

**LA REALTA' TRI-DIMENSIONALE DELLA VISIONE****UTILITA' DI UNA STRATEGIA TERAPEUTICA  
INTEGRATA NELLA RIEDUCAZIONE VISIVA****Fiorella Licata<sup>1</sup>**

In questo articolo viene presentata una strategia terapeutica integrata per una rieducazione visiva che tenga conto delle tre dimensioni fondamentali coinvolte nel processo della visione: la dimensione visiva, la dimensione dinamico-affettiva e la dimensione cognitiva.

**1. La dimensione visiva**

Deve essere innanzitutto considerata una dimensione visiva di tipo fisiologico alla quale fanno riferimento gli esercizi di rieducazione visiva propriamente detti. Tralascio di esaminare questo argomento essendo ben noto in letteratura, da Bates ad Huxley, il quale necessiterebbe di una discussione approfondita che esulerebbe dall'ambito del presente lavoro.

**2. La dimensione dinamico-affettiva della visione**

Partendo dalle osservazioni di Georg Groddeck, "l'analista selvaggio", come lui amava definirsi, ho preso in considerazione un'ipotesi diagnostica, per certi versi suggestiva, in base alla quale, i difetti visivi, qualunque sia la loro natura, esprimono a un livello più profondo un conflitto con la figura materna per certi versi e con la

---

<sup>1</sup> Psicologa - Psicoterapeuta.

figura paterna per altri. Secondo Groddeck, infatti, l'occhio è simbolo materno e virile: maschile e femminile nello stesso tempo.

Cito testualmente le sue parole: "Ci deve essere stato un tempo in cui questo elemento simbolico femminile dell'occhio era noto all'umanità, altrimenti l'espressione pupilla non si sarebbe mai formata nella lingua né si sarebbe conservata in essa. Pupilla... significa bambina piccola e chi ha osservato attentamente l'occhio di un altro, vi ha visto riflessa la propria immagine rimpicciolita". Proprio ad indicare che l'occhio può essere considerato come un utero materno in quanto contiene la nostra immagine rimpicciolita come il piccolo nel grembo materno.

Per Groddeck, l'occhio è anche simbolo virile: "il carattere maschile dell'occhio risulta particolarmente evidente se si considerano occhi e naso come un'unità che si contrappone alla metà inferiore del viso, il naso è il membro virile e gli occhi sono i testicoli, mentre la bocca simbolizza l'organo femminile, inoltre, sia per i Greci che per i Romani l'occhio è di sesso maschile.

L'ipotesi per la quale il cattivo funzionamento degli occhi esprime un disagio del mondo interno con i suoi personaggi maschili e femminili, ispirati alle figure genitoriali, è stata spesso convalidata dalla mia esperienza clinica. In particolare le caratteristiche che ho riscontrato nei pazienti che mi hanno richiesto una rieducazione visiva, siano essi miopi o ipermetropi, sono essenzialmente due:

1. Una figura materna ingerente, implosiva, fusionale, che non permette al figlio di "individualizzarsi". Si tratta, come dice Joyce McDougall, di una madre che usa il figlio "come parti di sé o del proprio corpo" mette nel bambino alcuni dei suoi conflitti "per controllarli attraverso il funzionamento somatico". "Si genera la fantasia che esiste un solo corpo e una sola psiche per due persone". Il

miope mette a fuoco tutto ciò che è vicino, tutto ciò che è simbolicamente fusionale, simbiotico ed evita, non mettendo a fuoco da lontano, tutto ciò che è al di fuori del suo spazio interno costituito dal suo Sé corporeo e dal Se' materno. Guardare a più di un metro vuol dire "separarsi ed uscire da uno spazio protetto".

2. La figura paterna è assente, distante, spesso con tratti anaffettivi, alessitimici, a volte svalutante e ipercritica (questa caratteristica è presente anche nella figura materna). E' incapace di imporsi, il suo fragile equilibrio è protetto da una prigione difensiva ed egli lotta affinché le mura non vengano demolite.

### 3. La dimensione cognitiva della visione

Come l'interpretazione psicoanalitica di Groddeck ha mostrato, nel processo della visione sono evidenziabili dei simboli, dei significati che, nel corso della cultura umana, sono andati formandosi, anche sul piano linguistico. Questo ci porta ad ipotizzare che vi sia oltre a una dimensione dinamico-affettiva anche una di tipo cognitivo. Vediamone ora le possibili caratteristiche. Faremo due esempi sempre relativi alla miopia ed all'ipermetropia:

1. La **miopia**, come già detto, consiste nella difficoltà a vedere bene in lontananza, di conseguenza il soggetto miope tende ad avvicinare l'oggetto per metterlo a fuoco. Questo comporta che si sia soprattutto sviluppata la capacità di cogliere sul piano cognitivo i particolari ravvicinati dell'immagine. Quindi il miope tenderà, naturalmente nel corso di molti anni, ad utilizzare prevalentemente il "**pensiero analitico**";

2. L'**ipermetropia**, al contrario, presenta la difficoltà di vedere bene da vicino, perciò il soggetto ipermetrope è portato a trascurare i dettagli ed a cogliere l'insieme dell'immagine. Quindi l'ipermetrope avrà la tendenza a privilegiare il "**pensiero sintetico**".

Tenendo conto di come nel tempo, ed a livello del tutto inconscio, si sviluppano questi due diversi stili cognitivi, ritengo, che sarebbe molto utile condurre, in parallelo agli esercizi di rieducazione visiva, un programma di "rieducazione cognitiva". Ad esempio nel caso di una persona miope si potrebbero proporre degli esercizi tendenti a potenziare il pensiero sintetico. Uno dei compiti più semplici consiste nel far leggere dei racconti chiedendone poi di scrivere il riassunto. Oppure, su un piano più percettivo, di cogliere un'immagine all'interno di un insieme di oggetti disturbanti.

Invece, nel caso di un soggetto ipermetrope, potremmo suggerire il compito di descrivere i particolare di un racconto, elencando gli elementi di un paesaggio o le caratteristiche fisiche di un personaggio, ponendovi poi attenzione nel ricostruirle a memoria. Oppure, a livello percettivo, cogliere gli elementi che differenziano due figure apparentemente identiche. In questo modo verrebbe potenziato lo stile cognitivo analitico.

In sintesi per ottenere un miglior risultato un programma di rieducazione visiva dovrebbe avere questa caratteristica tri-dimensionale tenendo conto del livello dinamico-affettivo, di quello cognitivo, oltre che di quello propriamente visivo.

#### **4. Casi clinici**

Per illustrare le suddette teorie esporrò brevemente due casi clinici, rispettivamente di una paziente ipermetrope e di un paziente miope:

1° Caso. Maria ha 30 anni, è ipermetrope e porta gli occhiali dall'età di 10 anni, l'occhio sinistro è dominante, l'occhio destro è pigro e diventa strabico se la paziente guarda in lontananza. Maria proviene da una famiglia calabrese allargata, la madre e il padre vivono con altre due zie materne zitelle. Maria è venuta a Roma per studiare lettere ed è in attesa di un lavoro sicuro dal punto di vista economico. Il padre impiegato viene descritto dalla paziente come distante, restio agli abbracci e al contatto corporeo, non prende mai decisioni ed è critico verso chi piange perchè è secondo lui infantile. La madre è una donna forte, a lei ed alle zie spettano le decisioni della famiglia, ma è anche possessiva e ingerente sulle scelte sentimentali della figlia. E' proprio il caso di dire che non ha visto di buon occhio il trasferimento della figlia dalla Calabria a Roma, basta riportare le sue testuali parole: "Se te ne vai muoio". In ciò si può notare la paura di perdere il rapporto fusionale con la figlia o che un altro uomo possa prendere il suo posto.

Presentiamo ora i tre programmi terapeutici effettuati:

**A. Dimensione visiva:** Maria, con gli esercizi di rieducazione visiva, ottiene dei miglioramenti, prima della rieducazione il suo visus era di +3.00 OS-+3.50 OD. Oggi porta +0.75 in entrambi gli occhi, ma ha ancora delle difficoltà per la lettura soprattutto dei caratteri piccoli. Per l'esoforia le ho consigliato il bendaggio dell'occhio dominante cioè il sinistro - che rappresenta la figura materna dominante - e per l'occhio destro - che rappresenta la figura paterna passiva - le ho suggerito di portare la stessa gradazione di lenti del sinistro. Lo scopo è quello di incominciare a far sentire l'occhio destro meno debole e non più dipendente dal sinistro.

**B. Dimensione dinamico-affettiva:** per guarire completamente Maria dovrà fare i conti con la sua capacità di individualizzarsi cioè di separarsi da una madre invasiva, non bastano i chilometri che la

separano dalla sua famiglia d'origine, è necessario un distacco interno. In più Maria dovrà riconoscere alla sua parte maschile, l'assertività e l'autoaffermazione, così l'occhio destro “bambino” crescerà, diventerà adulto e non avrà più paura di guardare lontano sia nel senso del passato che nel senso del futuro. In questo senso si è condotta una sensibilizzazione psicologica relativamente a questa dinamica affettiva.

**C. Dimensione cognitiva:** per le difficoltà di analizzare con cura i particolari ho proposto alla paziente la lettura di un romanzo chiedendole di

descrivere nel dettaglio paesaggi e personaggi. All'inizio le descrizioni erano sommarie e superficiali ma, con il passare del tempo, sono diventate sempre più accurate. A questi progressi sul piano cognitivo si sono affiancati quelli sul piano visivo, a conferma della utile integrazione delle strategie di rieducazione.

2° Caso: Massimo è un ragazzo miope di 20 anni, porta gli occhiali dall'età di nove anni. Sin da piccolo cerca la attenzioni materne vuole assomigliare alla madre e cerca di imitarla indossando i suoi occhiali, dopo un po' di tempo dice alla madre di non vedere bene. Iniziano così le visite dagli oculisti che ad ogni controllo aumentano puntualmente la gradazione.

Presentiamo ora i tre programmi terapeutici effettuati:

**A. Dimensione visiva:** quando sono iniziate le sedute di rieducazione visiva Massimo si è mostrato sin troppo attento e scrupoloso, al punto da considerarmi una sorta di insegnante pronta a giudicarlo. Tuttavia i miglioramenti sono stati immediati il paziente ha incominciato a venire alle sedute senza occhiali ma il suo senso ipercritico e autosvalutante è molto forte.

**B. Dimensione dinamico-affettiva:** questo aspetto è incoraggiato dalla madre che incita Massimo ad essere il migliore a scuola e nelle attività

sportive. Non solo ma nel pieno della rieducazione visiva da lei tanto auspicata, la madre assume un atteggiamento di sfiducia e fa visitare il figlio da ottici e oculisti che svalutano il lavoro svolto. Forse la madre invasiva e fusionale ha avuto paura di perdere il controllo sul figlio simbiotico, in quanto guarire voleva dire non solo vedere in lontananza ma anche staccarsi da lei. Purtroppo Massimo non può contare nemmeno sul padre distante ed emotivamente assente nella vita del figlio. Ecco le testuali parole di Massimo: "Mio padre non ha mai visto una mia partita di calcio, non mi ha mai detto bravo, sa solo fare conti". Non è stato facile contrastare questo legame simbiotico al punto che il paziente dopo oltre sei mesi ha interrotto la terapia, nonostante gli ottimi risultati conseguiti.

**C. Dimensione cognitiva:** Massimo a scuola mostrava di scrivere temi molto lunghi e prolissi, al punto di essere rimproverato dal professore di italiano. Questo pone in risalto il prevalere del pensiero analitico su quello sintetico, caratteristica del miope. Al paziente ho suggerito di leggere un romanzo cercandone poi di fare una sintesi delle caratteristiche dei paesaggi e dei personaggi letti. All'inizio le descrizioni riportate erano lunghe e noiose poi, strada facendo, sono diventate sempre più essenziali e scorrevoli. Questi progressi sul piano cognitivo hanno accompagnato i miglioramenti sul piano visivo. Se il paziente non avesse interrotto la terapia avrebbe ottenuto ulteriori risultati.

## 5. Conclusioni

E' proprio il caso di dire parafrasando Navarro che il corpo esprime i "guasti dell'anima" e, ritengo, che noi esseri umani ricorriamo con le nostre somatizzazioni a quelli che Joyce McDougall chiama "tentativi di guarigione". I miopi spaventati dall'idea di lasciare un ambiente caldo, accogliente quale è il grembo materno finiscono per non voler vedere lontano; gli ipermetropi in qualche modo disturbati dall'ingerenza materna cercano di staccarsi (Maria si allontana dalla famiglia) e non vogliono vedere ciò che è vicino. Abbiamo notato quanto le relazioni affettive influenzino la visione e come insieme condizionino orientando al pensiero analitico o sintetico. Sul piano cognitivo dobbiamo sottolineare come un armonico uso del pensiero contempla di saper utilizzare in modo flessibile sia le funzioni analitiche sia quelle sintetiche come ben mostrato da Neisser.

L'esperienza clinica ha mostrato l'utilità di un'approccio terapeutico integrato che tenga conto di tutte e tre le dimensioni. Solo in questo modo possiamo ottenere i risultati migliori.

Infine l'augurio da fare è che non solo i miopi e gli ipermetropi possano diventare "emmetropi" ma che possano "individualizzarsi" e fare il loro cammino dandosi finalmente il pieno diritto di vivere. A quanto sembra da questo elaborato l'una cosa non può prescindere dall'altra.

## Bibliografia

- William H., Bates, trad. it., Vista perfetta senza occhiali, Ed. Juppiter Consulting, Milano, 2002.
- Georg Groddeck, trad.it., Il linguaggio dell'Es, Ed. Adelphi, Milano, 1969.
- Aldous Huxley, trad. it., L'arte di vedere, Adelphi, Milano, 1994.
- Neisser Ulric, trad. it., Psicologia Cognitivista, Ed. Martello-Giunti, Milano, 1976.
- Joyce McDougall, trad.it., Teatri del corpo, Ed. Raffaello Cortina, Milano, 1990.
- Joyce McDougall, Teatri dell'Io, Ed. Raffaello Cortina, Milano, 1988.