



CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA E  
COMUNICAZIONE IPNOTICA  
Anno 2025

**I PRIMI PASSI VERSO L'INTEGRAZIONE DELL'IPNOSI NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE.  
IPNOSI E PERCORSI PSICOEDUCATIVI E DI SUPPORTO RIVOLTI AI FAMILIARI**

**Candidato**

Alessandra Poppi

**Relatore**

Donatella Croce

## Sommario

<b>INTRODUZIONE.....</b>	<b>3</b>
<b>CAPITOLO I .....</b>	<b>5</b>
1.1.I bisogni speciali dei caregiver nel centro di salute mentale.....	5
1.2 Lo stress .....	6
1.3 Modello stress vulnerabilità applicato al caregiver.....	8
1.4 Emotività Espressa nei nuclei familiari di un paziente psichiatrico.....	9
1.5 Gli interventi di psicoeducazione familiare del CSM di Faenza e Lugo .....	10
<b>CAPITOLO II .....</b>	<b>12</b>
<b><i>LE PROSPETTIVE DI INTEGRAZIONE DELL'IPNOSI NEI PERCORSI A SUPPORTO DEI FAMILIARI</i> .....</b>	<b>12</b>
2.1 Ipnosi e trattamenti sanitari .....	12
2.2 Metodologia: indagine bibliografica.....	13
2.3 Discussione .....	19
2.4 I primi passi del progetto.....	21
<b>CONCLUSIONI .....</b>	<b>23</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>24</b>

*Guardami negli occhi quando stai parlando con me. Fammi sentire che tu desideri parlare con me.*

*Posso leggere nei tuoi occhi se tu ti senti veramente a tuo agio a parlare con me oppure se hai paura di starmi vicino. Io sento le tue emozioni e le rispecchierò.*

Harry Urban

# INTRODUZIONE

La presenza di un disturbo mentale in un membro della famiglia rappresenta un evento critico che può compromettere in modo significativo l'equilibrio del sistema familiare. Affrontare un disturbo mentale, a partire dall'integrazione del trauma dell'esordio fino ad arrivare all'auspicato esito in Recovery, è un percorso che non coinvolge solo la persona che ne è direttamente colpita, ma anche il suo contesto familiare e relazionale. Frequentemente accade che i familiari si trovino ad affrontare situazioni di grande complessità emotiva, pratica e relazionale. Questa sfida che li espone ad un percorso di cambiamento generalizzato nelle loro vite, spesso anche per tempi molto dilatati, li trova generalmente impreparati ossia privi di strumenti adeguati a comprendere pienamente ciò che sta accadendo e ad affrontarlo in modo efficace. In queste dinamiche è frequente che i familiari incorrano prima o dopo in un peggioramento della qualità della loro vita e nell'esordio di disturbi stress correlati. In questo scenario, i programmi di supporto e psicoeducazione rivolti ai familiari si configurano come interventi fondamentali all'interno di un approccio integrato alla salute mentale. Tali percorsi mirano a fornire informazioni chiare e scientificamente fondate sui disturbi mentali, a sviluppare competenze comunicative e relazionali efficaci e a promuovere strategie di coping adattive. Inoltre, essi offrono uno spazio strutturato per l'elaborazione emotiva e la condivisione dell'esperienza, contribuendo a ridurre il carico assistenziale percepito e a migliorare la qualità della vita dei caregiver.

Numerose evidenze scientifiche indicano che il coinvolgimento attivo e informato dei familiari nel percorso di cura rappresenta un elemento chiave nel miglioramento degli esiti clinici, nella prevenzione delle ricadute e nella promozione dell'aderenza terapeutica. Tuttavia, i familiari, chiamati comunque ad affrontare quotidianamente la complessità della patologia psichica, possono continuare a sperimentare livelli elevati di stress, senso di impotenza, stigma interiorizzato e difficoltà nella gestione quotidiana del comportamento del proprio congiunto.

Il corso di formazione in Ipnosi Clinica del CIICS mi ha permesso di intravedere nuove prospettive e valutare la possibilità di potenziare i percorsi per i familiari ad oggi esistenti presso i centri di salute mentale di Lugo e Faenza con l'utilizzo dell'ipnosi.

L'inserimento dell'ipnosi nei percorsi di supporto e psicoeducazione, nei servizi di salute mentale, potrebbe rispondere ad un bisogno concreto delle famiglie e rappresentare un investimento strategico finalizzato a potenziare gli esiti di salute dei familiari e dei pazienti nei loro percorsi di recovery orientati alla persona. Migliorare la salute del caregiver implica, di conseguenza, migliorare anche l'efficacia complessiva del trattamento rivolto alla persona affetta da disturbo psichico. La finalità di questo lavoro di tesi è valutare la presenza di letteratura sull'utilizzo dell'ipnosi nei percorsi a sostegno dei caregiver di pazienti psichiatrici. Alla luce delle evidenze raccolte la tesi si orienterà

a gettare le basi per un progetto di implementazione dell'ipnosi all'interno dei percorsi di sostegno e psicoeducazione familiare nei CSM di Faenza e Lugo; tale progetto sarà successivamente proposto ai responsabili dei relativi servizi.

# CAPITOLO I

## 1.1.I bisogni speciali dei caregiver nel centro di salute mentale

La malattia mentale di un individuo ha inevitabili ripercussioni negative anche sul suo nucleo familiare. L'influenza delle immagini stereotipate sulla malattia mentale spesso viene generalizzata a tutta la famiglia la quale restringe progressivamente le proprie interazioni sociali. Tale "disarticolazione sociale" si intreccia con il fatto che i familiari sperimentano sentimenti diversi (rabbia, colpa, disperazione, abbandono, vergogna e stigma) e devono necessariamente rimodellare la propria esistenza alla luce dell'evento traumatico rappresentato dalla malattia del loro congiunto (riduzione della sfera amicale e sociale in generale; riduzione o perdita di opportunità lavorative ed economiche). La rilevanza del contesto familiare nel decorso della malattia mentale è una conoscenza da tempo consolidata. La salute del caregiver con diagnosi psichiatrica è stata indagata prevalentemente in relazione ai familiari di pazienti con psicosi, disturbi dell'umore e disturbo borderline di personalità; meno disponibili risultano le valutazioni della salute di caregiver di pazienti con altre patologie. Già da molto tempo è stato evidenziato (Magliano, 1998) come le famiglie italiane di pazienti con malattia mentale sono più gravate di altre in termini di ore quotidiane spese nell'attività di caregiver del paziente e in termini di minor supporto sociale ricevuto. Uno studio (Magliano, 2005) ha indagato le differenze di carico (oggettivo e soggettivo) confrontando familiari di pazienti psichiatrici con familiari di pazienti affetti da patologie croniche (neurologiche, cardiologiche, polmonari, renali e diabetologiche) in questo studio i familiari sono stati reclutati presso 169 centri specialistici e selezionati con procedura randomizzata e stratificata per area geografica. I risultati hanno evidenziato che i livelli di carico oggettivo erano superiori per i familiari dei pazienti affetti da patologie croniche ma che i livelli di carico soggettivo risultavano maggiori nei familiari dei pazienti psichiatrici in termini di sentimenti di perdita e di colpa.

Dalla fine degli anni '50, il ruolo attribuito ai familiari dei pazienti affetti da disturbi psichiatrici gravi si è gradualmente modificato: nel tempo la famiglia, prima considerata negativamente la causa della patologia del congiunto, è stata rivalutata riconoscendone il potenziale come risorsa fondamentale per il miglioramento clinico e sociale del paziente. Si è cioè passati dal concetto di famiglia che ha bisogno di terapia a quello di nucleo familiare che ha risorse per funzionare come fattore terapeutico e che richiede l'aiuto di operatori esperti per svolgere tale compito in maniera appropriata.

Il coinvolgimento attivo nella gestione del disturbo mentale dell'intero nucleo familiare è considerato una potente risorsa nel processo di assistenza e riabilitazione del paziente (Wing,1987). Infatti i familiari, se aiutati e sostenuti, possono diventare altamente

competenti nel creare un ambiente accogliente per il paziente, offrire un livello ottimale di stimolazione sociale, imparare a fronteggiare sintomi negativi, deficit nel funzionamento sociale e comportamenti disturbanti. Un'attenzione alla valutazione dei bisogni dei familiari con strutturazione di idoneo intervento orientato alla riduzione del carico assistenziale, al miglioramento delle abilità di comunicazione, all'implemento delle capacità di problem solving e di fronteggiamento delle situazioni di crisi (proprie e del familiare) ha l'obiettivo di ridurre la tensione ambientale, aumentare il senso di autoefficacia e di conseguenza migliorare la qualità della vita dell'intero nucleo familiare. Spesso le persone a lungo esposte a forti stressor non riescono ad esprimere agli altri le loro esigenze, preoccupazioni ed emozioni in maniera chiara e costruttiva. Queste incapacità possono portare ad equivoci, litigi e a volte a comportamenti aggressivi o violenti. Il permanere in una condizione di vita ad alto carico implica il protrarsi di una quotidianità ad alto distress dove il rischio di esordio patologico risulta aumentato anche per i caregiver. Frequentemente i familiari riportano una costellazione sintomatologica riconducibile a problematiche stress correlate (disturbi del sonno, alimentari, difficoltà di concentrazione, frustrazione, isolamento sociale, anedonia, dolori muscolo scheletrici, irritabilità, scoppi di rabbia, etc). Questa costellazione sintomatologica è stata definita Family Burden (Carico Familiare) che può condurre ad una sindrome composta da segni e sintomi noti. Tale termine sta ad indicare l'insieme delle conseguenze familiari pratiche e psicologiche determinate dalla convivenza con un congiunto affetto da una malattia mentale e dall'assistenza che viene ad esso fornito. La riduzione del carico soggettivo con attuazione di interventi sullo stress percepito dai caregiver si declina quindi come un intervento necessario e imprescindibile per garantire interventi efficaci (Naonori,2024).

## 1.2 Lo stress

Il concetto di stress è divenuto di uso comune nella cultura popolare rischiando di essere talvolta frainteso ed attribuito erroneamente ad una valenza unicamente negativa. Non è possibile formulare una definizione esaustiva del termine stress (Iannini,2025). Il termine stress nel linguaggio comune viene utilizzato sia per indicare lo stimolo attivante (stressor) sia per descrivere la risposta psicofisiologica della persona allo stimolo.

La definizione del concetto di stress e la graduale implementazione delle conoscenze sui meccanismi psicofisiologici ha preso avvio negli anni '30 del secolo scorso con gli studi pionieristici di Walter Cannon. Cannon (1932), medico fisiologo statunitense, introdusse la nozione di "fight or flight response" (risposta di attacco o fuga), ossia un insieme di reazioni dell'organismo attivate automaticamente in presenza di una minaccia reale o percepita. La risposta di "attacco o fuga" dinanzi ad uno stimolo minaccioso è mediata dal sistema nervoso autonomo dove centrale è la secrezione di adrenalina e noradrenalina che preparano il corpo ad affrontare o evitare il pericolo. Cannon fu anche il primo a porre l'accento sul concetto di omeostasi, ossia la capacità dell'organismo di mantenere una condizione interna stabile; secondo Cannon lo stress rappresentava una perturbazione di tale equilibrio.

Gli studi di Cannon furono portati avanti da altri studiosi che approfondirono con nuove scoperte. Negli anni '50, Hans Selye, medico endocrinologo austriaco-canadese, modificò la definizione di stress data da Cannon sostenendo che si trattasse invece di una risposta aspecifica dell'organismo a qualunque richiesta di cambiamento. In linea con questa teorizzazione Selye (1956) formulò il modello della Sindrome Generale di Adattamento (General Adaptation Syndrome, GAS). Selye nella sua teorizzazione aveva intuito l'esistenza di fasi fisiologiche nella gestione degli eventi stressanti tali da determinare una fase di attivazione delle risorse necessarie al fronteggiamento, una fase di mantenimento delle risorse attive al fine di ripristinare l'equilibrio. Selye integra nel modello esplicativo dello stress la variabile "tempo" ossia prevede una fase chiamata di "esaurimento" delle risorse della persona. La fase "di esaurimento" rappresenta per Selye la conseguenza del protrarsi dello stress senza possibilità di recuperare una condizione di omeostati in tempi congrui con i limiti di tenuta della persona. Il superamento di tale soglia viene identificato come fattore di rischio per l'esordio di patologie.

Un terzo ricercatore importantissimo nella comprensione dell'impatto dello stress sull'organismo fu Richard Lazarus, psicologo statunitense che a partire dagli anni '60, contribuì allo sviluppo ulteriore del concetto di stress proponendo un modello che integrava i meccanismi fisiologici con il ruolo della percezione soggettiva e dei processi cognitivi nel determinare la risposta dell'individuo.

Il modello proposto da Lazarus definiva lo stress come il risultato di un processo di valutazione cognitiva tra la persona e l'ambiente dove lo stress emerge quando l'individuo percepisce una situazione come importante e significativa per il proprio benessere, ma contemporaneamente ritiene di non possedere le risorse per poterla affrontare.

Lazarus introdusse due fasi fondamentali nel processo di valutazione: la valutazione primaria, in cui la persona giudica se lo stimolo rappresenta una minaccia, una sfida o un danno e, in caso di risposta affermativa, la valutazione secondaria, in cui si considerano le risorse disponibili per affrontare la situazione. Lazarus introdusse il concetto di coping, ovvero l'insieme delle strategie cognitive e comportamentali che l'individuo utilizza per gestire le richieste ambientali percepite come stressanti. Queste strategie possono essere focalizzate sul problema (problem-focused coping) quindi mirate a modificare la situazione, oppure focalizzate sull'emozione (emotion-focused coping) ossia dirette a regolare la risposta emotiva.

L'approccio cognitivo di Lazarus ha profondamente influenzato le scienze psicologiche e ha segnato una svolta fondamentale nello studio dello stress, spostando l'attenzione dalla reazione oggettiva allo stressor alla mediazione soggettiva della persona.

Negli anni successivi, le neuroscienze hanno ulteriormente arricchito il quadro teorico, evidenziando il ruolo di strutture cerebrali come l'amigdala, l'ippocampo e la corteccia prefrontale nella percezione, nella valutazione e nella regolazione dello stress. In parallelo, è stato approfondito il funzionamento dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), implicato nella risposta endocrina agli stressor e nella regolazione dei livelli di

cortisolo, con impatti diretti sul sistema immunitario, sul metabolismo e sul tono dell'umore.

In conclusione, il concetto di stress ha conosciuto una profonda evoluzione: da una risposta fisiologica automatica (Cannon), a una sindrome adattiva generalizzata (Selye), fino a un processo cognitivo ed emozionale complesso (Lazarus), che coinvolge l'interazione dinamica tra individuo e ambiente. Queste conoscenze integrate sono oggi alla base degli interventi di promozione del benessere dei pazienti e delle loro famiglie.

### 1.3 Modello stress vulnerabilità applicato al caregiver

Tutti gli individui sono vulnerabili agli effetti dello stress intenso e prolungato, nello stesso tempo è noto come l'impatto degli eventi stressanti vari significativamente da persona a persona. Le variabilità individuali sono date principalmente da due fattori, la soglia individuale e le abilità di fronteggiamento (coping). La soglia individuale di tolleranza ai fattori stressogeni fa parte delle caratteristiche degli individui che possono collocarsi lungo un continuum che va da un'alta sensibilità allo stress fino ad un'elevata resilienza (bassa vulnerabilità). Le abilità di fronteggiamento consistono nelle strategie di gestione e di risposta agli eventi stressanti che hanno la possibilità di ridurre o potenziare l'impatto degli eventi stressanti. Questo tipo di funzionamento è ben illustrato nel modello stress-vulnerabilità, modello che evidenzia come le predisposizioni genetiche e le esperienze di vita interagiscono con gli stressor ambientali, incidendo sulla vulnerabilità a sviluppare disturbi psicopatologici. Il modello è di nota rilevanza per la comprensione del funzionamento dei pazienti psichiatrici, da tempo viene illustrato anche ai caregiver con riferimento alla propria salute e alla propria efficacia assistenziale.

Esiste, infatti, un punto critico soggettivo – spesso ignoto fino a quando non viene raggiunto – oltre il quale le capacità di adattamento iniziano a vacillare e possono manifestarsi risposte comportamentali disfunzionali o inadeguate. In prossimità di questa soglia, la mente può inviare segnali di allarme, indicando un rischio imminente di crisi (sul piano psico-fisico). In queste condizioni il familiare può a sua volta esordire con sintomi di rilievo clinico, di certo riduce significativamente la qualità della propria assistenza al paziente.

Per tale motivo, risulta fondamentale promuovere una consapevolezza preventiva: comprendere in anticipo come evitare il raggiungimento di tale limite e, soprattutto, identificare “chi” e “come” intervenire nel momento in cui emergono i primi segnali di malessere.

Il ruolo del caregiver è intrinsecamente connesso a un elevato livello di stress, derivante dalla gestione quotidiana delle esigenze del paziente, dalle sfide emotive associate e dalle interpretazioni/proiezioni future messe in atto. Studi evidenziano che l'intensità e la durata del caregiving, insieme alla gravità della disabilità del paziente, sono fattori determinanti nel carico percepito dal caregiver.

La percezione di un carico di cura eccessivo, definito come "burden", è costituita dall'insieme dei problemi fisici, psicologici, emotivi, sociali e finanziari che i familiari devono affrontare quando si prendono cura di una persona con deficit fisici o cognitivi. Questo *burden* provoca un forte stress e la sensazione di non riuscire a far fronte alle richieste di cura.

Inoltre, la qualità della relazione tra caregiver e assistito modula il benessere di entrambi, influenzando anche quello dei familiari. Un buon rapporto con il paziente diminuisce il *burden*, mentre la tensione legata al ruolo di caregiver predice un *burden* maggiore.

L'approccio più efficace alla gestione dello stress nel caregiver di un paziente consiste nell'innalzamento della soglia individuale di tolleranza. Questo obiettivo può essere perseguito attraverso diverse modalità di intervento: da un lato l'eventuale ricorso alla terapia farmacologica, qualora ritenuta clinicamente opportuna; dall'altro l'impiego di interventi psicologici mirati che possono includere il supporto psicoterapeutico, le tecniche di rilassamento, la mindfulness, programmi di resilienza e verosimilmente l'ipnosi (tesi di questo lavoro). In molti casi, una strategia integrata che combini più approcci risulta la più indicata per favorire un adattamento efficace agli eventi stressanti. La psicoeducazione emerge come un intervento centrale, poiché offre ai caregiver le conoscenze teoriche utili per comprendere il rapporto tra la malattia, il comportamento del paziente e le proprie reazioni emotive. Questa consapevolezza consente di ridurre il *burden* e migliorare la qualità della relazione con l'assistito.

Inoltre, programmi di supporto che promuovono l'autoefficacia, la resilienza e la gestione dello stress hanno mostrato efficacia nel migliorare il benessere psicologico dei caregiver e nel prevenire il burnout, elementi che lasciano spazio alla progettazione di interventi con ipnosi per potenziare i risultati ottenuti (Martino 2014, Zucca 2017)

## 1.4 Emotività Espressa nei nuclei familiari di un paziente psichiatrico

Il contesto, specialmente quello familiare, riveste un ruolo fondamentale nel percorso di cura di un paziente in carico al servizio di salute mentale. Il concetto di emotività espressa (EE) è noto come fattore rilevante nell'influire sulla prognosi e sul decorso di un percorso terapeutico riabilitativo dei pazienti. Il costrutto di Emotività Espressa descrive l'intensità e la qualità delle emozioni manifestate all'interno del nucleo familiare tra i componenti ed in particolare nei confronti del paziente. Esiste ampia letteratura che ha evidenziato come un'elevata EE, caratterizzata da atteggiamenti come critica, ostilità e iper-coinvolgimento, può influenzare negativamente l'andamento della malattia, aumentando il rischio di mantenimento degli aspetti sintomatologici, maggiori ricadute e ricoveri ospedalieri. L'EE è stata identificata come un indicatore della "temperatura emotiva" all'interno del nucleo familiare, misurando l'intensità e la qualità delle risposte emotive dei familiari nelle relazioni reciproche e nei confronti del paziente. Un alto livello di EE si manifesta attraverso la ricorrente critica intesa come giudizi severi e negativi, il

frequente ricorso ad atteggiamenti ostili ossia di rifiuto e disprezzo. Generalmente nei nuclei ad alta emotività espressa si identifica un iper-coinvolgimento emotivo dove i caregiver vivono un costante senso di preoccupazione con necessità di controllo. È frequente che nei nuclei ad alta EE si presenti al contempo anche la presenza di calore e sostegno ossia di atteggiamenti positivi e di supporto. Un ambiente familiare di questo tipo ostacola il processo di recupero del paziente poiché l'esposizione prolungata a reazioni emotive intense e frequentemente negative implica uno stressor intenso e prolungato che genera confusione e riduce le abilità emergenti del paziente di affrontare i sintomi e la malattia in modo efficace. È documentato da lungo tempo come gli ambienti familiari più accoglienti e supportivi, capaci di favorire una migliore gestione della malattia, sono i nuclei familiari a bassa emotività espressa dove viene significativamente ridotto il rischio di recidive rispetto a quelli che vivono in ambienti ad alta EE.

## 1.5 Gli interventi di psicoeducazione familiare del CSM di Faenza e Lugo

I CSM di Lugo e Faenza e Ravenna hanno implementato un progetto congiunto di psicoeducazione familiare finalizzato a ridurre l'EE familiare favorendo modalità comunicative più consapevoli ed efficaci. Il progetto mira anche a ridurre l'iper-responsabilizzazione dei caregiver con l'obiettivo di migliorare la salute degli stessi e supportare l'autonomia del paziente incoraggiando l'indipendenza e la responsabilizzazione.

Il progetto prevede la selezione di nuclei familiare tramite l'invio al team dedicato da parte degli psichiatri o psicologi del servizio; ogni nucleo familiare candidato viene poi discusso in equipe al fine di definire l'inserimento. Ogni familiare viene incontrato individualmente dall'operatore referente del progetto in un paio di incontri. Negli incontri individuali viene spiegata la finalità del progetto e viene raccolta l'adesione, successivamente ogni familiare viene valutato rispetto all'Emotività Espressa (tramite scala di valutazione Expressed Emotion checklist) e rispetto al carico percepito (tramite la scala Caregiver Burden Inventory); ogni familiare è a conoscenza del fatto che verrà rivalutato con gli stessi strumenti a tre mesi dal termine degli incontri di gruppo.

I familiari partecipano a 9 incontri di gruppo che seguono un calendario tematico che viene consegnato in fase iniziale. Gli incontri prevedono una complessità crescente degli argomenti e una crescente interattività dei familiari all'interno del gruppo. Si riporta di seguito il calendario tematico degli incontri:

1° incontro: Malattia Mentale e stigma
2° incontro: Carico Familiare e stigma
3° incontro: Modello bio-psico- sociale
4° incontro: Modello Stress-vulnerabilità
5° incontro: Psicofarmaci (indicazioni ed effetti collaterali)

6° incontro: Segni Precoci di Crisi e ruolo del caregiver
7° incontro: Educazione Emozionale
8° incontro: comunicazione I parte
9° incontro: comunicazione II parte
10° incontro: spazio alle domande e confronto conclusivo. Somministrazione questionari di gradimento

Nelle diverse edizioni è emerso come i familiari apprezzino il percorso offerto loro e generalmente ottengano riduzione nei punteggi di Emotività Espressa ma è frequente che i punteggi permangano comunque sopra-soglia; la riduzione del carico percepito invece risulta meno evidente. In particolare tendono a permanere aspetti di fatica e di sintomatologie stress correlate. Lavorare con le famiglie di pazienti psichiatrici è fondamentale per creare un ambiente favorevole al recupero ma la sola psicoeducazione si è dimostrata non sempre sufficiente a migliorare le abilità di fronteggiamento dei caregiver. Interventi mirati di ipnosi potrebbero quindi migliorare la qualità della vita dei familiari e di conseguenza dei pazienti, riducendo il rischio di recidive e promuovendo un percorso di cura più efficace e sostenibile.

## CAPITOLO II

### *LE PROSPETTIVE DI INTEGRAZIONE DELL'IPNOSI NEI PERCORSI A SUPPORTO DEI FAMILIARI*

#### 2.1 Ipnosi e trattamenti sanitari

L'ipnosi è un modo di essere dell'organismo, uno stato di coscienza particolare. L'induzione (ipnotismo) è il procedimento tramite il quale è possibile generare la trance ossia una forma modificata di coscienza caratterizzata da un aumentato assorbimento dell'esperienza interna, mentre parallelamente si modifica la percezione dell'ambiente esterno, dello spazio, del tempo e dell'interazione con essi (Casiglia et.all, 2023). Quando durante la trance compaiono fenomeni di ideoplasia plastica, orientati e deliberatamente accettati dalla persona, è possibile parlare di ipnosi. Il monoideismo plastico consiste nella focalizzazione su una sola idea che si attua in esperienza fenomenica verificabile e ratificabile secondo il suo contenuto; imprescindibile è la componente emozionale che contribuisce a definire un monoideismo plastico. In ipnosi è possibile generare importanti modifiche comportamentali e somatico viscerali. I cambiamenti realizzati durante l'ipnosi sono generati tramite un monoideismo plastico che può essere auto od etero-indotto: si instaura infatti quando intervengono particolari stimoli emozionali e senso-motori. Lo stato di coscienza particolare posto in essere dalla presenza di un monoideismo plastico (ipnosi) è caratterizzato da una predominanza di funzioni rappresentativo-emotive su quelle critico-intellettive, da fenomeni di ideoplasia controllata e possibili condizioni di parziale dissociazione psichica (Casiglia et.all, 2023). In un setting sanitario strutturato l'ipnosi è ciò che si realizza in conseguenza dell'atto induttivo verbale o non verbale (Casiglia et.all,2023).

Il meccanismo d'azione dell'ipnosi è riconducibile all'interdipendenza psichica, somatica, viscerale e ambientale. Tramite ciò che viene definito comunicazione ipnotica si suggerisce alla persona un'idea che potenzialmente determina una rappresentazione, da questa scaturiscono sensazioni esperite dal soggetto. Affinché questo complesso fenomeno possa realizzarsi è necessario che il suggerimento conduca ad una rappresentazione adatta all'obiettivo da raggiungere (che è sempre dettato dal bisogno della persona, centro del contratto terapeutico). L'induzione può essere effettuata attraverso tecniche molto diverse, da un punto di vista neuroanatomico l'induzione lenta prevede l'attivazione dell'emisfero destro, l'induzione rapida prevede oltre a questo anche l'attivazione dei centri posteriori e del precuneo (Casiglia, at.all,2023).

L'ipnosi nel trattamento delle malattie stress correlate ha documentate evidenze (Iannini, 2025) nel favorire processi di coping, aumentare la resilienza e modulare la risposta allo stress.

I meccanismi di coping funzionali sono risposte efficaci volte a salvaguardare il funzionamento, il benessere e la salute della persona anche in presenza di situazioni potenzialmente stressanti. I meccanismi/strategie di coping sono processi (fisici, mentali, spirituali ed emozionali) che rendono la persona consapevole dei propri limiti e permettono di sviluppare soluzioni finalizzate ad aumentare le proprie abilità di adattamento all'ambiente.

I trattamenti psicoeducativi sono funzionali a ridurre il *burden* dei caregiver ma spesso i benefici non sono mantenuti nel tempo; ad esempio uno studio randomizzato controllato che ha indagato gli esiti di un trattamento psicoeducativo breve ha riscontrato che i benefici di un intervento di psicoeducazione familiare breve non erano mantenuti nei follow-up a uno e sei mesi (Naonori,2024). Questo apre alla valutazione di altre strategie per migliorare gli esiti.

## 2.2 Metodologia: indagine bibliografica

Alla luce di quanto esposto è sorta la domanda di ricerca relativa all'applicabilità dell'ipnosi nei percorsi di sostegno e supporto a familiari di pazienti dei centri di salute mentale finalizzata ad ampliare gli interventi offerti e migliorare gli esiti. Il primo passo nella costruzione di un progetto di implementazione è quello di indagare la letteratura scientifica disponibile su tale applicazione. La revisione della letteratura si è avvalsa della banca dati PubMed e PsycInfo.

Tramite la ricerca con parole chiave non è stato possibile rinvenire studi specifici aventi come popolazione i caregiver di pazienti in carico ai servizi psichiatrici territoriali. Ho proceduto pertanto a formulare il quesito clinico in parole chiave tramite il metodo PICO come indicato nella tabella sottoindicata.

<b>PICO</b>
<b>P (Population/Problem):</b> Caregiver (assistenti informali di pazienti con patologie croniche o oncologiche)
<b>I (Intervention):</b> Ipnosi (inclusa la comunicazione ipnotica e tecniche di rilassamento con ipnosi)
<b>C (Comparison):</b> Assenza di intervento ipnotico o utilizzo di altre tecniche di supporto psicologico
<b>(Outcome):</b> Riduzione dello stress, emotività espressa, incremento del benessere percepito, miglioramento della qualità della vita.

Il risultato della ricerca ha prodotto 31 risultati. Il campo è stato ristretto limitando gli articoli pubblicati dagli anni 2000 in poi ottenendo così 23 articoli. Sono stati analizzati tutti gli abstract e sono stati approfonditi solo 3 articoli pertinenti. Il risultato della ricerca ha dato su PsycInfo ha evidenziato 1 articolo pertinente al tema. Successivamente sono state analizzate le bibliografie indicate negli articoli in oggetto e indagata la pertinenza specifica di ulteriori articoli che però non sono stati identificati. Sono riportati di seguito gli aspetti rilevanti selezionati dalla letteratura.

TITOLO	CONTENUTI RILEVANTI	Discussione
<u>Nonepileptic Seizures.</u>	L'articolo sostiene che assieme alla psicoterapia l'ipnosi sia il trattamento d'elezione per il trattamento individuale e familiare nei pazienti con diagnosi psichiatrica di NES (crisi non epilettiche). L'ipnosi aiuta a identificare gli stati dell'io dissociati che causano la NES. L'ipnosi può essere utile anche nel differenziare la NES dalle crisi epilettiche e per insegnare ai pazienti come interrompere l'insorgenza delle crisi.	Il testo indica l'ipnosi come trattamento d'elezione anche per la terapia familiare ma non descrive specifiche procedure di intervento applicabili ai caregiver.
Mind-Body Therapies in Childhood Cancer	Le terapie mente-corpo (MBT) sono una modalità di trattamento adiuvante che sembra avere un impatto positivo sulla qualità della vita del paziente, sulla sua salute mentale e <b>sulla percezione della malattia da parte dei familiari</b> . In questa revisione vengono descritte diverse MBT evidence based, come l'arteterapia, la meditazione, la preghiera, la musicoterapia, <b>l'ipnosi</b> e le tecniche di rilassamento. Nonostante il crescente interesse per l'ipnosi gli studi (oncologia pediatrica) presentano numerose limitazioni nella dimensione del campione, nell'età dei partecipanti e nel follow-up a lungo termine. Si ritiene difficile trarre conclusioni sull'utilità dell'ipnosi come modalità MBT, a parte il fatto che si tratta di una terapia promettente.	L'ipnosi viene citata come uno dei trattamenti efficaci nel migliorare la percezione familiare della malattia. Nell'articolo si parla dell'efficacia delle terapie MBT senza praticare un distinguo sulle diverse tecniche.
<b>Hypnosis Intervention for Couples Confronted with Alzheimer's Disease: Promising Results of a First Exploratory Study</b>	Studio orientato all'implementazione di un intervento standardizzato di ipnosi per pazienti affetti dal morbo di Alzheimer e relativo partner. Obiettivo è indagare la fattibilità, l'accettabilità e <b>l'utilità nel gestire la sofferenza del paziente e del familiare</b> . Lo studio ha dimostrato come <b>l'ipnosi è funzionale nel migliorare la gestione dello stress e la qualità della relazione</b> . Campione composto da 16 coppie, intervento monitorato per 8 settimane e follow-up a 3 mesi. Rilevata la presenza di pregiudizio iniziale verso il trattamento con ipnosi ma una generale accettazione. I partecipanti hanno indicato come fattori predisponenti la presenza di aspettative positive di ottenere un supporto professionale con un approccio non	Lo studio sostiene l'efficacia dell'ipnosi nel ridurre lo stress del caregiver e nel migliorare la qualità della relazione tra caregiver e paziente. Viene riportata un'applicazione orientata a ridurre le manifestazioni fisiche dello stress nonché su pensieri disfunzionali e credenze negative. Si sostiene che l'ipnosi può essere utile anche per i caregiver nel fronteggiare le difficoltà che incontrano nella situazione di cura, nel rimanere positivamente impegnati e nell'aumentare la soddisfazione, la compassione e la resilienza. Nell'articolo si citano sessioni di ipnosi sul modello Eriksoniano condotte a domicilio e svolte in compresenza paziente e caregiver. Vengono identificati chiaramente gli obiettivi

	<p>farmacologico, il ricevere un intervento domiciliare gratuito, flessibile e di coppia. I risultati hanno mostrato una <b>significativa riduzione del disagio per entrambi i partner</b>. Questi effetti si sono mantenuti per tre mesi dopo l'intervento. Le coppie si sono sentite <b>più rilassate, hanno provato meno emozioni negative, hanno accettato le difficoltà più facilmente, sono state più pazienti e hanno riportato una migliore comunicazione e più affetto nella relazione</b>. L'intervento di ipnosi era focalizzato a ridurre l'angoscia, il senso di insicurezza, le difficoltà ad accettare la malattia, l'anticipazione ansiosa del futuro, la nostalgia e l'uso di strategie di evitamento per gestire situazioni difficili. <b>Oggetto di intervento anche la tendenza dei caregiver a trascurare i propri bisogni e difficoltà a identificare i bisogni del pz. e adattarsi alla malattia</b>. Struttura degli incontri (30 min): 1)Apertura-discussione sulla sessione precedente e le ricadute sulla settimana trascorsa, definizione dell'obiettivo della sessione (individuale o coniugale) a seconda del desiderio della coppia. 2) seduta di ipnosi, composta da induzione (tramite focalizzazione sensoriale) e successivo lavoro in stato di ipnosi finalizzato ad un cambiamento precedentemente identificato 3) chiusura- ritorno ad uno stato critico di ordinaria coscienza e verifica di assenza di effetti indesiderati secondari alla seduta, come fatica, ansia, confusione o resurrezione di ricordi. Utilizzati 8 copioni specifici per le sessioni creati da uno psicologo esperto formato in ipnosi ericksoniana dell'Associazione Francese di Ipnosi. Ogni copione ha un obiettivo specifico legato ai temi comuni relativi alla gestione dell'angoscia e nel miglioramento della qualità della relazione. Incontri 1° e 2° incentrati sulla creazione del luogo sicuro al quale poter far ricorso negli incontri successivi, 3° promozione delle risorse della persona per il cambiamento. Gli altri incontri non rigidamente definiti ma copioni selezionati in base ai bisogni evidenziati.</p>	<p>perseguiti tramite trattamento con ipnosi nei caregiver. Ben definita la struttura di base degli interventi. Pur essendo lo studio indicato ad una popolazione differente da quella psichiatrica i punti di vulnerabilità identificati per i caregiver si ritengono sovrapponibili anche ai caregiver di pazienti psichiatrici. In conclusione le informazioni raccolte in questo studio possono essere valido spunto per l'implementazione progettuale oggetto di questo lavoro.</p>
<p><b>Hypnosis and parents:</b></p>	<p>Cambiare le percezioni è un obiettivo pertinente del lavoro con ipnosi perché Il modo in cui si dicono le cose agisce sulla</p>	<p>Lo studio è focalizzato su famiglie di minori, l'articolo è prevalentemente orientato ad un intervento psicoterapeutico pertanto i</p>

<p><b>pattern interruptus.</b></p>	<p>percezione. Molti genitori non sono consapevoli che le parole possono essere utilizzate per cambiare le percezioni. Può essere un cambiamento nella percezione di sé, del problema, di un sintomo o del contesto di un problema. Molto può essere cambiato con la comunicazione ipnotica. <b>Le suggestioni per il rafforzamento dell'io sono efficaci per i cambiamenti nella percezione di sé. La ristrutturazione di un problema (cambiare il contesto, la credenza o il significato) e fornire informazioni educative può cambiare la percezione del problema.</b> Suggestire di immaginare un problema all'interno di una cornice può fornire contenimento al problema. Qualsiasi sintomo può essere percepito in un modo diverso ponendo domande che sono progettate per invitare i nostri sistemi percettivi ad una diversa prospettiva. L'ipnosi e la psicoeducazione sulla comunicazione ipnotica possono <b>migliorare le competenze genitoriali</b>, come insegnare ai genitori a prestare attenzione all'uso del linguaggio con i propri figli al fine di <b>trasformare gli schemi comunicativi da improduttivi a utili</b>. Nelle famiglie disfunzionali spesso si osserva un modello automatico di comunicazione che mantiene determinate difficoltà-sintomi. L'automaticità del modello comunicativo è solitamente al di fuori della consapevolezza del nucleo. Genitori e figli possono essere intrappolati in un modello relazionale rigido, doloroso e dannoso. L'intervento accompagna a "fare le cose in modo diverso" tramite riformulazioni e suggerimenti impliciti per un orientamento al futuro. Lo psicoterapeuta Iglesias (2003) ha utilizzato l'ipnosi per rafforzare la <b>formazione di confini sani nei bambini e nei genitori</b>, con differenziazione in base alle fasi di sviluppo e all'età. L'immaginazione è creativa, potenziante e terapeutica; gli adulti spesso perdono i benefici dell'immaginazione e hanno bisogno di essere educati al recupero, anche per saper aiutare i propri figli ad utilizzarla a loro favore. Reznick (2009) ha identificato tecniche di base che un genitore formato può al bisogno insegnare a un figlio (respirazione diaframmatica, rilassamento,</p>	<p>contenuti sono solo parzialmente coerenti con la domanda di ricerca. Si ritiene tuttavia utile:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-l'indicazione di sottoporre i caregiver ad un trattamento con ipnosi finalizzato all'acquisizione di abilità di respirazione diaframmatica, rilassamento, capacità di accedere ad un luogo sicuro, il centrarsi e radicarsi, ricorrere a guide interiori, conversare con il corpo, mobilitare energia. Queste abilità potrebbero essere utilizzate dai caregiver al fine di promuovere una riduzione delle risposte disfunzionali a fronte di un incremento delle risposte sane ai propri figli.</li> <li>- l'indicazione di fornire ai caregiver un intervento calibrato di psicoeducazione sull'utilizzo dei principi della comunicazione ipnotica al fine di sostenere il cambiamento con i propri familiari.</li> <li>- L'indicazione ad usare con i caregiver tecniche di rinforzo dell'io per modificare la percezione di sé;</li> <li>- l'indicazione di metafore come la cornice per modificare la percezione del problema,</li> <li>- l'indicazione a supportare con l'ipnosi il recupero di una visione d'esito positivo con riduzione della rigidità interpretativa.</li> </ul>
------------------------------------	---	---

	<p>luogo sicuro, il centrarsi e radicarsi, chiamare guide interiori, conversare con il corpo, mobilitare energia e attingere ai 5 sensi). I genitori possono insegnare ai propri figli a liberare la tensione nel corpo, a utilizzare la propria immaginazione e i sensi per alleviare il dolore e a trovare modi sani per esprimere le emozioni accumulate. Educare i genitori sull'integrazione mente-corpo, sullo stress, sulle tecniche di rilassamento e sull'immaginazione guidata comporta risultati positivi nell'intero nucleo familiare. Con l'ipnosi è possibile anche aiutare le famiglie a poter immaginare esiti positivi, imparando ad andare oltre alla propria visione. Si spera che la ricerca delle applicazioni dell'ipnosi nelle famiglie venga ulteriormente indagata.</p>	
<p><b>Feasibility and acceptance of self-hypnosis to reduce chronic stress levels on family in-home caregivers of elderly people: protocol for the POSSAID pilot, randomized, wait-list controlled trial.</b></p>	<p>I familiari che si prendono cura di persone anziane sperimentano elevati livelli di stress cronico a causa dell'assistenza intensiva che forniscono in modo permanente a coloro che stanno perdendo la propria autonomia. Il ruolo di caregiver è spesso considerato un peso, lo stress derivante può causare gravi conseguenze sulla salute e peggiora la qualità della vita (QdL). <b>Ridurre lo stress cronico dei caregiver attraverso protocolli di autoipnosi</b> può essere un trattamento efficace. L'obiettivo è valutare la fattibilità e l'accettazione di protocolli di autoipnosi insegnati da infermieri qualificati per ridurre lo stress cronico dei caregiver familiari. Trial prospettico monocentrico, 60 partecipanti assegnati in modo casuale a uno dei due gruppi: un gruppo di autoipnosi (intervento) o un gruppo di controllo in lista d'attesa. Dopo un programma di formazione di 8 settimane, i partecipanti all'intervento praticheranno l'autoipnosi per dieci minuti al giorno per 8 settimane e saranno successivamente seguiti per 16 settimane. L'esito primario è valutare la fattibilità di un protocollo di autoipnosi di 16 settimane per i caregiver. Gli esiti secondari includono la valutazione degli effetti della pratica dell'autoipnosi tra i caregiver familiari di anziani in relazione ai loro <b>livelli di stress, disturbi del sonno, livelli di affaticamento e qualità della vita</b> a 2, 4 e 8 mesi su base esplorativa. tre sessioni individuali di 1 ora</p>	<p>Studio rivolto ai caregiver di anziani. I contenuti si ritengono comunque idonei e parzialmente sovrapponibili considerando che anche la patologia psichiatrica, specialmente nei quadri clinici più gravi, espone i caregiver a vissuti sovrapponibili a quelli descritti. Gli obiettivi descritti (riduzione dello stress e miglioramento della QdL) si ritengono pertanto obiettivi utilizzabili per tutti i caregiver di persone con disabilità di lunga durata. Gli outcome proposti dallo studio riguardano la riduzione dei livelli di stress, disturbi del sonno, livelli di affaticamento e QdL dei caregiver. Lo studio ha identificato un follow up a 2, 4 e 8 mesi. rispetto al corpo dell'ipnosi non vengono forniti dettagli sulle suggestioni o metafore utilizzate. Sarà interessante visionare la pubblicazione degli esiti di tale studio una volta pubblicati.</p>

	<p>ciascuna e due incontri di gruppo di 4 ore, svolti nell'arco di 8 settimane. Definito un protocollo strutturato di autoipnosi con incontri guidati finalizzati all'apprendimento e consolidamento- generalizzazione tramite esercizi a casa. Gli incontri guidati vengono proposti con la seguente struttura: <b>Fase di installazione:</b> il caregiver viene guidato ad assumere una posizione seduta o semi-distesa a suo piacimento. <b>Fase di induzione:</b> il caregiver viene guidato in uno stato di concentrazione tramite suggestioni focalizzate su un determinato stimolo (come un'immagine, un suono, un oggetto o sensazioni) perseguendo un affievolimento della predominanza delle percezioni ambientali. <b>Stato di trance</b> ipnotica: in questa fase vengono fornite suggestioni sulla riduzione dello stress, della fatica e del 'carico' avvertito dai caregiver, successivamente viene fornito un ancoraggio. <b>Fase di riorientamento:</b> vengono utilizzate suggestioni post-ipnotiche positive e di benessere favorendo le successive pratiche autonome a domicilio. In ultimo si guida la persona verso il riorientamento nell'ordinario stato di coscienza. <b>Colloquio di fine sessione:</b> Il partecipante viene invitato ad esprimere le sensazioni-emozioni generate dall'esperienza; questa ultima fase è particolarmente utile alla raccolta di informazioni funzionali ad arricchire e personalizzare al meglio la tecnica proposta nelle successive sessioni. In questa fase si dedica attenzione anche al fornire istruzioni a supporto della pratica autonoma a casa di auto-ipnosi.</p> <p>L'articolo non fornisce indicazioni d'esisto</p>	
--	---	--

## 2.3 Discussione

L'implementazione dell'ipnosi all'interno di trattamenti erogati dal centro di salute mentale richiede una progettazione con diverse fasi di realizzazione. Questo lavoro di tesi ha permesso di avviare il progetto partendo dall'identificazione di un bisogno e attuando un lavoro di revisione della letteratura sul tema. La ricerca non ha evidenziato studi focalizzati specificatamente sull'utilizzo dell'ipnosi nei caregiver di pazienti in carico ai servizi di salute mentale, tuttavia sono stati reperiti alcuni studi che hanno indagato o proposto l'uso dell'ipnosi su aspetti condivisibili da tutti i caregiver di persone con

patologie ad alto impatto funzionale. Integrare nei trattamenti offerti ai familiari anche l'ipnosi può rappresentare un'opportunità innovativa, purché sia applicata da professionisti qualificati e inserita all'interno di un progetto terapeutico riabilitativo strutturato. Lo studio per questa tesi ha permesso di focalizzare meglio i potenziali obiettivi dell'utilizzo dell'ipnosi con i caregiver di pazienti in carico al servizio di salute mentale. L'ipnosi potrebbe essere inserita per potenziare i trattamenti offerti ai caregiver sui seguenti obiettivi:

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Riduzione dello stress e del carico emotivo</b> <i>(rilassamento, sonno, alimentazione, dolori stress correlati, riduzione della doverizzazione recupero dei confini, riduzione della pervasività dei sentimenti di colpa e perdita, etc);</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Riabilitazione – Abilitazione al riconoscimento e rispetto di confini di ruolo</b> <i>(riduzione dell'eccessivo controllo, intrusività, sostituzione decisionale, etc);</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Promozione delle risorse interiori e del coping adattivo con riduzione dell'emotività espressa</b> <i>(ristrutturazione della percezione dei problemi, riduzione delle credenze negative, potenziamento dell'io, etc);</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Potenziamento delle abilità di comunicazione efficace;</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Rafforzare in integrazione sinergica i contenuti affrontati negli incontri di psicoeducazione;</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Lavoro sull'immaginario e sulle rappresentazioni familiari</b> <i>(riduzione della visione catastrofica con recupero di aspetti positivi, di fiducia, speranza, etc).</i></li> </ul>

## 2.4 I primi passi del progetto

Essendo l'ipnosi una tecnica nuova mai utilizzata entro i servizi in oggetto si prevede un graduale inserimento nel servizio. Al termine di questo lavoro di tesi i passi successivi saranno incentrati sulla preparazione di una serie di copioni idonei al perseguimento dei diversi sotto-obiettivi. I copioni saranno condivisi e revisionati da altri colleghi psicoterapeuti ipnoterapeuti formati al CIICS al fine di ottenere nelle prime fasi di implementazione una strutturazione dell'intervento valida, clinicamente adeguata e che permetta una raccolta dati. La definizione di copioni si ritiene utile anche al confort dell'ipnologo alle prime esperienze.

La psicoeducazione iniziale verrà integrata di conoscenze sull'ipnosi da fornire ai familiari già in fase di presentazione del percorso. Sarà raccolto idoneo consenso informato, in caso di rifiuto il familiare sarà comunque informato della possibilità di accedere al trattamento in un momento successivo qualora dovesse modificare la propria posizione.

Nelle valutazioni iniziali, ad oggi limitate all'emotività espressa e carico familiare, sarà inserito uno strumento di valutazione dei livelli di stress dei caregiver come ad esempio la Perceived Stress Scale (PSS) o il PSS-10 e il livello di stress percepito su scala analogica visiva. Tutti gli strumenti utilizzati saranno poi risomministrati per follow up non solo a tre mesi ma anche al termine degli incontri individuali e di gruppo.

La popolazione target sarà costituita da caregiver di pazienti in carico al centro di salute mentale inviati dagli psichiatri di riferimento secondo le modalità già in atto. Nella pratica i familiari di giovani pazienti con esordio recente saranno assegnati a gruppi distinti da familiari con assistenza di lunga durata. Saranno esclusi i caregiver a loro volta in carico al servizio di salute mentale-serd per percorsi diversi dal supporto genitoriale e-o il trattamento di disturbi dell'adattamento. Il progetto attuale verrà integrato di ore destinate ad incontri individuali di ipnosi (1-5) da offrire a tutti i familiari che evidenzieranno un bisogno che potrebbe trarre beneficio dall'ipnosi. La sessione individuali di ipnosi si articoleranno in cinque fasi (vd. Tabella 1.).

Tab.1

Accoglienza e contratto	Il familiare verrà accolto in uno spazio dedicato. Verrà definito il bisogno della persona e stipulato il contratto della seduta.
Fase di induzione	Il caregiver verrà invitato ad assumere una posizione comoda, seduta o semi-sdraiata, a seconda delle sue esigenze. Verrà attuata un'induzione tramite focalizzazione dell'attenzione su uno stimolo interno o esterno (un punto sul soffitto, il dito dell'ipnologo o il respiro). Una volta rilevati indicatori di trance verranno ratificati al paziente.
Fase corpo dell'ipnosi	Sarà suggerito un monoideismo plastico finalizzato a produrre levitazione, catalessi o movimento ripetitivo

	<p>che verrà ratificato e sfidato. Nel caso di mancato raggiungimento dello stato di ipnosi si proseguirà con un rilassamento guidato validando la persona per la grande capacità di controllo e autodeterminazione. Solo nel caso di esito positivo si passerà al lavoro sul corpo dell'ipnosi selezionando un copione a seconda del bisogno specifico definito nel contratto (riduzione dello stress, della stanchezza e del "peso" avvertito dal caregiver, ecc). Se ritenuto utile verrà fornito un ancoraggio al fine di favorire la generalizzazione dell'esperienza.</p>
Fase di riorientamento	<p>Questa fase sarà anche definita fase di conclusione. L'ipnologo potrà utilizzare suggestioni post-ipnotiche positive e di benessere, accompagnando il caregiver al ripristino di uno stato di coscienza ordinario.</p>
Intervista di fine sessione	<p>Il partecipante sarà invitato a parlare delle proprie sensazioni, dell'esperienza della sessione e di informazioni che permetteranno all'ipnologo di adattare al meglio le sue tecniche durante le altre sessioni. Verranno infine fornite istruzioni per l'autoipnosi.</p>

## CONCLUSIONI

L'ipnosi è ampiamente riconosciuta per la sua efficacia nella gestione dello stress, dell'ansia e delle somatizzazioni (Casiglia et.al,2023). Nei familiari di persone con disturbo mentale, che spesso sperimentano alti livelli di distress psicologico, l'ipnosi può favorire stati di rilassamento profondo, migliorando la regolazione emotiva e contribuire a ridurre il burden soggettivo legato al ruolo di caregiver. Attraverso tecniche ipnotiche, è possibile potenziare l'accesso a risorse psichiche spesso non consapevolmente disponibili, facilitando la costruzione di strategie di coping più funzionali e resilienti. L'ipnosi può aiutare i familiari a rielaborare vissuti di impotenza, colpa o fallimento, trasformandoli in atteggiamenti più costruttivi e centrati sulla possibilità di affrontare le difficoltà.

La dimensione simbolica e immaginativa, attivata durante la trance in ipnosi, può permettere l'emersione di nuove e più tollerabili rappresentazioni interne relative alla malattia, alla relazione con il familiare affetto da disturbo mentale e ai ruoli familiari. Queste rappresentazioni possono essere ristrutturare contribuendo a un cambiamento più profondo e duraturo delle dinamiche disfunzionali. L'ipnosi può favorire una maggiore consapevolezza di sé e dei propri vissuti profondi, spesso sommersi dalla fatica quotidiana della gestione. Questo può migliorare la capacità di mettersi in ascolto delle proprie emozioni e bisogni, rispondendo ad una condizione fondamentale per sostenere in modo equilibrato l'altro.

Inserire la possibilità di utilizzare l'ipnosi in un percorso di supporto e psicoeducazione familiare può potenziare gli outcome di efficacia; mentre la psicoeducazione classica agisce sul piano cognitivo-comportamentale e informativo, l'ipnosi lavora a un livello più profondo, emotivo e simbolico, contribuendo a consolidare i cambiamenti appresi e a favorire una rielaborazione globale dell'esperienza familiare.

L'ipnosi può contribuire ad ampliare la gamma di servizi di assistenza disponibili per familiari che si prendono cura di pazienti in carico alla psichiatria territoriale; inoltre il contributo di nuovi strumenti può contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.

# BIBLIOGRAFIA

- A.Lax, Interventi psicoeducativi familiari disturbi mentali gravi rassegna principali esperienze ricerca applicazione in Italia. Nuova rassegna di studi psichiatrici, NRSP-Vol10-07.
- Bosworth C, Watsford C, Buckmaster D, Rickwood D. Caregiver Involvement in Psychotherapy for Young People With Borderline Personality Disorder and Borderline Personality Disorder Features: A Systematic Review. *Clin Psychol Psychother*. 2024 Nov-Dec;31(6):e70027.
- Bowman ES. Nonepileptic Seizures. *Curr Treat Options Neurol*. 2000 Nov;2(6):559-570. doi: 10.1007/s11940-000-0034-x. PMID: 11096780.
- Bowman ES. Nonepileptic Seizures. *Curr Treat Options Neurol*. 2000 Nov;2(6):559-570. doi: 10.1007/s11940-000-0034-x. PMID: 11096780.
- Cannon, W. B. (1932). *The Wisdom of the Body*. New York: W.W. Norton & Company.
- Cardeña E, Svensson C, Hejdström F. Hypnotic tape intervention ameliorates stress: a randomized, control study. *Int J Clin Exp Hypn*. 2013;61(2):125-45. doi: 10.1080/00207144.2013.753820. PMID: 23427838.
- Casiglia E, Croce D, Facco E, et al., Atti del Gruppo di Lavoro dei Didatti dell'istituto Franco Granone CIICS 2-3 dicembre 2023, Ancora Editrice.
- Eason, A. D., & Parris, B. A. (2019). Clinical applications of self-hypnosis: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 6(3), 262–278.
- Fisch S, Brinkhaus B, Teut M. Hypnosis in patients with perceived stress - a systematic review. *BMC Complement Altern Med*. 2017 Jun 19;17(1):323. doi: 10.1186/s12906-017-1806-0. PMID: 28629342; PMCID: PMC5477290.
- Fisch S, Trivaković-Thiel S, Roll S, Keller T, Binting S, Cree M, Brinkhaus B, Teut M. Group hypnosis for stress reduction and improved stress coping: a multicenter randomized controlled trial. *BMC Complement Med Ther*. 2020 Nov 13;20(1):344.
- Granone F, *Trattato di Ipnosi*, Istituto Franco Granone CIICS.
- Gupta P, Bharti P, Bathla M, Singh AH, Bhusri L. A cross-sectional study to assess the caregiver burden and the quality of life of caregivers of the patients suffering with psychiatric illness. *Ind Psychiatry J*. 2022 Jan-Jun;31(1):151-157.
- Hayes A, Courey L, Kells M, Hyndman D, Dempsey M, Murphy M. Caregivers of individuals with borderline personality disorder: The relationship between leading caregiver interventions and psychological distress/positive mental well-being. *Fam Process*. 2024 Dec;63(4):2119-2134.
- Henao Piedrahita N, Idarraga Arroyave MM, Londoño Restrepo N, López Ceballos JJ, Ramírez Serna MA, Serna Arango PA, Salazar JE, Lopera R. Prevalence of caregiver burden syndrome in formal caregivers of institutionalised patients with psychiatric illness. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2021 Apr-Jun;50(2):101-107.
- Iannini R., *l'ipnosi come possibile strumento di controllo dei disordini endocrini e immunitari causati da stati di stress cronico*, Tesi CIICS, 2013.
- Jørgensen MS, Storebø OJ, Poulsen S, Simonsen E. Burden and Treatment Satisfaction among Caregivers of Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Fam Process*. 2021 Sep;60(3):772-787. doi: 10.1111/famp.12593. Epub 2020 Oct 3.
- Kaur N, Puria A, Kumar A, Chaudhury S, Goyal E, Singh VP. Caregiver burden among working women and homemakers taking care of psychiatric patients. *Ind Psychiatry J*. 2021 Oct;30(Suppl 1):S166-S171.

- Klaus NM, Algorta GP, Young AS, Fristad MA. Validity of the Expressed Emotion Adjective Checklist (EEAC) in Caregivers of Children with Mood Disorders. *Couple Family Psychol.* 2015 Mar;4(1):27-38
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Linden JH. Hypnosis and parents: pattern interruptus. *Am J Clin Hypn.* 2011 Jul;54(1):70-81
- Magliano L, Fiorillo A; National Mental Health Project Working Group. Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Soc Sci Med.* 2005 Jul;61(2):313-2
- Magliano L, Interventi psicoeducativi familiari disturbi mentali gravi. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 4, 2, 199.
- Martino F, Lia L, Bortolotti B, Menchetti M, Monari M, Ridolfi ME, Sanza M, Sasdelli A, Berardi D. La famiglia del paziente con disturbo borderline di personalità: carico della malattia e interventi destinati ai caregiver. *Riv Psichiatr* 2014;49(5):199-206
- Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *Gerontologist.* 1989 Dec;29(6):798-803.
- Reinhard SC, Levine C, Samis S. Da soli a casa: caregiver familiari che forniscono assistenza cronica complessa. *AAARP Found* 2012;50
- Reynaud D, Bruneau L. Feasibility and acceptance of self-hypnosis to reduce chronic stress levels on family in-home caregivers of elderly people: protocol for the POSSAID pilot, randomised, wait-list controlled trial. *BMJ Open.* 2022 Dec 30;12(12):e066749. doi: 10.1136/bmjopen-2022-066749. PMID: 36585135; PMCID: PMC9809277.
- Reynaud D, Bruneau L. Feasibility and acceptance of self-hypnosis to reduce chronic stress levels on family in-home caregivers of elderly people: protocol for the POSSAID pilot, randomised, wait-list controlled trial. *BMJ Open.* 2022 Dec 30;12(12)
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- Swartz K, Collins LG. Caregiver Care. *Am Fam Physician.* 2019 Jun 1;99(11):699-706. PMID: 31150177.
- Velez-Florez G, Velez-Florez MC, Mantilla-Rivas JO, Patarroyo-Rodríguez L, Borrero-León R, Rodríguez-León S. Mind-Body Therapies in Childhood Cancer. *Curr Psychiatry Rep.* 2018 Jul 21;20(8):58.
- Wawrziczny E, Picard S, Buquet A, Traversac E, Puisieux F, Pasquier F, Huvent-Grelle D, Doba K. Hypnosis Intervention for Couples Confronted with Alzheimer's Disease: Promising Results of a First Exploratory Study. *J Alzheimers Dis.* 2022;89(4):1351-1366.
- Yasuma N, Sato S, Yamaguchi S, Matsunaga A, Shiozawa T, Tachimori H, Watanabe K, Imamura K, Nishi D, Fujii C, Kawakami N. Effects of brief family psychoeducation on family caregiver burden of people with schizophrenia provided by psychiatric visiting nurses: a cluster randomised controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2024 Jun 14;24(1):445
- Zucca C, Ortolani E, Frattarolo S, Aiello T, Travaglini G, Cro F, Trisolini A. Interventi riabilitativi di gruppo nel Dipartimento di Salute Mentale di Viterbo. *Riv Psichiatr* 2017;52(5):200-207