
26. Quando sto con altre persone		
rido spesso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	rido raramente
27. Nella mia famiglia		
non ci si aiuta gli uni con gli altri	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ci si aiuta l'uno con gli altri
28. Io ricevo aiuto da		
amici / membri della mia famiglia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nessuno
29. Gli eventi della mia vita che non posso controllare		
li gestisco accettandoli	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sono una fonte continua di preoccupazione e ansia
30. Quando ho bisogno		
non ho nessuno che può aiutarmi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ho sempre qualcuno che può aiutarmi
31. Per me, pensare a dei buoni argomenti di conversazione è		
facile	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	difficile
32. Nella mia famiglia ci piace fare le cose		
ognuno per conto proprio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	insieme
33. I miei amici più stretti / i membri della mia famiglia		
apprezzano le mie qualità	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	disprezzano le mie qualità

Brief COPE
Brief COPE # 860

Cognome e Nome..... Data di nascita.....

Codice Paziente..... Valutatore..... Data valutazione.....

Il nostro interesse è rivolto a conoscere come le persone rispondono quando, nel corso della loro vita, devono confrontarsi con difficoltà o con eventi stressanti. Numerosi sono i modi con cui cerchiamo di far fronte allo stress: il presente questionario le chiede di indicare che cosa lei, generalmente fa e prova di fronte ad eventi stressanti. Ovviamente eventi differenti richiedono risposte in qualche modo diverse, cerchi tuttavia di pensare a ciò che di solito fa quando si trova sotto uno stress notevole.

Risponda a ciascuna domanda facendo un cerchietto attorno al numero che, in base alla tabella sottostante, indica la sua risposta. Cerchi di rispondere a ciascuna domanda come se questa, nella sua mente, fosse separata da tutte le altre. Scelga attentamente la sua risposta in modo che essa sia la più vera possibile per lei. Risponda ad ogni item. Non ci sono risposte "giuste" o "sbagliate", per cui scelga la risposta più specifica per lei senza pensare a ciò che direbbe o farebbe "la maggior parte delle persone". INDICHI CHE COSA LEI ABITUALMENTE FA QUANDO LEI SI TROVA DI FRONTE AD UN EVENTO STRESSANTE.

- 1 = Abitualmente non faccio assolutamente questo*
- 2 = Abitualmente faccio questo poche volte*
- 3 = Abitualmente faccio questo in misura moderata*
- 4 = Abitualmente faccio proprio così*

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Mi applico al lavoro o ad altre attività sostitutive per distogliere la mia mente dagli eventi | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Concentro i miei sforzi nel fare qualcosa per la situazione in cui mi trovo .. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Mi dico "questo non è reale" | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Faccio uso di alcol o di stupefacenti per sentirmi meglio | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Cerco di ottenere un supporto emotivo dagli altri | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Rinuncio a cercare di occuparmene | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Metto in atto azioni per cercare di migliorare la situazione | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Rifiuto di credere che sia accaduto | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Dico cose che lasciano venir fuori i miei sentimenti spiacevoli | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Cerco aiuto e consigli da parte degli altri | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Faccio uso di alcol o droghe per aiutarmi a superare questo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Cerco di vedere la cosa in una luce diversa per farla apparire più positiva ... | 1 | 2 | 3 | 4 |

13. Sono autocritico	1	2	3	4
14. Cerco di trovare una strategia per ciò che si deve fare	1	2	3	4
15. Cerco conforto e comprensione dagli altri	1	2	3	4
16. Rinuncio a tentare di affrontare la situazione	1	2	3	4
17. Cerco di trovare qualcosa di buono in ciò che è accaduto	1	2	3	4
18. Ci scherzo sopra	1	2	3	4
19. Faccio qualcosa per pensare di meno a questo, come andare al cinema, guardare la televisione, leggere, sognare ad occhi aperti, dormire, fare spese	1	2	3	4
20. Accetto la realtà del fatto che ciò è accaduto	1	2	3	4
21. Esprimo le mie sensazioni negative	1	2	3	4
22. Cerco di trovare conforto nella mia religione o nelle mie convinzioni spirituali	1	2	3	4
23. Cerco di ottenere dagli altri consigli o aiuti su ciò che è necessario fare	1	2	3	4
24. Imparo a convivere	1	2	3	4
25. Penso seriamente a quali mosse fare	1	2	3	4
26. Rimprovero me stesso per quanto è accaduto	1	2	3	4
27. Prego o medito	1	2	3	4
28. Metto in ridicolo la situazione	1	2	3	4



Azienda Ospedaliero-Universitaria
Maggiore della Carità
di Novara

SEDE LEGALE: Corso Mazzini, 18
28100 Novara - Tel. 0321.3731
www.maggioreosp.novara.it

Cod. Fiscale - Part. IVA: 01521330033



U.P.O. "Amedeo Avogadro" - Facoltà di Medicina, Chirurgia e Scienze della Salute - Cattedra di Psichiatria

S.C. - PSICHIATRIA

Direttore: Prof. ssa Patrizia Zeppegno

Telefoni :	Reparto	0321 373 3440	Studi Medici	0321 373 3268	Capo Sala	0321 373 3712
		0321 373 3202		0321 373 3130	FAX	0321 373 3121

email: scdu.psichiatria@maggioreosp.novara.it

T1



U.P.O. "Amedeo Avogadro" - Facoltà di Medicina, Chirurgia e Scienze della Salute - Cattedra di Psichiatria

S.C. - PSICHIATRIA

Direttore: Prof. ssa Patrizia Zeppego

Telefoni : Reparto 0321 373 3440
0321 373 3202

Studi Medici 0321 373 3268
0321 373 3130

Capo Sala 0321 373 3712
FAX 0321 373 3121

email: scdu.psichiatria@maggioreosp.novara.it

STAI FORMA Y - 1

Istruzioni: Sono qui di seguito riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi. Legga ciascuna frase e poi contrassegni con una crocetta la casella con il numero che indica **come lei si sente adesso**, cioè in questo momento. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e dia la risposta che le sembra descrivere meglio i suoi attuali stati d'animo.

1= per nulla; 2= poco; 3= abbastanza; 4= moltissimo

1.	Mi sento calmo	1	2	3	4
2.	Mi sento sicuro	1	2	3	4
3.	Sono teso	1	2	3	4
4.	Mi sento sotto pressione	1	2	3	4
5.	Mi sento tranquillo	1	2	3	4
6.	Mi sento turbato	1	2	3	4
7.	Sono attualmente preoccupato per possibili disgrazie	1	2	3	4
8.	Mi sento soddisfatto	1	2	3	4
9.	Mi sento intimorito	1	2	3	4
10.	Mi sento a mio agio	1	2	3	4
11.	Mi sento sicuro di me	1	2	3	4
12.	Mi sento nervoso	1	2	3	4
13.	Sono agitato	1	2	3	4
14.	Mi sento indeciso	1	2	3	4
15.	Sono rilassato	1	2	3	4
16.	Mi sento contento	1	2	3	4
17.	Sono preoccupato	1	2	3	4



18.	Mi sento confuso	1	2	3	4
19.	Mi sento disteso	1	2	3	4
20.	Mi sento bene	1	2	3	4

STAI FORMA Y - 2

1= quasi mai; 2= qualche volta; 3= spesso; 4= quasi sempre

21.	Mi sento bene	1	2	3	4
22.	Mi sento teso e irrequieto	1	2	3	4
23.	Sono soddisfatto di me stesso	1	2	3	4
24.	Vorrei poter essere felice come sembrano essere gli altri	1	2	3	4
25.	Mi sento un fallito	1	2	3	4
26.	Mi sento riposato	1	2	3	4
27.	Io sono calmo, tranquillo e padrone di me	1	2	3	4
28.	Sento che le difficoltà si accumulano tanto da non poterle superare	1	2	3	4
29.	Mi preoccupo troppo di cose che in realtà non hanno importanza	1	2	3	4
30.	Sono felice	1	2	3	4
31.	Mi vengono pensieri negativi	1	2	3	4
32.	Manco di fiducia in me stesso	1	2	3	4
33.	Mi sento sicuro	1	2	3	4
34.	Prendo decisioni facilmente	1	2	3	4
35.	Mi sento inadeguato	1	2	3	4
36.	Sono contento	1	2	3	4
37.	Pensieri di scarsa importanza mi passano per la mente e mi infastidiscono	1	2	3	4
38.	Vivo le delusioni con tanta partecipazione da non potere togliermele dalla testa	1	2	3	4
39.	Sono una persona costante	1	2	3	4
40.	Divento teso e turbato quando penso alle mie attuali preoccupazioni	1	2	3	4

HAMILTON ANXIETY SCALE

HAM-A - # 048

Cognome e Nome..... Data di nascita.....

Codice Paziente..... Valutatore..... Data valutazione.....

ISTRUZIONI GENERALI

Riportare nell'apposita casella il punteggio attribuito a ciascun item:
0 = Assente 1 = Lieve 2 = Moderato 3 = Grave 4 = Molto grave

1- ANSIA Preoccupazioni, previsioni pessimistiche, paura del futuro, irritabilità	___
2- TENSIONE Senso di tensione, facile stancabilità, trasalimenti, facilità al pianto, tremiti, sensazione di irrequietudine, incapacità a rilassarsi	___
3- PAURE Del buio, degli estranei, di essere lasciato solo, degli animali, del traffico, della folla	___
4- INSONNIA Difficoltà ad addormentarsi, sonno interrotto, sonno non riposante e senso di stanchezza al risveglio, sogni, incubi, terrori notturni	___
5- SFERA INTELLETTIVA Difficoltà a concentrarsi, riduzione della memoria	___
6- UMORE DEPRESSO Perdita di interessi, incapacità a trovare piacere negli hobby, depressione, risveglio precoce, alternanza diurna	___
7- SINTOMI SOMATICI (APPARATO MUSCOLARE) Dolori muscolari, senso di stiramento, irrigidimento, contrazioni cloniche, denti serrati, voce tremula, aumento del tono muscolare	___
8- SINTOMI SOMATICI (ORGANI DI SENSO) Ronzii auricolari, visione confusa, vampi di caldo e di freddo, senso di debolezza, sensazioni di bucare	___
9- SINTOMI CARDIOVASCOLARI Tachicardia, palpitazioni, dolori al petto, pulsazioni vasali, senso di svenimento, sospiri, dispnea	___
10- SINTOMI RESPIRATORI Senso di peso o di costrizione al torace, senso di soffocamento, sospiri, dispnea	___
11- SINTOMI GASTROINTESTINALI Difficoltà a deglutire, flatulenza, dolori addominali, pirosi, senso di ripienezza, nausea, vomito, borborigmi, meteorismo, perdita di peso, stipsi	___
12- SINTOMI GENITO-URINARI Pollachiuria, stimolo alla minzione, amenorrea, menorragie, comparsa di frigidità, ejaculatio praecox, perdita della libido, impotenza	___
13- SINTOMI A CARICO DEL S.N. AUTONOMO Secchezza delle fauci, rossore, pallore, tendenza a sudare, vertigini, cefalea, piloerezione	___
14- COMPORTAMENTO DEL SOGGETTO DURANTE L'ESAME Agitato, irrequieto, va avanti e indietro, tremore alle mani, fronte corrugata, faccia tirata, sospiri o tachipnea, pallore del volto, deglutizioni, ecc.	___



22	Insuccesso accademico (esami o corso)	
23	Matrimonio del figlio senza consenso	
24	Rottura di fidanzamento o relazione	
25	Aumento dei conflitti coniugali	
26	Aumento dei conflitti con familiari conviventi	
27	Aumento dei conflitti con fidanzato/a, partner	
28	Grosso debito (più di metà del guadagno annuale)	
29	Partenza del figlio per il servizio di leva	
30	Conflitto con il capo o i collaboratori	
31	Conflitti con familiari non conviventi	
32	Trasferimento in un altro paese	
33	Menopausa	
34	Difficoltà finanziarie moderate	
35	Separazione da una persona significativa (amico, parente)	
36	Sostenere un esame importante	
37	Separazione dal coniuge non dovuta a conflitti	
38	Cambiamento negli orari di lavoro	
39	Nuova persona in casa	
40	Pensionamento	
41	Cambiamento delle condizioni di lavoro	
42	Cambiamento nel tipo di lavoro	
43	Rottura con il/la ragazzo/a	
44	Cambiamento di residenza (nuova città)	
45	Cambiamento nella scuola	
46	Termine degli studi	
47	Un figlio lascia la casa (per college, ecc.)	
48	Riconciliazione coniugale (dopo che il partner ha lasciato la casa)	
49	Violazione della legge di grado lieve	
50	Nascita di un figlio vivo (per la madre)	
51	Gravidanza della moglie	



52	Matrimonio	
53	Promozione	
54	Malattia fisica personale minore (che richiede visita medica)	
55	Trasloco (nella stessa città)	
56	Nascita di un bambino (per il padre), adozione	
57	Inizio della scuola	
58	Fidanzamento del figlio	
59	Fidanzamento	
60	Gravidanza desiderata	
61	Matrimonio del figlio/a con consenso	



Resilience Scale for Adult (RSA- Friborg, Hjordal etc 2003)

Di seguito troverà delle frasi ognuna seguita da due possibili conclusioni.

Pensando a sé stesso barri una delle caselle vuote in base a quanto si sente più vicino alla conclusione di destra o di sinistra.

Ad esempio alla domanda: "I miei progetti per il futuro"

sono facili da realizzare sono difficili da realizzare

se pensa che i suoi progetti siano

facili da realizzare

barri la prima casella a sinistra

abbastanza facili da realizzare

barri la seconda casella da sinistra

né facili né difficili da realizzare

barri la casella centrale

abbastanza difficili da realizzare

barri la penultima casella a destra

difficili da realizzare

barri l'ultima casella a destra

1. Quando accade qualcosa di imprevisto		
trovo sempre una soluzione	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	spesso mi sento disorientato
2. I miei progetti per il futuro		
sono facili da realizzare	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sono difficili da realizzare
3. Sto bene quando		
ho un obiettivo chiaro per il quale lottare	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	posso vivere alla giornata
4. Mi piace stare		
insieme ad altra gente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	solo, con me stesso
5. La concezione che la mia famiglia ha di ciò che è importante nella vita		
è totalmente diversa dalla mia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	è molto simile alla mia
6. Posso parlare dei miei problemi con		
nessuno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	amici / membri della mia famiglia

7. I miei problemi personali		
non sono risolvibili	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sono in grado di risolverli
8. I miei obiettivi futuri		
so come realizzarli	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non sono sicuro sul come realizzarli
9. Quando inizio un nuovo progetto		
raramente lo pianifico in anticipo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	preferisco averlo pianificato completamente
10. Essere flessibile negli ambienti sociali		
non è importante	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	è molto importante
11. Con la mia famiglia mi sento		
molto felice	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	molto infelice
12. Coloro che maggiormente mi incoraggiano sono		
alcuni amici stretti / membri della famiglia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nessuno
13. Delle mie capacità		
sono assolutamente sicuro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	non sono sicuro
14. Se penso al mio futuro sento che sarà		
molto promettente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	incerto
15. Sono bravo a		
organizzare il mio tempo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	a sprecare il mio tempo

16. Le nuove amicizie sono qualcosa		
che faccio facilmente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	che ho difficoltà a fare
17. La mia famiglia è caratterizzata da		
una mancanza di unione	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	una solida unione
18. I legami con i miei amici sono		
deboli	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	forti
19. Delle mie opinioni e decisioni		
spesso dubito	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mi fido completamente
20. I miei obiettivi per il futuro sono		
confusi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	molto chiari
21. Le regole e le routines abituali		
sono assenti nella mia vita quotidiana	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	mi semplificano la vita quotidiana
22. Incontrare nuove persone è		
difficile per me	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	facile per me
23. Nei momenti difficili la mia famiglia		
mantiene una visione positiva del futuro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	vede il futuro negativamente
24. Quando un membro della mia famiglia attraversa un momento di crisi o di emergenza		
io ne sono informato immediatamente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	passa del tempo prima che io lo sappia

25. Nei momenti difficili ho la tendenza a		
vedere tutto nero	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	trovare qualcosa di positivo che mi possa aiutare a crescere
26. Quando sto con altre persone		
rido spesso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	rido raramente
27. Nella mia famiglia		
non ci si aiuta gli uni con gli altri	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ci si aiuta l'uno con gli altri
28. Io ricevo aiuto da		
amici / membri della mia famiglia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nessuno
29. Gli eventi della mia vita che non posso controllare		
li gestisco accettandoli	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sono una fonte continua di preoccupazione e ansia
30. Quando ho bisogno		
non ho nessuno che può aiutarmi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ho sempre qualcuno che può aiutarmi
31. Per me, pensare a dei buoni argomenti di conversazione è		
facile	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	difficile
32. Nella mia famiglia ci piace fare le cose		
ognuno per conto proprio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	insieme
33. I miei amici più stretti / i membri della mia famiglia		
apprezzano le mie qualità	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	disprezzano le mie qualità

Brief COPE
Brief COPE # 860

Cognome e Nome..... Data di nascita.....

Codice Paziente..... Valutatore..... Data valutazione.....

Il nostro interesse è rivolto a conoscere come le persone rispondono quando, nel corso della loro vita, devono confrontarsi con difficoltà o con eventi stressanti. Numerosi sono i modi con cui cerchiamo di far fronte allo stress: il presente questionario le chiede di indicare che cosa lei, generalmente fa e prova di fronte ad eventi stressanti. Ovviamente eventi differenti richiedono risposte in qualche modo diverse, cerchi tuttavia di pensare a ciò che di solito fa quando si trova sotto uno stress notevole.

Risponda a ciascuna domanda facendo un cerchietto attorno al numero che, in base alla tabella sottostante, indica la sua risposta. Cerchi di rispondere a ciascuna domanda come se questa, nella sua mente, fosse separata da tutte le altre. Scegli attentamente la sua risposta in modo che essa sia la più vera possibile **per lei**. Risponda ad ogni item. Non ci sono risposte "giuste" o "sbagliate", per cui scelga la risposta più specifica **per lei** senza pensare a ciò che direbbe o farebbe "la maggior parte delle persone". INDICHI CHE COSA **LEI** ABITUALMENTE FA QUANDO **LEI** SI TROVA DI FRONTE AD UN EVENTO STRESSANTE.

- 1 = Abitualmente non faccio assolutamente questo*
- 2 = Abitualmente faccio questo poche volte*
- 3 = Abitualmente faccio questo in misura moderata*
- 4 = Abitualmente faccio proprio così*

1. Mi applico al lavoro o ad altre attività sostitutive per distogliere la mia mente dagli eventi	1	2	3	4
2. Concentro i miei sforzi nel fare qualcosa per la situazione in cui mi trovo ..	1	2	3	4
3. Mi dico "questo non è reale"	1	2	3	4
4. Faccio uso di alcol o di stupefacenti per sentirmi meglio	1	2	3	4
5. Cerco di ottenere un supporto emotivo dagli altri	1	2	3	4
6. Rinuncio a cercare di occuparmene	1	2	3	4
7. Metto in atto azioni per cercare di migliorare la situazione	1	2	3	4
8. Rifiuto di credere che sia accaduto	1	2	3	4
9. Dico cose che lasciano venir fuori i miei sentimenti spiacevoli	1	2	3	4
10. Cerco aiuto e consigli da parte degli altri	1	2	3	4
11. Faccio uso di alcol o droghe per aiutarmi a superare questo	1	2	3	4
12. Cerco di vedere la cosa in una luce diversa per farla apparire più positiva ...	1	2	3	4

13. Sono autocritico	1	2	3	4
14. Cerco di trovare una strategia per ciò che si deve fare	1	2	3	4
15. Cerco conforto e comprensione dagli altri	1	2	3	4
16. Rinuncio a tentare di affrontare la situazione	1	2	3	4
17. Cerco di trovare qualcosa di buono in ciò che è accaduto	1	2	3	4
18. Ci scherzo sopra	1	2	3	4
19. Faccio qualcosa per pensare di meno a questo, come andare al cinema, guardare la televisione, leggere, sognare ad occhi aperti, dormire, fare spese	1	2	3	4
20. Accetto la realtà del fatto che ciò è accaduto	1	2	3	4
21. Esprimo le mie sensazioni negative	1	2	3	4
22. Cerco di trovare conforto nella mia religione o nelle mie convinzioni spirituali	1	2	3	4
23. Cerco di ottenere dagli altri consigli o aiuti su ciò che è necessario fare	1	2	3	4
24. Imparo a convivere	1	2	3	4
25. Penso seriamente a quali mosse fare	1	2	3	4
26. Rimprovero me stesso per quanto è accaduto	1	2	3	4
27. Prego o medito	1	2	3	4
28. Metto in ridicolo la situazione	1	2	3	4