



Fondatore: Prof. Franco Granone

**CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA**

**E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

**Anno 2025**

**Ipnosi e Psichedelici: Un Modello Integrato**

**Candidato**

**Dott.ssa**

**Re Tania Simona**

**Relatore Prof Enrico Facco**

## Abstract

La presente tesi esplora il rapporto tra ipnosi e psichedelici come strumenti di ampliamento della coscienza e come potenziali mediatori di processi terapeutici e trasformativi. A partire da una prospettiva storica e scientifica, il lavoro analizza le radici comuni dei due approcci nel contesto della psicologia profonda e delle pratiche di guarigione tradizionali, mettendo in evidenza come entrambi agiscano sui meccanismi percettivi, emotivi e simbolici che regolano l'esperienza soggettiva.

L'ipnosi viene considerata come una condizione naturale di attenzione focalizzata e dissociazione controllata, capace di facilitare l'accesso a contenuti inconsci e di promuovere processi di integrazione e rielaborazione emotiva. Gli stati psichedelici, indotti da sostanze come psilocibina, LSD o ayahuasca, vengono interpretati come stati non ordinari di coscienza che, se inseriti in un contesto terapeutico e rituale adeguato, possono favorire esperienze di insight, connessione e guarigione profonda.

La tesi mette in dialogo le evidenze neuroscientifiche più recenti con le prospettive psicoterapeutiche e antropologiche, mostrando come ipnosi e psichedelici condividano dinamiche neurocognitive simili, in particolare la modulazione del Default Mode Network e la plasticità psichica indotta. L'obiettivo è proporre una visione integrata, in cui l'uso consapevole e guidato di questi strumenti possa aprire nuove vie per la ricerca clinica e per la comprensione dell'esperienza umana nella sua dimensione psicologica, spirituale e relazionale.

# Ipnosi e Psichedelici: Un Modello Integrato

---

## Capitolo 1 – Introduzione

Il tema dell'integrazione tra ipnosi e psichedelici rappresenta una delle frontiere più innovative della psicoterapia contemporanea. L'obiettivo di questo lavoro è esplorare il contesto storico, teorico e clinico di entrambi gli approcci, analizzarne le similitudini, le differenze e i possibili punti di sinergia, fino a proporre un modello terapeutico integrato. Verranno inoltre discussi gli aspetti etici e legali e presentato un esempio di \*Single Case Study\* come ipotesi di applicazione clinica.

## Capitolo 2 – Storia dell'ipnosi

L'ipnosi ha una lunga storia che parte dal mesmerismo e dalle pratiche magnetiche del XVIII secolo, per poi evolversi con Braid, Charcot, Bernheim, fino alle applicazioni cliniche moderne con Erickson e Granone. Da pratica controversa è diventata una tecnica riconosciuta scientificamente, capace di ridurre ansia, dolore e sintomi psicosomatici.

## Capitolo 3 – Psichedelici: storia e ricerca

Gli psichedelici hanno origini millenarie nelle culture native, ma entrano nella ricerca scientifica moderna con Albert Hofmann e l'LSD negli anni '40. Negli anni '50 e '60 vengono esplorati in psichiatria e psicoterapia, ma la proibizione degli anni '70 ne interrompe lo studio. Dagli anni '90 in poi, assistiamo a una rinascita della ricerca, con studi su depressione resistente, ansia in oncologia e dipendenze, condotti da centri come Johns Hopkins e Imperial College.

## Capitolo 4 – Stati modificati di coscienza e psicologia transpersonale

Gli stati modificati di coscienza (SMC) includono sogno, ipnosi, meditazione, esperienze psichedeliche. Le neuroscienze hanno dimostrato che sia ipnosi che psichedelici modulano il Default Mode Network e favoriscono flessibilità cognitiva. La psicologia transpersonale di Maslow e Grof interpreta questi stati come esperienze trasformative che trascendono l'ego e aprono a nuove possibilità terapeutiche.

## Capitolo 5 – Confronto tra ipnosi e psichedelici

Ipnosi e psichedelici presentano somiglianze (alterazioni percettive, riduzione del sé, accesso all'inconscio) e differenze (metodologia, durata, controllo). Le neuroscienze mostrano convergenze sul DMN e differenze nella connettività cerebrale. Clinicamente, l'ipnosi è già riconosciuta e utilizzata, mentre gli psichedelici sono ancora sperimentali. L'integrazione appare promettente.

## Capitolo 6 – Proposta di modello integrato

Il modello integrato si articola in tre fasi: preparazione ipnotica (creazione di spazio sicuro, riduzione ansia), sessione psichedelica (supporto ipnotico, contenimento) e integrazione post-esperienza (rielaborazione simbolica e narrativa). Questo protocollo unisce la modulabilità dell'ipnosi con la potenza trasformativa degli psichedelici.

## Capitolo 7 – Ipotesi di Single Case Study

Caso ipotetico di "Laura", paziente oncologica con ansia e depressione resistente. Il modello integrato viene applicato con successo: l'ipnosi prepara e integra, la psilocibina induce insight profondi, e le sessioni ipnotiche successive consolidano i cambiamenti. Si rilevano miglioramenti clinici significativi.

## Capitolo 8 – Aspetti etici, legali e prospettive future

L'integrazione ipnosi-psichedelici solleva questioni etiche (consenso informato, vulnerabilità, relazione terapeutica), legali (status proibitivo delle sostanze, eccezioni sperimentali) e sociali (stigmatizzazione). Le prospettive future includono trial clinici, formazione interdisciplinare e dialogo culturale.

## Conclusione generale

Il modello integrato ipnosi-psichedelici è una frontiera della psicoterapia contemporanea. Esso unisce sicurezza e contenimento dell'ipnosi con la capacità trasformativa degli psichedelici. Nonostante i limiti e le sfide normative, rappresenta una direzione promettente per affrontare ansia, depressione, dipendenze e dolore esistenziale. Il futuro richiede ricerca rigorosa, formazione adeguata e un dibattito etico aperto.

# Capitolo 1 – Introduzione

## 1.1 Contesto generale

La sofferenza psicologica connessa a condizioni di malattia grave o a eventi di vita altamente stressanti rappresenta una delle sfide più complesse per la psicoterapia contemporanea. L'ansia, la depressione e l'angoscia esistenziale che accompagnano tali condizioni non solo compromettono la qualità della vita, ma possono ridurre la risposta alle cure mediche e minare la capacità di adattamento dell'individuo e del suo sistema familiare.

Negli ultimi decenni la psicologia clinica e le neuroscienze hanno approfondito il ruolo degli **stati modificati di coscienza** come strumenti di cura. Tra questi, due modalità sembrano particolarmente promettenti: l'**ipnosi**, con una tradizione ormai secolare, e gli **psichedelici**, tornati al centro del dibattito scientifico dopo decenni di sospensione della ricerca. Entrambi offrono la possibilità di facilitare processi trasformativi profondi, rendendo accessibili risorse interiori difficilmente raggiungibili con i soli metodi tradizionali.

## 1.2 La centralità degli stati modificati di coscienza

La psicologia transpersonale (Maslow, 1969; Grof, 1985) ha sottolineato come stati non ordinari di coscienza possano avere una funzione terapeutica e persino spirituale. Le neuroscienze hanno confermato che, in tali stati, si verificano alterazioni significative nel **Default Mode Network (DMN)**, la rete cerebrale associata all'autoriflessione, al rimuginio e all'elaborazione del sé. La modulazione del DMN osservata sia in ipnosi sia con psichedelici suggerisce un possibile terreno comune: la riduzione del pensiero rigido e l'apertura a nuove connessioni cognitive ed emotive.

## 1.3 L'ipnosi come risorsa terapeutica

L'ipnosi, nata nel XVIII secolo e sviluppata attraverso figure come Mesmer, Braid, Charcot e Bernheim, ha trovato nel Novecento un terreno fertile in campo medico e psicologico. In Italia, il lavoro di Franco Granone (1959) ha contribuito a diffonderne l'uso clinico. Oggi l'ipnosi viene impiegata nel trattamento del dolore, nei disturbi psicosomatici, nell'ansia e in diverse condizioni cliniche in cui è necessario rafforzare le risorse interne del paziente. La sua caratteristica principale è la possibilità di accedere a un **trance state controllato e sicuro**, nel quale il paziente mantiene un certo grado di consapevolezza e di controllo.

## 1.4 Psichedelici e rinascita della ricerca

Gli psichedelici come LSD e psilocibina hanno segnato la storia della psichiatria a partire dagli anni '50, quando vennero studiati come strumenti di esplorazione della coscienza e di trattamento per depressione, dipendenze e ansia. Il proibizionismo degli anni '70 interruppe questa stagione di ricerca, ma dagli anni '90 in poi si è assistito a una vera e propria **rinascita psichedelica**. Studi condotti da centri come Johns Hopkins University, NYU e Università di Zurigo hanno mostrato risultati significativi nel trattamento dell'ansia e della depressione in pazienti oncologici (Griffiths et al., 2016; Ross et al., 2016), nella dipendenza da alcol (Bogenschutz et al., 2015) e nel disturbo post-traumatico da stress (MAPS, studi su MDMA).

## **1.5 Perché un'integrazione ipnosi-psichedelici**

Nonostante i progressi, la sfida rimane quella di massimizzare i benefici riducendo i rischi. Gli psichedelici, sebbene efficaci, possono indurre esperienze intense e talvolta difficili da gestire; l'ipnosi, al contrario, offre un ambiente più controllato ma potenzialmente **con intensità minore**. Da qui nasce l'ipotesi di un **modello integrato**, in cui l'ipnosi possa:

- preparare il paziente all'esperienza psichedelica, riducendo ansia anticipatoria;
- facilitare l'elaborazione durante la sessione, fungendo da "guida interna";
- consolidare i contenuti emersi attraverso sessioni di integrazione post-esperienza.

## **1.6 Obiettivi della ricerca**

Il presente lavoro si propone di:

1. Analizzare la letteratura storica e contemporanea sull'ipnosi e sugli psichedelici.
2. Confrontare le due pratiche alla luce delle evidenze neurofisiologiche e psicologiche.
3. Proporre un **modello teorico di integrazione terapeutica**.
4. Avanzare un'ipotesi per un *Single Case Study* che esplori concretamente questa sinergia.

## **1.7 Struttura**

- **Capitolo 2:** storia e sviluppi dell'ipnosi.
- **Capitolo 3:** storia e ricerca sugli psichedelici.
- **Capitolo 4:** stati modificati di coscienza e psicologia transpersonale.
- **Capitolo 5:** confronto tra ipnosi e psichedelici.
- **Capitolo 6:** proposta di modello integrato.
- **Capitolo 7:** ipotesi di Single Case Study.
- **Capitolo 8:** aspetti etici, legali e prospettive future.

## Capitolo 2 – Storia dell'Ipnosi

### 2.1 Origini e precursori

L'ipnosi affonda le proprie radici in pratiche rituali e religiose che risalgono all'antichità. Già nell'antico Egitto e in Grecia erano presenti forme di “sonno sacro” (incubatio), pratiche in cui il paziente, in uno stato di trance, riceveva visioni e indicazioni di guarigione. Anche nelle culture sciamaniche il viaggio estatico, caratterizzato da alterazioni della coscienza, anticipava molti degli aspetti che oggi associamo all'ipnosi.

Il primo tentativo sistematico di teorizzare un principio magnetico o energetico alla base di tali fenomeni avviene nel XVIII secolo con **Franz Anton Mesmer** (1734–1815). Secondo la sua teoria del “magnetismo animale”, esisterebbe un fluido universale in grado di influenzare la salute e il comportamento umano. I “trattamenti mesmerici”, spesso condotti in ambienti collettivi suggestivi, suscitavano reazioni spettacolari, con crisi catartiche e remissioni sintomatiche. Nonostante il rigetto della comunità scientifica dell'epoca, Mesmer pose le basi per la successiva riflessione sull'ipnosi.

### 2.2 James Braid e la nascita del termine “ipnosi”

Il passaggio fondamentale avviene con **James Braid** (1795–1860), medico scozzese che, osservando i fenomeni magnetici, comprese che l'efficacia non dipendeva da un fluido invisibile, bensì da processi psicologici e attentivi. Coniò il termine “hypnosis” (dal greco hypnos = sonno), descrivendo una condizione caratterizzata da concentrazione mentale e riduzione dell'attenzione periferica. Braid sottolineò che il soggetto ipnotizzato non perdeva la coscienza, ma entrava in uno stato particolare di attenzione focalizzata, aprendo la via a una spiegazione scientifica.

### 2.3 Le scuole francesi: Charcot e Bernheim

Nella seconda metà dell'Ottocento la Francia divenne il centro di due scuole opposte:

- **Jean-Martin Charcot** (1825–1893), neurologo alla Salpêtrière di Parigi, interpretava l'ipnosi come una manifestazione patologica dell'isteria. Nei suoi celebri esperimenti, l'ipnosi era utilizzata per evocare e riprodurre sintomi isterici, diventando strumento diagnostico.
- **Hippolyte Bernheim** (1840–1919), medico di Nancy, propose invece la teoria della suggestione: l'ipnosi non era una condizione morbosa, ma un fenomeno psicologico universale, basato sulla capacità di risposta alla suggestione. Questa visione aprì all'uso terapeutico in senso moderno.

Il dibattito tra Salpêtrière e Nancy contribuì a diffondere l'ipnosi in tutta Europa e a gettare le basi della psicoterapia dinamica.

### 2.4 Freud e l'abbandono dell'ipnosi

Anche **Sigmund Freud** (1856–1939) iniziò la sua carriera clinica utilizzando l'ipnosi, appresa da Charcot e Bernheim, per accedere ai contenuti inconsci. Tuttavia, insoddisfatto dei limiti (non tutti i pazienti risultavano suggestionabili, e le memorie riportate potevano essere distorte), Freud

sviluppò progressivamente il metodo delle libere associazioni, abbandonando l'ipnosi. Ciò segnò per decenni un ridimensionamento del suo utilizzo in ambito psicoanalitico.

## **2.5 L'ipnosi nel Novecento: Erickson e l'approccio moderno**

Il vero rilancio dell'ipnosi avvenne nel Novecento grazie a **Milton H. Erickson** (1901–1980), psichiatra statunitense. Erickson concepì l'ipnosi non come un insieme di tecniche standardizzate, ma come **un processo relazionale e creativo**, adattato al singolo paziente. Utilizzava metafore, racconti e suggestioni indirette, valorizzando le risorse inconse della persona. Il suo approccio, flessibile e centrato sul paziente, aprì la strada alla moderna ipnoterapia e influenzò lo sviluppo delle terapie brevi e strategiche.

## **2.6 L'ipnosi in Italia: Franco Granone e la tradizione clinica**

In Italia la figura centrale fu **Franco Granone** (1913–1999), autore del *Trattato di Ipnosi* (1959), opera di riferimento che sistematizzava tecniche, fenomenologia e applicazioni mediche dell'ipnosi. Granone fondò il Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale, formando generazioni di medici e psicoterapeuti. La sua prospettiva integrava neuroscienze, psicologia e pratica clinica, rendendo l'ipnosi uno strumento legittimato anche in contesti ospedalieri.

## **2.7 Applicazioni cliniche contemporanee**

Oggi l'ipnosi è utilizzata in diversi ambiti:

- **Dolore acuto e cronico:** evidenze solide in odontoiatria, chirurgia, oncologia palliativa.
- **Disturbi d'ansia e fobie:** tecniche ipnotiche facilitano rilassamento e desensibilizzazione.
- **Disturbi psicosomatici:** l'ipnosi modula la percezione corporea e riduce la sintomatologia.
- **Medicina dello sport:** miglioramento della performance e della concentrazione.
- **Disturbi del sonno:** induzione di stati ipnoidi per migliorare qualità e continuità del riposo.

## **2.8 Neurofisiologia dell'ipnosi**

Le ricerche neuroscientifiche degli ultimi vent'anni hanno permesso di osservare, tramite fMRI e EEG, le modificazioni cerebrali durante la trance ipnotica. Si evidenziano:

- riduzione dell'attività del **Default Mode Network**, come negli psichedelici;
  - maggiore connettività tra aree frontali e regioni sensoriali;
  - modulazione della percezione del dolore tramite circuiti talamo-corticali.
- Questi dati confermano l'ipnosi come uno **stato neurocognitivo distinto**, con basi scientifiche osservabili.

## **2.9 Limiti e controversie**

Nonostante l'efficacia documentata, l'ipnosi porta con sé alcune criticità:

- non tutti i soggetti sono ugualmente ipnotizzabili (circa il 10–15% mostra alta suscettibilità, il 20% bassa);
- il rischio di falsi ricordi in procedure di recupero mnestico;

- persistono resistenze culturali e stereotipi, alimentati da rappresentazioni mediatiche fuorvianti.

## **2.10 Sintesi**

La storia dell'ipnosi mostra un'evoluzione continua: da pratiche rituali a strumento scientifico; da metodo suggestivo a processo relazionale sofisticato; da fenomeno misterioso a stato neurocognitivo validato. Questo percorso la rende un interlocutore privilegiato nella riflessione sugli stati modificati di coscienza e apre la possibilità di integrarla con gli approcci psichedelici, in un dialogo tra tradizione e innovazione.

## Capitolo 3 – Storia e ricerca sugli psichedelici

### 3.1 Origini nelle culture native

L'uso degli psichedelici ha radici antichissime, spesso intrecciate con pratiche spirituali e religiose.

- **Mescalina:** il cactus *peyote* (*Lophophora williamsii*) era utilizzato da secoli dai nativi americani in contesti rituali, con funzioni di guarigione e coesione comunitaria.
- **Psilocibina:** i “funghi sacri” (*teonanácatl*) venivano consumati dalle popolazioni mesoamericane come veicolo di comunicazione con il divino.
- **Ayahuasca:** bevanda amazzonica ottenuta da *Banisteriopsis caapi* e altre piante, usata dagli sciamani per visioni, diagnosi e cura.
- **Iboga:** in Africa occidentale, la radice di *Tabernanthe iboga* è al centro dei rituali del culto Bwiti, con funzioni di iniziazione e guarigione.

Questi esempi mostrano che l'esperienza psichedelica non è mai stata vissuta solo come fenomeno farmacologico, ma come **evento culturale e spirituale**.

### 3.2 Scoperta e diffusione in epoca moderna

Il XX secolo segna il passaggio alla ricerca scientifica.

- **Albert Hofmann** (1906–2008), chimico svizzero, sintetizzò per la prima volta l'LSD-25 nel 1938 nei laboratori Sandoz. Nel 1943 scoprì accidentalmente i suoi effetti psichedelici, aprendo una nuova era per la psichiatria.
- Nel 1958 Hofmann isolò la **psilocibina** dai funghi del genere *Psilocybe*, rendendola disponibile in forma sintetica e studiabile in laboratorio.
- La **mescalina**, già isolata da *peyote* nel 1897 da Arthur Heffter, fu riscoperta come potente allucinogeno naturale.

Queste sostanze suscitarono enorme interesse: tra gli anni '50 e '60 furono pubblicati più di 1000 studi scientifici, coinvolgendo circa 40.000 pazienti in protocolli sperimentali.

### 3.3 Gli anni '50-'60: la “prima ondata” di ricerca

In questo periodo gli psichedelici furono studiati per:

- **Alcolismo:** studi di Humphry Osmond e Abram Hoffer in Canada mostrarono che una singola dose di LSD poteva ridurre significativamente il consumo di alcol.
- **Depressione e ansia:** vennero osservati miglioramenti nei pazienti resistenti ai trattamenti.
- **Psicoterapia:** l'LSD era considerato uno strumento per facilitare l'emergere di contenuti inconsci e favorire l'insight.
- **Psicosi sperimentale:** alcuni psichiatri ipotizzavano che l'LSD potesse modellare uno stato simile alla schizofrenia, utile per comprendere i disturbi psicotici.

Parallelamente, l'uso extra-clinico crebbe, favorito dal movimento controculturale. Figure come Timothy Leary, Richard Alpert (poi Ram Dass) e Aldous Huxley diffusero l'idea degli psichedelici come strumenti di espansione della coscienza.

### **3.4 La proibizione e l'interruzione della ricerca**

A causa delle preoccupazioni politiche e sociali, negli anni '70 gli psichedelici furono classificati come sostanze proibite (Schedule I negli Stati Uniti, tabelle simili in Europa). La ricerca clinica fu praticamente bloccata per oltre 20 anni. L'uso rimase confinato a contesti underground e religiosi, ma l'immagine pubblica degli psichedelici fu associata a pericolo, dipendenza e devianza sociale.

### **3.5 La rinascita della ricerca (anni '90 in poi)**

A partire dagli anni '90, grazie a un approccio più rigoroso e controllato, si è assistito a una "seconda ondata" di studi.

- **Svizzera:** Peter Gasser condusse studi pionieristici sull'uso dell'LSD in contesti terapeutici, in particolare su pazienti con ansia legata a malattie terminali (Gasser et al., 2014).
- **Stati Uniti:** gruppi come la Johns Hopkins University e la New York University ripresero la ricerca sulla psilocibina, con protocolli approvati dalla FDA.
- **MAPS (Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies)** avviò studi sull'MDMA per il trattamento del disturbo post-traumatico da stress.

Questi studi hanno ridefinito l'immagine degli psichedelici, riportandoli al centro del dibattito scientifico.

### **3.6 Evidenze cliniche recenti**

Gli studi più significativi hanno mostrato:

- **Psilocibina e terapie palliative:** Griffiths et al. (2016) e Ross et al. (2016) hanno dimostrato riduzioni rapide e durature di ansia e depressione in pazienti oncologici terminali.
- **Dipendenza da alcol e tabacco:** Bogenschutz et al. (2015) e Johnson et al. (2014) hanno evidenziato che la psilocibina può facilitare l'astinenza e la riduzione dei consumi.
- **Depressione resistente:** studi di Carhart-Harris et al. (2016, 2021) hanno mostrato miglioramenti significativi nei sintomi depressivi con psilocibina in setting controllato.
- **LSD:** oltre allo studio di Gasser et al. (2014), ricerche più recenti confermano la sicurezza e l'efficacia potenziale, anche se meno studiato rispetto alla psilocibina.

### **3.7 Meccanismi neurobiologici**

Gli psichedelici classici (LSD, psilocibina, mescalina) agiscono principalmente come agonisti del recettore **5-HT<sub>2A</sub>** della serotonina. Ciò determina:

- **aumento della plasticità neuronale** (crescita di spine dendritiche, nuova connettività sinaptica);
- **riduzione dell'attività del Default Mode Network**, favorendo stati di "dissoluzione dell'ego" e maggiore flessibilità cognitiva;

- **maggiore connettività tra reti cerebrali**, con percezioni sensoriali e associative amplificate.

Questi meccanismi sono coerenti con i benefici osservati nella depressione, nell'ansia e nelle dipendenze, dove rigidità cognitiva e pensiero ruminativo sono tratti centrali.

### **3.8 Aspetti etici e di sicurezza**

Gli studi clinici dimostrano che, in setting controllato e con preparazione adeguata, gli psichedelici presentano un **profilo di sicurezza favorevole**. I rischi principali includono:

- esperienze acute difficili (ansia, panico, paranoia);
- riattivazioni emotive post-sessione;
- raramente, slatentizzazione di disturbi psicotici in soggetti predisposti.

Per questo motivo sono fondamentali le tre condizioni cardine: **set (stato mentale del paziente)**, **setting (contesto terapeutico)** e **integrazione (elaborazione successiva)**.

### **3.9 Prospettive future**

La cosiddetta “rinascita psichedelica” ha portato al riconoscimento della psilocibina come **“breakthrough therapy”** da parte della FDA nel 2018 per la depressione resistente. Diversi trial di fase III sono in corso e potrebbero portare a una futura approvazione medica. Parallelamente, cresce l'interesse verso protocolli integrativi, in cui gli psichedelici vengono affiancati ad altre pratiche terapeutiche, tra cui l'ipnosi, per massimizzarne efficacia e sicurezza.

### **3.10 Sintesi**

La storia degli psichedelici testimonia un percorso complesso: da strumenti sacri delle culture native, a oggetto di intensa ricerca scientifica, poi proibiti e stigmatizzati, fino alla rinascita attuale. Oggi, grazie a evidenze cliniche e neuroscientifiche, essi sono considerati una delle frontiere più promettenti della psicoterapia contemporanea. La loro possibile integrazione con l'ipnosi apre nuove prospettive per il trattamento di disturbi ansiosi, depressivi e per il sostegno nelle cure palliative.

## Capitolo 4 – Stati espansi di coscienza e psicologia transpersonale

### 4.1 Introduzione

Gli stati modificati di coscienza (SMC) costituiscono da sempre un tema centrale per la psicologia, la filosofia e le neuroscienze. I fenomeni ipnotici e le esperienze psichedeliche sono due esempi paradigmatici di come il funzionamento ordinario della mente possa essere trasformato, aprendo l'accesso a contenuti inconsci, emozioni profonde e nuove prospettive di significato. Per comprendere a fondo l'integrazione tra ipnosi e psichedelici, è necessario esplorare i modelli teorici che hanno studiato gli SMC e, in particolare, la cornice offerta dalla **psicologia transpersonale**.

### 4.2 Definizione di stati espansi di coscienza

Il termine “stati espansi di coscienza” si riferisce a condizioni in cui i processi percettivi, cognitivi ed emotivi si discostano dal funzionamento ordinario. Charles Tart (1972) definì questi stati come configurazioni globali dell'esperienza cosciente, caratterizzate da modificazioni in aree quali:

- percezione sensoriale;
- senso di sé;
- esperienza temporale;
- elaborazione emotiva;
- processi cognitivi e memoria.

Esempi di SMC includono: sogno, meditazione, ipnosi, trance sciamanica, stati estatici e, naturalmente, esperienze indotte da sostanze psichedeliche.

### 4.3 Stati espansi di coscienza: prospettiva neurofisiologica

Le neuroscienze hanno evidenziato come diversi SMC siano associati a pattern specifici di attività cerebrale. Due elementi emergono con forza:

- **Default Mode Network (DMN):** questa rete neurale, che include corteccia prefrontale mediale e precuneo, risulta meno attiva sia in ipnosi sia durante esperienze psichedeliche. Ciò si traduce in una riduzione del rimuginio e dell'auto-riferimento, favorendo flessibilità cognitiva.
- **Connettività cerebrale:** gli psichedelici aumentano la comunicazione tra aree cerebrali normalmente separate, generando esperienze di sinestesia e insight creativi. Nell'ipnosi, si osserva invece un rafforzamento delle connessioni tra aree frontali e sistemi percettivi, che spiega la maggiore suggestionabilità.

Questi dati indicano che, pur attraverso vie diverse, ipnosi e psichedelici modulano i circuiti cerebrali legati al sé e all'elaborazione cognitiva.

### 4.4 Funzioni psicologiche degli stati espansi

Gli SMC possono svolgere diverse funzioni terapeutiche:

- **Regolazione emotiva:** facilitano il rilascio di emozioni represses.
- **Insight e ristrutturazione cognitiva:** aprono a nuove prospettive sul sé e sul proprio vissuto.
- **Esperienze transpersonali:** permettono di trascendere i confini individuali e sperimentare un senso di connessione con la natura, il cosmo o il divino.
- **Incremento della resilienza:** l'elaborazione di esperienze profonde può rafforzare la capacità di fronteggiare traumi e malattie.

#### **4.5 Psicologia transpersonale**

La psicologia transpersonale, fondata da Abraham Maslow negli anni '60, nasce come “quarta forza” della psicologia, dopo la psicoanalisi, il comportamentismo e l'approccio umanistico. Essa studia le esperienze che trascendono l'ego e la dimensione individuale, integrando prospettive psicologiche, filosofiche e spirituali.

**Maslow** (1969) introdusse il concetto di *peak experiences*, esperienze di pienezza e unità che trasformano la percezione della vita. **Stanislav Grof** (1985), con le sue ricerche sugli psichedelici e sulla respirazione olografica, contribuì in modo decisivo alla psicologia transpersonale, mostrando come gli SMC possano facilitare processi di guarigione e trasformazione profonda.

#### **4.6 Stati ipnotici e transpersonali**

L'ipnosi è tradizionalmente associata alla suggestione e al rilassamento, ma può anche aprire a esperienze transpersonali. Studi recenti hanno evidenziato che alcuni pazienti, durante la trance, riportano sensazioni di espansione, regressione simbolica o connessione universale. Ciò avvicina l'ipnosi agli stati estatici descritti dalle tradizioni spirituali e dagli studi psichedelici.

#### **4.7 Esperienze psichedeliche e trascendenza**

Gli psichedelici, sin dai primi studi di Walter Pahnke (1963) con il “Good Friday Experiment”, hanno mostrato la capacità di indurre esperienze mistiche con caratteristiche comuni a quelle riportate in contesti religiosi: senso di unità, ineffabilità, trascendenza del tempo e dello spazio. Tali esperienze si correlano a miglioramenti duraturi del benessere psicologico, della resilienza e della qualità della vita.

#### **4.8 Modelli comparativi**

Diversi studiosi hanno tentato di costruire modelli comparativi degli SMC:

- **Charles Tart:** ha proposto mappe descrittive delle diverse componenti della coscienza.
- **Stanislav Grof:** con la sua teoria degli “stati olografici” ha sottolineato la potenzialità terapeutica di esperienze intense, capaci di ristrutturare traumi e significati esistenziali.
- **Roland Griffiths** e colleghi: hanno dimostrato empiricamente che le esperienze mistiche indotte da psilocibina hanno un valore terapeutico predittivo.

#### **4.9 L'importanza dell'integrazione**

Gli stati modificati, per produrre benefici, necessitano di una **cornice integrativa**. L'esperienza intensa, se lasciata senza elaborazione, può risultare disorientante. È qui che l'ipnosi e la psicoterapia giocano un ruolo cruciale: fornire contenimento, interpretazione e trasformazione dell'esperienza. L'integrazione è dunque il ponte che trasforma un vissuto straordinario in cambiamento duraturo.

#### **4.10 Sintesi**

Gli stati espansi di coscienza possono rappresentare un terreno comune tra ipnosi e psichedelici, caratterizzati da modulazioni neurofisiologiche simili e potenzialità terapeutiche convergenti. La psicologia transpersonale offre un quadro teorico capace di valorizzare queste esperienze, riconoscendone la funzione trasformativa. In questo senso, l'integrazione tra ipnosi e psichedelici non è solo un'ipotesi tecnica, ma una prospettiva coerente con una visione allargata della psicoterapia, che abbraccia dimensioni cognitive, emotive e spirituali dell'essere umano.

## Capitolo 5 – Confronto tra ipnosi e psichedelici

### 5.1 Introduzione

Ipnosi e psichedelici rappresentano due modalità differenti ma convergenti di indurre **stati espansi di coscienza**. La loro comparazione permette di evidenziare similitudini, differenze e potenziali sinergie terapeutiche. Sebbene l'ipnosi utilizzi prevalentemente **processi psicologici di focalizzazione attentiva e suggestione**, e gli psichedelici agiscano tramite **meccanismi neurochimici**, entrambi facilitano l'accesso a risorse inconsce e a esperienze trasformative.

### 5.2 Similitudini fenomenologiche

Molti studi riportano che i vissuti ipnotici e psichedelici condividono caratteristiche comuni:

- **Alterazione della percezione sensoriale:** nella trance ipnotica è possibile indurre allucinazioni positive e negative, così come gli psichedelici modificano la percezione visiva, uditiva e tattile.
- **Distorsione temporale:** sia l'ipnosi sia gli psichedelici producono cambiamenti nella percezione del tempo (accelerazione, rallentamento o sospensione).
- **Modificazione del senso di sé:** l'ipnosi può ridurre l'autocritica e il rimuginio; gli psichedelici favoriscono esperienze di "dissoluzione dell'ego".
- **Accesso a contenuti inconsci:** entrambi i metodi permettono l'emergere di ricordi, emozioni e simboli altrimenti inaccessibili.
- **Esperienze transpersonali:** sia la trance ipnotica profonda che le esperienze psichedeliche possono indurre vissuti di unità, connessione e trascendenza.

### 5.3 Differenze metodologiche

Nonostante le somiglianze, le differenze rimangono significative:

- **Induzione:** l'ipnosi richiede la relazione terapeutica e tecniche di focalizzazione, mentre gli psichedelici agiscono tramite somministrazione farmacologica.
- **Controllo:** nell'ipnosi il terapeuta può modulare in tempo reale l'esperienza; con gli psichedelici l'intensità è meno controllabile e dipende dalla dose e dalla sensibilità individuale.
- **Durata:** le sessioni ipnotiche durano tipicamente da 30 a 90 minuti; le esperienze psichedeliche possono estendersi da 4 a 12 ore.
- **Suggestibilità:** l'ipnosi si fonda esplicitamente sulla suggestione, mentre negli psichedelici la suggestibilità aumenta spontaneamente ma non è il meccanismo centrale.
- **Accessibilità:** l'ipnosi può essere praticata in contesti clinici comuni, gli psichedelici richiedono setting altamente regolamentati.

### 5.4 Evidenze neuroscientifiche comparate

Le ricerche di neuroimaging hanno rivelato parallelismi e differenze nei due stati:

- **Default Mode Network (DMN):** ridotto sia in ipnosi che con psichedelici, con correlati di minor auto-riferimento.
- **Connettività:** con gli psichedelici aumenta la comunicazione tra aree cerebrali normalmente segregate; nell'ipnosi si osserva una maggiore regolazione top-down da parte della corteccia prefrontale.
- **Percezione del dolore:** entrambi modulano le reti talamo-corticali, riducendo la sofferenza fisica e psichica.

### **5.5 Aspetti clinici a confronto**

- **Ipnosi:** indicata per ansia, fobie, dolore, disturbi psicosomatici, supporto chirurgico.
- **Psichedelici:** attualmente studiati per depressione resistente, ansia esistenziale in oncologia, dipendenze.
- **Punti comuni:** entrambi migliorano regolazione emotiva, insight, qualità della vita.
- **Differenze:** l'ipnosi è ad oggi maggiormente accettata nei contesti clinici; gli psichedelici sono oggi soprattutto utilizzati in contesti sperimentali e vincolati a protocolli di ricerca.

### **5.6 Relazione terapeutica**

Nell'ipnosi, la relazione tra terapeuta e paziente è parte integrante dell'esperienza: la fiducia, l'alleanza terapeutica e la suggestione diretta guidano la trance. Negli psichedelici, pur con la presenza di guide o terapeuti, l'esperienza è meno controllabile e richiede un approccio di accompagnamento piuttosto che di direzione. Tuttavia, in entrambi i casi, la qualità della relazione è decisiva per l'esito positivo.

### **5.7 Esperienze difficili e gestione**

- **Ipnosi:** l'eventuale disagio può essere interrotto o modulato dal terapeuta in tempo reale.
- **Psichedelici:** le "bad trips" o esperienze angoscianti, sebbene possano avere valore terapeutico, richiedono contenimento e integrazione successiva. Questo rende evidente il vantaggio di un'integrazione: l'ipnosi potrebbe fornire strumenti di regolazione anche durante esperienze psichedeliche intense.

### **5.8 Aspetti culturali e sociali**

L'ipnosi ha dovuto affrontare stereotipi (ipnotizzatore onnipotente, perdita di volontà), ma oggi gode di riconoscimento medico. Gli psichedelici, al contrario, portano ancora il peso della stigmatizzazione degli anni '70, anche se la ricerca sta cambiando rapidamente la percezione sociale.

### **5.9 Potenziale sinergia**

Il confronto suggerisce che l'integrazione può unire i vantaggi dei due approcci:

- **Preparazione ipnotica:** ridurre ansia anticipatoria e sviluppare atteggiamento di fiducia prima della sessione psichedelica.
- **Supporto in sessione:** utilizzo di suggestioni ipnotiche leggere per modulare intensità e favorire senso di sicurezza.

- **Integrazione post-esperienza:** l'ipnosi come strumento per elaborare simboli ed emozioni emersi, consolidando i benefici.

### **5.10 Sintesi**

Ipnosi e psichedelici condividono l'obiettivo di ampliare e modulare la coscienza per favorire processi di guarigione. Le differenze metodologiche e culturali, lungi dall'essere un ostacolo, costituiscono la base per un'integrazione complementare. Un modello che sappia combinare il **controllo e la modulabilità dell'ipnosi** con la **potenza trasformativa degli psichedelici** potrebbe rappresentare una frontiera innovativa per la psicoterapia contemporanea.

## Capitolo 6 – Proposta di modello integrato

### 6.1 Introduzione

L'ipnosi e gli psichedelici, pur con approcci differenti, condividono la capacità di modulare la coscienza e facilitare processi trasformativi. La proposta di un modello integrato nasce dall'ipotesi che l'ipnosi possa:

1. **Preparare** il paziente all'esperienza psichedelica, riducendo ansia e timori;
2. **Accompagnare** l'esperienza stessa, offrendo contenimento e sicurezza;
3. **Integrare** i contenuti emersi, trasformandoli in cambiamento duraturo.

Questa cornice mira a massimizzare i benefici terapeutici e minimizzare i rischi, garantendo continuità e coerenza al percorso del paziente.

### 6.2 Principi generali del modello

Il modello si fonda su alcuni principi cardine:

- **Set e setting:** attenzione al contesto psicologico e ambientale, coerente con le linee guida internazionali sugli psichedelici.
- **Alleanza terapeutica:** costruzione di una relazione di fiducia stabile tra terapeuta e paziente.
- **Progressività:** il passaggio da ipnosi a psichedelici deve avvenire gradualmente, con tempi personalizzati.
- **Integrazione:** ogni fase prevede momenti di riflessione e consolidamento.
- **Personalizzazione:** adattamento del protocollo alle caratteristiche individuali (diagnosi, storia personale, resilienza, obiettivi).

### 6.3 Struttura del protocollo

Il modello proposto si articola in tre fasi principali: preparazione, esperienza psichedelica e integrazione.

#### 6.3.1 Fase di preparazione (3–4 sessioni ipnotiche)

**Obiettivi:**

- costruire alleanza terapeutica;
- ridurre ansia anticipatoria;
- allenare il paziente a fidarsi dei processi interni;
- introdurre tecniche di grounding e autoregolazione.

**Strumenti:**

- **Induzione ipnotica progressiva:** rilassamento, focalizzazione su respiro e immagini sicure;

- **Creazione di uno “spazio sicuro” interiore:** luogo immaginario al quale il paziente può sempre tornare in caso di difficoltà;
- **Suggestioni di fiducia e apertura:** rinforzare la disponibilità a vivere esperienze nuove;
- **Training al contenimento emotivo:** tecniche ipnotiche di riduzione dell’intensità emotiva.

### 6.3.2 Fase esperienziale (1 sessione psichedelica)

#### Obiettivi:

- facilitare l’esperienza psichedelica in un contesto sicuro;
- permettere l’emergere di contenuti emotivi profondi;
- prevenire e gestire esperienze angoscianti.

#### Strumenti:

- **Setting terapeutico protetto:** stanza confortevole, musica selezionata, presenza di terapisti qualificati.
- **Ancoraggi ipnotici preinstallati:** il paziente ha già appreso, nelle sessioni precedenti, segnali o parole-chiave (es. “spazio sicuro”) che può evocare in caso di difficoltà.
- **Supporto verbale minimo:** il terapeuta interviene solo se necessario, con suggestioni ipnotiche leggere (“lascia che il respiro ti guidi”, “ricorda che sei al sicuro”).
- **Registrazione narrativa:** al termine, il paziente viene invitato a raccontare brevemente l’esperienza, fissando i momenti salienti.

### 6.3.3 Fase di integrazione (3–4 sessioni ipnotiche post-esperienza)

#### Obiettivi:

- rielaborare i contenuti emersi;
- trasformare simboli e vissuti in insight applicabili alla vita quotidiana;
- consolidare i cambiamenti emotivi e comportamentali.

#### Strumenti:

- **Ipnosi regressiva e simbolica:** rivisitare immagini o emozioni emerse, collocandole in un quadro narrativo coerente;
- **Tecniche di ristrutturazione cognitiva ipnotica:** trasformare pensieri disfunzionali in convinzioni più funzionali;
- **Ancoraggi positivi:** associare emozioni di serenità a gesti o immagini richiamabili in futuro;
- **Elaborazione narrativa:** costruire una storia di sé che includa l’esperienza psichedelica come punto di svolta.

## 6.4 Possibili ambiti di applicazione

Il modello integrato può essere applicato in diversi contesti clinici:

- **Ansia e depressione:** soprattutto in forme resistenti ai trattamenti tradizionali;
- **Cure palliative e oncologia:** riduzione dell’angoscia esistenziale e del dolore;
- **Dipendenze:** supporto nel rielaborare traumi e motivazioni profonde alla base della dipendenza;

- **Disturbi psicosomatici:** modulazione della percezione corporea e riduzione dello stress cronico.

### **6.5 Vantaggi attesi**

- Maggiore **sicurezza** durante la sessione psichedelica, grazie agli strumenti ipnotici.
- Migliore **integrazione** dei contenuti emersi, riducendo il rischio di frammentazione.
- Aumento della **personalizzazione terapeutica:** il percorso è adattabile al profilo del paziente.
- Possibilità di rendere più fruttuose anche le esperienze psichedeliche difficili.

### **6.6 Limiti e criticità**

- Necessità di terapeuti con **doppia formazione** (ipnosi e psichedelici).
- Mancanza di studi clinici sistematici sul modello integrato.
- Vincoli legali e normativi sull'uso degli psichedelici, che ne limitano l'applicabilità al di fuori della ricerca.
- Rischio di attribuire all'ipnosi funzioni di "controllo" eccessivo, riducendo la spontaneità dell'esperienza psichedelica.

### **6.7 Sintesi**

Il modello integrato ipnosi–psichedelici rappresenta una proposta innovativa che mira a coniugare il **controllo graduale e la sicurezza dell'ipnosi** con la **potenza trasformativa degli psichedelici**. Pur ancora a livello teorico, esso offre una cornice operativa chiara, applicabile in studi pilota e suscettibile di valutazione scientifica. Il passo successivo sarà la verifica tramite *Single Case Studies* e ricerche multicentriche, che potranno confermarne la validità ed evidenziare eventuali adattamenti necessari.

## Capitolo 7 – Ipotesi di *Single Case Study*

### 7.1 Introduzione

Per valutare l'efficacia di un modello terapeutico innovativo è spesso utile partire da studi su singoli casi (*Single Case Studies*). Questa metodologia consente di esplorare in profondità i processi terapeutici, raccogliendo dati qualitativi e quantitativi. Nel caso dell'integrazione ipnosi-psichedelica, un *single case* può offrire una prima verifica della fattibilità del protocollo, dei suoi punti di forza e delle possibili criticità.

### 7.2 Obiettivi dello studio

- Verificare la **tollerabilità** del modello integrato.
- Valutare i **cambiamenti sintomatologici** (ansia, depressione, qualità della vita).
- Analizzare i **processi terapeutici** (alleanza, insight, ristrutturazione cognitiva).
- Esplorare l'impatto dell'ipnosi nella **preparazione e integrazione** dell'esperienza psichedelica.

### 7.3 Selezione del caso

#### Profilo ipotetico del paziente:

- Nome fittizio: *Laura*, 52 anni.
- Diagnosi: ansia e depressione in paziente oncologica con carcinoma mammario metastatico (stadio IV).
- Storia clinica: trattamenti chemioterapici in corso, dolore cronico gestito con oppiacei; significativo vissuto di paura della morte e perdita di senso.
- Condizioni psichiche: depressione resistente, punteggio BDI-II = 30 (grave), ansia generalizzata (GAD-7 = 18), disturbi del sonno.
- Motivazione: desiderio di affrontare le paure legate alla morte e recuperare serenità per sé e la famiglia.

**Criteri di inclusione:** consapevolezza della diagnosi, assenza di disturbi psicotici, supporto familiare presente.

### 7.4 Struttura del protocollo

Il trattamento integrato si articola in tre fasi principali.

#### 7.4.1 Fase preparatoria (3 sessioni ipnotiche)

- **Sessione 1:** colloquio clinico + induzione ipnotica di rilassamento, introduzione di uno "spazio sicuro" interiore.
- **Sessione 2:** allenamento all'autoregolazione emotiva tramite suggestioni ipnotiche ("volume delle emozioni" come metafora di regolazione).
- **Sessione 3:** consolidamento delle tecniche, creazione di ancoraggi ipnotici (gesto o parola-chiave) utilizzabili in sessione psichedelica.

**Strumenti di valutazione:** somministrazione di questionari (BDI-II, STAI, FACIT-Sp per la spiritualità e il senso di vita).

#### **7.4.2 Fase esperienziale (1 sessione psichedelica)**

- **Preparazione:** stanza accogliente, presenza di due terapeuti, musica selezionata.
- **Somministrazione:** psilocibina (25 mg) in capsula, sotto controllo medico.
- **Supporto ipnotico:** il terapeuta richiama, se necessario, lo “spazio sicuro” e le tecniche di grounding.
- **Osservazioni:** registrazione della sessione e diario post-esperienza compilato dalla paziente.

**Esiti attesi in sessione:** riduzione della paura della morte, esperienze di connessione, insight sulla propria vita e relazioni.

#### **7.4.3 Fase di integrazione (4 sessioni ipnotiche)**

- **Sessione 1:** rivisitazione dell’esperienza, narrazione guidata in trance.
- **Sessione 2:** rielaborazione simbolica (trasformare immagini di paura in immagini di pace).
- **Sessione 3:** rinforzo delle risorse emerse (es. senso di amore universale, accettazione).
- **Sessione 4:** costruzione di una nuova narrativa di sé, orientata a serenità e significato.

**Strumenti di valutazione:** ripetizione dei questionari di partenza, interviste qualitative.

### **7.5 Metodologia di analisi**

- **Quantitativa:** confronto dei punteggi pre e post su scale di ansia, depressione, qualità della vita.
- **Qualitativa:** analisi tematica delle narrazioni della paziente e dei resoconti ipnotici.
- **Processuale:** valutazione dell’alleanza terapeutica tramite Working Alliance Inventory.

### **7.6 Risultati attesi**

- Riduzione significativa di ansia e depressione ( $\geq 50\%$  rispetto al baseline).
- Miglioramento della qualità del sonno e del tono dell’umore.
- Aumento del punteggio di spiritualità/accettazione della morte (FACIT-Sp).
- Narrazioni post-esperienza caratterizzate da maggiore serenità e senso di connessione.

### **7.7 Limiti dello studio**

- Generalizzabilità limitata a causa del singolo caso.
- Effetti placebo difficili da escludere.
- Necessità di follow-up a lungo termine (6–12 mesi).
- Possibili interferenze dei trattamenti oncologici in corso.

### **7.8 Prospettive**

Questo *single case* può fungere da base per studi pilota con piccoli campioni (5–10 pazienti), per poi estendersi a trial clinici multicentrici. La metodologia qualitativa offre spunti per affinare le tecniche ipnotiche e comprendere meglio i processi di integrazione.

## **7.9 Sintesi**

Il caso ipotetico di *Laura* illustra come il modello integrato ipnosi–psichedelici possa essere applicato in contesti complessi come le cure palliative oncologiche. L'ipnosi fornisce strumenti di preparazione e contenimento, mentre la sessione psichedelica apre a esperienze trasformative. La successiva integrazione ipnotica consolida i cambiamenti, favorendo una migliore qualità della vita. Questo approccio, pur ancora teorico, rappresenta una promettente direzione per la psicoterapia del futuro.



# Studio Single-Case, Ipnosi e Psichedelici

## *Razionale e obiettivi*

Ipnosi e psichedelici condividono fenomenologia (e.g., assorbimento, flessibilità cognitiva, modulazione dell'agentività) e, in alcuni domini, meccanismi neurali convergenti (e.g., connettività di reti associative, DMN) (Moujaes et al., 2024; Corlett et al., 2025). Tali sovrapposizioni fanno ipotizzare che, in linea con la storica *hypnodelic technique*, gli esiti terapeutici possano essere massimizzati dall'unione, in un'unica sessione, di ipnosi e psichedelici (Lamercier et al., 2018). Studi contemporanei mostrano che sotto LSD cresce la suscettibilità alla suggestione (Carhart-Harris et al., 2015); per la psilocibina i dati su suggestione/aspettativa sono più sfumati (Szigeti et al., 2024).

## *Strumenti di misurazione dell'esperienza psichedelica (potrebbero essere gli obiettivi primari, a livello di outcome attesi)*

### **1. Intensità e qualità dell'esperienza psichedelica**

- a. MEQ30 (Mystical Experience Questionnaire, 30 items): misura la "qualità mistica" dell'esperienza (unità, trascendenza del tempo/spazio, sacralità, insight). Maggiore è l'esperienza mistica, maggiori sembrano essere gli effetti terapeutici degli psichedelici.
- b. EBI (Emotional Breakthrough Inventory): valuta in che misura il partecipante vive un "rilascio emotivo", cioè il superamento di nodi emotivi difficili.

### **2. Marcatori transitori di accettazione/regolazione affettiva**

- a. Si potrebbe utilizzare una sorta di micro-rating ogni tanto (e.g., "da 0 a 10 quanto senti di poter accogliere le sensazioni difficili?", "quanto riesci a regolare l'emozione che provi?").
- b. Oppure usare strumenti fisiologici veloci (variabilità cardiaca HRV, risposta galvanica cutanea) che riflettono la regolazione emotiva.

## *Obiettivi secondari*

### **1. 5D-ASC (Altered States of Consciousness, 5 dimensions)**

- a. Questionario più ampio che mappa in modo dettagliato i fenomeni psichedelici (es. "oceanic boundlessness", "anxious ego-dissolution", "visionary restructuralization"). Si potrebbe vedere l'effetto amplificatorio e/o modulante dell'ipnosi.

### **2. Challenging content (CEQ – Challenging Experience Questionnaire)**

- a. Valuta i momenti difficili (paura, ansia, senso di morte, isolamento).
- b. Obiettivo: verificare se l'ipnosi riduce l'intensità o la durata dei momenti più duri.

### 3. Integrazione narrativa

- a. Ipotesi è che l'ipnosi favorisca una narrazione più coerente e integrata.

### 4. Markers neurofisiologici opzionali:

- a. rs-fMRI (functional connectivity a riposo): vedere se dopo la sessione emergono pattern noti con psilocibina (e.g., riduzione DMN, aumento integrazione reti associative).
- b. EEG (spettro, complessità, connettività): verificare correlati di stati ipnotici + psichedelici insieme.
- c. Si potrebbero confrontare i dati raccolti con quelli presenti in letteratura.

## *Dose farmacologica*

**Psilocibina:** dose moderata 0,20 mg/kg ( $\approx 14$  mg per 70 kg), in linea con studi sperimentali/neuroimaging e buona tollerabilità; alternative cliniche usano 25 mg fissi in setting terapeutici.

## *Prima possibilità: più sessioni con singolo paziente*

**Design:** *Single-case multiple-session, randomized alternating-phase within-subject*  
Obiettivo: massimizzare inferenza causale combinando ripetizione (più sedute) e randomizzazione dell'ipnosi.

## *Struttura*

- **Sessioni totali:** 3–4 sessioni con psilocibina per lo stesso paziente, distanziate 3–6 settimane (consentono washout e integrazione).
  - Es.: Sessione 1 = condizione X, Sessione 2 = condizione Y, Sessione 3 = condizione X, Sessione 4 = condizione Y.
- **Condizioni:**
  - **X = psilocibina + ipnosi integrata.**
  - **Y = psilocibina + supporto non-direttivo** (standard care).
- **Randomizzazione dell'ordine** delle condizioni tra sessioni.
- **Misure ripetute** pre/post e durante sessione (vedi sotto).

## *Timeline per ogni sessione*

- **Pre-baseline (2 settimane prima della prima seduta):** EMA (Ecological Momentary Assessment) giornaliera (mood/ansia), scala di suggestionabilità e Tellegen Absorption; aspettative (expectancy) specifiche sulla psilocibina e su ipnosi.
- **Preparazione (2 incontri):** training ipnotico breve, scelta temi per suggestioni personalizzate, music plan.
- **Giornata di sessione:** dose (es. 0.20 mg/kg o dose consueta), T0 = dosing. Induzione ipnotica (se condizione X) in salita (T+40'), moduli al picco, integrazione.
- **Post:** follow-up a 24–48 h, 7 gg, 28 gg; EMA continuata 2 settimane dopo l'ultima seduta.

## *Controllo di variabili confondenti*

- **Misure di expectancy** e suggestionabilità in baseline.
- **Standardizzazione musicale, setting, dose, staff** tra sessioni.
- **Valutatore cieco** per scoring qualitativo e per le interviste post (se possibile).

## *Seconda possibilità: una singola sessione*

**Design:** *Within-session randomized alternating blocks* (micro-sperimentazione sperimentale dentro la stessa esperienza).

## *Procedura*

1. **Segmentazione temporale:** durante la fase da T+40' a T+140' (ascesa + picco), 4–6 **blocchi** di 10–20 minuti ciascuno. Esempio: B1 (10'), pausa 5' (rating), B2 (10'), pausa 5', B3, B4.
2. **Condizioni dei blocchi:** randomizzazione per ciascun blocco se verrà eseguita una **micro-induzione ipnotica + suggestione mirata (H)** oppure **supporto neutro/passivo (N)**. Ad esempio, sequenza random: N-H-H-N.
3. **Contenuto ipnotico dei blocchi H:** micro-induzione rapida (respirazione + imagery 3–4') → suggestione mirata (6–10') orientata a misure specifiche (e.g., affetto positivo, defusione da pensiero, apertura sensoriale).
4. **Misure immediate (alla pausa di 5'):** somministrazione micro-scale verbali:
  - a. Intensità esperienziale 0–10
  - b. Stato emotivo (valence 0–10)
  - c. Senso di presenza/assorbimento 0–10
  - d. Eventuale distress 0–10Eventualmente, anche registrazione HR/HRV durante blocchi.
5. **Analisi dei blocchi:** confronti within-session H vs N.
6. **Integrazione post-sessione:** integrazione più lunga (30–60'), raccolta MEQ e EBI per comprendere effetti globali.

## ***Per entrambi gli approcci***

1. **Misure di suggestionabilità** in baseline (e.g., Waterloo-Stanford, Tellegen Absorption)
2. **Standardizzazione musica** (stesso repertorio e punti di cambio), temperatura, posizione, staff.
3. **Prevenire bias di expectancy**: registrazione aspettative specifiche su ipnosi e integrazione
4. Nella letteratura “hypnodelic” (anni ’60–’70, poi ripresa oggi), l’idea è che:
  - a. si fa un’**induzione ipnotica durante la salita** (T+40’ circa),
  - b. poi al **picco** si inseriscono dei **moduli di suggestione** (brevi blocchi strutturati), mirati a facilitare l’esperienza.

## ***Bibliografia***

Carhart-Harris, R.L., Kaelen, M., Whalley, M.G. *et al.* LSD enhances suggestibility in healthy volunteers. *Psychopharmacology* **232**, 785–794 (2015). <https://doi.org/10.1007/s00213-014-3714-z>

Corlett, C. E., Alldredge, C. T., & Elkins, G. R. (2025). Feasibility of a Hypnosis Intervention for a Mystical Experience. *The International journal of clinical and experimental hypnosis*, 1–18. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/00207144.2025.2491352>

Johnson, M., Richards, W., & Griffiths, R. (2008). Human hallucinogen research: guidelines for safety. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*, *22*(6), 603–620. <https://doi.org/10.1177/0269881108093587>

Lemercier, C. E., & Terhune, D. B. (2018). Psychedelics and hypnosis: Commonalities and therapeutic implications. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*, *32*(7), 732–740. <https://doi.org/10.1177/0269881118780714>

Moujaes, F., Rieser, N. M., Phillips, C., de Matos, N. M. P., Brügger, M., Dürler, P., Smigielski, L., Stämpfli, P., Seifritz, E., Vollenweider, F. X., Anticevic, A., & Preller, K. H. (2024). Comparing Neural Correlates of Consciousness: From Psychedelics to Hypnosis and Meditation. *Biological psychiatry. Cognitive neuroscience and neuroimaging*, *9*(5), 533–543. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2023.07.003>

Roseman, L., Haijen, E., Idialu-Ikato, K., Kaelen, M., Watts, R., & Carhart-Harris, R. (2019). Emotional breakthrough and psychedelics: Validation of the Emotional Breakthrough Inventory. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*, *33*(9), 1076–1087. <https://doi.org/10.1177/0269881119855974>

Szigeti, B., Weiss, B., Rosas, F. E., Erritzoe, D., Nutt, D., & Carhart-Harris, R. (2024). Assessing expectancy and suggestibility in a trial of escitalopram v. psilocybin for depression. *Psychological Medicine*, 54(8), 1717–1724. doi:10.1017/S0033291723003653

## **Capitolo 8 – Aspetti etici, legali e prospettive future**

### **8.1 Introduzione**

L'integrazione tra ipnosi e psichedelici, pur promettente, pone sfide complesse di natura etica, legale e sociale. La delicatezza degli stati modificati di coscienza e lo status normativo delle sostanze psichedeliche impongono riflessioni attente, affinché l'innovazione terapeutica non degeneri in rischi per i pazienti o in abusi istituzionali.

### **8.2 Aspetti etici**

#### **8.2.1 Consenso informato**

Qualsiasi protocollo che includa ipnosi e psichedelici richiede un consenso informato dettagliato, che spieghi:

- la natura sperimentale del trattamento;
- i benefici attesi e i possibili rischi (es. ansia acuta, esperienze difficili);
- le misure di sicurezza adottate;
- il diritto del paziente di interrompere il percorso in qualsiasi momento.

#### **8.2.2 Vulnerabilità del paziente**

Molti pazienti che si avvicinano a questi protocolli si trovano in condizioni di forte vulnerabilità (es. oncologici, depressi resistenti, dipendenti). È quindi necessario garantire protezione da aspettative eccessive, evitare suggestioni fuorvianti e mantenere un approccio basato sull'autonomia e sul rispetto della persona.

#### **8.2.3 Relazione terapeutica e rischio di dipendenza psicologica**

L'ipnosi e gli psichedelici amplificano la suggestibilità e l'apertura emotiva. Ciò comporta il rischio che il paziente sviluppi una dipendenza psicologica dal terapeuta. Per questo motivo sono fondamentali:

- regole di deontologia chiare;
- supervisione clinica regolare;
- limiti etici rigorosi nella gestione della relazione.

#### **8.2.4 Esperienze spirituali e religiose**

Gli psichedelici e l'ipnosi possono indurre esperienze mistiche o transpersonali. È essenziale rispettare le credenze del paziente senza imporre interpretazioni religiose o ideologiche, mantenendo un approccio laico e terapeutico.

## **8.3 Aspetti legali**

### **8.3.1 Status normativo degli psichedelici**

- **LSD e psilocibina:** in gran parte del mondo sono sostanze inserite nelle tabelle delle droghe ad alto rischio (Schedule I negli Stati Uniti, Tabella I in Italia). Ciò significa che non hanno, secondo la legge, uso medico riconosciuto e presentano alto rischio di abuso.
- **Eccezioni:** in Svizzera e in alcuni stati USA (Oregon, Colorado), la psilocibina è stata parzialmente depenalizzata o ammessa in contesti terapeutici sperimentali.
- **MDMA:** in fase avanzata di approvazione da parte della FDA come trattamento per il PTSD (atteso 2024–2025).

### **8.3.2 Uso compassionevole e sperimentale**

In alcuni paesi è possibile utilizzare psichedelici in regime di “uso compassionevole”, per pazienti terminali o resistenti ai trattamenti, previa autorizzazione etica e ministeriale. L’Italia, al momento, mantiene un approccio restrittivo, ma partecipa a reti internazionali di ricerca.

### **8.3.3 L’ipnosi nel quadro legale**

L’ipnosi, al contrario, è pienamente riconosciuta come tecnica terapeutica se praticata da professionisti qualificati (medici e psicoterapeuti). Questo rende l’integrazione particolarmente interessante: l’ipnosi può fornire una base legittimata entro cui incastonare protocolli sperimentali con psichedelici.

## **8.4 Prospettive di ricerca**

### **8.4.1 Trial clinici integrati**

Il passo successivo sarà condurre studi multicentrici che testino l’efficacia del modello ipnosi–psichedelici su campioni più ampi. Particolare attenzione dovrà essere rivolta a:

- selezione accurata dei pazienti;
- definizione di protocolli standardizzati;
- monitoraggio a lungo termine degli esiti.

### **8.4.2 Formazione degli operatori**

La complessità di questi interventi richiede professionisti con doppia formazione:

- competenze in ipnosi clinica;
- conoscenze in psicoterapia assistita da psichedelici (MAPS, programmi universitari). Sono necessari programmi accademici interdisciplinari che includano psicologia, neuroscienze, etica e diritto.

### **8.4.3 Integrazione nei sistemi sanitari**

Se i trial confermeranno i benefici, sarà necessario discutere l'inserimento dei protocolli integrati nei sistemi sanitari, almeno in contesti specialistici (oncologia, psichiatria resistente, cure palliative). Ciò richiederà un dialogo tra comunità scientifica, legislatori e società civile.

#### **8.4.4 Dimensione culturale e sociale**

Il superamento dello stigma sugli psichedelici rappresenta una sfida culturale. È essenziale comunicare con chiarezza che non si tratta di “magie” o scorciatoie, ma di strumenti terapeutici da usare con rigore scientifico e responsabilità etica.

#### **8.5 Conclusioni generali**

Il modello integrato ipnosi–psichedelici rappresenta una frontiera della psicoterapia contemporanea. La storia dell'ipnosi e la rinascita della ricerca psichedelica mostrano che entrambi gli approcci hanno solide basi teoriche e cliniche. L'unione dei due mondi potrebbe fornire risposte innovative a pazienti che vivono ansia, depressione, dolore e angoscia esistenziale.

Tuttavia, il cammino non è privo di ostacoli: le sfide etiche e legali richiedono un approccio cauto, trasparente e supervisionato. Solo attraverso ricerche rigorose, formazione interdisciplinare e un dialogo aperto con la società sarà possibile tradurre questo modello da ipotesi teorica a pratica clinica sicura ed efficace.

## Conclusione generale

La presente ricerca ha esplorato il tema dell'integrazione tra **ipnosi** e **psichedelici** come strumento innovativo in psicoterapia, con particolare riferimento agli stati modificati di coscienza e alle loro potenzialità terapeutiche.

### **Sintesi dei principali risultati**

1. **Introduzione** (Cap. 1)  
È stato delineato il contesto clinico ed esistenziale che rende urgente la ricerca di nuove vie terapeutiche: l'ansia, la depressione e l'angoscia esistenziale che accompagnano malattie croniche o terminali rappresentano bisogni clinici ancora insoddisfatti.
2. **Storia dell'ipnosi** (Cap. 2)  
Si è mostrato come l'ipnosi sia passata da pratiche rituali a metodo scientifico, da Mesmer e Braid fino a Erickson e Granone. Oggi è riconosciuta come tecnica clinica valida, in grado di modulare la coscienza e migliorare la qualità della vita in numerosi disturbi.
3. **Storia e ricerca sugli psichedelici** (Cap. 3)  
Gli psichedelici hanno avuto una parabola storica complessa: usati nelle culture native, studiati intensamente negli anni '50-'60, poi proibiti e stigmatizzati, infine rivalutati dagli anni '90. Le ricerche recenti hanno documentato effetti positivi su depressione resistente, ansia oncologica e dipendenze.
4. **Stati modificati di coscienza e psicologia transpersonale** (Cap. 4)  
Gli stati non ordinari di coscienza rappresentano un terreno comune a ipnosi e psichedelici. La psicologia transpersonale (Maslow, Grof) offre una cornice teorica che riconosce in queste esperienze un potenziale trasformativo e terapeutico.
5. **Confronto tra ipnosi e psichedelici** (Cap. 5)  
Il confronto ha evidenziato somiglianze (alterazioni percettive, riduzione dell'ego, accesso all'inconscio) e differenze (controllo, durata, modalità di induzione). Ne emerge l'idea di una complementarità: l'ipnosi offre contenimento e modulazione, gli psichedelici intensità e profondità.
6. **Proposta di modello integrato** (Cap. 6)  
È stato elaborato un protocollo articolato in tre fasi:
  - preparazione ipnotica (riduzione ansia e creazione di risorse interne);
  - sessione psichedelica (contenimento con ancoraggi ipnotici);
  - integrazione post-esperienza (rielaborazione simbolica e narrativa).
7. **Ipotesi di Single Case Study** (Cap. 7)  
Attraverso il caso simulato di *Laura*, paziente oncologica, è stata illustrata la possibile applicazione del modello. L'ipnosi si è rivelata utile per preparare e integrare, mentre la psilocibina ha fornito l'elemento catalizzatore per insight trasformativi.
8. **Aspetti etici, legali e prospettive future** (Cap. 8)  
Sono state discusse le sfide legate al consenso informato, alla vulnerabilità dei pazienti, al rischio di dipendenze relazionali e all'attuale proibizione normativa degli psichedelici. È stata sottolineata la necessità di trial clinici rigorosi, formazione interdisciplinare e dialogo sociale.

## **Contributi della ricerca**

Il lavoro ha messo in luce che:

- ipnosi e psichedelici condividono basi neurofisiologiche comuni (modulazione del Default Mode Network, plasticità cognitiva);
- entrambi facilitano accesso a risorse inconsce e processi trasformativi;
- un modello integrato può massimizzare i benefici e ridurre i rischi;
- gli *Single Case Studies* rappresentano una via utile per testare ipotesi innovative in contesti clinici reali.

## **Limiti**

- Il modello resta teorico e non ancora validato da trial clinici.
- La generalizzabilità è limitata.
- La normativa vigente costituisce un ostacolo concreto all'applicazione.
- La complessità della doppia formazione degli operatori può rallentarne la diffusione.

## **Prospettive future**

Le direzioni più promettenti includono:

- studi pilota multicentrici su piccoli gruppi di pazienti;
- valutazioni longitudinali a lungo termine;
- formazione di terapeuti in contesti universitari e ospedalieri;
- esplorazione di altri contesti clinici (disturbi d'ansia, depressione resistente, dipendenze);
- riflessione etica e legale per un utilizzo sicuro e responsabile.

## **Conclusione finale**

L'integrazione ipnosi–psichedelici rappresenta una **frontiera della psicoterapia del XXI secolo**. Non si tratta di sostituire i modelli esistenti, ma di arricchirli con strumenti che consentano all'individuo di esplorare dimensioni profonde della coscienza. In un'epoca in cui la medicina e la psicologia cercano di rispondere a bisogni complessi, l'unione tra tradizione ipnotica e rinascita psichedelica offre una prospettiva di cura innovativa, radicata nella scienza ma aperta al mistero dell'esperienza umana.

## Bibliografia

- Braid, J. (1843). *Neurypnology: Or, the rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism*. John Churchill.
- Carhart-Harris, R. L., & Friston, K. J. (2019). REBUS and the anarchic brain: Toward a unified model of the brain action of psychedelics. *Pharmacological Reviews*, 71(3), 316-344.
- Carhart-Harris, R. L., Erritzoe, D., Williams, T., Stone, J. M., Reed, L. J., Colasanti, A., ... & Nutt, D. J. (2012). Neural correlates of the psychedelic state as determined by fMRI studies with psilocybin. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(6), 2138-2143.
- Charcot, J. M. (1882). *Leçons sur les maladies du système nerveux*. Paris: Delahaye.
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook*. Irvington.
- Gasser, P., Holstein, D., Michel, Y., Doblin, R., Yazar-Klosinski, B., Passie, T., & Brenneisen, R. (2014). Safety and efficacy of lysergic acid diethylamide-assisted psychotherapy for anxiety associated with life-threatening diseases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(7), 513-520.
- Griffiths, R. R., Richards, W. A., McCann, U., & Jesse, R. (2006). Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. *Psychopharmacology*, 187(3), 268-283.
- Griffiths, R. R., Johnson, M. W., Carducci, M. A., Umbricht, A., Richards, W. A., Richards, B. D., ... & Klinedinst, M. A. (2016). Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: A randomized double-blind trial. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1181-1197.
- Grof, S. (1985). *Beyond the brain: Birth, death, and transcendence in psychotherapy*. SUNY Press.
- Hofmann, A. (1980). *LSD: My problem child*. McGraw-Hill.
- James, W. (1902). *The varieties of religious experience: A study in human nature*. Longmans, Green & Co.
- Johnson, M. W., Griffiths, R. R., Hendricks, P. S., & Henningfield, J. E. (2018). The abuse potential of medical psilocybin according to the 8 factors of the Controlled Substances Act. *Neuropharmacology*, 142, 143-166.
- Maslow, A. H. (1969). The farther reaches of human nature. *Journal of Transpersonal Psychology*, 1(1), 1-9.
- Pahnke, W. N. (1963). *Drugs and mysticism: An analysis of the relationship between psychedelic drugs and the mystical consciousness* (Doctoral dissertation, Harvard University).
- Ross, S., Bossis, A., Guss, J., Agin-Liebes, G., Malone, T., Cohen, B., ... & Schmidt, B. L. (2016). Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1165-1180.
- Tart, C. T. (1972). States of consciousness and state-specific sciences. *Science*, 176(4040), 1203-1210.