

Una lettura costruttivista delle miodesopsie

Sabrina Cipolletta

Dipartimento di Psicologia Generale
Università degli Studi di Padova

Abstract

Le miodesopsie (o “mosche volanti”) sono un’esperienza comune, che porta molti pazienti a richiedere una visita oculistica, spesso senza trovare una risposta. Se per alcuni la vicenda finisce lì, per altri le miodesopsie divengono un problema, che ostacola il normale svolgimento della loro vita quotidiana e che non trova soluzione. Per questo l’Unità Operativa di Oculistica dell’Ospedale Sant’Antonio di Padova, in collaborazione con l’Associazione Cielo Azzurro e l’Università di Padova ha avviato una ricerca allo scopo di comprendere questo fenomeno da diversi punti di vista.

In questo intervento verrà presentata la lettura psicologica effettuata in un’ottica costruttivista: a partire dall’illustrazione di cosa caratterizza questo tipo di lettura e di cosa la differenzia da un’ottica medica o dalla visione psicosomatica classica, verranno riportate le esperienze di undici pazienti seguendo un approccio narrativo, nella convinzione che dar voce alle persone è il modo migliore per comprendere la loro esperienza.

Domande di partenza

Cosa sono le miodesopsie?

Come mai qualcuno le vive come un problema da cui derivano importanti limitazioni della sua vita (magari senza che vi sia un corrispondente deterioramento del vitreo) mentre qualcun altro (magari con una compromissione più importante a livello fisiologico) le ignora o non le considera un problema?

Perché una lettura psicologica?

Cosa vuol dire una lettura costruttivista?

1. non vuol dire cercare una causa psicologica di un fenomeno fisiologico come spesso fanno gli studi che si occupano di “psico-somatica”
2. non vuol dire che il paziente si inventa di vedere quello che vede perché non è “normale” come spesso teme chi ha a che fare con uno psicologo
3. non vuol dire spiegare l’esperienza percettiva nei termini del segnale nervoso che dall’occhio arriva al cervello perché questo è l’ambito delle neuroscienze e della psico-neuro-immuno-endocrinologia (PNEI)

Comprendere un'esperienza che si esprime a livello corporeo in ottica psicologica vuol dire assumere un punto di vista super-ordinato che permetta di osservare un fenomeno all'interno del sistema più ampio rappresentato dalla persona che lo esperisce.

La ricerca (Come?)

Un'esplorazione di questo tipo richiede una conoscenza approfondita dell'esperienza che le persone fanno, per la quale il metodo più appropriato è il colloquio. Per questo, al di là dell'analisi che verrà condotta su alcune parti del questionario utilizzato nell'ambito della più ampia ricerca condotta in collaborazione con l'Unità Operativa di Oculistica dell'Ospedale Sant'Antonio di Padova e l'Associazione Cielo Azzurro, che possono offrire indicazioni utili per formulare ipotesi di tipo psicologico, le riflessioni che oggi faremo si basano su una prima ricognizione che si basa su le 11 interviste da me condotte.

L'idea più generale è che è possibile leggere il fenomeno da un punto di vista:

FISIOLOGICO

liquefazione vitreo

corpi mobili

coni d'ombra sulla retina

PSICOLOGICO

allentamento

dilatazione del campo percettivo

costrizione nella vita

Ritroviamo il processo psicologico descritto nell'esperienza che la persona fa e che abbiamo raccolto sia in riferimento a quando le miodesopsie sono cominciate che ai momenti in cui esse si verificano.

L'esperienza personale

Nonostante spesso si dica (le persone riferiscono e i siti internet riportano) che l'insorgenza delle miodesopsie è dovuta allo stress, andando a vedere con più attenzione, cioè semplicemente parlando un po' più in profondità con le persone, scopriamo che, invece, spesso l'insorgenza è concomitante a un momento di distensione, che segue, semmai, uno di "stress"

Vivo più serenamente adesso che dieci anni fa o quindici anni quando c'erano le mie figlie piccole da portare a scuola piuttosto che...avevo meno disponibilità per me stesso, adesso invece riesco a fare anche delle cose: faccio sport, faccio l'orto...tranquillo, sereno...

e l'esperienza si verifica quando la persona è più rilassata (guarda il cielo) piuttosto che quando è indaffarata.

Nel tempo libero è chiaro che avendo tempo libero ti metti a pensare alle cose che ti succedono, invece quando sono impegnato non le penso queste cose...Penso quando non sono impegnato a fare qualcosa o qualcosa che ho da svolgere. Questa è la differenza: se sono impegnato non mi preoccupo più di tanto!

Il problema è che poi esse divengono fastidiose, persino limitanti, la vita delle persone. E' questa la caratteristica distintiva di questo disturbo:

“Un fastidio e dopo passa e basta”

“non è un pugno nell'occhio, nel senso che si sente, che fa male!”

“Dà fastidio, mi dà fastidio quando penso questa cosa...se non mi viene in mente la vedo e non mi preoccupo... C'è il momento in cui mi preoccupo di questa cosa e allora mi mette un po' più...”

Ma le persone reagiscono in modi diversi.

I percorsi personali

Ho cominciato a individuare quattro percorsi di esperienza a partire da due assi derivanti dalla domanda di partenza, che riporto nello schema che segue.

		OPACITÀ DEL VITREO	
		LIEVE	ELEVATA
PERCEZIONE DEL DISTURBO	POCO	1	2
	TANTO	3	4

Al di là delle differenze individuali nei contenuti delle esperienze, ad ogni percorso corrispondono esperienze simili per quanto concerne i seguenti aspetti:

1. Riscontro medico
2. percezione del disturbo
3. esperienza personale (dell'esordio e dell'occorrenza delle miodesopsie)
4. modalità di fronteggiare il problema (transizione)
5. fiducia nella medicina
6. tipo di persona

1. Le miodesopsie non sono un problema

La persona percepisce la presenza dei corpi estranei e, a volte, riconosce anche che interferiscono con alcune sue attività, ma non ne fa un problema e se ne dà una spiegazione.

“Sarà l'età...saggezza degli anziani, forse”

Consulta uno o due specialisti ed è soddisfatta delle spiegazioni che ottiene per cui non segue alcuna terapia e non ne ricerca.

Sono, in genere, persone socialmente e/o professionalmente impegnate, che tendono a trascurare il proprio stato di salute e ad attribuire a sé la responsabilità degli eventi, facendo affidamento principalmente su se stesse per la risoluzione dei problemi

Ho un rapporto anche con le altre malattie in genere abbastanza scettico...C'è mia moglie che fa il medico (ride)...Cerco di usare meno farmaci possibili e fare una vita sana, cercare di avere interessi, lavoro... in passato mi sentivo più responsabilizzato, più impegnato, più oberato con la famiglia, con il lavoro (...) tutto è dato dall'apporto individuale di ognuno...si, uno si gestisce (...) se uno prende le cose in modo così responsabile si impegna.

Le miodesopsie rappresentano una dilatazione che permette loro di vedere cose che prima non vedevano.

Es. Sandra che, dopo la botta ricevuta dal figlio su un occhio, a cui attribuisce l'insorgenza delle miodesopsie (peccato che siano anche all'altro occhio!), comincia a considerare che può anche preservarsi e porre dei limiti ai figli.

Spesso cominciano con l'inizio di una fase di dilatazione che permette di comprendere nuove esperienze.

Es. Dario con il cambio del lavoro e il sollievo da una serie di impegni, anche la crescita dei figli.

2. Le miodesopsie sono ignorate

La persona ne ha una scarsa percezione o le ignora, come probabilmente fa per altri problemi di salute. Riconoscere le miodesopsie vorrebbe dire essere "malata" e dover chiedere aiuto, ma non può permetterselo anche perché non ha fiducia nella medicina.

Quindi non consulta alcuno specialista ed è per questo che non arriva da noi.

3. Le miodesopsie sono un problema "impossibile"

E' la situazione più delicata perché la persona lamenta la presenza del disturbo in modo consistente senza che vi sia un corrispondente riscontro medico.

Le miodesopsie rappresentano un problema, che la persona non riesce a spiegarsi

Non è successo niente in particolare, non è che avessi avuto dei problemi... è partito così

ma che la preoccupa (teme sia un tumore o di perdere la vista).

"sta porcheria qui nell'occhio (...) sembra non un segno ma una bestia"

Comincia a concentrare su di esse la sua attenzione prima nei momenti di riposo (rilassamento) e poi anche in altri momenti finendo per andare incontro a limitazioni nella propria vita.

La soluzione che la persona cerca può essere diversa:

1. Qualcuno inizia un pellegrinaggio tra diversi specialisti, ma resta sempre insoddisfatto delle spiegazioni che riceve, per cui non ne segue le indicazioni, sviluppa un atteggiamento ostile, si aspetta di ricevere aiuto, ma fa fatica a chiederlo e riconoscerlo, mostrando così una sfiducia di fondo in chi può prendersi cura di lui e, conseguentemente, nella medicina. Finisce per dare la colpa agli altri del suo problema.

Es. Mario:

“La dottoressa non mi ha detto niente a riguardo, non mi ha mica detto chiaramente cosa potrebbe essere. Vorrei sapere che cosa è questa cosa! (...) la domanda che mi viene in mente è se è o no un tumore”

2. Qualcun altro ha un atteggiamento più mansueto, rispetto alla passività ostile del caso precedente, potremmo dire che si pone più in attesa passiva che arrivi una soluzione a un problema che, comunque, non è visto come dipendente da sé. C'è però una maggiore consuetudine nel mettersi nelle mani degli altri e, anche nei confronti dei medici, ci si pone in modo più fiducioso e si è disposti ad accettare e seguire le spiegazioni e indicazioni che si ricevono.

Se non mi dà qualcosa qualcuno che ne sa più di me non posso farci niente

In genere si tratta di persone socievoli e soddisfatte di sé, per le quali le miodesopsie rappresentano una dilatazione del campo percettivo rispetto a una costrizione a cui la persona è andata incontro nella vita.

Es. Rosa, 75 anni, ne soffre da quando ne aveva 20-21, ha consultato vari oculisti che le han detto che

“la vista non era...non era niente: mi hanno dato un paio di occhiali soltanto da riposo che ho portato anche poco perché non mi giovavano.”

Era un periodo tranquillo della sua vita: finiti i bombardamenti, non aveva una famiglia, le piaceva andarsi a divertire, ma, in genere, non era una “che facesse storie”. Si definisce una persona “normale”, che le piace stare in compagnia, ma non si lascia andare tanto (“non è che aggredisca le persone”). Ma dietro questo aspetto mite sembra agitarsi un turbinio di emozioni (paura, rabbia...) che restano imbottigliate. Nell'ultimo periodo, in cui le miodesopsie sono diventate un vero e proprio problema, è come se ciò che Rosa si sforza di tenere a bada voglia uscire e le dia fastidio: dopo la morte della madre e della sorella è più tranquilla, ma vorrebbe qualcos'altro nella sua vita (ad es. qualcuno con cui parlare oltre al marito) e in fondo teme di ammalarsi di Alzheimer come la madre e la sorella. Ecco allora che i corpi mobili entrano con prepotenza nel suo campo visivo quasi a rappresentare qualcosa che lei ha cercato di scacciare e ignorare.

4. Le miodesopsie sono un problema affrontabile

Anche se il disturbo è in questo caso consistente e spesso invalidante per la vita della persona, è trattabile poiché si ha un riscontro medico corrispondente, ad es. un distacco posteriore del vitreo. La persona, che può anche aver avuto esperienza delle miodesopsie, se le spiega, ma collega il loro insorgere come problema a una causa scatenante, da cui sono derivate pesanti restrizioni nella propria vita, soprattutto se è una persona attiva e impegnata, però non si scoraggia e prova ad affrontare il problema, consultando uno o due specialisti, fidandosi di loro e seguendo le indicazioni che riceve.

Es. Diego, medico, 67 anni, che attribuisce l'insorgenza delle miodesopsie a un trauma subito due anni fa con conseguente distacco del vitreo posteriore. Inizialmente la sua vita era ripresa normalmente finché non ha capito che il problema delle miodesopsie gli sarebbe rimasto. Allora ha smesso di lavorare e praticare i numerosi hobby che aveva e si è chiuso in casa sviluppando quella che lui chiama una "depressione reattiva".

Lungi dall'essere una persona che si preoccupa per il proprio stato di salute, è sempre stato uno che ha piuttosto "ignorato il male":

Non sono mai stato fobico del dolore fisico, assolutamente, tutt'altro: ho sempre ignorato il male

Io conosco il dolore fisico, il dolore morale per lutti avvenuti nella mia famiglia e ho reagito senza pesare su me e senza pesare sugli altri. Non ho mai avuto cedimenti: sono quello che (...) dopo 5 giorni che ho avuto l'incidente grave io ero in carrozzina e visitavo, dopo 20 giorni ero a lavoro e dopo 25 giorni mi sono rifratturato la caviglia perché ero tornato troppo presto

Quest'esperienza, invece, è invalidante perché

"lavorare, gente che si affida a te, che ha fiducia in te... non potevo continuare a svolgere un'attività lavorativa! Lo stesso vale per l'attività ludica, per gli hobby, per la motocicletta e tutto il resto in cui conta l'efficienza fisica; anche se io so che il poliziotto che mi ferma non vede le macchie negli occhi, non come con l'alcol-test... però per onestà ho voluto chiudere"

In più sente di pesare sulla moglie e i figli.

Tutto questo lo fa andare incontro a un'importante perdita di ruolo che giustifica la perdita di senso che avverte nella sua vita (depressione).

Che fare?

Gruppo 1

Rinforzare la soluzione che la persona ha già trovato: sostenere la sua scelta di non trattare le miodesopsie come un problema aiutandola, magari, a comprenderne il senso all'interno della sua vita.

Gruppo 2

Se, per caso, ci imbattiamo in una di queste persone (perché magari sono venute a fare una visita oculistica per altre ragioni, es. miopia) finché la soluzione che hanno trovato regge, meglio non metterla in discussione, ma invitare la persona a un atteggiamento esplorativo che le permetta di cogliere eventuali aggravamenti (potrebbe farlo quando è troppo tardi, *nel senso che diventa più difficile intervenire*) informandola della sua condizione. Ricordiamoci sempre che il paziente è competente del suo male, anche se sceglie di ignorarlo!

Gruppo 3

Nel primo caso non contrastare o minimizzare, ma neanche rinforzare confermando l'entità del problema o avallare proponendo soluzioni chirurgiche, semmai proporre un placebo o qualche forma di terapia alternativa¹ (di cui però non sono ancora stati studiati gli effetti su questo specifico disturbo) fino alla psicoterapia ("terapia di sostegno") in cui la persona potrà progressivamente spostare l'attenzione dal sintomo alla situazione di vita che sta vivendo e trovare una soluzione alternativa.

Es. Mario:

Mi ha preoccupato il primo giorno che mi ha visitato; quando ho fatto la visita se ne stava un attimo shockata vedendo questa cosa (...) Difatti mi sono impressionato subito perché mi fa <Porco can!> o una cosa del genere e io le ho detto <Dottoressa ma ho un mostro nell'occhio?>.

Nel secondo caso è sufficiente una rassicurazione e, semmai, informare dell'esistenza di terapie alternative poiché dare senso all'ignoto è già una cura per l'ansia.

Gruppo 4

E' il caso di intervenire con tutti i mezzi che voi conoscete e che i relatori che seguono illustreranno. Nel caso di esito positivo della terapia la persona potrà recuperare il suo vecchio ruolo e continuare a vivere in modo soddisfacente, magari continuando a vedere qualche corpo mobile qui e là come tutti. Nel caso di esito negativo, invece, avrà bisogno di un supporto

¹ Non utili tecniche di rilassamento, forse tranne che con persone ostili o costrette (gruppo 2) perché favoriscono allentamento e dilatazione, a cui corrisponde un aumento di miodesopsie, piuttosto tecniche di rieducazione visiva che favoriscano lo spostamento dell'attenzione: *biofeedback*, PNL, Musicoterapia...

psicologico (psicoterapia) che le permetta di ricostruire il proprio ruolo integrando in esso questa nuova esperienza.

Invito finale

Fidarsi delle nostre percezioni per comprendere l'altro e farci guidare da questa comprensione.