

Studi sulla trance ipnotica

Esistenza

La trance ipnotica e' un funzionamento psicosomatico distinto dalla veglia normale e ancora di piu' dal sonno, essendo certamente caratterizzato da una condizione di consapevolezza e coscienza, anche se di tipo particolare. L'ipnosi va studiata perche' ha un'utilita' clinica inequivocabile anche se non ne conosciamo bene il funzionamento. Del resto non sappiamo nemmeno cosa sia la coscienza (1). L'ipnosi non puo' essere considerata un derivato della distrazione, come accade quando si sta sognando ad occhi aperti o si divaga con la mente; infatti l'ipnosi e' un tipo specifico di concentrazione che implica anche una regressione a modelli di funzionamento mentale piu' arretrati (23). Quando un ipnotista esperto ritiene che ci sia l'ipnosi, in effetti l'attivita' cerebrale risulta oggettivamente alterata nei rilievi strumentali di laboratorio. Le evidenze sperimentali smontano qualsiasi teoria di simulazione, gioco di ruolo, placebo, o atteggiamento psicologico, e anzi dimostrano che lo stato ipnotico e' una realta' neurofisiologica che non puo' essere ottenuta ne' con l'immaginazione guidata ne' tanto meno con la simulazione controllata (14). I dati raccolti derivano da osservazioni umane, strumentali indirette (EEG), e strumentali dirette (neuro-imaging, PET, risonanza magnetica, ecc.). Copyright (C) Alberto Torelli.

Fatti visibili

L'osservazione diretta permette di notare che il corpo sovente si rilassa profondamente (2), la coscienza appare dissociata (10) e alterata (11), i movimenti oculari e i processi percettivi sono distorti (13, 16, 17), l'attivita' muscolare tonica si abbassa, forse a seguito del cambiamento di attivita' emisferica (19, 20), le reazioni di orientamento ai suoni diminuiscono (21), l'accuratezza ricettiva uditiva aumenta (22), e l'inibizione motoria prodotta dall'ipnosi puo' essere talmente forte da mimare una paralisi isterica (26). Copyright (C) Alberto Torelli.

Rilievi EEG

Per quanto concerne i rilievi esterni o indiretti, l'elettroencefalogramma cambia, ma rimane un EEG di veglia e non di sonno (2); le attivita' emisferiche cambiano, con inibizione sinistra, e forte attivita' destra (18); le onde alfa sembrano associate al rilassamento (5) ma non all'ipnosi (6), o se sono associate all'ipnosi (9) rimangono comunque basse durante la trance (12); le onde beta sono basse durante l'ipnosi (12), sembrano associate agli stati emotivi, e sono influenzate dall'ipnosi (15); le onde theta aumentano sia a occhi aperti sia a occhi chiusi (3), e forse sono associate al rilassamento (9, 12); le onde delta aumentano specie nell'emisfero sinistro (8) durante l'ipnosi (12). Ripetendo le sedute, le onde beta tendono a mantenersi basse, e le theta alte (4); le onde delta aumentano (8). Sugli epilettici l'ipnosi riduce i ritmi lenti, e amplifica i ritmi veloci alfa e beta, con forte riduzione delle anomalie focali patologiche (7). Copyright (C) Alberto Torelli.

Neuro-imaging

I rilievi interni o diretti, come la tomografia a emissione di positroni (PET), indicano che le regioni cingolate corticali anteriori, il talamo, e la regione ponto-mesencefalica sono le aree cerebrali responsabili dello sviluppo della trance ipnotica. Con la mente rilassata l'eccitazione corticale diminuisce ma la disinibizione aumenta, mentre quando la mente sta divagando la disattivazione corticale e' piu' generalizzata, e indica solo un calo dei meccanismi dell'attenzione. Sembra quindi che l'ipnosi esista come stato a se' stante di

coscienza alterata (24); tuttavia, questa deregolamentazione transitoria della corteccia prefrontale compare non solo in ipnosi ma pure nei sogni ad occhi aperti o chiusi, durante le attivita' fisiche protratte, nella meditazione, e per effetto di certi farmaci psicotropi (27), per cui in questo caso l'ipnosi sembra non esistere come stato vero e proprio. Il sistema 'esecutivo' (cioe' quella parte di encefalo che mette in atto le intenzioni) e' essenziale per lo sviluppo dei fenomeni ipnotici, e coinvolge il tronco centrale, il ponte, e la medulla, al punto che l'ipnosi produce alterazioni evidenti anche a livello della spina dorsale (25). Gli studi sulle idee schizofreniche (indotte ipnoticamente) di essere controllati da forze esterne, hanno dimostrato alla PET che l'ipnosi in questo caso altera ed esalta la funzionalita' corticale parietale e del cervelletto, agendo fortemente sull'asse cerebello-parietale (28). Copyright (C) Alberto Torelli.

Teorie inutili

L'ipnosi sperimentale dei laboratori di psicologia porta a risultati non solo incoerenti e non conclusivi, ma anche discordanti con la realta', in quanto l'uso dell'ipnosi in ambito clinico demolisce le teorie e le statistiche dei ricercatori. Molto e' stato scritto su come stabilizzare l'ipnosi (29), sull'ipnotizzabilita' (30, 32), sulle credenze (31), sulle capacita' attentive, mnemoniche, immaginative, e oniriche associate alle capacita' ipnotiche (33, 47, 48), e sui fattori favorenti l'ipnosi (34, 35, 36, 37), incluse certe caratteristiche del sistema nervoso (38, 39, 40), l'applicazione di deboli campi elettromagnetici alle tempie (41, 42), l'abilita' dell'ipnotizzatore (43), il vissuto personale (44), vari oggetti e strumenti (anche elettronici) usati per facilitare la trance (45, 46), certi problemi psicosomatici (49), e persino la postura (51) e l'entita' della libido (36), in quanto l'ipnosi sembra a volte associata a un'eccitazione sessuale (50). Francamente tutto questo minestrone incoerente di teorie e modelli ha poco o nulla di applicabile alla vita quotidiana e all'unicita' dei singoli individui, e sembra piu' indirizzato a produrre pubblicazioni piuttosto che a descrivere la realta'. Quindi diciamo no all'ipnosi sperimentale (in laboratorio), che e' praticamente inutile, e si' all'impiego clinico quotidiano dell'ipnosi per ottenere benefici concreti, rapidi, e consistenti. Copyright (C) Alberto Torelli.

Libero arbitrio

Il libero arbitrio esiste anche in trance. Chi e' capace di intendere e di volere e' anche perfettamente capace di rifiutare qualsiasi suggestione ipnotica, per cui l'idea diffusa di non poter resistere all'ipnosi e' certamente da scartare (52). Del resto, anche in Italia, il reato di plagio e' stato depenalizzato fin dal 1981 in quanto privo di fondamento scientifico e quindi anche giuridico. Nel 1890 una certa Gabrielle Bompard, accusata di avere ucciso il marito, baso' la sua difesa sull'idea di avere agito inconsciamente sotto l'influenza ipnotica del suo amante, che era un ipnotista da teatro. Da quel giorno gli spettacoli di ipnosi vennero vietati, e il 30 novembre 1892 entro' in vigore in Francia una legge con la quale l'impiego dell'ipnosi venne riservato esclusivamente ai medici (53). Oggi in Europa anche un non medico puo' praticare l'ipnosi liberamente. L'apparente incapacita' di resistere alle suggestioni ipnotiche e' una pura compiacenza per far piacere all'ipnotista e a chi osserva la scena (54). Ma allora, in trance il soggetto sta simulando oppure e' sincero? Il monitoraggio della conduttanza elettrica dermica (un sistema molto efficace per capire se un soggetto sta mentendo), ha dimostrato che il comportamento ipnotico e' piu' genuino, sincero, e spontaneo di quello di veglia (55, 57), ma diventa falso e di compiacenza non appena l'operatore esercita qualche pressione sul soggetto ipnotico (56). Quindi non si tratta di soggetti in malafede, ma di ipnotisti aggressivi che suscitano una legittima difesa nei soggetti. Copyright (C) Alberto Torelli.

L'osservatore

Il concetto di osservatore nascosto (hidden observer) e' nato nei laboratori di psicologia della Stanford University, e indica che esiste una sorta di registratore che funziona sempre, anche quando noi dormiamo o non siamo coscienti. Ad alcuni pazienti chirurgici in anestesia totale (ossido nitrico, enflurano, alotano) e' stato suggerito che grattarsi avrebbe accelerato la guarigione. Dopo l'intervento quei pazienti si grattavano con frequenza significativamente superiore alla norma, dimostrando che le parole erano state recepite, nonostante l'incapacita' assoluta (in veglia ma anche in ipnosi) di far emergere il ricordo del suggerimento dato (58). Il chirurgo deve quindi stare molto attento ai commenti che fa, per non provocare inconsapevolmente una malattia iatrogena. Anche i pazienti addormentati con anestesia al ciclopropano possono avere uno shock chirurgico se non vengono avvertiti degli spostamenti che subiranno. Persino gli animali malati, incoscienti, o spaventati, possono morire per effetto delle reazioni emotive all'ambiente, e nelle tribu' primitive non e' raro che l'aspettativa di morte produca il decesso effettivo, come anche nel caso dei vecchi indiani che lasciavano la comunita' per andare a morire lontano da essa (59). Tuttavia deve esserci anche qualche fattore interpersonale, perche' ad esempio utilizzando dei nastri suggestivi registrati e riprodotti durante alcuni interventi chirurgici (con anestesia totale), non si e' notato alcun vantaggio rispetto ai pazienti che non avevano ascoltato la registrazione (60), anche se altri autori hanno riferito un accorciamento medio della degenza di 1-2 giorni (62), o hanno affermato che le suggestioni con la musica producono beneficio quando vengono fatte sentire in anestesia totale (61). In conclusione, l'ipnosi altera sicuramente la coscienza (63), ma che l'osservatore nascosto esista non si sa. Per alcuni, Erickson compreso, e' solo un artefatto di laboratorio, mentre per altri esiste davvero (64), e permetterebbe di recuperare materiale represso inaccessibile con altri metodi (65). Insomma, come al solito tutti fanno teorie, ma poi nessuno fornisce prove sicure. Del resto, si sa che l'anestesia generale non garantisce che il paziente rimarra' incosciente durante l'intervento, e si sa ben poco sia sulle misure protettive che si possono adottare per prevenire questa situazione, sia sulle reazioni dei pazienti (66). Ci sono evidenze di maggiore esigenza di cautela all'inizio dell'anestesia, quando i pazienti sono ancora nettamente sensibili ad eventuali commenti negativi che potrebbero interferire sull'esito finale dell'intervento (67). Copyright (C) Alberto Torelli.

False memorie

Con le suggestioni postipnotiche e' possibile indurre amnesie o falsi ricordi, ma questo e' fattibile anche normalmente, senza alcuna trance (68). Un secondo tipo di pseudomemoria si genera quando si forza il soggetto a ricordare certi dettagli, causando compiacenza per sfuggire alla pressione inquisitoria (69). In veglia, come in ipnosi, le memorie del soggetto sperimentale possono subire alterazione (70). Purtroppo i misteri sull'ipnosi sono ancora troppi (71), ma sappiamo che i soggetti ipnotici possono cogliere anche i piu' piccoli suggerimenti, e possono incorporarli nelle memorie, falsificandole (72). Persino una semplice serie di commenti positivi puo' dare un senso di realta' oggettiva a certe situazioni discusse durante una normale conversazione eppure mai accadute (73). I ricordi evocati in trance sono spesso assai meno affidabili di quelli ottenuti in stato di veglia (74), e negli Stati Uniti l'ammissibilita' dell'ipnosi in tribunale e' oggetto di controversia (75). Anche senza ipnosi e' abbastanza facile indurre in errore una persona, e convincerla di aver visto qualcosa in verita' mai accaduto (76). Non esiste un modo sicuro per distinguere una memoria reale da una fittizia (77). L'impiego dell'ipnosi in un tribunale, quindi, dipende da preferenze soggettive (78). Nel recupero dei ricordi in caso di abusi sessuali occorre stare attenti (79). Molti psicoterapeuti credono che i ricordi rievocati in una trance ipnotica

siano piu' affidabili di quelli fatti emergere durante la veglia, e che addirittura si possano richiamare certe memorie relative al periodo perinatale. Queste idee sono completamente scorrette (80). Alcuni esperimenti in parziale deprivazione sensoriale indicano che il recupero delle memorie varia a seconda del sesso del soggetto (81). In generale, sembra impossibile recuperare dei ricordi traumatici non corrotti, specialmente se si tratta di abusi sessuali infantili (82). La quantita' di pseudomemorie ottenute durante la trance ipnotica non dipende dalla profondita' della trance, bensì dal comportamento fuorviante, tendenzioso, o direttivo dell'operatore (83). Se i ricordi rievocati sono famigliari, e' ancora piu' facile acquisire una sicurezza del tutto ingiustificata nel materiale recuperato (84). L'ipnotista ha veramente bisogno di essere molto ben addestrato, abile, e cauto (85). L'efficacia dell'ipnoanalisi nel recupero dei ricordi onirici e' stata riferita da alcuni autori (86). Il processo psicanalitico si intensifica e si accorcia (87). Una debole stimolazione transcerebrale effettuata sull'emisfero encefalico destro tramite un campo magnetico complesso provoca un forte aumento di ricordi illusori e falsi, e questo indipendentemente dall'impiego dell'ipnosi (88). Non e' facile distinguere le false memorie provocate da un abuso sessuale da quelle provocate dalla psicoterapia (89). E' stato anche dimostrato che le domande tendenziose relative a dei ricordi passati distorcono tali memorie sia in veglia sia in ipnosi, ma se questo tipo di errore viene prodotto durante l'ipnosi allora le falsificazioni dei ricordi sono nettamente maggiori (90). Infine, anche la mera suggestione di aver bevuto alcolici durante un dato evento, produce un'alterazione maggiore del normale nei ricordi associati a tale evento (91). Copyright (C) Alberto Torelli.

(para)Normale?

Normale o paranormale? La percezione e' la facolta' di conoscere e valutare un dato stimolo che ha impressionato un organo sensorio, cioe' e' una reazione della personalita'. Quando lo stimolo e' troppo piccolo per raggiungere il livello cosciente, allora si possono sviluppare reazioni inconsce, che si esplicano in iperestesie percettive e parapsicologiche (aumento della capacita' sensoriale). In ipnosi profonda si esplica una visione dermo-ottica (quindi extraretinica) primordiale, simile a quella di certi vermi di terra e crostacei. In ipnosi la pelle diventa cosi' sensibile, che certi soggetti bendati possono riconoscere la forma approssimativa di un oggetto posizionato a un pollice e 1/2 [circa 4 cm] dalla loro pelle, come riferito da Braid a meta' Ottocento. In effetti non e' un caso che cute e sistema nervoso derivino entrambi dal medesimo foglietto embrionale ectodermico. A questi riscontri posso aggiungere la mia esperienza diretta: un soggetto in trance profonda (a occhi chiusi) si e' dimostrato in grado di seguire i movimenti della mia mano muovendo il suo braccio con una sincronia straordinaria ed immediata, del tutto priva di esitazioni o correzioni, e con una fluidita' ed una precisione sconcertanti. Altri soggetti ipnotici (aventi gli occhi chiusi) mi hanno anticipato molte volte, iniziando un compito prima che io lo chiedessi, e riferendo di avere sentito di dover agire in quel modo senza sapere perche'. Qui c'e' ormai abbastanza fumo per giustificare la ricerca del fuoco. La letteratura medica e' piuttosto ricca di riferimenti a casi clinici che sono inesplicabili ed inspiegabili se affrontati sulla base delle attuali conoscenze medico-scientifiche (92). Eppure qualcuno dovra' spiegare l'estrazione di un dente senza emorragia, o la pirobazia, che sono riproducibili e prive di trucchi. Copyright (C) Alberto Torelli.

Riferimenti bibliografici

- 1)Neurosci Biobehav Rev, 2001
- 2)Psychosom Med, 1977
- 3)J Nerv Ment Dis, 1975
- 4)Folia Psychiatr Neurol Jpn, 1975

- 5)Confin Psychiatr, 1976
- 6)Biol Psychol, 1983
- 7)Riv Neurol, 1985
- 8)Zh Vyssh Nerv Deiat Im I P Pavlova, 1994
- 9)Int J Clin Exp Hypn, 2001
- 10)J Anal Psychol, 2003
- 11)Int J Clin Exp Hypn, 2003
- 12)Am J Clin Hypn, 2004
- 13)Accid Anal Prev, 2004
- 14)Am J Clin Hypn, 2001
- 15)Int J Psychophysiol, 2001
- 16)Biol Psychol, 1975
- 17)Percept Mot Skills, 1976
- 18)Int J Psychophysiol, 1984
- 19)J Psychosomat Res, 1985
- 20)Psychol Med, 1994
- 21)Int J Clin Exp Hypn, 1994
- 22)Biol Psychiatr, 1984
- 23)Shinrigaku Kenkyu, 1983
- 24)J Cogn Neurosci, 2002
- 25)Neurol Neurocir Psiquiatr, 1977
- 26)Int J Clin Exp Hypn, 2002
- 27)Conscious Cogn, 2003
- 28)Neuropsychologia, 2003
- 29)Am J Clin Hypn, 2001
- 30)J Clin Psychol, 1983
- 31)Am J Clin Hypn, 1994
- 32)Psychol Rep, 2004
- 33)Percept Mot Skills, 1985
- 34)Arch Gen Psychiatry, 1985
- 35)J Abnorm Psychol, 1994
- 36)Arch Sex Behav, 1985
- 37)Am J Psychiatry, 1985
- 38)Int J Clin Exp Hypn, 1994
- 39)Int J Clin Exp Hypn, 2001
- 40)Int J Clin Exp Hypn, 2001
- 41)Int J Neurosci, 1994
- 42)Percept Mot Skills, 2003
- 43)Am J Clin Hypn, 1994
- 44)Child Abuse Negl, 1995
- 45)Am J Clin Hypn, 2001
- 46)Am J Clin Hypn, 2002
- 47)Int J Clin Exp Hypn, 2001 e 2002
- 48)Int J Clin Exp Hypn, 2001
- 49)J Abnormal Psychol, 2002
- 50)Percept Mot Skills, 1994
- 51)Arch Ital Biol, 2004
- 52)Z Rechtsmed, 1985
- 53)Psychol Med, 1985
- 54)Psychiatry, 1985

- 55)J Abnorm Psychol, 1994
- 56)Int J Clin Exp Hypn, 2001
- 57)J Abnormal Psychol, 2002
- 58)Br J Anaesth, 1985
- 59)Rossi, 1984
- 60)Am J Clin Hypn, 1995
- 61)Acta Anaesthesiol Scand, 2001
- 62)Obes Surg, 2001
- 63)Hilgard & Hilgard, 1984
- 64)J Pers Soc Psychol, 1983
- 65)J Pers Soc Psychol, 1984
- 66)Lancet, 2000
- 67)Anesth Analg. 2003 Jul;97(1):132-8
- 68)J Exp Psychol Learn Mem Cogn, 1983
- 69)Science, 1983
- 70)J R Soc Med, 1983
- 71)J Am Acad psychoanal, 1984
- 72)J Exp Psychol Learn Mem Cogn, 1983
- 73)Psychol Sci, 2001
- 74)JAMA, 1985
- 75)Am J Clin Hypn, 1995
- 76)Int J Clin Exp Hypn, 1994
- 77)Int J Clin Exp Hypn, 1994
- 78)Law Hum Behav, 2001
- 79)Int J Clin Exp Hypn, 1994
- 80)Am J Clin Hypn, 1994
- 81)Percept Mot Skills, 1994
- 82)Int J Clin Exp Hypn, 1994 e 1995
- 83)Int J Clin Exp Hypn, 1994
- 84)Int J Clin Exp Hypn, 1995
- 85)Am J Clin Hypn, 1995
- 86)Psychoanal Rev, 1995
- 87)Z Psychosom Med Psychother, 2001
- 88)Int J Neurosci, 2001
- 89)Compr Psychiatry, 2001
- 90)J Exp Psychol Appl, 2002
- 91)Psychol Sci 2003
- 92)Med Hypotheses, 2003.

