

L'analisi visiva comportamentale dell'optometric extension program

Vittorio Roncagli

INTRODUZIONE

Il mio primo impatto con l'Optometric Extension Program, e con il mondo dell'Optometria Comportamentale in genere, avvenne nel 1981 grazie ad un casuale incontro con colleghi Statunitensi.

Fui immediatamente colpito dall'innovatività della metodologia che si differenziava notevolmente da quanto potevo leggere nei testi di ottica fisiopatologia e di esame rifrattivo.

Iniziai subito a dedicare il tempo libero allo studio e alla comprensione dei concetti dell'Optometria Comportamentale e come accaduto a molti altri colleghi, ben presto mi resi conto che l'argomento era molto più vasto di quanto potessi supporre: non si trattava di imparare l'uso di uno strumento, o l'esecuzione di un metodo clinico, ma di comprendere un modo radicalmente diverso di valutare, diagnosticare e classificare i problemi visivi funzionali.

La vasta letteratura dell'Optometric Extension Program si rivelò utilissima ma per digerire il differente approccio metodologico, clinico ed attitudinale che caratterizzava l'Optometria Comportamentale rispetto a quella tradizionale fu indispensabile trascorrere molto tempo al fianco di colleghi Statunitensi che avevano dedicato la loro vita professionale a tale approccio.

Contrariamente a quanto molti credono, aver precedentemente dedicato molto tempo alla fisiologia ottica ed a tutte le altre metodiche cliniche di Optometria-Oftalmica non è stato tempo sprecato per capire l'Optometria Comportamentale. In realtà, l'Optometria Com-

portamentale non è necessariamente, come purtroppo spesso si crede, un'alternativa all'Oftalmologia tradizionale. Le due filosofie di lavoro non sono fra loro alternative, bensì complementari.

I concetti funzionali e comportamentali possono essere molto meglio capiti ed applicati se l'esaminatore possiede anche un'adeguata conoscenza degli aspetti neurofisiologici della visione. Al tempo stesso, le sole conoscenze di anatomo-fisio-patologia non sono sufficienti ad affrontare in modo efficace tutte le situazioni cliniche che si presentano, in particolare quando la propria attenzione non è solo compensativa ma anche preventiva, migliorativa e rieducativa.

Il modello visivo funzionale e comportamentale ha già compiuto oltre mezzo secolo: migliaia di specialisti in tutto il mondo lo utilizzano durante la loro attività quotidiana come modello professionale attraverso il quale analizzare ed interpretare i sintomi ed i problemi visivi delle persone che a loro si rivolgono.

Tuttavia, l'evidenza dei fatti mostra che lo sforzo ed il contributo di una mole pur enorme di lavori clinici, ricerche, convegni e pubblicazioni non è stata sufficiente a permettere che i concetti funzionali, seppur dinamici ed innovativi, potessero entrare nel modello abituale di lavoro degli operatori sanitari coinvolti con il problema del "vedere".

Sbagliato è volere incolpare una categoria professionale: infatti, la mancanza di conoscenze sull'argomento è dimostrabile nella maggior parte dei componenti di tutte le professioni coinvolte.

Non è nemmeno un problema di disponibilità economica, di mancanza di strumentazione, di strutture o di mezzi, poiché è evidente che la tecnologia ha effettuato passi molto più rapidi e concreti di quanto non abbiano fatto i metodi di insegnamento e di aggiornamento professionale.

Ritengo che il problema vada ricercato nel fatto che l'Ottica non è cresciuta come avrebbe dovuto e potuto e l'Oftalmologia ha palesemente trascurato gli aspetti funzionali restringendo la propria valutazione di routine ad aspetti banalmente refrattivi e patologici.

MODELLO CLASSICO E MODELLO FUNZIONALE

(Roncagli¹, 1996).

La differenza fra il modello visivo tradizionale e quello funzionale, spesso rispettivamente definiti, in letteratura oftalmica Nord-Americana, anche con i termini di "approccio medico" ed "approccio optometrico", è stata illustrata e riassunta in numerosi editoriali e pubblicazioni concettuali, professionali e filosofici (Blume, Bartlett e Alexander², 1980).

Il modello "tradizionale" è basato sulla cultura medico-scientifica degli ultimi due secoli. In ambito oftalmico si riferisce alla soluzione dei problemi ed al miglioramento dello stato di salute e grazie alla ricerca scientifica ha raggiunto enormi conquiste nella cura delle malattie oculari e dei sintomi ad esse associate. Per contro, la soluzione di problemi visivi funzionali è spesso limitata a metodi compensativi, più orientati al sintomo che alla causa. Per esempio, in presenza di una miopia incipiente vengono spesso semplicemente prescritte lenti negative senza valutare gli aspetti comportamentali, ambientali, ergonomici e funzionali che possono averla provocata e che possono contribuire ad un suo peggioramento.

Il termine "funzionale", nel contesto sanitario, implica che il trattamento è concepito in modo tale da considerare l'individuo nel suo insieme, anziché nelle sue singole parti anatomiche o costituzionali, ed è diretto al miglio-

ramento della performance globale piuttosto che al miglioramento dello stato di salute di uno specifico organo o parte del corpo.

Maturato grazie a contributi multi-disciplinari, ha orientato le proprie attenzioni verso la soluzione di quei problemi che pur non essendo patologici producono limitazioni nella funzionalità e nella performance dell'individuo.

La terapia funzionale, sia essa curativa, migliorativa o rieducativa, deve quindi prendere in considerazione aspetti fisici, fisiologici, psicologici, così come variabili socio-economiche e culturali che possono essere coinvolte o influenzate dal problema che presenta l'esaminato.

È in questo contesto che in ambito oftalmico la prescrizione di lenti viene interpretata come un contributo non solo compensativo ma principalmente preventivo e migliorativo.

Sbagliato è voler considerare uno dei due modelli sostitutivo dell'altro. È evidente che i due modelli possono, e dovrebbero, integrarsi reciprocamente proponendo soluzioni personalizzate in relazione alla natura ed al tipo di problema visivo.

Il modello tradizionale è indispensabile per un'efficace terapia delle patologie e di certi sintomi ad esse associati ma obsoleto nel voler semplicemente compensare inefficienze e disfunzioni che invece potrebbero essere più efficacemente prevenute o riabilite.

L'OPTOMETRIC EXTENSION PROGRAM ED IL MODELLO VISIVO COMPORIMENTALE

Sebbene sia difficile etichettare con una data l'inizio di un trend culturale e scientifico, l'approccio visivo comportamentale deve sicuramente le proprie origini formali al 1928 quando E.B. Alexander ed A.M. Skeffington fondarono l'Optometric Extension Program Foundation e pubblicarono una prima serie di documenti che sarebbero poi diventati una guida professionale ed uno stimolo di ricerca fino ai giorni nostri.

"Comportamentale" è il termine utilizzato per sottolineare l'attitudine olistica ed esprimere la totalità del processo visivo e la sua rilevan-

za sul comportamento e sulle caratteristiche della persona (Gilman e Getman³, 1984)

L'aspetto saliente è il fatto che l'approccio comportamentale interpreta il problema visivo come il risultato, e non come la causa dei sintomi, dei disagi e delle difficoltà eventualmente mostrate dall'individuo.

Sebbene l'attenzione primaria dell'esaminatore sia diretta alla diagnosi ed al trattamento del sistema visivo, l'enfasi del risultato è diretta verso la sua performance globale affinché, grazie ad una miglior efficienza visiva, possa esprimere un miglior rendimento durante le attività quotidiane.

Negli anni '40 il comportamentismo di Wolpe^{4,5} (1948, 1969) ed i primi approcci terapeutici sviluppati da Jacobson⁶ (1938), basati sul controllo della tensione muscolare, avevano trovato una collocazione nell'interpretazione e nella terapia di certi disturbi di natura psicofisiologica ed iniziato a correlare la tensione muscolare con variabili psicosomatiche (Jacobson⁷, 1939).

Skeffington fu influenzato e stimolato da una tale cultura scientifica che attribuiva all'impatto dell'organismo con l'ambiente molte delle cause dei disturbi tensionali e psicosomatici.

Attingendo dalle ricerche condotte da Selye^{8,9} (1956, 1976) e Cannon^{10,11} (1932, 1953) sui pattern di adattamento fisiologici allo stress, Skeffington fu il primo a formulare un modello visivo capace di tenere in considerazione i fenomeni di adattamento funzionale del sistema visivo sottoposto a certe forme di stress.

Skeffington, sviluppò una sequenza di test che opportunamente eseguiti ed interpretati permetteva, fra le altre cose, di valutare il livello di adattamento allo stress visivo prossimale e di calcolare la lente più adatta da prescrivere a scopo preventivo.

Nacque così quel trend professionale e culturale che egli stesso definì "Nearpoint Optometry" (Optometria Prossimale), più tardi ribattezzata "Behavioral Optometry" (Optometria Comportamentale), a sottolineare l'impostazione clinica e prescrittiva che caratterizzava questo modo di interpretare i problemi visivi.

IL CONCETTO DI STRESS VISIVO

Il concetto di stress visivo è stato introdotto da Skeffington che negli anni '50 già lo definiva "near-point visual stress" (stress visivo prossimale) in quanto attribuito alla prolungata attenzione visiva orientata a distanza prossimale durante attività cognitivamente e visivamente impegnative.

Dal punto di vista funzionale, lo stress visivo derivante dall'attenzione mantenuta per attività svolte a distanza ravvicinata è causa di molti disturbi e problemi a carico del sistema nervoso. Variazioni elettrofisiologiche dell'organismo sono state dimostrate in numerose ricerche degli ultimi decenni. Cambiamenti della conducibilità della pelle, del ritmo cardiaco, della tensione muscolare, della postura, della frequenza respiratoria, sono state riscontrate sottoponendo bambini ed adulti ad attività visivamente impegnative a distanza prossimale, svolte anche per tempi relativamente brevi.

La prima manifestazione di stress visivo è prettamente "percettiva" e non sono misurabili deterioramenti delle funzioni, né effetti sui tessuti e sugli organi, ma esiste una variazione nella performance visiva a livello qualitativo come, per esempio, la riduzione di velocità e di comprensione durante la lettura e naturalmente il riscontro effettuando test funzionali specifici.

Durante il secondo stadio, quello definito "neuromuscolare", sono invece osservabili deterioramenti, in vari aspetti della performance visiva, associati ad un quadro sintomatologico che diviene progressivamente più specifico e caratterizzato da annebbiamenti, cefalee, astenopie, ecc. È in questo stadio che, attraverso l'Analisi Visiva OEP, sono già misurabili deterioramenti funzionali che mostrano l'origine e la direzione del processo di adattamento.

Durante il terzo stadio, quello chiamato "somatico", sono infine registrabili fenomeni di adattamento che producono variazioni in larga misura irreversibili nelle strutture che compongono il sistema visivo.

Nei numeri successivi di questa rivista verranno ampliati e discussi i metodi di valutazione clinica dell'OEP.

BIBLIOGRAFIA

1. RONCAGLI V - *Valutazione e trattamento dei disturbi visivi funzionali*. Vol. I La sequenza analitica - Albo/EASV/OEP, 1996
2. BLUME AJ, BARTLETT JD, ALEXANDER LJ - *The optometric model* - J Am Optom Ass, Gen 1980
3. GILMAN GD, GETMAN GN - *What is behavioral optometry?* - J Am Optom Ass, Nov 1984
4. WOLPE J - *An approach to the problem of neurosis based on the conditioned response* - M.D. Thesis University of Witwatersrand, 1948
5. WOLPE J - *The practice of Behavior Therapy* - Pergamon Press, 1969
6. JACOBSON E - *Progressive relaxation* - University of Chicago Press, 1938
7. JACOBSON E - *Variation of blood pressure with skeletal muscle tension and relaxation* - Ann Int Med, (12)1939
8. SELYE H - *The stress of life* - McGraw-Hill, 1956
9. SELYE H - *Stress in health and disease* - Butterworth, 1976
10. CANNON WB - *The wisdom of the body* - WW Norton & Co, 1932
11. CANNON WB - *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage* - Charles T Branford Co, 1953