

**ISTITUTO FRANCO GRANONE**

**C.I.I.C.S.**

**CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE**

**Fondatore: Prof. Franco Granone**

**CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA**

**Anno 2015**

**L'OCCHIO DELLA MENTE**

**Candidato**

**Dott.ssa Sabrina PALMA**

**Relatore**

**Dott.ssa Laura PAPI GRASSO**

# INDICE

<b>INTRODUZIONE.....</b>	<b>pag. 1</b>
<b>CAP. 1 - L'OCCHIO DELLA MENTE</b>	
<b>1.1 Le immagini mentali.....</b>	<b>pag. 5</b>
<b>1.2 L'uso delle immagini mentali in psicologia.....</b>	<b>pag. 8</b>
<b>1.3 La visualizzazione nella Programmazione Neuro Linguistica .....</b>	<b>pag. 9</b>
<b>1.4 Ipnosi e attività immaginativa.....</b>	<b>pag. 11</b>
<b>CAP. 2 - CECITA' E IMMAGINI MENTALI</b>	
<b>2.1 Deprivazione sensoriale e plasticità neuronale.....</b>	<b>pag. 14</b>
<b>2.2 Capacità di immaginazione visiva nei nonvedenti.....</b>	<b>pag. 16</b>
<b>2.3 Ciechi congeniti e sogni visivi.....</b>	<b>pag. 18</b>
<b>CAP. 3 - LA RICERCA</b>	
<b>3.1 Premessa.....</b>	<b>pag. 21</b>
<b>3.2 La metodologia.....</b>	<b>pag. 22</b>
<b>3.3 Le interviste .....</b>	<b>pag. 24</b>
<b>3.4 Considerazioni .....</b>	<b>pag. 25</b>
<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>pag. 27</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>pag. 31</b>

*Noi non cesseremo mai di esplorare  
e la fine di tutto il nostro andare  
sarà giungere dove siamo partiti  
e conoscere il posto per la prima volta*  
(T.S. Eliot, "Quattro quartetti")

## INTRODUZIONE

L'ipnosi è stata da sempre, per me, fonte di grande interesse e curiosità. Pur non conoscendola approfonditamente, avevo la sensazione che fosse uno strumento molto duttile, creativo ed immediato per arrivare là dove la razionalità si ferma. Qualcosa di "magico" che consenta di entrare, attraverso un canale privilegiato, nei meandri dell'inconscio in pochi istanti grazie al sorprendente potere della mente.

Considerato questo mio interesse, dopo il conseguimento dell'abilitazione alla professione di psicologa, nella scelta della scuola di specializzazione per psicoterapeuta, ho valutato la possibilità di un indirizzo ipnoterapico. Purtroppo però la scuola aveva sede a Milano e la frequenza sarebbe stata inconciliabile con i miei impegni lavorativi e familiari.

Messa da parte questa possibilità, ho optato per una scuola di terapia familiare ad indirizzo sistemico-relazionale che era quello che più sentivo vicino al mio modo di percepire l'intervento psicoterapico. È stato un percorso formativo intenso sia a livello professionale che personale. La scuola prevede infatti, un primo anno di formazione personale durante il quale si lavora sulla propria storia familiare attraverso il genogramma e sulle proprie capacità di entrare in relazione con le famiglie attraverso l'utilizzo di altri strumenti relazionali. Al termine di questo anno chiamato cfp (corso di formazione personale) i didatti valutano l'effettiva attitudine alla professione di psicoterapeuta di ciascun allievo e consigliano o meno il proseguimento del percorso formativo.

I quattro anni che seguono sono di formazione professionale a carattere sia teorico che pratico. A partire dal terzo anno è possibile seguire famiglie o coppie in terapia, all'interno dell'Istituto, grazie alla supervisione simultanea del docente dietro lo specchio unidirezionale. L'impostazione esperienziale della scuola è essenziale per intraprendere la professione clinica anche in virtù del fatto che la preparazione

universitaria risulta spesso essere prettamente teorica e poco spendibile nella pratica clinica. La possibilità di confrontarsi con il didatta e con i colleghi specializzandi non solo rispetto al percorso della terapia che si sta seguendo ma, anche rispetto al proprio modo di stare in stanza di terapia, è preziosa e, a mio parere, un valore aggiunto a questo tipo di formazione.

Terminata la specializzazione ho intrapreso la libera professione praticando terapia di famiglia, di coppia o individuale in base alle richieste e ai bisogni dei pazienti.

In realtà la formazione di un terapeuta è un processo sempre in divenire...

La mia compagna di specializzazione Paola, alla quale per cinque anni avevo raccontato la mia passione per l'ipnosi con sua grande perplessità, ha intrapreso un percorso di formazione ipnoterapico, prima di me, presso una scuola di Milano rimanendo totalmente affascinata e colpita dall'efficienza dello strumento appreso.

Proprio Paola in seguito mi ha detto di aver preso parte ad alcune giornate formative organizzate dal CIICS e mi ha caldamente consigliato il corso base.

Così arrivo al CIICS, su consiglio di una collega e cara amica con un bagaglio di aspettative che arrivano da molto lontano.

Il primo impatto è stato entusiasmante, subito mi sono venute in mente le potenziali molteplici applicazioni in psicoterapia e negli altri ambiti di cura nei quali l'ipnosi è indicata e ho trovato sorprendente la scarsa diffusione che attualmente le è riservata. Sicuramente i pregiudizi creatisi attorno all'ipnosi a causa dell'uso spettacolare che le è stato riservato negli anni passati, non giovano alla possibilità di un utilizzo più allargato di questa tecnica che è necessario venga praticata solo da professionisti sanitari.

In un momento successivo ho riflettuto sull'inopportunità di “decapitare il sintomo”, come facilmente l'ipnosi può fare, senza considerare, all'interno di un setting psicoterapeutico, la funzione che il sintomo ha nella storia del paziente con il rischio che ne sviluppi successivamente un altro di maggiore entità. Di qui la considerazione che l'ipnosi possa rappresentare un potente strumento terapeutico da utilizzare con la cautela necessaria all'interno del proprio ambito di intervento clinico.

Il confronto con colleghi di professionalità così svariate è stato molto stimolante a parte la mia difficoltà a visionare video di interventi chirurgici per la quale sono stata ironicamente derisa!

Gli spunti teorici provenienti dai didatti della scuola, orientati all'insegnamento dell'ipnosi e della comunicazione ipnotica sono stati ricchi e corposi.

Il lavoro pratico-esperienziale nei gruppi molto stimolante e diversificato a seconda della specializzazione del docente che li teneva.

A conclusione del percorso, però, penso che sarebbe stato più utile la suddivisione in gruppi in base alla professione già a partire dal primo periodo del corso, per avere maggiori indicazioni rispetto all'utilizzo dell'ipnosi all'interno del setting psicoterapeutico.

Lo studio che ho effettuato per elaborare la seguente tesi nasce dalla curiosità di capire cosa accade nella mente delle persone non vedenti quando immaginano e in particolare come si formano, se si formano, immagini mentali durante una suggestione ipnotica.

Oltre alla libera professione, lavoro per una cooperativa sociale con il ruolo di responsabile e coordinatrice di un servizio educativo rivolto ad alunni disabili sensoriali, cioè ciechi e sordi, inseriti nelle scuole. I bambini non-vedenti, soprattutto quelli diventati progressivamente ciechi a causa di una patologia, raccontano con entusiasmo che i loro sogni sono "a colori" con immagini visive ben definite come quando erano vedenti.

Da qui l'idea di verificare se anche i ciechi adulti producono immagini mentali di tipo visivo oppure se è una capacità che si perde con il tempo a causa dell'attenuazione della memoria e dell'immaginazione visiva che arriva fino alla loro progressiva estinzione.

Sembrerebbe intuitivo che le persone nate cieche non abbiano la possibilità di produrre immagini mentali visive mentre quelle che hanno avuto la deprivazione visiva successiva possano avere la possibilità di attingere ai ricordi visivi per produrre

ancora immagini grazie all'occhio interiore della mente.

Allo stesso tempo mi incuriosiva verificare se anche per le persone cieche ci siano differenze tra chi è più propenso ad utilizzare modalità rappresentazionali che sfruttino il canale visivo, auditivo o cenestico.

Così grazie anche allo stimolo di un libro di Oliver Sacks del 2010 dal quale ho tratto il titolo di questa tesi, ho intrapreso la mia ricerca nel mondo dei non-vedenti.

## CAP. 1 – L'OCCHIO DELLA MENTE

*L'immaginazione è la prima fonte della felicità umana*

G. Leopardi

### 1.1 Le immagini mentali

L'importanza, nel pensiero, della produzione di immagini visive mentali, fu esplorata per la prima volta da Francis Galton nel 1883 attraverso un'indagine sull'immaginazione visiva. Galton elaborò un questionario concependo domande quali: "E' in grado di richiamare alla mente con precisione i lineamenti di tutti i suoi parenti e di molte altre persone?;E' in grado di far sedere, alzare o voltare lentamente la figura che lei immagina?".

Secondo Galton creare un'immagine mentale significava rappresentare una persona o un luogo familiare con l'occhio della mente; era la riproduzione o la ricostruzione di un'esperienza. Esistono tuttavia anche immagini mentali di un tipo più astratto, immagini di qualcosa che non è mai stato visto fisicamente con gli occhi ma che possono essere evocate dall'immaginazione creativa.

I risultati dell'indagine condotta da Galton, suscitarono in lui molte perplessità in quanto l'immaginazione presentava una grandissima variazione: a volte sembrava una componente essenziale del pensiero, in altri casi pareva invece irrilevante.

Da allora il dibattito sull'immaginazione mentale è stato caratterizzato da quest'incertezza.

Wilhelm Wundt, contemporaneo di Galton e uno dei primi psicologi sperimentali, riteneva che l'immaginazione fosse una parte essenziale del pensiero. Altri sostenevano che il pensiero fosse privo di immagini e consistesse interamente di proposizioni analitiche o descrittive.

Soltanto a partire dagli anni '70 le immagini mentali sono diventate oggetto di studio di una nuova generazione di psicologi .

In quel periodo la scienza cognitiva considerava la conoscenza dell'uomo come un sistema di elaborazione di informazioni di tipo proposizionale. Tale modello non prevedeva alcuna differenza nella rappresentazione di dati di qualità diversa quali quella visiva, linguistica od olfattiva.

Il primo a contestarlo fu Roger Shepard (1978) che dimostrò, attraverso svariati esperimenti, che le persone sono in grado di formare immagini mentali di oggetti e di confrontarle fra loro. Inoltre che i soggetti in esame ruotavano mentalmente una delle due immagini da confrontare, infatti, tanto più l'angolo di rotazione necessario era ampio, tanto maggiore risultava il tempo necessario per effettuare il confronto.

Parallelamente Allan Paivio (1975) evidenziò come le immagini siano in grado di facilitare le prestazioni della memoria, presentando concreti vantaggi rispetto a una rappresentazione solo proposizionale dei ricordi. Attraverso gli esperimenti da lui compiuti si mise in luce come le parole immagazzinate con un doppio registro, verbale e di immagine, siano meglio memorizzabili rispetto a quelle immagazzinate con una modalità solo verbale.

È stato però Stephen Kosslyn (1989) a dare alle immagini mentali piena dignità di tecnica per rappresentare conoscenza non riconducibile a nessun'altra modalità.

Le immagini mentali non sono letteralmente figure dentro la testa: sono invece rappresentazioni mentali che permettono l'esperienza di "vedere"qualcosa anche in assenza di stimoli ottici appropriati (ibidem).

L'origine delle immagini mentali è essenzialmente percettiva, ma non sono legate alla presenza effettiva di un correlato esterno. L'autore nota che siamo in grado di immaginare anche entità mai percepite e da questo deduce che le immagini siano generate componendo elementi base situati nella memoria a lungo termine, e trasformandoli come si desidera.

Le immagini mentali intervengono in molteplici attività mentali dalla soluzione di problemi, alla memorizzazione, ai sogni ad occhi aperti.

Kosslyn sostiene che non siano una specie di raccolta di foto o diapositive fissate in memoria ma bensì come visualizzazioni su uno schermo di un monitor collegato ad un computer il quale può generare immagini sulla base di un'informazione che non ha carattere figurativo. Inoltre queste immagini, proprio come potrebbe fare un computer, possono essere manipolate e modificate.

Grazie all'utilizzo delle scansioni PET e fMRI è stato possibile mappare le aree del cervello attivate quando si è impegnati in compiti che richiedono la produzione di immagini mentali. Kosslyn e i suoi collaboratori scoprirono che tale produzione di immagini attivava, nella controparte visiva, molte altre aree coinvolte anche nella vera e propria percezione, dimostrando così che l'immaginazione visiva non era una realtà soltanto psicologica ma anche fisiologica, e che si serviva di almeno alcune delle stesse vie neurali usate anche dalla percezione visiva.

Il fatto che la percezione visiva e l'immaginazione condividano una base neurale comune nelle parti visive del cervello è indicato anche da studi clinici. Nel 1978 Bisiach e Luzzati descrissero i casi di due pazienti con emianopsia per la quale non potevano più vedere alla propria sinistra. Quando si chiedeva loro di immaginarsi passeggiare lungo una strada che conoscevano bene e di descrivere ciò che "vedevano", essi menzionavano solo i negozi sul lato destro; ma quando si chiedeva loro di immaginare di voltarsi e tornare indietro, descrivevano i negozi che prima non avevano "visto". Questi casi dimostrano che un'emianopsia può tagliare a metà non soltanto il campo visivo, ma anche l'immaginazione visiva.

Kosslyn ipotizza che esista una duplicità nel modo di pensare degli esseri umani. Uno utilizza rappresentazioni raffigurative dirette e non mediate e l'altro rappresentazioni descrittive, analitiche e mediate da simboli verbali o di altra natura. A volte, in base alla sua ipotesi, una modalità sarà favorita rispetto all'altra, a seconda dell'individuo e del problema da risolvere. Altre volte entrambe le modalità procederanno insieme (sebbene la raffigurazione superi la descrizione) e altre volte ancora si potrà cominciare con una raffigurazione – ovvero con immagini – per poi proseguire verso una rappresentazione puramente verbale o matematica.

Il filosofo Colin McGinn, in *Mindsight* scrive che *"le immagini non sono semplicemente variazioni di piccola entità e trascurabile interesse teorico sul tema della percezione e del pensiero; esse sono una robusta categoria mentale che deve essere indagata indipendentemente. Le immagini mentali dovrebbero essere aggiunte come una terza grande categoria ai due pilastri della percezione e della cognizione"* (2004).

## **1.2 L'uso delle immagini mentali in psicologia**

Le immagini mentali rappresentano una risorsa molto potente che viene ampiamente sfruttata in psicologia all'interno di diversi orientamenti teorici.

Gli individui hanno capacità differenti di creare immagini chiare e vivide ma, come sottolinea Joseph Shorr (1983), ognuno ha immagini nella propria mente a prescindere dal genere di ragionamento, desiderio, pensiero o problematica in cui è coinvolto.

La visualizzazione all'interno di un setting terapeutico, può consentire spesso di aggirare blocchi emotivi giungendo alla radice del problema. Per esempio nella tecnica della "desensibilizzazione sistematica" viene utilizzata per la riduzione della risposta fobica e dell'ansia. Tale pratica associa il rilassamento all'immaginazione di uno stimolo. Il paziente viene esposto gradualmente (in più sedute) all'evento fobico. Questa procedura di desensibilizzazione è interessante per l'ipnosi in quanto l'intero processo può essere svolto con il soggetto in stato ipnotico. Sia il rilassamento che l'esposizione allo stimolo fobico può essere effettuato durante la trance ipnotica. L'esito dipende dalla gravità della fobia e dalla risposta ipnotica del soggetto (Guidi 2012).

E' importante precisare che non tutte le persone sono ugualmente abili nel produrre immagini mentali, esistono sostanziali differenze individuali. Alcuni riescono a raffigurarsi facilmente e rapidamente scene reali o fittizie, altri devono concentrarsi per un momento prima di far emergere un'immagine e, anche allora, la possono

"vedere" solo in modo alquanto confuso. Vi sono persone che possono esaminare un oggetto, proiettarne l'immagine su un muro bianco o su uno schermo, e quindi comportarsi come se ancora stessero vedendo realmente l'oggetto descrivendolo nei minimi particolari. Questo tipo di chiarezza fotografica è chiamata visualizzazione eidetica. È piuttosto comune nei bambini, ma rara negli adulti (Lazarus 1996). A questo proposito Akter Ahsen ha elaborato una psicoterapia eidetica fondata su una struttura teorica della personalità umana attraverso l'esplorazione di immagini speciali. Il suo sistema di psicoterapia fa vasto uso della visualizzazione a cui collega una serie di significati e valori.

Esiste inoltre una psicoterapia immaginativa ad orientamento psicodinamico che nasce dal lavoro di Robert Desoille. Tale terapia sostituisce al dialogo terapeutico la creatività immaginativa del paziente, attraverso varie tecniche, tra cui: l'auto-suggestione, il lavoro sui sogni, la meditazione e la visualizzazione. In Italia i fondatori della psicoterapia con la procedura immaginativa (1976) sono Rocca e Stendro. Questa metodologia parte dal presupposto che l'immaginario sia una facoltà psichica dell'essere umano, una componente fisiologica della mente umana, al crocevia tra sogno e realtà, in cui l'Io risulta parzialmente acritico, lasciando all'incoscio la possibilità di esprimersi scivolando tra le difese e le resistenze (Rocca, Stendro 2001).

### **1.3 La visualizzazione nella Programmazione Neuro Linguistica**

La programmazione neuro linguistica è un approccio alla comunicazione e allo sviluppo

personale ideato in California negli anni settanta da Richard Bandler e John Grinder. Il nome deriva dall'idea che ci sia una connessione tra i processi neurologici, il linguaggio e gli schemi comportamentali appresi con l'esperienza. Si tratta di un sistema di terapia alternativa che istruisce le persone all'autoconsapevolezza e alla comunicazione efficace, e a cambiare i propri schemi di comportamento mentale ed emozionale.

La PNL afferma che le persone interpretano la realtà oggettiva attraverso modalità rappresentazionali preferite. Le principali modalità esperienziali sono quella visiva, uditiva e cenestesica.

È possibile riconoscere quale sia il sistema rappresentazionale privilegiato di una persona per esempio facendo attenzione ai predicati verbali più frequentemente utilizzati. Chi utilizza una modalità visiva parla spesso di: vedere, immaginare, prevedere, tenere d'occhio, farsi un quadro, ecc. Chi è più predisposto verso il canale uditivo invece utilizza frequentemente i verbi: ascoltare, suonare, sintonizzare, sentire, ecc. Infine le persone definite cenestesiche parlano spesso di: impressione, sentire a livello corporeo, percepire, cogliere l'essenza, drizzare le antenne, ecc.

Un'altra strategia utilizzata per riconoscere il canale esperienziale più utilizzato è lo studio dei movimenti oculari nel rispondere a domande brevi e dirette. Si tratta di movimenti molto rapidi ed involontari che il soggetto compie mentre definisce mentalmente la risposta e che evidenzerebbero il luogo in cui il cervello va a cercarla. Pertanto se gli occhi si spostano in alto si tratta di una informazione di tipo visivo, il movimento laterale è associato ad un'informazione uditiva mentre quello in basso è di tipo cenestesico.

L'importanza di stabilire quale sia il sistema rappresentazionale preferenziale di una persona sta nella possibilità di utilizzarlo all'interno della comunicazione per renderla efficace. In PNL viene definito creare rapport cioè riuscire ad entrare in sintonia con il comportamento degli altri e con il loro pensiero.

I soggetti che utilizzano il canale visivo come via d'accesso preferenziale vengono definiti visualizzatori efficaci e questa loro prerogativa viene sfruttata in PNL attraverso lo strumento della visualizzazione.

Per i soggetti definiti visualizzatori inefficaci questo strumento non è utile in quanto queste persone vedono un'immagine dissociata di se stesse. A volte si tratta di un'immagine piccola, delimitata e statica che non risulta convincente (Dilts, Hallbom e Smith 1998). Invece i visualizzatori efficaci riescono a rappresentarsi un'esperienza totalmente associata di se stessi mentre ottengono il loro obiettivo. Ciò significa che

vedono ciò che vogliono con i loro occhi, e sentono, toccano, muovono, odorano e gustano il risultato così come se accadesse in quel momento (Ibidem).

La strategia utilizzata con i visualizzatori efficaci si basa quindi su: identificare un obiettivo che si intende raggiungere, entrare in uno stato mentale rilassato, immaginare con accuratezza un'immagine in movimento di se stessi nel momento in cui si raggiunge l'obiettivo e, se qualcosa non piace, modificare il film finché non sia di proprio gradimento.

#### **1.4 Ipnosi e attività immaginativa**

L'attività immaginativa viene sfruttata in ipnosi attraverso la visualizzazione sia come tecnica induttiva sia durante la trance ipnotica.

Il terapeuta può indurre uno stato ipnotico grazie alla potenza dell'immaginazione suggerendo al soggetto di portare l'attenzione su un suo arto e di pensarlo molto pesante e abbandonato o al contrario molto leggero. Per favorire l'instaurarsi di un fenomeno ipnotico si può rendere questa attività più efficace attraverso l'uso di immagini quali i palloncini legati al polso oppure il braccio affondato nel divano dopo una fatica prolungata.

Come diceva Granone: "Ogni immagine suggerita è per il soggetto in ipnosi una realtà indiscutibile. Ogni alterazione percettiva, perché possa meglio realizzarsi, deve essere accompagnata da un'immagine". Fondamentali risultano le parole utilizzate dal terapeuta come stimoli di immagini e di riflessi condizionati. Le parole devono essere semplici e chiare e suggerire una sola idea per volta alla quale si possa rivolgere l'attenzione intensa e necessaria per suscitare il fenomeno ipnotico (Granone 1989). Durante la visualizzazione la mente concentra molta energia nell'area immaginativa sottraendo potenza alle altre aree logiche e critiche (Regaldo). In questo modo l'immagine riesce a produrre modificazione nel corpo diventando plastica. Tale fenomeno prende il nome di monoideismo plastico (Granone 1989) grazie al quale un'immagine assume caratteri plastici cioè determina effetti facilmente riconoscibili e

misurabili, a livello fisico e mentale.

A questo proposito Granone sottolinea la possibilità di utilizzare i passi cioè degli sfioramenti con la propria mano sul corpo del paziente e soprattutto sugli arti e sul viso per realizzare particolari suggestioni. Il passo, infatti, ha la funzione di attirare di più l'attenzione del soggetto alla regione in cui si vuole creare il fenomeno ipnotico. "Esso permette di realizzare un determinato vissuto corporeo nel soggetto utile come sistema di riferimento più profondo con l'ipnotista e come sensazione cenestesica ristrutturante o destrutturante a seconda del momento (Granone, Piscitelli e altri)".

Durante la trance ipnotica l'attività immaginativa viene utilizzata a seconda dell'obiettivo terapeutico che sottende la seduta.

Per esempio nel caso delle fobie è possibile utilizzare la visualizzazione della situazione ansiogena chiedendo al paziente di modificare l'immagine mentale così da renderla meno spaventosa per lui.

Contemporaneamente è possibile lavorare sulla sicurezza di sé del paziente attraverso il rinforzo dell'io che si ottiene facendo sperimentare, durante la trance ipnotica, il benessere e l'alleanza tra corpo e mente per poi ridare potere al soggetto attraverso l'apprendimento di un segnale che gli consentirà di ritornare a sperimentare la stessa situazione di benessere in modo autonomo e in assenza del terapeuta.

Anche nel trattamento delle patologie stress-correlate con l'ipnosi è fondamentale la visualizzazione come strumento terapeutico. In una prima fase il medico porta a conoscenza del paziente i processi patogenetici che hanno causato il manifestarsi dei sintomi utilizzando rinforzi visivi quali schemi e disegni tracciati al momento dal medico stesso. Questo nella convinzione che un'adeguata consapevolezza dei cambiamenti avvenuti nel proprio organismo in conseguenza dell'instaurarsi del quadro morboso permetta al paziente di "visualizzare" al meglio la propria patologia e di approcciarsi ad essa attraverso un processo di "ideazione creativa" facilitato dallo stato di ipnosi (Iannini). Il medico infatti, durante la spiegazione del processo della malattia coglie gli aspetti che più colpiscono il paziente e li sfrutta per realizzare insieme a lui un sistema adatto a gestire i sintomi, anche in assenza dell'ipnotista. Per

esempio la visualizzazione di un tasto on-off posto in mezzo agli occhi, in corrispondenza dell'ipofisi, può aiutare il paziente a controllare l'insorgere del dolore. Henry S. Munro, un medico che ha utilizzato le suggestioni in ipnosi e allo stato di veglia, agli inizi del XX° secolo, ottenendo risultati brillanti, affermava che *"poche persone hanno pienamente compreso il potere della loro immaginazione – di un'idea pura e semplice – come fattore nella causa e nella cura delle malattie. La suggestione, applicata sia senza che con l'ipnotismo, non è nient'altro che l'impiego del potere di immaginazione dell'uomo, delle sue facoltà percettive, come un mezzo di stimolazione dei normali meccanismi fisiologici dell'organizzazione umana per scopi terapeutici"*.

## CAP. 2 – CECITA' E IMMAGINI MENTALI

*...gli scorni di chi crede che la realtà sia quella che si vede.  
Ho sceso milioni di scale dandoti il braccio  
non già perché con quattr'occhi forse si vede di più.  
Con te le ho scese perché sapevo  
che di noi due le sole vere pupille,  
sebbene tanto offuscate, erano le tue".*

E.Montale

### 2.1 Deprivazione sensoriale e plasticità neuronale

La plasticità neuronale è la capacità dei circuiti nervosi di modificare la propria struttura e funzione nel corso della vita in risposta a diversi tipi di stimoli.

La comprensione di come avvenga questo fenomeno a seguito di una deprivazione sensoriale è un argomento di grande rilevanza per le neuroscienze cognitive moderne che proprio nell'ultimo decennio hanno dimostrato un crescente interesse nei confronti dei meccanismi di funzionamento cerebrale degli individui sordi e ciechi.

La perdita di informazioni provenienti da una specifica modalità sensoriale provoca cambiamenti nelle restanti modalità, dovuti ad una sostanziale riorganizzazione delle funzioni corticali.

Hellen Neville è stata tra i pionieri di queste ricerche, e ha dimostrato che nei sordi prelinguistici, ossia coloro che sono nati sordi o hanno perso l'udito prima dei due anni, le parti uditive del cervello non vanno incontro a fenomeni di degenerazione. Esse rimangono invece attive e funzionali, assumendo però attività e funzioni nuove: vengono trasformate ossia "riallocate" in modo da elaborare il linguaggio visivo. Studi simili condotti su individui nati ciechi o che hanno perso la vista in tenerissima età dimostrano, analogamente, che alcune aree della corteccia visiva possono essere riallocate e utilizzate per l'elaborazione delle afferenze tattili e uditive. Con questa parziale riallocazione della corteccia visiva, l'udito, il tatto e altri sensi possono andare

incontro, nei ciechi, a un'iperacutizzazione che forse nessun individuo dotato di vista normale riesce ad immaginare (Sacks 2010).

Le numerose evidenze aneddotiche a favore dell'ipotesi che i soggetti ciechi dalla nascita, o diventati ciechi nei primi anni di vita, sviluppino capacità superiori a quelle degli individui con normali abilità visive nelle modalità sensoriali, hanno aperto un nuovo campo nello studio della plasticità neuronale.

È stato dimostrato come la riorganizzazione delle connessioni del sistema nervoso, che si verifica in seguito alla deprivazione di un canale sensoriale, non interessi solo le aree cerebrali della modalità deprivata, ma si estenda anche ad altri sistemi sensoriali. È stato documentato, per esempio, che i soggetti ciechi hanno capacità tattili e acustiche superiori rispetto ai normovedenti e che l'esecuzione di compiti tattili raffinati, come la lettura Braille, o prove di localizzazione di una sorgente sonora, inducono l'attivazione della corteccia visiva di entrambi gli emisferi, in aggiunta, rispettivamente, alla corteccia somatosensoriale e a quella acustica. È interessante sottolineare, però, che informazioni sensoriali di natura diversa attivino aree differenti della corteccia visiva. Questa attivazione, non riscontrabile nella corteccia degli individui vedenti, è il segno della plasticità neuronale e ha un preciso ruolo funzionale nell'elaborazione degli stimoli non visivi, che si riflette nelle migliori prestazioni percettive. Tale plasticità non è limitata ai casi di deprivazione della modalità visiva, ma è presente anche nei soggetti con sordità congenita o diventati sordi nei primi anni di vita, che mostrano migliori abilità tattili e di visione periferica, correlate all'attivazione della corteccia uditiva, rispetto ai soggetti normoudenti.

Oliver Sacks racconta di uno psicologo divenuto cieco in età adolescenziale che sostiene, dopo trentacinque anni di cecità, di vivere ancora in un mondo visivo. "Ho immagini e ricordi visivi molto intensi. Mia moglie, che non ho mai visto...bè, io penso a lei visivamente. E lo stesso vale per i miei figli. Io 'vedo' me stesso visivamente – ma con l'aspetto che avevo l'ultima volta che mi sono guardato: per quanto cerchi con tutte le mie forze di aggiornare quell'immagine, mi vedo ancora tredicenne. Spesso

tengo conferenze, e uso appunti in Braille; ma quando li scorro mentalmente, io visualizzo: me li rappresento come immagini visive, e non tattili" (ibidem).

A questo proposito l'autore sostiene che una volta isolata dal mondo esterno, la corteccia visiva diventi ipersensibile a stimoli interni di ogni tipo, quali la sua stessa attività autonoma, i segnali provenienti da altre aree del cervello (uditive, tattili e verbali) e i pensieri, i ricordi e le emozioni.

## **2.2 Capacità di immaginazione visiva nei non-vedenti**

Si potrebbe pensare che nei casi di cecità acquisita la corteccia visiva si adatti ad una perdita di input visivi assumendo altre funzioni sensoriali – uditive, tattili, olfattive – e abbandonando nel contempo la capacità di immaginazione visiva.

John Hull descrive, in un libro autobiografico, la sua esperienza di persona divenuta gradualmente e totalmente cieca all'età di 48 anni. Egli sperimenta una graduale attenuazione della memoria e dell'immaginazione visiva, processo che si spinge fino alla loro pressochè totale estinzione (salvo che nei sogni): uno stato da lui stesso definito "cecità profonda" (Hull 1992). Con questa espressione non si riferisce solo alla perdita di immagini mentali e ricordi visivi, ma anche alla perdita dell'idea stessa del vedere: concetti come "qui", "là", "di fronte" non hanno più significato mentre scompare perfino la sensazione che gli oggetti possiedano un aspetto o delle caratteristiche visive. Hull sperimenta una grande sofferenza legata soprattutto all'impossibilità di evocare il volto della moglie o dei figli, nè l'aspetto dei luoghi e paesaggi che ama; poi però accetta la situazione con serenità, arrivando a considerarla una risposta naturale alla perdita della vista. Sembra che l'autore pensi che la perdita dell'immaginazione visiva sia un prerequisito per il pieno sviluppo e il potenziamento degli altri sensi (ibidem).

In questa descrizione appare sorprendente l'annientamento della memoria visiva in un individuo adulto che ha alle spalle decenni di esperienze visive ricche e significative sulle quali fare affidamento.

Al contrario, Oliver Sacks riporta alcuni esempi di soggetti divenuti ciechi in età adulta che hanno conservato grandi capacità immaginative. Uno psicologo australiano, che perse la vista all'età di 21 anni, racconta che, sebbene gli fosse stato consigliato di passare da una modalità visiva ad una uditiva, lui si era mosso in direzione opposta, decidendo di acuire il suo occhio interiore: le facoltà di immaginazione visiva. Sviluppò così una notevole capacità di produrre e manipolare immagini mentali, al punto da costruirsi un mondo visivo virtuale che gli sembrava reale e intenso come quello che aveva perduto. Grazie a questa immaginazione visiva riusciva a fare cose che sarebbero sembrate impossibili per un non vedente tra le quali sostituire la grondaia del tetto di casa basandosi esclusivamente sulla manipolazione accurata e concentrata del suo spazio mentale.

Durante l'infanzia e la vita precedente la perdita della vista, l'immaginazione era stata molto importante per lui. Il padre dirigeva uno studio cinematografico e spesso dava al figlio dei copioni da leggere. Questo gli forniva l'opportunità di visualizzare storie, trame e personaggi allenando l'immaginazione che sarebbe divenuta un suo punto di forza durante la sua vita da non vedente.

Un altro esempio sorprendente riportato da Sacks è quello di un uomo che aveva perso la vista all'età di otto anni. In un primo momento cominciò a perdere la sua immaginazione visiva: *"pochissimo tempo dopo essere diventato cieco dimenticai i volti di mia madre e mio padre e quelli della maggior parte delle persone che mi erano care...Smisi di interessarmi al fatto che la gente avesse i capelli scuri o biondi, gli occhi azzurri o verdi. Pensavo che i vedenti passassero troppo tempo a badare a queste cose vuote ... Io ormai non ci pensavo più. Adesso mi sembrava che le persone non avessero più questi attributi. A volte, nella mia mente, uomini e donne apparivano senza testa, o senza dita".*

Successivamente però, abbandonando il mondo visivo reale, cominciò a costruirsi un immaginario arrivando a considerare se stesso come appartenente a una categoria speciale, quella dei "ciechi visualizzatori".

Sacks afferma che l'esperienza di questo paziente si possa interpretare come un

fenomeno di disinibizione, un'attivazione spontanea della corteccia visiva, deprivata dei suoi normali input visivi. Fenomeno forse analogo all'acufene o all'arto fantasma. Una volta attivata la corteccia visiva, ossia l'occhio interiore, la sua mente si costruisce uno schermo sul quale proiettare – e se necessario – manipolare, come sul monitor di un computer, qualsiasi cosa pensasse o desiderasse.

Da questi esempi si potrebbero trarre le seguenti considerazioni: se una persona con buone capacità di visualizzazione e dotata di una forte immaginazione visiva perde la vista, le sue capacità di immaginazione sono conservate o addirittura potenziate. Viceversa coloro che hanno scarse abilità di visualizzazione, se perdono la vista tendono a spostarsi verso la cecità profonda.

Negli adulti che perdono la vista può esserci una certa atrofia delle vie e dei centri di relè che portano dalla retina alla corteccia cerebrale, ma la corteccia visiva come tale va incontro a una scarsa degenerazione. Esami di risonanza magnetica funzionale della corteccia visiva, effettuati in tale situazione, non mostrano alcuna diminuzione dell'attività. Si osserva anzi proprio il contrario: essi rivelano un potenziamento dell'attività e della sensibilità. La corteccia visiva, deprivata degli input visivi, è ancora un buon territorio neurale disponibile, che reclama una nuova funzione (Sacks). Nei soggetti con ottime capacità immaginative questo può liberare altro spazio corticale per l'immaginazione visiva; nei soggetti con scarse doti di visualizzazione, gli altri sensi – la percezione e l'attenzione uditive o tattili – possono utilizzare uno spazio più esteso (ibidem).

### **2.3 Ciechi congeniti e sogni visivi**

Le persone con cecità congenita sviluppano la cosiddetta "visione facciale" ovvero l'abilità di usare indizi sonori o tattili per percepire la forma o le dimensioni di uno spazio e le persone o gli oggetti in esso contenuti. Il filosofo Martin Milligan scrive: *"I ciechi dalla nascita dotati di udito normale non odono solo i suoni: essi possono udire gli oggetti quando sono abbastanza vicini (cioè averne una percezione, soprattutto*

*per mezzo delle orecchie) purchè non siano collocati troppo in basso; e possono anche 'udire' qualcosa della forma dell'ambiente nelle immediate vicinanze...Quando camminando per strada passo oltre certi oggetti che non emettono suoni, ad esempio un lampione o un'automobile parcheggiata lungo il marciapiede, io posso udirli; li odo come cose che occupano spazio e ispessiscono l'atmosfera, e ciò quasi certamente è dovuto a come questi oggetti assorbono o rimandano il rumore dei miei passi e anche altri piccoli suoni. Gli oggetti all'altezza della testa probabilmente modificano le correnti d'aria che arrivano al mio viso e ciò mi aiuta a percepirla; ciò spiega perchè alcuni ciechi chiamino questo tipo di sensibilità 'senso facciale'.*

Alcuni non vedenti hanno questa visione facciale talmente sviluppata da camminare rapidi e sicuri senza bastone.

Ben Underwood, un ragazzo di origini afroamericane, divenuto cieco all'età di tre anni per l'asportazione dei bulbi oculari a causa di una patologia oncologica, aveva messo a punto una sorprendente strategia, simile a quella dei delfini, che consisteva nell'emettere con la bocca dei suoni regolari (*clic*) e leggere gli echi riflessi dagli oggetti. Tale attività si chiama ecolocalizzazione, è una sorta di vista Sonar che permette di identificare la posizione esatta di un oggetto semplicemente emettendo un suono e ascoltandone la sua difrazione nello spazio. Questa straordinaria capacità ha permesso al ragazzo di fare moltissime attività normalmente non accessibili ad un cieco: giocare ai videogiochi, pattinare, andare a correre e in bici, giocare a biliardino e a scacchi, praticare la pallacanestro. Sicuramente Ben è tra i rarissimi casi studiati, l'unica persona ad aver sviluppato questa capacità a livello tanto incredibile. Interessanti video su di lui e il suo sistema di ecolocalizzazione sono disponibili sul web. Purtroppo una recidiva del cancro l'ha portato via a soli 16 anni.

Spesso i ciechi affermano che usare il bastone bianco permetta loro di "vedere" l'ambiente circostante, poichè il tatto, l'azione e il suono sono immediatamente trasformati in un quadro visivo. Il bastone funziona come una sostituzione, o un'estensione sensoriale.

Si potrebbe supporre che i ciechi congeniti non siano in grado di avere alcun tipo di

immaginazione visiva, poichè non hanno mai avuto alcuna esperienza visiva. Eppure essi raccontano di avere, nei loro sogni, elementi visivi chiari e riconoscibili.

Helder Bértolo (2003) ha condotto una ricerca presso il Laboratorio del Sonno della Facoltà di Medicina dell'Università di Lisbona confrontando soggetti con cecità congenita e soggetti vedenti. Tale studio dell'Università portoghese ha integrato i precedenti studi in materia, che trattavano l'argomento dal punto di vista psicologico, con altri metodi di analisi. I ricercatori, in effetti, hanno utilizzato strumenti di misurazione dell'attività onirica sia qualitativi che quantitativi, arrivando a scoprire che i non vedenti, nei loro sogni, visualizzano le immagini, seppur non ne abbiano mai avuto esperienza.

Helder Bértolo, biofisico responsabile dello studio, afferma che come per i vedenti, anche nella fase REM del sonno dei non vedenti ad attivarsi sia la corteccia visuale occipitale.

Altra "prova" del carattere visuale dei sogni, dei soggetti non vedenti dalla nascita, è scaturita, sempre nello stesso studio, dalla cosiddetta analisi grafica dei disegni sui sogni realizzati dai volontari (sia ciechi che non) realizzati al risveglio. I ricercatori spiegano che, prendendo come esempio il disegno della figura umana, tra vedenti e non vedenti l'analisi grafica mostra come su ben 51 linee di identificazione grafica, l'unico elemento discordante lo si ritrova nella parte delle orecchie, che i non vedenti disegnano nettamente più grandi (probabilmente perché toccate nel processo di riconoscimento di una persona).

Appurato che i non vedenti sognano esattamente come i vedenti, è normale porsi un'altra domanda: come fanno i ciechi a vedere (seppur in sogno) cose che non hanno in realtà mai visto? La comunità scientifica, per ora, fa solo ipotesi. Si pensa, infatti, che le immagini possano generarsi dalla "cooperazione" tra l'attività della corteccia visuale con l'attività degli altri organi sensoriali, quali tatto, udito, olfatto e gusto. Non è poi escluso, però, che l'essere umano possieda una sorta di "banca dati di immagini innate", utilizzate per preservare la specie.

## CAP. 3 – LA RICERCA

*Non si vede bene che col cuore,  
l'essenziale è invisibile agli occhi.*  
A. De Saint-Exupery

### 3.1 Premessa

Questo lavoro nasce dalla curiosità di verificare ciò che accade durante la trance ipnotica, in soggetti non-vedenti, a livello di percezione. Il processo percettivo, infatti, non è solo contenuto nell'area corticale attivata da uno stimolo esterno ma, come afferma Guillaume *"è la reazione di una personalità che ha i suoi ricordi, le sue abitudini, il suo orientamento intellettuale e affettivo"*.

Inoltre la percezione, nel soggetto ipnotizzato, può essere notevolmente modificata quantitativamente e qualitativamente sia in rapporto alle suggestioni date, sia in rapporto al particolare stato di coscienza (Granone 1989).

Pertanto, considerando il fatto che molte persone cieche, anche quelle con cecità congenita, raccontino di avere sogni visivi e riescano a disegnare ciò che hanno "percepito", l'intento è stato di sperimentare, durante la suggestione ipnotica, se potesse verificarsi qualcosa di simile.

I soggetti che hanno preso parte a questo studio sono tre donne di età compresa tra i 19 e i 38 anni di cui una cieca congenita e due con ipovisione grave in via di peggioramento.

### 3.2 La metodologia

Per trovare le candidate mi sono rivolta all'Unione Ciechi che mi ha fornito alcuni nominativi, previo consenso delle interessate.

Per ognuna di loro ci sono stati due momenti di incontro. Il primo è stato un colloquio conoscitivo iniziale e il secondo la seduta ipnotica vera e propria.

Durante il primo colloquio mi sono presentata e ho spiegato il tipo di lavoro che avremmo fatto insieme.

Questo spazio è stato utile sia per conoscere meglio le ragazze, attraverso il loro raccontarsi sia per instaurare una relazione di fiducia con ciascuna di loro attraverso un atteggiamento empatico.

Utilizzando una comunicazione ipnotica, ho spiegato che grazie all'ipnosi avrebbero potuto sperimentare un grande benessere e soprattutto scoprire alcune capacità della loro mente, che ancora non conoscevano ma, che avrebbero potuto tornare loro utili qualora lo avessero voluto.

Nel secondo incontro c'è stata l'induzione ipnotica vera e propria e un successivo momento di confronto e di descrizione di ciò che avevano sperimentato durante la trance.

Il modello di induzione utilizzato per tutte e tre i soggetti è stato il seguente:

CONTRATTO TERAPEUTICO	Adesso potrai fare un'esperienza molto piacevole che ti consentirà di apprendere un nuovo modo di rilassarti autonomamente oppure di recuperare energie quando ne sentirai il bisogno.
INDICAZIONI	Assumi una posizione che sia comoda per te così sarà più facile rilassarsi e concentrarsi su quello che dico. Lascia che la mia voce ti conduca e ti aiuti ad esplorare risorse che tu hai ma non sai ancora utilizzare.
ATTENZIONE FOCALIZZATA	Senti le tue spalle come appoggiano sulla poltrona. Senti tutto il tuo corpo com'è appoggiato: la schiena, le cosce, le gambe, e i piedi sul pavimento. Senti l'aria che entra e esce mentre respiri.
DESCRIZIONE	Vedo che le tue palpebre stanno vibrando.

	Ora hai deglutito. Vedo che il tuo respiro sta diventando più lento...
RICALCO	Puoi accorgerti di come il tuo respiro è tranquillo, di come i tuoi occhi si stanno muovendo, di come i tuoi piedi sono abbandonati...
INDUZIONE	Mentre tutto il tuo corpo è piacevolmente appoggiato, sono certa che puoi trovare nella tua memoria una situazione in cui eri completamente rilassata e puoi accorgerti che le spalle si abbassano e il rilassamento si fa sempre più profondo. In questa condizione puoi immaginare il tuo braccio destro completamente abbandonando e sprofondato su un divano che si rilassa sempre di più dalla spalla fino alla punta delle dita. Il braccio destro che ora ti toccherò (passi) è sempre più abbandonando e rilassato...
RATIFICA	E ora che hai rilassato così bene il braccio, verificiamo insieme quanto sei stata brava, tu non aiutarmi, io solleverò la tua mano e...molto bene...
SUGGERIZIONE	Visto che sei stata così brava, ti chiedo di spostare questa sensazione di rilassamento anche al braccio sinistro e poi a tutto il tuo corpo: le spalle, la schiena, le cosce, le gambe e giù giù fino a piedi come se ci fosse un'onda che ti attraversa e dove passa lascia tutto più rilassato e abbandonato. Adesso per imparare quali risorse hai che non hai ancora esplorato facciamo un viaggio insieme. Cercati un luogo all'aperto che può essere reale oppure inventato. Un luogo dove l'aria sia pulita, rigenerata e salubre. Scegli quel luogo e vai lì. Quando sei in quel luogo fammi un cenno con il dito della mano destra. Prendi con i tuoi sensi aperti tutto quello che percepisci. Senti il tuo corpo e te stessa lì. Scegli tu cosa è bello vivere in quel luogo, cosa ti piace. Ascolta se ci sono rumori particolari o silenzi. Quando sei pronta, poichè in quel luogo respiri un'aria pulita e speciale, prenderai con il naso tutta l'aria che puoi e la farai entrare nei polmoni. Ti accorgerai che quest'aria lascerà dentro di te la positività e farai uscire le cose negative. Poi ritorna al respiro regolare. Ripeti la stessa cosa. Tieni dentro il buono, ora è dentro di te. È una buona riserva per te, ti servirà per tutti i momenti in cui avrai bisogno di consapevolezza di quali sono le tue capacità. Ogni volta che farai un respiro profondo, ritroverai questo beneficio.

ANCORAGGIO	Ti mostro un segnale che potrai utilizzare da sola quando vorrai ritornare in questa situazione di rilassamento. Unisci il pollice e l'indice della mano destra, in questo modo. Rappresentano l'unione della mente e del corpo. Questo segnale è nella tua memoria, come c'è questo luogo e tutto il bene che ne hai ricavato.
RIORIENTARE	Da questo momento puoi sciogliere il tuo segnale e riemergere da sola riprendendo contatti con questa stanza
VERIFICA AUTOIPNOSI	Vorrei verificare con te l'efficacia del tuo segnale. Se tu vuoi puoi provare a fare quel gesto e tornare al rilassamento di prima
ESDUZIONE	Molto bene, quando vuoi puoi riemergere.
INTERVISTA	Puoi raccontarmi com'è andata?

### 3.3 Le interviste

#### 1) Sara, 19 anni cieca dalla nascita

"Ero in un posto di mare, con il sole e la sabbia sotto di me.

Stranamente ho sentito degli uccellini cantare, come quelli del bosco e ho percepito anche l'aria del bosco. Poi è diventato odore di crema solare.

La sabbia sotto di me era calda. Potevo toccarla con le dita.

Erano circa le cinque del pomeriggio, un venticello tiepido mi accarezzava la faccia mentre con le mani toccavo la sabbia soffice e tiepida che era sotto di me.

Non avevo la panoramica del posto, non potevo fare lo zoom. Era come se ci stessi vivendo dentro.

Sentivo il sole sulla faccia e il venticello. Il venticello lo sentivo anche sulle mani ma non sul corpo, forse non ero in costume.

Dal rumore delle onde ho percepito che la spiaggia era molto grande.

Stavo molto bene e mi sentivo completamente rilassata".

## 2) Giorgia 25 anni ipovedente grave da dieci anni

"Ho sentito un'onda piacevole che mi ha attraversato lasciandomi rilassata e tranquilla.

Ero in un posto reale che conosco bene e che rappresenta un rifugio per me.

Ho visto il posto come se mi trovassi in un punto preciso. C'è un colonnato e una fontana. Attorno ci sono degli alberi, sentivo il rumore delle foglie e il cinguettio degli uccelli. Sentivo il rumore della fontana. Vedevo il colonnato nei suoi dettagli, non so se è effettivamente così oppure se ho immaginato qualcosa di diverso".

Giorgia racconta di non essersi rilassata completamente perchè aveva il pensiero di quello che avrebbe dovuto dire nell'intervista ed era preoccupata di ricordarsi tutti i particolari.

Pertanto le ho proposto una seconda induzione.

" Ero in un posto di mare. Sentivo il rumore delle onde e il profumo del mare. Io ero sulla sabbia e potevo vedere il mare".

## 3) Cinzia, 38 anni ipovedente grave quasi completamente cieca

"Stavo camminando sulla spiaggia sotto il sole, faceva caldissimo. Ero con mio marito e mio figlio, abbiamo camminato a lungo per circa 3km. Alla fine della spiaggia siamo arrivati al paradiso terrestre. L'acqua del mare era cristallina, sembrava una piscina. Avevo i piedi immersi fino ai polpacci. C'erano dei pesci azzurrognoli che mi giravano intorno. Sulla spiaggia c'erano delle capanne dove noi tre potevamo andare a dormire".

### **3.4 Considerazioni**

Tutti e tre i soggetti sono riusciti ad entrare in ipnosi e quando sono riemerse hanno detto di aver sperimentato rilassamento e benessere.

La descrizione di Sara, la ragazza cieca dalla nascita, era ricca di elementi cenestesici e auditivi ma non di tipo visivo. Le sue parole, nonostante non contenessero elementi

visivi erano altamente evocative, fluenti e ricche di particolari tanto che nell'ascoltarla l'immaginazione veniva immediatamente attivata.

La descrizione di Giorgia è stata la più completa in quanto erano presenti tutti e tre le modalità percettive: visiva, auditiva e cenestesica. Gli elementi visivi erano sia tratti dalla memoria che immaginati ex-novo. Quando è riemersa si è detta molto soddisfatta di questa esperienza e mi ha detto avrebbe fatto buon uso di questa nuova competenza appresa dal momento che si trovava in un momento di particolare incertezza emotiva della sua vita.

La descrizione di Cinzia, molto ricca di particolari visivi, è stata il risultato di un'evocazione di una vacanza che ha fatto tempo fa con la sua famiglia quando ancora aveva un piccolo residuo visivo. Quando è riemersa mi ha parlato con nostalgia di quella vacanza e del periodo in cui ancora percepiva qualcosa visivamente. Questo è per lei un momento molto delicato in quanto la sua patologia si è notevolmente aggravata ed è destinata alla completa cecità in breve tempo. Mi ha parlato della grande difficoltà in cui si trova, non solo per questa grave deprivazione sensoriale ma soprattutto per l'indifferenza e la mancata comprensione da parte del marito.

## CONCLUSIONI

Dallo studio è emerso che i soggetti ciechi successivi, che quindi hanno avuto una esperienza visiva normale in passato, sono in grado di visualizzare mentalmente senza difficoltà.

La ragazza cieca congenita, invece, non riporta particolari visivi ma la sua descrizione è talmente varia, particolareggiata e mediata da un linguaggio ricco e fluente, da far dimenticare che manchi questo aspetto. Racconta che i suoi sogni sono fatti di sensazioni. Sogna la percezione del suo corpo in mezzo agli altri, sogna odori, rumori e suoni. Quando memorizza un percorso che deve effettuare per la città, immagina una linea dritta davanti a sé, come una cartina. Ai lati di questa linea ci sono alcuni punti di riferimento olfattivi ed udivi. Per esempio, ad un certo punto usando il bastone sente un rimbombo e sa che lì c'è una galleria cittadina. Più avanti ci sono i profumi del chiosco di frutta e verdura, dove deve fare attenzione, perché ci sono delle sedie davanti, per le persone che vogliono assaggiare la merce.

Si è trasferita da poco, da sola, in una nuova città per motivi di studio. Ha appreso il percorso da compiere da casa all'Università e, per dimostrare ai suoi istruttori di aver memorizzato bene ogni dettaglio, ha riprodotto sul piano in gomma i vari elementi del tragitto rispondendo alle domande degli esaminatori.

Quando le ho chiesto se fosse in grado di immaginare di spostare i mobili presenti nella sua casa in posizioni diverse da quelle abituali, mi ha risposto che per farlo, riduce nella sua mente la stanza alla dimensione di una casa per le bambole, così da poterci mettere le mani dentro e muovendo le braccia toccare tutte le pareti. Poi senza difficoltà ha mentalmente spostato il divano da una parete all'altra, come le avevo chiesto di fare ma, mi ha fatto notare che in questo modo la porta d'ingresso sarebbe stata coperta perché l'ingombro del divano sarebbe stato maggiore rispetto al tavolo che c'è ora. Rispetto agli altri mobili mi ha detto di avere l'idea della forma

che hanno e delle loro dimensioni grazie all'esplorazione tattile che ha fatto in passato.

È stato molto facile parlare con lei del suo handicap e di come percepisce il mondo. Sara appare molto serena, spesso ironizza con leggerezza sulla sua disabilità. Lei stessa dice di essere stata fortunata a nascere cieca perchè così non ha sofferto per la mancanza di qualcosa che non ha mai sperimentato. Inoltre, ciò che sorprende è la sicurezza con la quale affronta la vita, si sposta con il treno da sola, viaggia, pratica sport e si muove nel mondo con una disinvoltura che pochi suoi coetanei hanno.

Ha scelto una facoltà universitaria molto lontana da casa che la costringe quindi ad abitare in un'altra città. Vive in un appartamento dove gestisce la spesa e la preparazione dei pasti in modo autonomo. Oltre a questo è dotata di grande intelligenza e determinazione ed ha grandi ambizioni che sicuramente la porteranno lontano.

Per quanto riguarda le altre due ragazze ipovedenti invece, ho trovato in loro molta frustrazione per la condizione visiva in cui si trovano.

Giorgia, la ragazza di 25 anni, mi ha detto di avere molta paura a muoversi in città. Preferisce sempre farsi accompagnare, nonostante abbia imparato l'uso del bastone bianco da tempo. Mi ha raccontato, con grande rammarico, di alcuni episodi spiacevoli in cui è stata derisa dai coetanei.

Si è diplomata alla scuola superiore con ottimi risultati però poi ha deciso di non continuare gli studi essendosi aggravata la sua condizione visiva.

Attualmente è impiegata come centralinista ed è molto soddisfatta del suo lavoro.

Evidenzia grande ammirazione verso altre ragazze non vedenti, che ha conosciuto, in quanto riescono ad essere più autonome di lei e a non aver timore di uscire nel mondo anche da sole. Inoltre riporta una situazione di grande incertezza sentimentale: da poco ha lasciato il fidanzato ma non è convinta della scelta fatta però, non riesce a tornare indietro sulla decisione in quanto, le persone che le sono intorno, le ripetono che non è il ragazzo adatto a lei e che quando stavano insieme lei non era felice.

Ho percepito una grande insicurezza e scarsa autostima in Giorgia che non si sente autorizzata a fare da sola una scelta così personale ed intima.

Cinzia, la donna gravemente ipovedente di 38 anni, si è soffermata a lungo a parlare della sua situazione. Si muove da sola in città e nel suo paese ma spesso rimane disorientata e le capita di cadere e ritrovarsi in un fosso. Riporta la sofferenza nel non essere supportata e aiutata dai suoi famigliari che continuano a negare dati di realtà evidenti. Anche lei ha un impiego statale come centralinista e ha incontrato colleghi molto attenti alle sue esigenze che spesso la accompagnano e le vengono incontro quando si perde o cade.

Riporta un grande dolore perché non viene “vista” nelle sue difficoltà soprattutto dal marito e lotta contro la negazione di chi non riesce ad avvicinarsi a lei e ad accettare la sua condizione di disabilità.

Premesso che questo studio è stato ristretto a sole tre persone per cui non è possibile ricavare alcun dato scientifico, appare evidente comunque che le persone colpite da una patologia visiva ingravescente abbiano più difficoltà psicologiche di chi convive con la cecità congenita. Questa ipotesi è supportata da alcune ricerche secondo le quali nella popolazione dei ciechi successivi sono stati riscontrati, in percentuale, più sintomi relativi all'area depressiva, rispetto ad un identico campione di ciechi congeniti (Negri 2004).

Molte patologie visive sono caratterizzate da un decorso di progressiva degenerazione che porta alla cecità totale o ad avere un residuo visivo luce/ombra. E' evidente che la perdita o la sensibile diminuzione della funzionalità visiva possa portare a sviluppare una sindrome ansiosa che spesso si accompagna a forti vissuti di inadeguatezza sociale e lavorativa e ad uno stato di profonda depressione. Spesso ne consegue la sensazione di avere perso la propria appetibilità sociale da cui deriva un forte abbassamento del senso di autostima.

Da queste considerazioni sento di poter dedurre che l'ipnosi potrebbe avere un ruolo fondamentale sulla ristrutturazione positiva del pensiero e delle convinzioni del paziente relative alla propria percezione sociale e al proprio valore in quanto persona.

Sfruttando le capacità di visualizzazione, che molte persone cieche conservano, è possibile lavorare non solo sul rilassamento ma anche sul rinforzo dell'io e la gestione degli stati ansiosi.

Ci potrebbe essere la possibilità che, per alcuni ciechi, l'eventualità di visualizzare o immaginare visivamente ciò che non può più essere colto funzionalmente con gli occhi, possa risultare frustrante e pertanto controproducente. Ritengo che potrebbe essere opportuno approfondire con ogni paziente i propri vissuti rispetto all'utilizzo dell'"occhio della mente" e di sfruttarlo soltanto qualora venisse percepito in modo positivo dal soggetto stesso.

Dall'esperienza fatta con questa ricerca e dai testi consultati, posso concludere che in tutte le persone esista la predisposizione verso un canale percettivo piuttosto che un altro. Qualora il canale privilegiato sia quello visivo, rimane tale anche nel caso di una sopraggiunta patologia della vista e spesso il paziente ci si aggrappa per conservare, anche solo nella memoria e nell'immaginazione, un mondo visivo intenso e vitale.

Qualora il canale privilegiato sia di tipo diverso, i pazienti ciechi successivi, scelgono consapevolmente di non utilizzare l'immaginazione visiva ma di sviluppare una sensibilità potenziata delle altre funzioni sensoriali: uditive, tattili e olfattive.

Come afferma Sacks: oggi disponiamo di prove sempre più numerose sull'interconnessione e sulle interazioni straordinariamente ricche esistenti fra le diverse aree del cervello, pertanto è difficile affermare la natura esclusivamente visiva, uditiva, tattile, di qualsiasi cosa. Il mondo dei ciechi può essere particolarmente ricco di quegli stadi intermedi - intersensoriali, metamodali – per i quali non esiste un linguaggio comune.

## BIBLIOGRAFIA

- AHSEN, A. (1977) *Eidetics: an overview*. Journal of mental imagery (8) pp.15-42
- BERTOLO, H. T. PAVIA, L. PESSOA, T. MESTRE, R. MARQUEZ e R. SANTOS (2003) *Visual dream content, graphical representation and EEG alpha activity in congenitally blind subjects*, in Brain Research/CognitiveBrain Research, 15,3 pp.277-84
- BISIAAH, E. LUZZATI, C. (1978) *Unilateral neglect of representation-al space*, in Cortex, 14,1 pp.129-33
- DILTS, R. T. HALLBOM, S.SMITH (1998) *Convinzioni. Forme di pensiero che plasmano la nostra esistenza*, Roma, ASTROLABIO
- GALTON, F. (1883) *Inquiries into human faculty and its development*, MacMillan, LONDON
- GRANONE F. (1989) *Trattato di ipnosi*, Torino, Centro Italiano di Ipsnosi Clinico-Sperimentale con liberatoria UTET
- GUIDI, A. (2012) *Desensibilizzazione sistematica*, in IPNOGUIDA -MAG
- GUILLAUME, P. (1949) *Manuale di psicologia*, Firenze, UNIVERSITARIA BARBERA
- HULL. J. (1992) *Il dono oscuro: nel mondo di chi non vede*, Milano, GARZANTI

- KOSSLYN, S.M. (1973) *Scanning visual images: Some structural implications*, in "Perception & Psychophysics", 14,1 pp. 90-94
- KOSSLYN, S.M. (1989) *Le immagini nella mente. Creare ed utilizzare le immagini nel cervello*, Firenze, GIUNTI
- LAZARUS, A. (1996) *L'occhio della mente. La forza dell'immaginazione per arricchire la personalità*, Roma, ASTROLABIO
- NEGRI, E. (2004) *La psicoterapia ipnotica e le problematiche dell'ipovisione*, In ipnosi e psicoterapia ipnotica – febbraio 2004
- PAIVIO, A. (1975) *Perceptual comparisons through the mind's eye*, Memory and Cognition, 3, pp. 635-648
- REGALDO, G. *Manuale di ipnosi medica rapida. La tecnica di induzione analizzata nei suoi meccanismi per renderla efficace e celoce con il metodo ipnosi r.a.p. (ratifica appena possibile)*
- ROCCA R., STENDORO G. (2001) *L'immaginario, teatro delle nostre emozioni. Dal Reve-eveillé alla Procedura Immaginativa*, Bologna, CLUEB
- SACKS, O. (2010) *L'occhio della mente*, Milano, ADELPHI
- SHEPARD R.N., METZLER J., (1971) *Mental rotation of three-dimensional objects*, in "Scienze", 171, pp. 701-703
- SHORRE, J. (1983) *Psychotherapy Through Imagery*, Thieme-Stratton Corp