

REICH PSICANALISTA

Principi della tecnica psicanalitica

I principi della tecnica analitica derivavano dalle concezioni teoriche di Freud. Le concezioni teoriche freudiane erano:

- Ogni nevrosi nasce dal conflitto fra bisogni pulsionali rimossi e forme di difesa dell'Io.
Principio tecnico derivato:
Si deve eliminare la rimozione, ossia rendere conscio ciò che è inconscio. In conclusione bisogna interpretare l'inconscio.
- L'Io ha eretto contro-investimenti per impedire il riaffiorare degli impulsi rimossi agendo con una severa censura contro pensieri e desideri (es. vergogna).
Principio tecnico derivato:
eliminare la censura attraverso il metodo delle libere associazioni, ossia seguire la regola fondamentale che esige l'eliminazione della censura.
- Gli sforzi del paziente a rispettare la regola fondamentale tendono costantemente a fallire a causa della forza dei contro-investimenti. Tali forze sono chiamate resistenze.
Principio tecnico derivato:
non si deve rendere conscio l'inconscio in modo diretto ma attraverso lo scioglimento delle resistenze.
- I desideri e i timori rimossi cercano continuamente di scaricarsi e di ricollegarsi al reale, cioè si tende alla soddisfazione libidinosa. Si può attendere che il paziente utilizzi a tal fine la situazione analitica, ciò determina il transfert.
Il transfert è l'instaurarsi di un rapporto con l'analista determinato dalle emozioni e dai sentimenti rimossi, ripetendo con ciò i trascorsi infantili. Ma il paziente tende a sostituire alla interpretazione il soddisfacimento, oppure oppone resistenza a riconoscere i suoi atteggiamenti e comportamenti. Il transfert diviene esso stesso resistenza.
Principio tecnico derivato:
l'analisi del transfert e il suo scioglimento costituiscono uno dei lavori analitici fondamentali e si attua con lo scioglimento delle resistenze transferenziali.

Quelli indicati sono i principi tecnici fondamentali adoperati a quel tempo.

Problemi della tecnica psicanalitica

Nel Seminario sulla Tecnica diretto da Reich dal 1924 al 1930 emersero notevoli problemi a riguardo della tecnica analitica di allora.

- Mancanza assoluta di sistematicità nella presentazione dei casi e nel lavoro di ricerca.
- Gravi insufficienze nelle indicazioni tecniche da seguire.
- Situazioni analitiche grottesche in cui non si sapeva più cosa fare perché il paziente resisteva.
- Situazione caotica molto diffusa. Ossia si aveva una grande produzione di materiale in ogni direzione ma senza alcun filo logico di riferimento.
- L'attendere terapeutico era più dovuto all'incapacità di fare altro che ad una autentica strategia terapeutica.
- La passività del terapeuta era spesso esasperata da analisti convinti che si dovesse solo tacere.
- Le resistenze erano affrontate con incoraggiamenti o rimproveri assolutamente inutili e il non produrre risultati faceva affermare che il paziente aveva delle resistenze insormontabili invece di affrontare il proprio fallimento.
- Le resistenze erano spesso aggirate perché considerate di intralcio al lavoro analitico.

Classificazione dei problemi fatta da Reich nel seminario tecnico

I problemi possono essere raggruppati sotto l'aspetto:

- **TOPICO (topografico)**
DINAMICO
ECONOMICO
- Sotto l'aspetto topico ci si riconduce al momento dell'interpretazione, ossia: quando interpretare che cosa interpretare
- Sotto l'aspetto dinamico ci si riconduce al problema della struttura da analizzare. l'interpretazione deve seguire la strutturazione della nevrosi consentendo, quindi, di interpretare ciò che è carico di affetti, cioè di contenuto emotivo infantile, a vantaggio di ciò che è ancora separato dai rispettivi affetti.
- Sotto l'aspetto economico ci si riconduce alla quantità e non solo alla qualità e quindi al problema della fonte energetica e delle cariche energetiche stesse della nevrosi. Ciò comporta la ricerca degli impedimenti alla piena soddisfazione, cioè, dei freni alla libera scarica energetica sessuale.

Proposte per la soluzione dei problemi della tecnica psicanalitica

INTERPRETAZIONE

- Una buona impostazione del periodo di introduzione dell'analisi. Il paziente non deve essere disturbato nello sviluppo della sua personalità analitica. Le insicurezze dell'analista in questa fase portano a interpretazioni premature.
- Evitare sempre e comunque interpretazioni premature, ossia molto profonde ma non ancora agganciate ai corrispondenti affetti rimossi.
- Evitare le interpretazioni asistematiche. Ossia che non seguono il filo logico della profondità e struttura nevrotica del paziente.
- Evitare ogni interpretazione del contenuto prima di aver eliminato la resistenza che si oppone al suo affiorare.
- Evitare ogni interpretazione incoerente. Ossia fatta in presenza di transfert negativo che molto spesso si presenta in forma latente.

Riassumendo, è necessario far comprendere al paziente:

- Che si difende da qualcosa
- Come si difende e i mezzi che usa, cioè le sue resistenze
- Infine contro cosa si difende

TRANSFERT

I compiti tecnici riguardanti il transfert enunciati da Freud erano i seguenti:

- Creazione di un efficace transfert positivo.
- Utilizzo del transfert positivo per il superamento delle resistenze.
- Utilizzo del transfert positivo per far riaffiorare il rimosso ma allo scopo di provocare esplosioni affettive catartiche e abreative.

Reich aggiunge a queste regole ritenute valide alcune considerazioni :

- Nessun paziente all'inizio può produrre un autentico transfert positivo. Per autentico s'intende una tendenza erotica oggettuale non ambivalente atta a costituire la base di un rapporto intenso con l'analista. Ciò non è possibile all'inizio del trattamento a causa di:
 - rimozione sessuale
 - disgregazione degli impulsi libidici oggettuali
 - blocco caratteriale affettivo
- Il transfert che all'inizio appare positivo generalmente è:
 - transfert positivo reattivo
cioè è trasformato in amore ciò che invece è odio. Il transfert è negativo latente.
 - transfert di sottomissione
che nasce dal senso di colpa e da masochismo morale dentro il quale c'è odio rimosso.
 - transfert di desideri narcisistici
cioè speranza narcisistica che l'analista possa amare, consolare, ammirare.

Tutto ciò che è difesa dell'Io, se è ben elaborato si trasforma presto in transfert negativo palese. Se, invece, non è ben elaborato si trasformerà in una profonda reazione di delusione che trasformandosi in resistenze può far fallire completamente l'analisi.

RESISTENZE

Per Reich è innanzitutto fondamentale chiarire che cosa sono, in pratica, le resistenze e che cosa sia il materiale analitico. La Psicanalisi, allora, indicava le cosiddette resistenze palesi, ossia silenzi, ritardi, ostinazioni ecc. Per Reich esistono, e sono anche più importanti molte resistenze latenti, più difficili da riconoscere e camuffate.

Per esempio:

- Eccessiva obbedienza
- Eccessiva cortesia
- Totale mancanza di resistenze palesi
- Eccessiva produzione di ricordi e di materiale inconscio
- Usare come resistenza le conoscenze acquisite con l'analisi stessa

Ma cos'è il materiale inconscio?

Per la Psicanalisi è riferito a sogni, associazioni, passi falsi, lapsus ecc.

Reich aggiunge a tutto ciò l'accento sul comportamento, che può essere inoltre espressione di gravi resistenze latenti.

Per Reich, quindi, anche il comportamento diviene materiale analitico. In definitiva, tutti gli elementi formali come:

- Comportamento
Educazione, cortesia
- Modo di esprimersi
Gesticolare, modo di sedersi, strette di mano
- Lo sguardo

- Il linguaggio
Parole volgari, parole e frasi troppo serie, filosofeggiare, sfoggiare conoscenze analitiche
- La mimica
Sorrisi, pianto camuffato, accigliamento costante ecc.
- L'abbigliamento

Diviene tutto materiale analitico.

Vediamo ora, come un'eccessiva produzione di materiale può essere, in effetti, una manifestazione di resistenza. Dalla prima resistenza transferenziale si sviluppa tutta una stratificazione di resistenze, che è l'esatta riproduzione della stratificazione caratteriale della nevrosi. L'interpretazione di strati profondi può confondere il processo e interferire nella copia della nevrosi che si sotola nel transfert.

Allora il materiale più profondo può essere immolato per salvaguardare qualcosa di più superficiale ma carico d'affetto.

Per Reich l'analisi delle resistenze deve essere fatta con coerenza. Se, quindi, il paziente in vari modi fugge da una resistenza, deve essere sempre riportato là da dove è fuggito.

Reich definisce barriera narcisistica l'insieme delle resistenze opposte all'analisi. Ad esse si può opporre una educazione all'analisi con interventi attivo-suggestivi o il metodo analitico-caratteriale.

IL METODO ANALITICO CARATTERIALE

Consiste nell'interpretare analiticamente le resistenze nel loro significato attuale. Quindi, per Reich, è necessaria prima l'analisi delle resistenze in chiave attuale. Ad esempio molti pazienti raccontano episodi drammatici della loro vita senza accorgersi che li raccontano sorridendo.

In ogni paziente poi, esistono delle resistenze specifiche che *non* si distinguono per il loro contenuto, ma per il *modo specifico* di agire e di reagire. Tali resistenze Reich le chiama resistenze caratteriali.

Esse sono diverse a parità di contenuto a seconda del carattere del paziente e hanno la loro origine nelle esperienze infantili, esattamente come i sintomi e le fantasie, quindi esprimono le cause della nevrosi.

La Psicoanalisi freudiana suddivide le nevrosi in:

- Nevrosi sintomatiche con prevalenza di sintomi
- Nevrosi del carattere senza sviluppo di sintomi

Per Reich tale suddivisione non ha senso perché le nevrosi sintomatiche possono svilupparsi solo su una base caratteriale nevrotica. Tuttavia esistono differenze fra sintomo e carattere, e sono:

IL SINTOMO

- È quasi sempre cosciente e percepito come estraneo e disturbante
- Non presenta razionalizzazioni complete e credibili (giustificazioni)
- Appare privo di significato (vomito isterico, paralisi isterica, coazione a contare, ecc)
- È determinato da un numero limitato di atteggiamenti inconsci
- Può apparire improvvisamente.

IL TRATTO CARATTERIALE

- Non è quasi mai consapevole ed è inserito organicamente nella personalità del paziente
- È sufficientemente motivato sul piano razionale
- Appare meno patologico e giustamente motivato
- Appare composto da molteplici atteggiamenti inconsci concatenati e stratificati fra loro
- Non appare mai all'improvviso ma ha bisogno di un lungo numero di anni per formarsi.

La stratificazione e il concatenamento di tratti caratteriali formano in definitiva una armatura caratteriale che è l'espressione della difesa narcisistica dell'Io. Essa si estrinseca soprattutto nella resistenza caratteriale di cui abbiamo parlato prima che si esprime come un fattore costante di natura formale a prescindere dai contenuti che nasconde. Essa dipende infatti dal carattere.

L'armatura caratteriale ha una funzione molteplice, per esempio da un punto di vista economico, ha il compito di proteggere dagli stimoli interni ed esterni.

Nelle compensazioni nevrotiche e nelle formazioni reattive delle resistenze caratteriali viene consumata energia libidinosa e sadica. Quindi viene legata l'angoscia.

Per Reich ogni resistenza ha due facce: la difesa dell'Io e la difesa dall'impulso rimosso. L'analisi del carattere, all'inizio, si interessa sempre della difesa dell'Io con l'obiettivo per il paziente di coscientizzare la difesa, evidenziarne i modi e come ultimo passo scoprire da cosa si difende.

Questo modo di procedere produce i seguenti vantaggi:

- Evidenzia il transfert negativo
- Oggettivizza il carattere sino a farlo percepire come un sintomo
- Con lo scuotimento del meccanismo narcisistico di protezione, si libera angoscia libidica che può essere utilizzata per completare la crescita genitale dell'individuo.

Per ottenere una valida elaborazione della difesa e della resistenza, essa non va aggirata ma pienamente sviluppata in modo che nella situazione transferenziale ci sia l'aggancio dinamico degli affetti che consente il passaggio dall'attuale all'infantile.

In definitiva l'analisi caratteriale pensa prima al *come* e poi al *che cosa*.

La formazione del carattere

Freud scopre per primo che alcuni tratti caratteriali sono modificazioni ed evoluzioni di tendenze pulsionali primitive, per esempio l'avarizia, è derivata da forze pulsionali erotiche anali.

Per Reich il carattere inizia come una forma precisa di superamento del complesso di Edipo.

La catena con cui si forma il carattere è la seguente:

- impulsi e desideri infantili minacciati sono rimossi per paura della punizione.
- la rimozione causa un ingorgo della libido, cioè un accumulo di energia che non trova la via per scaricarsi.
- l'ingorgo minaccia la rimozione col rischio di esplosione della pulsione rimossa. Ciò comporta una prima alterazione dell'Io, come per esempio la nascita di atteggiamenti apprensivi che generano angoscia e sono la base delle fobie infantili.
- Per mantenere la rimozione è necessaria un'alterazione dell'Io e, cioè, l'Io si deve indurire e le rimozioni cementare. In altre parole la difesa deve acquisire un carattere automatico, cronicamente attivo.
- l'angoscia che si sviluppa, comporta parallelamente lo sviluppo di un meccanismo protettivo contro di essa.

L'indurimento libidico necessario alla formazione del carattere, avviene nelle seguenti fasi:

- L'Io si identifica con la realtà frustrante, ossia con la persona frustrante.
- L'Io ritorce contro se stesso l'aggressività mobilitata contro la persona frustrante, quell'aggressività che aveva prodotto l'angoscia. (ANGOSCIA = ODDIO RIMOSSO-DUE FACCE DELLA STESSA MONETA).
- L'Io sviluppa atteggiamenti reattivi contro le pulsioni sessuali, impiegando, ora, l'energia degli impulsi stessi per difendersi da essi. (es: preti contro il sesso).

L'armatura e la corazzatura dell'Io, quindi, avviene per paura della punizione, a spese dell'energia dell'ES e i suoi contenuti sono rappresentati dai divieti e dai modelli degli educatori frustranti.

Differenze Tra I Caratteri

Mentre il carattere genitale, (ossia sano), è in sostanza unico, i caratteri nevrotici cambiano in funzione dei differenti fattori che influenzano e deviano il naturale sviluppo di crescita.

I fattori influenti sono:

- Momento di sviluppo della pulsione quando viene frustrata. (inizio, intermedio, finale).
- Quantità e intensità della frustrazione.
- Quali pulsioni vengono frustrate.
- Rapporto tra frustrazioni e concessioni.
- Sesso della persona principalmente frustrante.
- Contraddizione fra le stesse frustrazioni.

Ogni frustrazione provoca un ritiro della libido dell'Io, cioè, un rafforzamento del narcisismo secondario.

Ma poiché la persona frustrante è anche amata, si sviluppa un atteggiamento ambivalente che porta all'identificazione.

Il bambino assorbe, allora, i tratti caratteriali della persona frustrante e usa quei tratti rivolgendoli contro la sua pulsione (madre e padre introiettati).

Diverso sarà poi il risultato a seconda del momento in cui la pulsione viene frustrata: all'inizio o all'apice del suo sviluppo.

Una pulsione frustrata all'inizio non è più disponibile (rimossa) e ne resta danneggiata l'attività complessiva.

Una pulsione frustrata all'apice invece, non può più essere rimossa ma solo danneggiata.

Da un punto di vista dinamico infine, il carattere ha tre funzioni sostanziali:

- evita l'angoscia di fronte alla realtà.

- lega l'angoscia da stasi.
- È all'insegna del principio del piacere, infatti serve al soddisfacimento dissimulato delle pulsioni.

Naturalmente il soddisfacimento è indiretto e parziale perché deriva esclusivamente dalla diminuzione della spinta della pulsione, così come avviene con il sintomo.

In conclusione il carattere viene determinato:

- qualitativamente dal grado di sviluppo della libido, cioè, dal punto specifico di fissazione libidica e
- conseguentemente dalla quantità di energia della libido fissata.

Da ciò ne deriva una distinzione specifica di tipi caratteriali che possono così essere individuati :

- **CARATTERI DEPRESSIVI** (Orali)
- **MASOCHISTI** (Anali)
- **GENITALI NARCISISTICI**(Fallici)
- **GENITALI INCESTUOSI** (Isterici)
- **COATTI**

Tali suddivisioni, tuttavia, le vedremo meglio parlando dell'energia e dei livelli energetici del corpo.

I Tipi Caratteriali

Descriverò qui alcuni tipi caratteriali facendo riferimento a Reich, Lowen, Baker. Per ogni tipo farò un'unica descrizione, ma questa sarà in realtà una sintesi dei contributi di questi autori, e di altri ancora, così che possiate avere una visione generale dei vari caratteri.

IL CARATTERE ORALE-DEPRESSIVO

Due precisazioni importanti: il tratto orale non è un'esclusiva di questa tipologia di carattere, infatti, ogni tipo di carattere nasconde un tratto orale più o meno marcato. Reich, non ha mai descritto un carattere orale.

I tratti fondamentali del carattere orale, ossia, del blocco depressivo del II° livello, la bocca, sono:

- Il fisico alto, sottile, pallido, in generale, un aspetto privo d'energia
- Il cibo non lo interessa, non ha sapore, ha scarsa importanza
- E' quieto, laconico, voce bassa tendente all'esile
- A volte è caustico e mordace nelle espressioni, ma generalmente incapace di andare fortemente in collera
- Mostra risentimento, ha poco da dire e si ritira facilmente nel suo guscio
- Ha un continuo bisogno di essere lodato, incoraggiato e sostenuto
- È incapace di sostenere sforzi prolungati, crede spesso che il mondo lo tratti male perché non vede la propria incapacità
- Non riesce a far molto ma spesso ha idee grandiose e fantasmatiche
- Ha una bassa opinione di sé
- Presenta ostinazione e resistenza ma passiva e immobile
- Contrae spesso debiti che non riesce a pagare
- Non trova facilmente lavoro
- È un tratto tipico dell'alcolista o di chi consuma droghe, soprattutto quelle pesanti.
- Anche il semplice fumatore di sigarette nasconde un tratto orale depressivo.

IL CARATTERE COATTO

Fisicamente non è atletico come l'isterico, non è sciatto come l'orale, non è pesante come il masochista, non è bello come il fallico - narcisista. Il coatto è scialbo e imbranato. I tratti fondamentali del coatto sono:

- E' pignolo e ordinato. Cambiamenti nell'ordine prestabilito gli causano angoscia e disagio
- Rimugina continuamente e in modo circostanziato. È attento allo stesso modo a cose importanti e a cose secondarie
- Ha poca elasticità di pensiero e molta logica astratta. In lui è molto più sviluppata la componente critica rispetto a quella creativa
- È parsimonioso, più spesso avaro
- Tende a collezionare cose
- È irresoluto e dubbioso, ha un pronunciato contegno e un forte autocontrollo
- Un tratto importante è che quando ama o quando odia è molto tiepido perché ha un blocco affettivo assai marcato
- Ha una scissione tra affetto e rappresentazione (può parlare di un'esperienza incestuosa senza problemi apparenti)
- Ha una forte contrattura dell'io e del corpo che lo fa apparire goffo

IL CARATTERE FALLICO - NARCISISTA

Fisicamente si presenta spesso alto, bello, vincente, ben piantato atleticamente. I tratti fondamentali di questo carattere sono:

- Sicuro di sé, a volte arrogante e vigoroso
- Atletico
- L'espressione facciale rivela durezza, i lineamenti sono maschilini, ma si riscontrano anche fattezze femminili un po' nascoste
- Il suo comportamento non è mai strisciante, al contrario ostenta aria di superiorità. È freddo e riservato ma a volte anche beffardo e aggressivo
- Tende a conquistare posizioni di comando e mal sopporta posizioni subalterne, a meno di potersi rivalere su dei sottoposti (per es. nell'esercito)
- Toccato nella sua vanità reagisce con fredda riservatezza, profondo risentimento o con vivace aggressività
- Gli uomini fallico-narcisisti hanno una potenza erettiva molto sviluppata, ma in loro è invece molto compromessa la potenza orgasmica
- Ha rapporti con le donne molto disturbati dalla poca considerazione che ha per loro, il fallo è usato in modo vendicativo
- È una persona molto ricercata per la sua apparenza
- La donna fallico-narcisista è anch'essa bella nell'apparenza, donna in carriera, è molto efficiente e ha successo. Anche in lei le capacità sessuali sono sviluppate mentre è carente la potenza orgasmica.

Esempi di fallico-narcisisti sono Napoleone, Mussolini, Stalin.

IL CARATTERE ISTERICO

Fu il primo disturbo emotivo nel quale si riconobbe una connotazione sessuale. Molto frequente nel Medioevo e in altre epoche storiche. Rispetto all'Isteria di Freud oggi sono mutate molto le sintomatologie. Differenze sostanziali vi sono tra ciò che la psicoanalisi considera Isteria e come la considerano i reichiani. Per i reichiani è l'anticamera della genitalità. I tratti fondamentali di questo carattere sono:

- Atteggiamento sessuale invadente
- Agilità corporea con spiccate sfumature sessuali
- Per le *donne*: civetteria nel modo di camminare
- Per gli *uomini*: mollezza, esagerata gentilezza, espressione facciale e modi di fare femminili
- Quando la meta sessuale si avvicina, l'isterico inevitabilmente si ritrae, oppure assume un atteggiamento passivo e apprensivo; tipico dell'isterico è mostrarsi tanto violento prima, quanto passivo dopo, al momento opportuno
- Non è mai altezzoso, duro o presuntuoso; i suoi movimenti sono morbidi e flessuosi, ondegianti (non elastici) e sessualmente provocatori
- È incostante, con svolte improvvise nel comportamento e molto suggestionabile
- Tende ad avere forti reazioni di delusione
- È estremamente angosciato e apprensivo, soprattutto in chiave sessuale
- L'isterico genitalizza tutto, non sostituisce la genitalità con meccanismi pregenitali; anche dove vi fossero tendenze pregenitali hanno sempre un legame con la genitalità e sono sempre forme rappresentative della genitalità. In altre parole: mentre in altre nevrosi le parti genitali sono rappresentazioni di fissazioni pregenitali, (orali, anali, falliche), nell'isterico esse sono sempre anche genitali
- È sovraccarico di energia sessuale non elaborata, ossia la sua armatura è molto mobile, a rete, continuamente sfuggente, leggera, instabile
- Il suo comportamento serve a tastare continuamente il terreno per scongiurare i pericoli
- Il carattere isterico non conosce mai il significato sessuale del suo comportamento. Rifiuta di riconoscerlo, in breve, la sua sessualità non è un moto sessuale, ma esclusivamente la difesa dal sesso
- Scarica parte della sua angoscia in innervazioni somatiche, quindi presenta spesso una svariata tipologia di sintomi più o meno strani. I sintomi si presentano quando un eccesso d'energia non può essere trattenuto nella corazza.

IL CARATTERE MASOCHISTA

Il masochista percepisce come *piacere* ciò che dall'individuo normale viene percepito come *dispiacere*.

Freud aveva scoperto che sadismo e masochismo formavano una coppia antitetica. Poi, aveva scoperto che esisteva il sadismo orale, anale, fallico che si esprimeva come mordere, calpestare, perforare. Il sadismo, quindi, nasceva come reazione distruttiva contro la frustrazione della pulsione.

In questa concezione il masochismo è una *formazione secondaria* che consiste nel volgere contro se stesso la distruttività sadica. Ma Freud, abbandona poi tutto questo ribaltando la sua prima concettualizzazione teorica e affermando l'esistenza di una tendenza biologica primaria all'autodistruzione, ossia la pulsione di morte (thanatos) antagonista dell'eros.

Reich, quindi, con lo studio e le ricerche sul carattere masochista, trova una risposta diversa, che confuta la teoria della pulsione di morte. Non esiste una pulsione primaria autodistruttiva, ma anche il masochista segue, anche se in modo apparentemente distruttivo, e quindi incomprensibile, il principio del piacere.

Infatti il masochista non prova attraverso le percosse un dispiacere, cioè ad es. non si sente umiliato, ma prova il piacere della distensione che, per paura, può provare solo in quelle forme.

Descriviamo un poco i tratti salienti del carattere masochista:

- Una sensazione soggettiva, cronica di sofferenza
- Tendenza a lamentarsi
- Tendenza cronica all'autolesionismo
- Tendenza cronica all'auto-umiliazione
- Intensa mania di tormentare gli altri, provocazioni infantili continue per farli esplodere, cosa che produce poi la distensione

- Comportamenti maldestri, senza tatto ecc.
- Percezione non piacevole dell'aumento dell'eccitazione sessuale, come base caratteriale specifica del masochista
- Atteggiamento spastico molto accentuato, sia psichico che genitale. Inibisce immediatamente e continuamente ogni sensazione seppure accennata di piacere, trasformandola in dispiacere
- La sensazione di sciogliersi è vissuta dal masochista come l'arrivo di una catastrofe punitiva; l'essere picchiato, quindi, diventa lo strumento della distensione agognata, che è vietato raggiungere con altri mezzi, egli, in tal modo, si discolpa dell'accaduto, cioè la distensione sessuale, di cui è invece colpevole la persona punitrice.

L'analisi del carattere masochista, quindi, confuta la pulsione di morte di Freud. Non esiste una pulsione primaria autodistruttiva, ma il masochismo è una risposta a una grave frustrazione primaria della pulsione sessuale verso il piacere.

L'Energia

Parliamo un poco dell'energia:

- L'energia è una forza immateriale che pervade tutto l'Universo.
- L'energia universale è chiamata da Reich *orgone* ed è presente in ogni dove e in ogni cosa a differenti livelli di densità. Anche gli esseri viventi ne sono permeati e in tal caso l'energia assume il nome di energia biologica, non sostanzialmente differente, però, da quella cosmica.

Il punto di partenza per Reich è rappresentato dall'energia sessuale, già osservata da Freud con la teoria delle pulsioni, che gli permise di scoprire la pulsazione biologica e conseguentemente la pulsazione cosmica universale

L'energia biologica è presente in ogni cellula e in ogni parte del corpo, e, secondo Reich, i liquidi corporei sono il veicolo che le consente di muoversi. (Secondo Antonio Mazzetti, l'energia non ha bisogno di liquidi per muoversi. Si muove anche nel vuoto).

I movimenti dell'energia producono dei flussi direzionali nel corpo e sono soprattutto questi a determinare la pulsazione biologica attraverso i flussi centripeti e i flussi centrifughi.

L'energia biologica nel suo spostamento può essere ostacolata, deviata, rallentata, rarefatta o accumulata da opposizioni prodotte dal corpo stesso, ossia dalle tensioni croniche dei muscoli, ovvero, da blocchi della corazza muscolare.

Reich scoprì, attraverso l'esperienza clinica, che l'allentamento dei rigidi atteggiamenti muscolari, provoca strane sensazioni somatiche come tremulti involontari, pruriti, formicolii, sensazioni di calore o freddo intensi, brividi ed infine ira, angoscia, paura e piacere.

Egli scoprì che tali sensazioni non sono conseguenze, cause o fenomeni concomitanti di processi psichici, ma semplicemente quegli stessi processi psichici nell'ambito somatico. Pose così le basi per il concetto di *identità funzionale* tra psiche e soma, ormai ampiamente accettato sia dai medici, sia dagli psicologi, anche se in misura assai limitata negli effetti.

Ricordiamo ancora che, per Reich l'energia è veicolata dal sangue e dal plasma, ossia dai liquidi corporei che rappresentano ben l'80% del corpo. Tuttavia, movimento di liquidi non significa che si muova sicuramente l'energia. Infatti, vi sono casi d'erezione senza alcun piacere, il che dimostra che il sangue affluisce, ma non c'è sufficiente afflusso energetico.

L'energia, quindi, e il suo movimento, sono legati all'eccitazione emozionale. Per Reich, quindi:
Movimento energetico = emozioni = identità funzionale.
I blocchi quindi tendono a frenare le emozioni.

I blocchi non seguono nel loro formarsi le divisioni dell'anatomia del corpo, ma si dispongono secondo i livelli funzionali dei vari apparati e organi fisici. Reich parla dei blocchi in chiave iperenergetica e ipoenergetica rapportandoli a sette livelli funzionali del corpo. Il fluire energetico del corpo è verticale, sia in ascesa, sia in discesa, mentre i blocchi che vi si oppongono si strutturano orizzontalmente sui sette livelli.

I sette livelli, che richiamano alla memoria i sette chakra della filosofia orientale, sono i seguenti tenendo presente che quando si parla di un livello, si includono anche tutti gli organi interni ed esterni del tratto indicato dal livello:

- **1° LIVELLO**
Occhi, orecchie, fronte, sopracciglia e naso. Quindi l'attività del vedere, annusare, ascoltare.
- **2° LIVELLO**
Bocca, labbra, lingua, palato, denti, gengive, ecc. I masseteri (la muscolatura della bocca), conseguentemente anche l'attività del mangiare, la balbuzie ecc.
- **3° LIVELLO**
Collo, gola, epiglottide, tiroide, tonsille. Attività del deglutire.
- **4° LIVELLO**
Torace, polmoni, cuore, timo, spalle, braccia.
- **5° LIVELLO**
Diaframma, essenziale per la respirazione e per tutti gli organi ad esso relativi: fegato, stomaco, duodeno, pancreas, milza.
- **6° LIVELLO**
Addome, con intestino e reni.

- **7°. LIVELLO**
Bacino, gambe, organi sessuali (maschili e femminili), l'ano, la vescica ecc.

Ad ogni livello la vegetoterapia e Reich fanno corrispondere:

- Un ben preciso periodo di formazione del blocco relativo al periodo di sviluppo della funzione intaccata.
- Un ben definito quadro clinico di riferimento.
- Determinati acting con l'obiettivo di sciogliere i blocchi per ristrutturare la funzione danneggiata e per far circolare meglio l'energia.

Introduzione ai sette livelli

Nelle sue ricerche sulla corazza dell'organismo, Wilhelm Reich descrive una distribuzione delle tensioni muscolari secondo zone formate da segmenti orizzontali, sette segmenti o livelli.

I sette livelli (gli occhi, la bocca, il collo, il torace, il diaframma, l'addome, il bacino), sono collegati, articolati tra loro in maniera non anatomica ma funzionale.

Inoltre i livelli non sono dei divisori, ma come dice Reich, dei punti di riferimento, stadi funzionali "di un sistema vivente unitario la cui funzione plasmatica è ostacolata dagli anelli perpendicolari (i livelli) di una corazza".

Le disfunzioni a questi livelli, cioè i blocchi, compromettono quindi il funzionamento dell'organismo nel suo insieme. Un blocco, in ultima analisi, è la soluzione che l'individuo ha trovato per rimuovere una situazione di conflitto. Poiché certi conflitti producono angoscia non sopportabile, noi evitiamo di sentirla creando un blocco, una stasi energetica che corrisponde a quella situazione conflittuale.

Il lavoro terapeutico con i sette livelli scoperti da Wilhelm Reich, fu in seguito sistematizzato da Federico Navarro con Ola Rakness, discepolo e amico personale di Wilhelm Reich, quindi tale lavoro è in linea diretta con quello di Reich.

Il Primo Livello

Gli occhi.

L'occhio, l'orecchio e il naso appartengono al primo dei sette livelli reichiani, sede di tre sensi: vista, udito e odorato.

Lo stadio oculare, scrive Reich, è il primo a svilupparsi nel bambino e quando si verifica un trauma in questa fase ciò può compromettere la visione binoculare.

La visione binoculare è necessaria allo sviluppo della prospettiva tridimensionale: l'indispensabile premessa di un pieno contatto con la realtà.

Per questo livello, come per gli altri, Federico Navarro distingue tra blocco anorgonotico e iperorgonotico.

Blocco anorgonotico dell'occhio (carenza di energia)

Il blocco anorgonotico è presente nella psicosi.

Federico, si rifà qui agli studi di Reich sulla schizofrenia e sui suoi rapporti con il blocco oculare. Reich sosteneva che la psicosi si struttura nei primi giorni di vita, Federico la fa risalire alla vita intrauterina e alla scarsa e limitata circolazione energetica del periodo embrionario e/o fetale.

Un blocco "parziale" crea invece un nucleo psicotico, ovvero un terreno in cui nel corso della vita di un individuo può esplodere una psicosi.

I fattori scatenanti sono gli stress di particolari fasi di cambiamento (vedi: pubertà, servizio militare, maternità ecc).

Il nucleo corrisponde ad una "personalità psicotica" di tipo reattivo, il soggetto non è attivo e creativo, ma reagisce agli stimoli che vengono interpretati in modo esagerato e soggettivo.

Stiamo parlando di un uso massiccio della proiezione fino al delirio. Sono individui che si ritirano facilmente nel sonno e nell'isolamento affettivo.

Dopo i primi 10 giorni di vita, quindi nel periodo neonatale, secondo Federico, il nucleo psicotico crea la struttura borderline.

Ma cosa succede quando il blocco del 1° livello è anorgonotico?
Avviene un ritiro che, dal livello oculare è possibile solo in direzione della base del cervello causando poi i disturbi della coscienza, dissociazione, disorganizzazione, spersonalizzazione e mancanza di contatto.

Questo primo livello dovrebbe fin dalla nascita avere un funzionamento unitario perchè la funzione visiva è intimamente legata all'udito e all'olfatto. In più dovrebbe integrarsi con il 2° livello: la bocca, e quando ciò non avviene si crea la prima frattura tra il "pensare" e il "parlare".

Ciò è caratteristico dei malati psicosomatici, essi infatti, non sanno "verbalizzare" le loro emozioni. Mac Lean sostiene che in entrambi i casi, nella psicosi e nelle malattie psicosomatiche (le biopatie primarie), le tensioni emotive di tali soggetti non sono legate ai processi psichici del neocortex, ma persistono nel cervello limbico.

Secondo Federico ciò ci consente di affermare che la malattia psicosomatica può essere vista come una corporizzazione della psicosi.

Il ritiro causato dal blocco anorgonotico crea una scissione tra sensazione e percezione e ciò impedisce una valida utilizzazione dei telerecettori (vista, udito, odorato), e se le funzioni sensoriali non si realizzano nel migliore dei modi sin dalla nascita "...vi sarà una percezione iniziale alterata da registrare come engramma basilare distorto". (Navarro).

Ciò impedisce una sana distinzione tra Io e non-Io, a cui si sostituisce, nello psicotico, una tendenza a fondersi con il mondo e a perdere i confini con le tipiche fantasie di dispersione e frantumazione.

Con la Vegetoterapia si può operare in presenza di un nucleo psicotico, qui Federico suggerisce di "corazzare" gradualmente tutti i livelli a partire dal primo (il blocco oculare anorgonotico impedisce la formazione della corazza e quindi dell'Io, non a caso Federico dissente da Baker che parla di carattere oculare). L'obiettivo è quello di colmare la mancanza di contatto e di fornire il soggetto di un Io "nevrotico".

Blocco iperorgonotico dell'occhio (eccesso di energia)

Secondo Federico, tra le manifestazioni cliniche di questo blocco vi sono la cefalea, l'emicrania e l'epilessia.

Cefalea ed emicrania.

Secondo la medicina psicosomatica la psicopatogenesi della cefalea e dell'emicrania va ricercata in un ostilità bloccata di tipo primario, cioè sarebbero congenite.

Secondo la vegetoterapia non esiste un ostilità di tipo primario, bensì una paura primaria a cui il soggetto reagisce, per difesa, con l'ostilità.

La dinamica descritta da Federico è questa:
l'emozione primaria della paura nei primi momenti di vita determina una perdita di tono e quindi una vasodilatazione (sistema parasimpatico).

La vasodilatazione minaccia il sistema che reagisce, per salvarsi, con una vasoconstrizione (sistema simpatico), ciò corrisponde ad una scarica a livello oculare (sguardo fulminante dell'ostilità).

I dolori della cefalea e dell'emicrania sono dovuti alla tensione cronica delle terminazioni simpatico muscolari del cranio.

Per Federico la cefalea è collegata ad una mancanza di contatto e ad una paura generalizzata più primaria mentre l'emicrania appartiene ad un periodo neonatale successivo ed è, al contrario, legata ad una paura specifica.

In particolare si traduce in una ostilità per paura di una figura femminile, se si tratta dell'emisfero cranico sinistro, di una figura maschile per quello destro.

La vegetoterapia oltre a suggerire tutte le terapie che mettono in movimento l'energia: agopuntura, omeopatia ecc., propone il lavoro sugli occhi che sbloccando le emozioni di paura risolve il sintomo.

Epilessia.

L'epilessia di cui parla Federico è quella detta idiopatica, non collegata, cioè, ad alcun danno organico a carico del cervello.

L'attacco epilettico è provocato da un'attività elettrica anomala del cervello. Si tratta di un'anomalia transitoria che può interessare un lobo specifico: frontale, occipitale, parietale, temporale o insulare e che corrisponde poi, dal punto di vista sensoriale o motorio ad una specifica manifestazione dell'individuo.

Secondo Federico le definizioni come "essenziale" o "idiopatico", tanto care alla medicina ufficiale, significano, in realtà: totale ignoranza sulle cause di un disturbo.

La vegetoterapia considera l'epilessia come la manifestazione somatica della psicosi, ma mentre lo psicotico ha un blocco anorgonotico agli occhi, l'epilettico ha un blocco iperorgonotico.

L'epilettico, nel momento della crisi, scarica il surplus d'energia a carico del distretto oculare diffondendo l'eccesso in un sol colpo all'insieme dei muscoli del corpo.

L'epilessia è classificata come:

- Il grande male
- Il piccolo male

In entrambe le forme vi è una perdita di coscienza.

Nel grande male la crisi è annunciata da un'anomalia dal punto di vista sensoriale o motorio chiamata "aura" (diversa da quella energetica) a cui segue il blocco del respiro, la contrattura dei muscoli e infine la scarica ritmica con la fuoriscita dell'aria fino a quel momento trattenuta.

Il piccolo male è caratterizzato da brevi "assenze" durante le quali è raro che l'individuo cada o eccitazioni improvvise che possono portare ad atti violenti (furore epilettico).

La madre dell'epilettico è spesso dura e anaffettiva ma iperprotettiva ciò determina la problematica psicologica principale di questi soggetti: un enorme bisogno d'amore e un'ostilità repressa e trattenuta nei muscoli.

La vegetoterapia in presenza di questo disturbo insiste con gli acting del primo livello, che permettono al soggetto di dominare lo spazio e il tempo, proprio l'aspetto che viene perduto nelle crisi.

Il lavoro terapeutico riesce a forzare l'attenzione e la presa di coscienza del soggetto sui segni premonitori che anticipano le crisi fino a riuscire ad evitarle.

Federico accenna alla base psicologico-emotiva dell'epilessia comprovata dal fatto che l'epilettico non ha mai crisi in situazioni di pericolo, egli deduce così il ruolo fondamentale e l'influenza della situazione ambientale nello scatenarle.

In parole semplici: esiste una componente emozionale inaccettabile per il soggetto che prende la strada della crisi; comprenderne l'aspetto dinamico, riconoscerlo, riviverlo e accettarlo possono, insieme al lavoro energetico, risolvere o almeno aiutare a "governare" questo difficile disturbo.

L'epilessia può essere confusa con l'isteria.

L'isterico, a differenza dell'epilettico, quando cade non si fa mai male e quando ha le sue crisi chiude il pugno con il pollice in fuori mentre l'epilettico chiude il pollice nel pugno.

Calvizie ed Alopecia

In entrambe le forme si tratta di caduta dei capelli. Ma mentre la calvizie è un processo lento e graduale, l'alopecia è la caduta improvvisa di intere ciocche o "placche" che lasciano aree di pelle nuda apparentemente normali.

La calvizie è dovuta ad uno stato di tensione generale e localizzato nelle aree del collo (difesa narcisistica), e della "galea capitis", il muscolo superficiale del collo.

L'alopecia è la manifestazione somatica di un nucleo psicotico ricollegabile alle fasi d'allattamento.

Disturbi classici della vista

Tra i disturbi più classici, dovuti ad una tensione cronica dei muscoli esterni e interni dell'occhio troviamo:

- L'astigmatismo, in cui la visione è appannata come se gli occhi fossero colmi di lacrime. L'astigmatico "deve sempre fare il punto"
- La miopia, che costringe i soggetti ad avvicinare gli oggetti per vederli, qui durante l'allattamento la madre è stata "lontana"
- L'ipermetropia corrisponde ad un difetto nell'accomodazione visiva che non consente la messa a fuoco degli oggetti vicini, sono soggetti che praticano la fuga in avanti perché il presente gli fa paura. È un problema di svezzamento e di "paura dell'estraneo"(Spitz).
- La presbiopia non è per niente "automatica" dopo i 40 anni! Le sue radici sono da ricercarsi nel periodo in cui il bambino comincia a camminare, quando passa dalla motilità alla mobilità e acquisisce la dimensione spazio-temporale. Se ciò avviene prima che il bambino sia in grado di padroneggiarla egli immobilizzerà gli occhi alla ricerca di un punto d'approdo sicuro.

Le orecchie

Tutti i sensi, a partire dal terzo mese fetale sono attivi. Tuttavia l'udito, nell'ambiente uterino, svolge un ruolo predominante e i suoni, armonici e non, hanno notevole influenza sulla sensibilità del feto.

Come per la vista, la funzione uditiva riveste un'importanza fondamentale per una corretta percezione della realtà. Il nervo acustico è strettamente associato ai centri della visione, per questo motivo, quasi sempre, le allucinazioni visive sono accompagnate da allucinazioni uditive.

Il suono può veicolare sensazioni gratificanti e frustranti, quindi la percezione uditiva, può bloccarsi e alterarsi con vari livelli di gravità. La sordità, per esempio, è spesso selettiva, compare cioè solo in certe situazioni.

Il naso.

Esiste uno stretto rapporto fra l'olfatto e l'emotività. Ciò trova conferma anche nella connessione a livello neurofisiologico tra i nervi responsabili della sensazione olfattiva: i trigemini, facciali e ipoglossi, e l'area limbico-ipotalamica.

Molti bambini appena nati, se lasciati tranquilli sulla pancia della madre annusano la madre alla ricerca del seno. L'odore resta poi per molto tempo un elemento di riconoscibilità tra il bambino e i suoi genitori.

Altro rapporto importante esiste con la sessualità. Anche se ciò è più evidente nei preliminari d'accoppiamento dei mammiferi.

Le cavità nasali sono tappezzate di una mucosa erettile del tutto simile a quella del pene e della clitoride, infatti il tessuto nasale ha caratteristiche erogene analoghe procurandoci piacere se l'odore sentito è gradevole o seducente o dispiacere se è invece ributtante.

L'analogia con la sessualità diviene poi una chiave interpretativa importante per i disturbi a carico di quest'area.

Le manifestazioni allergiche come le riniti o il raffreddore da fieno sono espressione di una sessualità repressa; alcune persone quando sono sessualmente eccitate, starnutano.

Il blocco al naso determina una caratterialità basata su un atteggiamento represso che si traduce in una continua sfida e difficoltà ad essere in contatto con i propri bisogni e con gli altri con il conseguente instaurarsi di pseudo-contatti privi di qualunque spontaneità.

Un atteggiamento caratteriale che, secondo Federico, porta raramente questi soggetti verso la psicoterapia.

Il Secondo Livello

La bocca

Il secondo livello, la bocca, corrisponde alla funzione orale.

È attraverso la bocca che il bambino stabilisce il contatto con il mondo, e queste prime esperienze piacevoli o spiacevoli lasceranno un'impronta fondamentale nel modo in cui si relazionerà a se stesso e agli altri.

Dal punto di vista anatomico, il secondo livello comprende la bocca, una cavità che termina con l'arco amigdalico e va fino alla gola dove si biforcano i tubi laringeo ed esofageo.

La laringe è l'organo della voce; bocca e mascella svolgono un ruolo fondamentale nel processo di vocalizzazione: se sono corazzate, formano una specie di coperchio sul canale espressivo, chiudendo del tutto la voce oppure affievolendola e appiattendola.

Un ruolo particolare nel frenare l'espressività vocale è svolto dai muscoli della lingua che si trovano sotto il mento, muscoli che dovrebbero essere rilassati e flessibili, mentre nell'adulto lo sono raramente.

Gli annessi della bocca sono i denti, la lingua che è l'organo del gusto, e le ghiandole salivari. La secrezione della saliva è regolata dal SNA: il parasimpatico la fluidifica (fino alla scialorrea, perdita involontaria di saliva dalla bocca, normale nei lattanti fino a 12 mesi circa), il simpatico la inibisce, come quando si ha paura o ci si arrabbia.

I muscoli del segmento orale sono molti e non starò ad elencarvi tutti. Ma è importante sapere che si tratta di fasce muscolari che estendendosi fino al collo interagiscono con i muscoli del torace e delle spalle e ciò spiega il torace incavato, le spalle ruotate e la spinta in avanti della testa, tipici della struttura orale.

Anche la postura della bocca viene influenzata dai blocchi di questo segmento, in particolare mi riferisco alle mascelle che possono essere non allineate, serrate o innaturalmente rilasciate. Ciò implica uno spostamento del mento indietro o in avanti (ostinazione).

L'orgasmo orale

La bocca, come dice anche Baker, è l'unico organo che, insieme ai genitali, è in grado di iniziare una convulsione orgasmica.

Questa è osservabile nel bambino, subito dopo un allattamento caldo e gratificante, come un tremore lieve delle labbra cui segue l'abbandono fiducioso tra le braccia della madre. Notate la similitudine con le fasi della formula dell'orgasmo? (formula T.C.).

Ciò è dovuto al fatto che sia la bocca che i genitali possono sovrapporsi e fondersi con un altro organismo.

Altra conferma del collegamento tra bocca e genitali la ritroviamo nella vegetoterapia, quando al lavoro sulla bocca corrispondono spesso riflessi a livello del bacino con eccitazione, lubrificazione vaginale o erezione.

Capite, quindi, quanto sia importante per acquisire una genitalità matura, aver superato e soddisfatto la situazione orale di base. Essere passati, cioè, dall'oralità alla genitalità.

La sessualità orale

Non ci riferiamo alle pratiche sessuali conosciute come fellatio o cunnilingus, ma piuttosto ad un atteggiamento generale connotato da "fame" sessuale, con la quale il soggetto appaga in realtà i suoi insoddisfatti bisogni di affetto, attenzione e riconoscimento.

Riguardo alla sessualità sono presenti sostanzialmente due problematiche collegate ad una scarsa o insoddisfacente esperienza di allattamento: una di rimozione della spinta sessuale (frigidity, eiaculazione senza piacere, impotenza), l'altra di bisogno rabbioso (ninfomania, eiaculazione precoce, sesso usato come arma).

Il progresso evolutivo da una sessualità infantile ad una adulta corrisponde, quindi, al passaggio dal bisogno di fare sesso al desiderio di fondersi con un altro essere umano, dal piacere eccitatorio e superficiale alla gioia dell'abbandono.

L'aggressività orale

Un altro capitolo deve essere aperto riguardo alla funzione dei denti. Abraham, un contemporaneo di Freud, fu il primo a definire la fase della dentizione come fase sadico-orale.

Con ciò voleva stabilire un collegamento fra l'attività di masticare, frantumare e inghiottire e le componenti aggressive e sadiche del bambino.

I denti servono per masticare ma sono anche strumenti di difesa, la bocca, così, diviene il primo scenario dell'ambivalenza, in cui piacere e disgusto, rabbia e paura si mescolano generando sentimenti di colpa.

Il succhiare, a causa della frustrazione diviene desiderio di mordere, di "divorare" la madre, la paura di essere puniti si trasforma in paura di essere "divorati" da lei.

Il desiderio di ringhiare, ruggire e mordere represso a causa della paura della punizione o della derisione può creare una smorfia fissa, artificiale, d'ostilità.

Se anche l'espressione facciale della rabbia fosse repressa, potremmo trovarci di fronte ad una persona che sorride sempre, che sorride troppo; in questo caso diviene rivelatrice l'espressione degli occhi che risulteranno, invece, gelidi e freddi.

Un altro elemento rivelatore della rabbia o della sua rimozione è la posizione del mento.

La mascella (sez. inferiore), può essere spinta in avanti in una posizione di "rifiuto" che esprime sfida e cocciutaggine; oppure può essere spostata indietro, in atteggiamento succhiante e infantile che sembra dire "sono inoffensivo".

Aspetti caratteriali, psichici e somatici dell'oralità.

Il neonato attraverso l'allattamento appaga il suo bisogno di essere amato, rassicurato, accettato e di potersi abbandonare a questa esperienza in modo fiducioso.

Un allattamento insufficiente o uno svezzamento brusco si sposterà poi, psicologicamente, oltre che nella fame sessuale di cui abbiamo parlato, anche nella pulsione di essere riconosciuti o nella sete di giustizia, tutti aspetti che derivano da un forte senso d'inadeguatezza e vuoto.

Come dice Lowen : "Si può paragonare il lattante al frutto che matura sull'albero; il capezzolo è l'equivalente del gambo. La naturale separazione del frutto avviene quando è giunto a perfetta maturazione: allora cade al suolo per iniziare un'esistenza indipendente radicandosi alla "madre" terra. È solo il frutto immaturo che presenta una resistenza alla separazione dall'albero... Nel caso del frutto, più è maturo prima della separazione dall'albero più contiene zucchero naturale ed è dolce. Il frutto immaturo è aspro come l'organismo immaturo che troppo presto perde la connessione vitale con la madre. Il carattere orale è aspro e questa asprezza si scopre in tutti gli individui la cui struttura contiene un forte elemento orale".

Depressività

Un allattamento scarso o insoddisfacente genera ciò che Federico Navarro chiama "depressività", questa condizione è collegata ad un sentimento di perdita che si manifesta spesso con possessività e gelosia.

Questa può determinare due diverse risposte, una passiva (dipendenza) con tendenza, in certe situazioni, a deprimersi, l'altra reattiva (aggressività orale) come disposizione a reagire rabbiosamente. La rabbia è, in questo caso, una difesa dalla depressione.

La naturale aggressività erotica del lattante quando è frustrata si trasforma in distruttività, il sentimento inconscio di colpa che questa comporta è alla radice di molte malattie dei denti.

Vi sono poi alcune sindromi in cui ritroviamo la problematica orale, alcune di queste sono:

- **Anoressia mentale**
Riguarda solitamente giovani in età puberale, è caratterizzata da un forte dimagrimento, vomito, perdita dei peli.
Gli effetti della denutrizione sui processi biochimici del corpo possono portare alla morte.
Le stesse alterazioni biochimiche provocano la scomparsa delle mestruazioni, stanchezza e perdita del desiderio sessuale.
L'anoressia (è molto raro che sia un disturbo maschile), ha una storia di scarso o freddo contatto con la madre, essa fantastica inconsciamente di divorarla, un desiderio che le procura forti sensi di colpa e il bisogno di autopunirsi privandosi della gratificazione orale.
- **Bulimia nervosa**
Le crisi bulimiche sono caratterizzate dal bisogno imperioso e irrinunciabile di ingurgitare grandi quantità di cibo nel minor tempo possibile.
Se l'anoressia è una difesa dai propri impulsi distruttivi, la bulimia rappresenta il tentativo di divorare la madre, di riempire il vuoto associato alla sua mancanza.
- **Herpes**
È un'infezione che si presenta con vescicole dolorose nella bocca, sulle labbra e sugli organi genitali che rappresentano il tentativo di scaricare un ristagno energetico.
Da un punto di vista dinamico evidenziano una condizione di paura legata al piacere sessuale.
- **Stomatiti, gengiviti, piorree**
Sono tutte legate alla difficoltà di mordere, di usare i denti e dinamicamente di usare la propria aggressività come ad-gredior per affrontare la vita.
Se a questa si aggiunge la mancanza di appetito o la nausea, che simbolicamente può rappresentare il non voler inghiottire, digerire la realtà, allora ci saranno affezioni a carico dello stomaco e dell'intestino.

Altri aspetti psicopatologici del quadro depressivo

Federico Navarro definisce il periodo neonatale, quello che comincia alla nascita e termina con lo svezzamento, il periodo temperamentale (il "corredo" bio-energetico: una combinazione di fattori endocrini e neurovegetativi), in cui da parte del neonato più che un'intenzionalità vi è una reattività.

Secondo Federico un allattamento deficitario influirà sulla formazione dell'Io, (che comincerà solo con lo svezzamento quando l'intenzionalità e la neuromuscolarità faranno entrare il bambino nella caratterialità), che si fisserà al temperamento.

Il nucleo psicotico che si può formare in questo periodo, viene bloccato dall'entrata forzata nella caratterialità, tipica di uno svezzamento precoce.

Questa, secondo Federico, è la condizione caratteristica della condizione borderline (stato limite); il temperamento del soggetto è sotto controllo, ma può sempre esplodere se crollano le difese dell'io.

La depressione nascosta, riguarda quei soggetti che pur accusando stanchezza, insonnia, inappetenza, non manifestano dal punto di vista dell'umore atteggiamenti di tipo depressivo.

In questa condizione, erroneamente chiamata "esaurimento nervoso", l'aspetto orale è alimentato da un blocco del collo, blocco narcisistico, che induce il soggetto a nutrirsi energeticamente a spese del collo in una condizione di costante tensione che lo fa sentire costantemente affaticato.

Il tratto caratteriale orale è presente in tutti gli altri tipi di carattere, in particolare lo ritroviamo nel fallico-narcisista e nell'isterico perchè entrambi spostano l'eccitabilità del bisogno orale insoddisfatto nella fame sessuale.

L'orale rimosso, l'orale insoddisfatto.

Nei modi di reagire dell'orale, che come "carattere" nel senso pieno del termine non esiste, mentre come tratto è presente in ogni tipo caratteriale, si distinguono due aspetti fondamentali tracciati da Baker nel suo *L' uomo nella trappola*:

L'orale rimosso, o come diremmo noi: il pretenzioso rimosso, generalmente ha una struttura sottile e allungata, (Lowen, nel suo *Bionergetica* fa l'ipotesi che l'attaccamento che l'orale conserva alla sua condizione infantile, ritardando la conclusione della maturazione, consenta alle ossa lunghe di crescere più del dovuto), è privo d'energia, pallido, e quieto.

Parla con la voce bassa ma si esprime in modo caustico e mordace. Ha un continuo bisogno di essere lodato e si aspetta di poter amare senza fare alcuno sforzo.

Non chiede mai nulla e sembra accontentarsi di tutto, in realtà nasconde dietro all'alibi dei sensi di colpa un orgoglio ostinato e non trae mai veramente piacere da ciò che riceve. Non prova piacere nel mangiare, nel fumare, nel bere.

Si aspetta di essere sostenuto dai membri più capaci della propria famiglia e spesso tende a dipendere a lungo dai propri genitori.

L'orale rimosso nega la sua depressione e, come dice Federico, va avanti "serrando i denti", atteggiamento che è rivelato dalla contrazione cronica dei suoi masseteri e dal fenomeno notturno del digrignare i denti noto come brownismo. Non è un collerico ma è fortemente irritabile e permaloso.

L'orale insoddisfatto appare spesso come una persona piena d'energia ma è un comportamento compensativo perchè nel profondo nasconde sempre la situazione depressiva ma ne è consapevole e cerca costantemente di risolverla attraverso il cibo, il fumo o l'alcool o qualunque altra cosa che possa dargli una pur minima soddisfazione a livello orale.

È mutevole e imprevedibile, può andare soggetto a momenti di euforia e collera alternati ad abbattimento. La sua pretesa è manifesta, ma non ne è consapevole perchè è bravo dialetticamente a dimostrare la legittimità delle sue pretese.

Chiede molto agli altri ma non è mai contento. È un gran parlatore, ma ama parlare di sé generalmente mettendosi in una luce favorevole, il suo esibizionismo non è di natura fallica ma un mezzo per ottenere attenzione, interesse e amore.

Alterna momenti di sopravvalutazione di sé con altri in cui si sente impotente e inadeguato. Ripete spesso "non so cosa voglio", perchè in realtà prova riluttanza ad accettare la realtà e la necessità di lottare nella vita.

Il Terzo Livello

Il collo

Con il collo concludiamo i primi tre livelli che chiamiamo pregenitali.

Il collo è la sede di importantissimi organi connessi con vari sistemi:

- Digerente (faringe, esofago);
- Respiratorio (laringe, trachea, polmoni);
- Circolatorio (importanti arterie e vene come la carotide e la giugulare);
- Endocrino (ghiandole vitali come tiroide, paratiroidi, timo)
- Nervoso periferico (i primi tre gangli che regolano la circolazione, il funzionamento della tiroide, le funzioni cardiaca e polmonare).

I muscoli di questo segmento sono disposti in tre strati:

Lo strato profondo è costituito dai muscoli che aderiscono posteriormente e anteriormente alla colonna vertebrale cervicale.

Questi muscoli tengono unite le vertebre cervicali alle clavicole, sterno, coste, scapole.

La tensione di questi muscoli profondi può generare un non allineamento delle vertebre (percepibile alla palpazione), è responsabile della morfologia del collo (sottile o grosso, lungo o corto) e della famosa artrosi cervicale.

È bene conoscere la differenza fra un cattivo allineamento delle vertebre del collo e una "frattura" dell'allineamento stesso.

Quest'ultima è indicativa di una condizione schizoide, che è rilevabile osservando la persona in piedi: all'altezza del collo la linea della colonna si "interrompe" per poi proseguire "spostata" rispetto all'asse della colonna intera.

Ovviamente la tensione cronica di questi muscoli è responsabile anche delle cifosi (gobba o arrotondamento in genere nella parte superiore della colonna) o scoliosi (deformità laterale della colonna).

Nello Strato medio si trovano i muscoli che anteriormente ricoprono la laringe e la tiroide e che provengono sia dalla mandibola che dal torace.

Per produrre suoni, nel pianto, nel riso la laringe deve poter essere mobile, quindi una tensione cronica a questo livello ha le conseguenze che immaginate.

La ghiandola tiroide è formata da due lobi posti lateralmente alla trachea. La tiroide svolge un ruolo importantissimo nel controllo del metabolismo, è fondamentale per la crescita ossea e per la rapidità dei processi mentali.

La funzionalità della tiroide è controllata dall'ipotalamo e da un'altra ghiandola: l'ipofisi.

La condizione ipertiroidea è tipica di soggetti ansiosi ma molto controllati e quindi chiusi e orgogliosi. L'ansia al primo livello li porta a caricare l'ipotalamo che stimolando l'ipofisi aumenta la produzione di calcitonina (calcio) con sintomi neuro-vegetativi come tremito, ipersudorazione, tachicardia ecc.

La condizione ipotiroidea porta ad un rallentamento dei processi mentali. La condizione di deficit energetico è caratteristica dello stato borderline che può presentare a volte allucinazioni e fobie.

I muscoli del Terzo strato sono rilevanti ai fini della postura del capo.

Sono localizzati posteriormente, come ad es. il trapezio e lateralmente, come gli scaleni e lo sternocleidomastoideo.

Una condizione riconducibile alla tensione di questi muscoli è il torcicollo. La limitazione dei movimenti del collo corrisponde psicologicamente ad una diminuzione nella capacità del soggetto di "guardarsi intorno", ad avere un'ottica ristretta e un comportamento rigido che gli fa perdere di vista l'insieme a favore del dettaglio e lo porta su posizioni di egoismo.

Inoltre la trazione dei muscoli del collo influenza il torace gonfiando e comprimendo la gabbia toracica soffocando il cuore e compromettendo la capacità amorosa.

L'importanza degli organi situati nel collo per la salvaguardia della vita fa sì che il collo rappresenti più di ogni altra parte del soma, l'istinto di conservazione. È il luogo privilegiato della difesa dalla minaccia di annientamento somatico e psichico.

Nel collo troviamo i ricordi che fanno riferimento alle situazioni in cui ci hanno mortificato e umiliato. Purtroppo l'integrità psicologica dei bambini è spesso violata costringendoli ad ingoiare "cose" che altrimenti rifiuterebbero.

La tensione muscolare di questo segmento rappresenta una difesa inconscia contro la possibilità di essere costretti ad ingoiare qualunque "cosa" inaccettabile proveniente dall'esterno.

È anche, al tempo stesso, una difesa o un controllo inconscio contro l'espressione di sentimenti che si teme possano essere inaccettabili per gli altri.

Il collo finisce così per rappresentare "il controllo" per eccellenza, una specie di stazione in cui si decide cosa far passare in entrata o in uscita.

Nel collo è localizzato il self-control, che cronicizzato impedisce a causa della rigidità psicologica, (non solo fisica), di potersi concedere e abbandonare a se stessi e all'altro.

Da un punto di vista somatopsicodinamico per Federico le infiammazioni a carico della faringe, condotto posto tra la bocca e l'esofago, sono somatizzazioni riconducibili alla difficoltà a "inghiottire" o "digerire" una novità sgradevole.

La laringite, invece, (l'apertura delle vie respiratorie), caratterizzata da disfonia o afonia, è collegata ad una situazione affettiva in cui ci s'impedisce di parlare e urlare.

Il narcisismo

Le offese e le umiliazioni del passato sono gli ingredienti della "ferita narcisistica", la matrice dell'odio vendicativo, come abbiamo visto in altre sezioni di questo sito (Antonio Mazzetti, Laura Rita, Antonio Mercurio).

La presenza d'organi indispensabili alla sopravvivenza e il ruolo rilevante del collo nel controllo delle sensazioni, emozioni e sentimenti fa di questo livello il luogo in cui troviamo rappresentati l'orgoglio e il narcisismo.

Vi sono un narcisismo primario (fisiologico) e uno secondario (nevrotico).

Il narcisismo primario nasce nel periodo in cui il bambino, ormai muscolarmente capace, scopre il suo corpo e il piacere che può darsi da sé.

Questo tipo di narcisismo compare in forma inconscia verso i nove mesi, e coscientemente verso i due anni di vita. Siamo nella fase dell'autoerotismo, dell'inizio della masturbazione e della scoperta della propria identità sessuale.

Scoprendosi capace di darsi piacere, il bambino scopre due parti di sé:

- il "me"
cioè il contatto con se stesso, l'energia auto-indirizzata
- l'"io"
cioè il contatto con gli altri, l'energia etero-indirizzata.

Si può dire, quindi, che il bambino scopre se stesso attraverso il piacere che può darsi. Quando questo processo di scoperta è impedito o contrastato l'identità personale non può fondersi e integrarsi armoniosamente con quella del proprio genere sessuale: qui nasce l'ambivalenza e l'omosessualità latente.

Il collo rappresenta l'identità personale; il bacino con le pelvi, invece, l'identità sessuale. Tra i due esiste, quindi, un collegamento naturale, ciò fa sì che collegato al blocco del terzo livello vi sia sempre un blocco al settimo: la pelvi.

L'impossibilità ad abbandonarsi tipica del blocco narcisistico coinvolgendo il bacino impedisce l'abbandono orgasmico e, nelle donne, un facile svolgimento del parto.

Dalla repressione del narcisismo primario, nasce il narcisismo secondario.

In altre parole l'energia destinata al contatto con gli altri è ripiegata, reindirizzata reattivamente sull'io che s'ingigantisce. Si crea qui il Super-io primitivo (l'altro si trova nel bacino), e al piacere si sostituisce l'insoddisfazione di sé.

Ci sono due Super-Io, uno legato al collo: super-io come ideale dell'io, per cui il soggetto ha paura del proprio giudizio; il secondo super-io è invece legato alla pelvi, e in quel caso il soggetto ha paura dell'opinione degli altri che rappresentano, fantasmaticamente, l'entità autoritaria che giudica il sesso una cosa sporca.

Cominciano, così, auto-richieste sempre più pressanti di perfezione che spingeranno poi il soggetto, all'ambizione, competizione, carrierismo, lo priveranno dell'umiltà e della possibilità di sentire i propri limiti rendendolo sempre più orgoglioso e rigido.

Narcisismo e carattere

Il tentativo costante di superare noi stessi e le nostre paure ci fa vivere continuamente in ansia. Quest'ansia stabilisce un'unione naturale tra il collo e il diaframma dove troviamo il MASOCHISMO.

Il narcisista ha anche un tratto masochista, perché per la sua brama di potere elabora progetti a lungo termine che impongono sacrifici e lo privano della gioia del presente.

Il masochista è anche un narcisista a rovescio. Facendo una vita di sacrifici si sente un martire, un eroe e un santo.

Il soggetto per vanitosa presunzione, si "carica" sulla nuca le responsabilità del mondo intero sviluppando così, quello che è conosciuto come il "Complesso di Atlante". (In anatomia è chiamata "atlante" la prima vertebra cervicale; nella mitologia classica, Atlante è il titano che sorregge l'intera volta celeste).

Il tratto narcisistico è, con aspetti diversi, presente in ogni tipo caratteriale: orale, coatto, fallico e isterico.

La posizione fallico-narcista, per esempio, ha la sua genesi verso i tre anni di età quando il bambino o la bambina si avvicinano edipicamente al genitore di sesso opposto.

Quando la richiesta del bambino, che è naturalmente seduttiva ed esibizionistica, è repressa o respinta ciò genera, in lui, una condizione di ambivalenza con desiderio di conquista e vendetta insieme.

Quest'angoscia di castrazione fa sì che il fallico-narcista s'identifichi con il fallo, (nelle donne vi è la fantasia di averlo) e che utilizzi la sessualità come un'arma per vendicarsi.

Il Quarto Livello

Gli organi importanti di questo livello sono:

- La ghiandola timo
- Il cuore con i suoi annessi
- L'apparato respiratorio

Il timo

Il TIMO è una ghiandola appartenente al sistema immunitario, è situato nella parte alta del torace, dietro lo sterno ed è formato da due lobi che si uniscono davanti alla trachea. Ogni lobo è formato da tessuto linfatico.

Il timo svolge un ruolo importante nella risposta immunitaria a partire dalla dodicesima settimana di gestazione, ma mentre è molto sviluppato nel feto, si atrofizza a poco, a poco nell'infanzia. Nell'adulto è presente ma non ha più alcuna funzione difensiva.

Perché questa ghiandola ci interessa? Perché essa, secondo Federico Navarro, rappresenta l'io biologico.

La prima conferma di questa tesi viene dal momento evolutivo in cui il timo si attiva: la dodicesima settimana di gestazione. Questo è anche il periodo in cui si "definisce" l'identità sessuale del feto

Altra analogia è riscontrabile nella particolare funzione del timo: istruire i linfociti affinché apprendano a distinguere le molecole amiche da quelle nemiche, in altre parole, aiutare l'organismo a distinguere il sé dal non-sé (prima definizione dell'io anche attraverso l'individuazione del non-io).

Federico Navarro ha sempre sostenuto che il fenomeno dell'AIDS non va tanto cercato nell'azione di un virus ma in una condizione sempre più diffusa di "immunodeficienza" (che è la causa, quindi, non l'effetto).

Il fatto che colpisca più spesso gli omosessuali, dipende proprio dalla loro difficoltà a riconoscere e incorporare la propria identità biologica.

Come reichiani crediamo che l'immunodeficienza non sia altro che l'espressione biologica di un problema che ha le sue radici in una scarsa o confusa identità bio-psichica.

Federico descrive due tipi di condizioni, l'ipotimismo con precocità o ritardo della pubertà, fragilità ossea, magrezza e eccitabilità neuro-muscolare e l'ipertimismo con iperproduzione delle cartilagini di coniugazione ossee, precoce crescita dello scheletro.

Il cuore

Il CUORE è un muscolo cavo involontario di forma conica il cui vertice posa sul diaframma.

È situato nel torace, tra i polmoni, in uno spazio che si chiama MEDIASTINO (tra lo sterno e la colonna vertebrale), in cui trova posto insieme alla trachea, l'esofago, il timo e i vasi principali. È spostato a sinistra ed è sostenuto dai vasi sanguigni in entrata e in uscita.

Il cuore è formato di tre strati, il PERICARDIO che è il sacco che lo racchiude composto da due foglietti, il MIOCARDIO che è il tessuto muscolare contrattile e l'ENDOCARDIO una sottile membrana che tappezza la superficie interna delle cavità cardiache, tutte suscettibili di infiammazioni.

Il cuore si presenta suddiviso in due metà da un setto verticale: a destra il cuore venoso, a sinistra il cuore arterioso. Le due metà sono poi ulteriormente divise da una membrana perforata in due cavità: l'atrio, superiormente, e il ventricolo, inferiormente.

Il sangue viene pompato per effetto della contrazione (sistole) dall'orecchietta (atrio) al ventricolo che si dilata (diastole) o viceversa.

I vasi della circolazione cardiaca sono: le VENE che vanno al cuore (sangue venoso che è povero d'ossigeno e ricco di anidride carbonica), le ARTERIE che partono dal cuore (sangue arterioso ricco di ossigeno) e le CORONARIE (la circolazione propria del cuore).

Questi vasi sono ricoperti di tessuto muscolare, soggetto quindi, alle variazioni di tono di cui abbiamo già parlato: con effetto contrattivo per il simpatico e dilatativo per il parasimpatico.

La riduzione drastica del diametro dei vasi, a causa di una prevalenza eccessiva del simpatico (contrazione), può impedire l'afflusso del sangue e fenomeni ischemici transitori (angina) o definitivi (infarto).

La personalità di questi soggetti, scrive Federico Navarro, è quella di chi antepone il ruolo sociale, il lavoro, l'impegno di fronte agli altri alla propria vita affettiva. Ma in realtà sono persone che pur mostrandosi formalmente autonome e indipendenti, anzi facendosi vanto di ciò, nascondono invece un forte desiderio rimosso di protezione, amore e contatto.

La NEVROSI CARDIACA va invece annoverata tra i disturbi funzionali senza alcuna base organica. Questa nevrosi, dice Federico, ricorda al soggetto l'esistenza del suo cuore attraverso palpitazioni, tachicardia, dolori retrosternali, tutte manifestazioni che non alterano in alcun modo l'onda T dell'elettrocardiogramma.

Un pensiero costante di queste persone è la paura di morire, in realtà la "morte" che temono è l'abbandono, la separazione, il rifiuto o le ferite al loro narcisismo.

Il vantaggio secondario della loro marcata ipocondria, è la richiesta e la risposta d'affetto, e attenzione, che la paura per i propri sintomi provoca.

I due tipi di disturbo descritti, quelli con sintomi organici e quelli con sintomi psichici hanno in comune un nucleo orale ansioso, bisogni di contatto e amore, ma in più l'anginoso fugge nel terzo livello, il collo, negando e sostituendo tali bisogni con un ideale dell'io che finisce per diventare persecutorio e portare al crollo.

Nel caso della nevrosi cardiaca può, talvolta, portare sollievo la respirazione. Questa, secondo Navarro, calma la sete di ossigeno e può, quindi, saziare il bisogno di contatto.

La respirazione

Nel quarto livello si trova la maggior parte dell'apparato respiratorio: trachea, bronchi, polmoni. L'attività polmonare assicura gli scambi gassosi tra l'organismo e l'ambiente esterno.

Con l'inspirazione si ha l'immissione d'ossigeno (trasportato dai globuli rossi), e con l'espiazione l'espulsione d'anidride carbonica. Ma l'attività respiratoria è importante anche per regolare (insieme ad altri organi, soprattutto i reni), l'equilibrio acido-base o acido-alcalino del sangue.

Una respirazione ridotta porta ad una ritenzione dell'anidride carbonica e quindi ad uno spostamento del PH nel senso dell'acidosi, viceversa una condizione di iperventilazione provoca una eliminazione eccessiva dell'anidride carbonica e alla prevalenza dell'alcalosi.

Gli acidi sono ioni positivi, gli alcali ioni negativi. Quando vi è equilibrio dinamico i liquidi sono vicini alla neutralità chimica e l'organismo funziona in modo organomicamente ottimale.

Il Test di Vincent è utilizzato proprio per misurare i parametri del PH e rileva quattro "terreni" energetici:

- **ALCALINO OSSIDATO:** biopatie primarie (cancro, AIDS ecc)
- **ACIDO OSSIDATO:** biopatie secondarie (diabete, artrite reumatoide ecc.)
- **ACIDO RIDOTTO:** malattie somatopsicologiche (ulcera, infarto)
- **ALCALINO RIDOTTO:** somatizzazioni

I polmoni sono due visceri voluminosi, vuoti, di forma conica. Nella parte inferiore adattano la loro forma a quella del diaframma. Il polmone destro è più voluminoso del sinistro.

Sono avvolti da membrane, le pleure, costituite da due foglietti che determinano uno spazio strettissimo ripieno di liquido che favorisce il movimento dei polmoni, un'inflammazione può aumentare il liquido intramembranoso e ostacolare l'espansione polmonare.

Le malattie come bronchiti, polmoniti o anche la tubercolosi, esprimono, per Federico Navarro, la scarica energetica di manifestazioni d'ambivalenza, collegate ad una condizione depressiva.

I sentimenti di tristezza e di mancata manifestazione ed elaborazione di vissuti dolorosi e luttuosi portano all'impotenza e alla rabbia, che repressa conduce alla rassegnazione.

Nella funzione respiratoria il diaframma svolge un ruolo centrale.

Nell'inspirazione, questo muscolo modifica la forma a "cupola" a convessità verso l'alto tipica della sua condizione di riposo, per appiattirsi verso i visceri permettendo l'allungamento e la dilatazione della gabbia toracica.

Nell'espiazione, attraverso un fenomeno passivo, torna ad assumere la sua forma di riposo.

Il diaframma rappresenta il quinto livello reichiano e nell'articolo dedicato a tale livello lo descriveremo più dettagliatamente.

Per concludere il discorso sulla meccanica respiratoria è bene ricordare che sono molti i muscoli che vi partecipano e che influenzano l'ampiezza e la profondità del respiro.

Oltre ai muscoli intercostali e quelli dei distretti superiori (collo, scapole, braccia), particolare importanza rivestono i muscoli che provengono dal bacino, sia anteriormente che posteriormente come ad esempio l'ILEO PSOAS e il QUADRATO DEI LOMBI che si portano fino alla colonna lombare e al margine inferiore della dodicesima costola dove si attacca la porzione posteriore del diaframma.

Aspetti psichici e somatici del torace

Nel quarto livello sono incluse anche le braccia, mani comprese. Nel torace troviamo rappresentati, come abbiamo visto, l'identità biologica dell'individuo e l'affettività e, in relazione ad entrambi gli aspetti: l'ambivalenza (sé/non-sé, maschile/femminile, amore/odio).

Respirare è "sentire", di conseguenza limitare la respirazione è limitare il "sentire". La mobilitazione del torace libera emozioni quali l'ira, la collera, il dolore, l'angoscia.

Il torace può essere bloccato in un atteggiamento cronico d'inspirazione o in quello d'espiazione.

Il torace bloccato in un atteggiamento inspiratorio è gonfio e può assumere la tipica forma a "botte", a volte questo tipo di struttura sottrae energia al ventre che è contratto, alle pelvi e alle gambe che possono apparire ipoorgonotiche.

L'ego di queste persone è spesso "gonfio" come il loro petto e il contatto con i sentimenti di tenerezza e affetto scarso. Se volete l'inspirazione cronica corrisponde un po' a chi "prende" e non restituisce.

Il torace bloccato in un atteggiamento espiratorio è stretto e fragile ed esprime debolezza e depressione. A volte il distretto inferiore compensa la carenza energetica di quello superiore con la regione pelvica e le gambe massicci.

Al contrario dell'altro tipo l'ego è "sgonfio" e il rifiuto di introdurre aria esprime l'incapacità di prendere dal mondo e di riempirsi.

Una bella citazione che ho trovato recita così: un torace libero prende con amore (inspirazione) e dà con amore (espiazione).

Altri aspetti morfologici comuni e sono la presenza di una "placca" rigida o molle all'altezza del cuore, un "buco" in corrispondenza dell'apice inferiore dello sterno o la conformazione ad "ali sporgenti" dell'estremità inferiore delle costole toraciche indice di un blocco diaframmatico importante.

Il seno può comunicare gradi diversi di vitalità, a seconda che sia ipoorgonotico, quindi esageratamente piccolo, flaccido con capezzoli introflessi, o ipoorgonotico, quindi esageratamente grosso, duro, simbolo spesso di narcisismo.

L'ambivalenza sessuale si manifesta talvolta con assenza di peli per gli uomini o presenza nelle donne.

Le braccia e le mani costituiscono i canali attraverso i quali sono espresse le emozioni. Possono colpire, accarezzare, abbracciare, afferrare, tenere, dare, protendersi, manipolare, sostenere ecc ecc.

La vegetoterapia di Federico Navarro, permette di evidenziare atteggiamenti difensivi di eccessiva chiusura o apertura, debolezza dell'io, incapacità di dire no o di protendersi verso il mondo.

Il Quinto Livello

Il diaframma nella vita fetale

Se trattiamo il diaframma da un punto di vista della sessualità, rappresenta senz'altro il quinto livello. Ma se pensiamo al ruolo che riveste per la sopravvivenza, allora lo potremmo considerare il LIVELLO ZERO e come tale dovremmo metterlo in relazione alla zona ombelicale.

Come dice Federico Navarro, questo muscolo entra in funzione al momento del passaggio dalla vita fetale alla vita extrauterina. E come dice F. Leboyer, il bambino, se costretto a respirare per non morire, a causa del taglio anticipato del cordone, assocerà la respirazione all'angoscia anziché alla vita.

La paura (primo livello) lo porterà istintivamente a frenare una respirazione che gli infuoca i polmoni stabilendo un primo importante collegamento fra la paura e il diaframma.

Una notizia recente a proposito della respirazione fetale, dice invece che il diaframma non si contrae per la prima volta alla nascita; è vero comunque che però alla nascita, per la prima volta, il bambino non ha più alternative, non c'è più la madre a respirare per lui.

La notizia completa che abbiamo trovato è comunque questa:

- Uno dei massimi studiosi della vita fetale (Peter W. Nathanielsz) ha compiuto ricerche che hanno dimostrato l'esistenza di movimenti respiratori a partire dal 40° giorno di gestazione. Il feto introduce ed elimina attraverso la trachea piccolissime quantità di liquido. Sembra che i periodi di respirazione siano di 20 minuti circa, con 20 minuti di intervallo, il picco di attività si situa durante la notte. Se, per qualunque ragione attraverso la placenta arriva meno ossigeno, il feto sospende subito i suoi movimenti respiratori. È una forma di difesa, un modo per risparmiare energia.

Il diaframma è stato anche definito "secondo cuore" o "grande bocca" (G.Ferri), termini che evidenziano il ruolo centrale che ha questo muscolo nel metabolismo energetico.

Come abbiamo detto parlando del quarto livello, respirare è "sentire". Il diaframma è il grande distributore d'energia e di sensazioni energetiche, quindi si capisce, perché si impari presto a bloccarlo per difendersi dalle sensazioni spiacevoli e dolorose.

Fin dalla vita fetale l'individuo impara a frenare i movimenti diaframmatici per difendere la propria vita, in seguito lo farà per proteggersi dal senso di perdita e vuoto che provengono dalla zona ombelicale, da quelle che giungono dalla sfera affettiva, e dalle sensazioni sessuali.

La respirazione

Il modo in cui respiriamo a volte è rivelatore:

- La respirazione solo toracica protegge dal vuoto ombelicale
- La respirazione solo addominale protegge dalle sensazioni che vengono dal cuore
- La respirazione naturale, non bloccata è quella in cui il torace e la pancia partecipano armoniosamente nella respirazione.

L'inspirazione inizia dalla contrazione della zona centrale del diaframma (tendinea), per propagarsi poi anche alle parti periferiche. In questa prima fase il diaframma modifica la sua forma a "cupola" a convessità verso l'alto, tipica della sua condizione di riposo, per appiattirsi verso i visceri e utilizzando soprattutto i muscoli dell'addome e del bacino (addome, lombi, bacino, cosce), produce una prima dilatazione verticale.

Durante quest'allungamento l'addome si gonfia, subito dopo, grazie all'interazione con i distretti muscolari superiori (capo, collo, coste, spalle, scapole ecc), anche il torace si espande sollevandosi e allargandosi.

Nell'espirazione, che dovrebbe essere un fenomeno passivo, il diaframma si rilassa abbandonando la pressione sulla zona addominale per tornare verso il torace, la pancia si sgonfia seguita dal torace.

Al movimento d'inspirazione ed espirazione dovrebbe seguire una pausa che invece non c'è quasi mai o è fatta tra l'inspirazione e l'espirazione, spesso per la paura associata allo svuotamento dell'aria.

La respirazione è un movimento pulsante d'andata e ritorno, è un'onda che dal diaframma si propaga in alto, verso la testa e scende in basso, verso i genitali. Bacino e collo si allungano e allontanano nell'inspirazione, si accorciano e si avvicinano nell'espirazione.

Si può notare come la sequenza descritta è la stessa usata da Reich quando descrive i movimenti orgastici, infatti, i movimenti convulsivi dell'orgasmo ricalcano quelli descritti per la respirazione.

Aspetti anatomici e psichici del diaframma

Il diaframma è costituito da una parte periferica muscolare e da una parte centrale tendinea, chiamata centro frenico perché vi arrivano i nervi frenici che danno al diaframma la sua mobilità.

Si possono distinguere tre porzioni:

- Una parte posteriore lombare
- Una parte anteriore sternale
- Una parte anteroposteriore costale

Nella parte lombare il diaframma si attacca alle vertebre con due fasci che costituiscono i pilastri mediali. L'incrocio di queste due fibre determina due orifici che oltre a permettere il passaggio di: aorta, dotto toracico, vena azygos, esofago, consente il transito dei nervi vaghi.

A lato del pilastro mediale, con inserzione sulla terza vertebra lombare, c'è un pilastro intermedio, nella fessura tra questo e il pilastro mediale passa il tronco del simpatico e il nervo grande e piccolo splanchnico.

Sempre in questa zona posteriore c'è il pilastro laterale che però, non si attacca alla colonna lombare ma si aggancia alle arcate fibrose che costituiscono un ispessimento dei fasci dei muscoli ileopsoas e quadrato dei lombi inseriti sulle vertebre lombari e da qui termina alla punta della dodicesima costola.

Gli organi interessati al livello diaframmatico sono lo stomaco, il plesso solare, il fegato, la milza, il pancreas, la cistifellea, e in parte, i reni.

I disturbi collegati a questo segmento colpiscono soggetti ansiosi o angosciati con uno sfondo depressivo orale, del tipo rimosso piuttosto che insoddisfatto che hanno in più un atteggiamento narcisistico (collo) e di notevole controllo sulla loro paura e ostilità reattiva.

Il controllo è una risposta alla minaccia che è insita nel messaggio di chi ci educa, che valorizza tutte le emozioni che si collocano al di sopra del diaframma, mentre tutto ciò che si colloca al di sotto è considerato sporco e sbagliato.

Il diaframma diventa un vero e proprio "coperchio" che taglia in due il corpo e l'impedimento alla circolazione energetica che ne deriva apre la strada a varie somatizzazioni e sindromi nevrotiche.

In particolare quelle a carico della regione cardiaca come la nevrosi d'angoscia, dell'apparato digestivo con nausea, vomito ricorrente o incapacità a vomitare, diverse problematiche a carico della sfera sessuale come i problemi d'ejaculazione precoce o ritardata, la ninfomania o sul versante opposto la frigidità, lordosi della colonna vertebrale ecc.

Alcuni disturbi specifici descritti da Federico Navarro sono:

- La gastrite ipoacida (stato depressivo) e l'iperacida che spesso evolve verso l'ulcera.
- La Pancreatite, la cui forma acuta può essere mortale ed è causata da un "blocco" improvviso del diaframma in posizione intermedia.
- Il Diabete (biopatia che dipende dal malfunzionamento della componente endocrina del pancreas)
- Le Coliche renali o epatiche.

Il blocco diaframmatico

Le manifestazioni emozionali più tipiche del diaframma sono il piacere e l'ansia.

Abbiamo già parlato delle conseguenze del blocco diaframmatico sulla respirazione, in particolare, il freno si presenta come difficoltà ad "espirare" che rappresenta il lasciarsi andare.

La paura di abbandonarsi al piacere, percepita come paura di morire rappresenta anche, da un punto di vista energetico, la paura dell'orgasmo. Paura di perdere il controllo (il collo) e la coscienza dell'io.

Il bisogno di lasciarsi andare e la paura di farlo si traducono in un conflitto che è percepito come ansia, quando a questo quadro si aggiungono i sensi di colpa l'ansia diviene attesa di una punizione.

Il bisogno di una distensione che non può essere trovata nel piacere, si traduce nella spinta inconscia a cercare soluzioni sostitutive. Tali soluzioni, a causa dei sensi di colpa, hanno carattere spiacevole ma permettono di mettere fine allo stato d'attesa e riprendere il respiro.

Questa, dice Federico Navarro, è la genesi del masochismo, il cui aspetto caratteriale principale è il blocco diaframmatico.

Per il masochista ogni eccitazione risulta sgradita perché non può essere scaricata nell'orgasmo e si trasforma inevitabilmente in ansia o angoscia.

L'imperativo è quindi quello di soffocare ogni spontaneità, diventando un gregario, un esecutore. Si tratta del "fare" coattivo, sostitutivo della naturale creatività che è invece il risultato di una piena e appagata condizione genitale.

Come abbiamo detto inizialmente tutte le esperienze dolorose si traducono nell'immobilizzazione del muscolo diaframma. E questo a partire dalla nascita, per continuare poi con gli effetti di un'educazione rigida.

Tale educazione improntata ai "devo" reprime infatti, per paura, i propri moti spontanei quando questi siano in contrasto con le aspettative dei genitori o degli educatori. Per questa ragione al livello del diaframma è trattenuta anche tutta la rabbia e l'odio frenato e accumulato.

Ma come ha descritto Reich, il masochista subisce e tollera ma "fino ad un certo punto". È il punto massimo fino al quale egli può permettersi di trattenere il fiato in ispirazione, poi è costretto a espirare, cioè "esplodere" e a volte lo fa in modo gravemente distruttivo per sé e gli altri.

Dato che abbiamo tutti, a vari livelli, il diaframma bloccato, abbiamo tutti, a vari livelli, un tratto masochistico.

Nell'ottica della vegetoterapia, Federico Navarro sottolinea che il diaframma è un livello che riveste un ruolo fondamentale nella corazza. Abbiamo detto qualcosa di simile quando abbiamo parlato del terzo livello, il collo.

Tutti i blocchi hanno importanti funzioni difensive, ma il collo e il diaframma sono dighe fondamentali e vanno quindi trattate con il massimo riguardo, perché se forzate prima di aver sufficientemente risolto i livelli precedenti, possono provocare scompensi psicotici.

Come per il collo, il lavoro sul diaframma può suscitare resistenze e tentativi di fuga. In particolare con questo segmento la reazione in linea con il tratto masochistico: lamenti, sfiducia nell'analisi, sonnolenza ecc.

Il Sesto Livello

L'addome

Se nel torace abbiamo collocato il mondo degli affetti, nell'addome metteremo quello delle emozioni "viscerali".

In particolare qui nelle profondità dei visceri ristagnano nascosti, i residui della rabbia: il rancore e il risentimento.

Molte espressioni popolari come: "diventare verdi dalla bile", "rodarsi il fegato", "farsi un fegato così" ecc. o ancora "quello mi sta sullo stomaco", mettono in relazione questa parte somatica con la memoria dei torti subiti.

Una conferma più scientifica viene dalle funzioni degli organi che si trovano in questo segmento. Per esempio quella che il fegato ha, in comune con i reni, di eliminare le scorie, dopo averle assorbite, per evitare gli effetti tossici che queste avrebbero sul corpo se non fossero smaltite.

Utilizzando una metafora potremmo considerare il rancore e il risentimento come "scorie" dell'odio che non vengono smaltite e divengono "tossiche".

Altre sensazioni ed emozioni associate al ventre sono l'amarezza, lo struggimento, il vuoto, la mancanza, tutti vissuti collegati all'abbandono, alla perdita, abbinati alla zona ombelicale. Ma anche la tenerezza, l'apertura, il desiderio, la disponibilità, la pazienza.

A questo livello troviamo anche un certo grado di AMBIVALENZA tra il DARE e il TRATTENERE. Le feci sono il primo vero prodotto del bambino, una delle prime occasioni di esercitare la propria volontà, ma il controllo o le ansie che i genitori scaricano sulla sua educazione sferica lo privano di questa prerogativa.

Aspetti anatomici e psichici dell'addome

I MUSCOLI di questo livello sono:

ANTERIORMENTE

- **IL RETTO DELL'ADDOME**, una fascia muscolare che ricopre anteriormente l'addome, che collega in alto lo sterno con le cartilagini del pube, è un muscolo importante per i movimenti coitali e i movimenti espiratori, la contrazione di questo muscolo, responsabile del famoso ventre "piatto", è considerata esteticamente un valore positivo, mentre nella nostra esperienza è sinonimo di paure sessuali o difesa dal vuoto ombelicale. Non è un caso che uno dei primi segnali quando si fa una vegetoterapia sia la comparsa della cosiddetta "pancetta".
- **IL TRASVERSO DELL'ADDOME**, ricopre antero-lateralmente l'addome, arrivando fin dietro alla schiena. Quando si contrae comprime "come una cinghia", è un muscolo sempre molto contratto, soprattutto se c'è una storia di rabbia repressa. Quasi tutti "sussultano" se vengono toccati in questa zona (solletico, dolore ecc). Anche questo muscolo svolge un ruolo importante nell'inspirazione.
- **L'OBLIQUO INTERNO ed ESTERNO** rappresentano fasci muscolari che ricoprono a ventaglio tutta la superficie addominale, anch'essi permettono la flessione e il sollevamento del bacino.

POSTERIORMENTE

- **IL GRAN DORSALE** è un muscolo piatto che ricopre le porzioni medie e inferiori della schiena, qui Federico colloca la paura di essere attaccati e paragona la funzione difensiva di questi muscoli spesso tesi come un arco, a quella narcisistica del terzo livello, il collo. Questa fascia muscolare, dalla zona lombo-sacrale si collega alle braccia, in particolare alle spalle, la tipica postura "spaventata" delle spalle rialzate, quindi, rende questi muscoli cronicamente contratti. Ha un importante ruolo inspiratorio.
- **IL QUADRATO DEI LOMBI e l' ILEOPOAS** sono muscoli profondi che delimitano posteriormente la cavità addominale, il primo a partire dalle ossa del bacino (cresta iliaca), l'altro dal femore, entrambi giungono alla colonna lombare e permettono i movimenti basculanti del bacino.

A questo livello troviamo alcuni componenti dell'APPARATO DIGERENTE e dell'APPARATO ESCRETORE. Le funzioni svolte da questi apparati sono fondamentali per:

- **L'ASSORBIMENTO** e l'utilizzo dell'energia;
- La **DIFESA** da microrganismi nocivi e la riduzione delle infiammazioni,
- **L'ELIMINAZIONE** delle scorie;
- La **REGOLAZIONE** dell'equilibrio acido-base (ioni positivi - negativi) e dei liquidi;

Queste funzioni sono regolate dal Sistema Neurovegetativo.

Già Reich (Funzione dell'Orgasmo), aveva evidenziato come nella cavità addominale si trovino i generatori dell'energia bio-psichica, si tratta dei grandi centri

del SNA, il PLESSO SOLARE, il PLESSO IPOGASTRICO e il PLESSO GENITALE.
Un vero e proprio "cervello" viscerale che ci fornisce sensazioni vegetative emozionali.

Reich parla dell'angoscia addominale (Funzione dell'Orgasmo) e di come i bambini imparano presto a controllarla spingendo il diaframma in basso e comprimendo così il plesso solare tra il diaframma stesso e i muscoli dell'addome.

Credo che tutti voi abbiate provato prima o poi gli effetti dell'ansia sui visceri, spesso prima di un incontro importante, che può cambiarci la vita, come un esame, un nuovo lavoro, l'acquisto di una casa avrete sentito la necessità di correre al gabinetto per un'improvvisa diarrea (scarica del parasimpatico che segue ad un'eccesso del simpatico: ansia), oppure sarete stati in preda a dolori lancinanti come se doveste partorire (cambiamento: nascita).

Ecco alcuni disturbi tipici legati alla prevalenza del Sistema Simpatico e del Parasimpatico o alla scarica dell'uno seguita dalla compensazione dell'altro:

- **L'ULCERA GASTRICA**
La simpaticotonia cronica provoca un'eccesso degli acidi e una riduzione dell'alcalinità, ciò espone la mucosa dello stomaco all'azione degli acidi, nel frattempo le stesse scariche del simpatico impediscono i movimenti peristaltici così che gli acidi non vengono spinti in avanti ma ristagnano nello stomaco con un effetto che può essere definito di "autodivoramento".
- **COLITE SPASTICA (sindrome del colon irritabile)**
Questo disturbo molto diffuso (soprattutto nelle donne per le quali forse indica anche castrazione sessuale), riguarda il tratto dell'intestino conosciuto come COLON che circonda come una cornice le anse dell'intestino tenue. Si presenta con stitichezza alternata a diarrea, la prima è legata ad un eccesso del Simpatico, la seconda ad un eccesso del Parasimpatico. Il dolore percepito è crampiforme ed è forse dovuto agli spasmi provocati dall'effetto alternato dei due sistemi sulla muscolatura liscia delle pareti intestinali. Federico Navarro collega questo disturbo ad una depressione reattiva, una combinazione d'insoddisfazione (rabbia) e sfiducia in se stessi.
- **COLITE ULCEROSA**
Colpisce il retto, la porzione finale dell'intestino crasso, e il colon con lesioni. I sintomi sono diarrea, con sangue e muco e forti dolori che precedono l'evacuazione. Questo è un disturbo che Federico Navarro considera psicosomatico e quindi tipico dell'area psicotica o border line. È tipico di persone che hanno paura di perdere il controllo, asessuate, spesso ossessionate dallo sporco e dall'ordine, cercano nel terapeuta sicurezza e autorità, salvo poi sentirlo come troppo esigente e costrittivo.

Altre malattie sono quelle che rappresentano simbolicamente delle castrazioni come l'APPENDICITE e l'ERNIA. Oppure tendenze periodiche alla STIPSI, con prevalenza del simpatico, o DIARREA, con prevalenza invece del parasimpatico.
Le EMORROIDI sono nodi che si formano nei vasi sanguigni dello sfintere anale a causa del suo spasmo cronico.

Inibizione all'azione

Dopo aver descritto l'effetto delle componenti neurovegetative sui visceri vorrei riportare, brevemente, uno studio interessante sul fattore endocrino.

Si tratta della teoria di un certo Henri Laborit, un medico francese che come tutti gli scienziati che non si sono allineati con le istituzioni scientifiche maggioritarie è stato emarginato e poi recuperato solo più tardi.

La sua teoria è nota come SIA, Sistema d'Inibizione all'Azione. Nato diciassette anni più tardi di Reich, Laborit descrive aspetti del comportamento e della fisiologia umana che sono abbastanza in linea con lui, tuttavia, a differenza di Reich, non ha approfondito le componenti inconse e non ha elaborato alcuna tecnica terapeutica.

Il sistema d'inibizione all'azione (SIA), serve ad impedire un'azione quando questa non è utile, cioè quando porterebbe a una punizione o una tensione maggiore invece di diminuire il dolore, oppure non sarebbe più produttiva. È chiaro che impedire un'azione può salvare la vita.

L'inibizione però, deve essere breve, lunga quanto basta per riorientarsi e poi deve essere seguita da una nuova azione.

Nella ricerca sperimentale di Laborit si mettono gli animali di fronte a situazioni di stress. Gli animali a cui si impedisce di muoversi mostrano disturbi viscerali e segni d'angoscia, come comportamento disorganizzato, mancanza di coordinazione, diarrea. Certi sviluppano un aumento della pressione arteriosa mentre altri mostrano ulcerazioni del tratto gastro-intestinale.

Invece gli animali a cui è permesso muoversi mentre sono esposti alle stesse condizioni di stress NON mostrano segni di patologie comportamentali o fisiologiche. S'intende che per azione ci riferiamo alla lotta ma anche alla fuga.

Già Hans Selye aveva scoperto che qualsiasi tensione profonda attiva la secrezione di tre ormoni da parte delle ghiandole surrenali, da lui chiamati "ormoni dello stress", cioè adrenalina, noradrenalina e corticosteroidi.

Secondo Seyle questi ormoni, sebbene funzionino come parte del sistema difensivo del corpo, possono produrre un'alterazione fisiologica ogni volta che la loro secrezione è troppo intensa e prolungata.

Laborit ha scoperto qualcosa di più, se allo stress segue un movimento attivo è secreta adrenalina che favorisce altro movimento e ripristina l'equilibrio.

Al contrario, quando lo stress è accompagnato da prolungata inibizione sono secreti noradrenalina e corticosteroidi e questi ormoni agiscono sul sistema limbico con un effetto a feedback che rinforza l'inibizione creando un circolo vizioso.

La continua secrezione di noradrenalina porta all'ipertensione attraverso la compressione arteriosa cronica; la continua secrezione di corticosteroidi, d'altro lato, riduce le capacità di difesa immunologica del corpo.

Il Settimo Livello (Prima Parte)

Le ricerche di Wilhelm Reich

Secondo Reich l'uomo è l'unica specie biologica che ha distrutto dentro di sé la naturale funzione sessuale ed è da ciò che derivano le sue sofferenze.

Reich scoprì che il piacere si manifesta come una carica elettrica sulla superficie della pelle, maggiore è il piacere più elevata è la carica che rileva il galvanometro.

Inizialmente la chiamò energia bio-elettrica, quando però egli capì che non si trattava di un tipo di energia elettrica, la ribattezzò energia dell'"orgone" o energia vitale.

In seguito scoprì che quest'energia si irradia oltre la superficie della pelle come un campo energetico.

Infine, si accorse che durante le esperienze sessuali soddisfacenti quest'energia è particolarmente concentrata nei genitali e, attraverso l'orgasmo si scarica in tutto il corpo eliminando la stasi e distribuendosi in tutto l'organismo. La cosa non accade in presenza d'angoscia poiché, in quel caso, non è rilevata alcuna carica sulla pelle e quindi anche nessuna scarica.

I genitali possono perciò essere considerati come un organo specializzato della pelle, capace di accumulare e scaricare l'energia ed eliminare la stasi.

Ciò è possibile, però, solo in assenza d'angoscia, quando l'organismo può abbandonarsi completamente alle piacevoli sensazioni sessuali attraverso le convulsioni di tutto il corpo e la momentanea perdita di coscienza nota come orgasmo.

Il disturbo della naturale funzione sessuale è stato definito da Reich IMPOTENZA ORGASTICA, ed è considerato da lui stesso il fulcro della sessuo-economia, un po' come il complesso di Edipo per la psicoanalisi.

Per la psicoanalisi, i problemi sessuali sono soltanto uno dei sintomi, per Reich sono il nucleo della nevrosi. I contemporanei di Reich, (e oggi non è cambiato quasi niente), consideravano la potenza erettiva o eiaculatoria come sinonimi di salute genitale, invece secondo Reich, e noi siamo d'accordo, sono solo la premessa indispensabile per il raggiungimento della POTENZA ORGASTICA, ma non corrispondono ad essa.

La POTENZA ORGASTICA è infatti:

La capacità di abbandonarsi, senza alcun'inibizione, al flusso dell'energia biologica, la capacità di scaricare l'eccitazione sessuale accumulata, attraverso contrazioni piacevoli involontarie del corpo.

Reich, individuò nell'impotenza orgastica il nucleo somatico della nevrosi, i suoi contemporanei lo criticarono affermando di conoscere un gran numero di nevrotici genitalmente sani.

Reich si sentì quindi stimolato ad osservare più da vicino questa cosiddetta "salute genitale". Si accorse così, stupito, che l'analisi meticolosa del comportamento genitale, vantata dagli psicoanalisti dell'epoca, non andava oltre la mera affermazione di aver avuto un rapporto sessuale, un'analisi che andasse più in là era rigorosamente tabù.

Reich decise così di colmare questa lacuna e si dedicò, all'osservazione e descrizione scrupolosa delle fasi dell'incontro sessuale tra individui orgasticamente potenti.

La potenza orgastica

Queste sono le fasi descritte da Reich:

Fase del controllo volontario dell'aumento del piacere

1. L'erezione è piacevole e non dolorosa, l'organo non è sovraeccitato (come nel caso dell'eiaculazione precoce), il sangue affluisce nel genitale femminile attraverso un'abbondante secrezione delle ghiandole genitali e si inumidisce (che manca nella frigidità). L'uomo e la donna sono affettuosi, non vi è sadismo, aggressività o inattività e passività. L'attività della donna non si distingue in nulla da quella dell'uomo (la passività della donna, spesso è il risultato delle fantasie masochistiche di essere violentata).
2. Il piacere si incrementa improvvisamente con la penetrazione, alla sensazione dell'uomo di "venir succhiato" corrisponde la sensazione della donna di "succhiare il pene".
3. La spinta aumenta ma non ha alcun carattere sadico è il reciproco, lento, spontaneo, non sforzato strofinamento ad innalzare l'eccitazione che si concentra sul pene e sul glande e, sulle parti posteriori della mucosa vaginale. Il corpo è ancora meno eccitato dei genitali, la coscienza è completamente concentrata sulla percezione del flusso delle sensazioni di piacere al fine di raggiungere la massima tensione prima che inizi l'orgasmo. Le sensazioni di piacere sono tanto più intense, quanto gli strofinamenti sono lenti, delicati e reciprocamente armonizzati. È assente la violenza che distingue l'atteggiamento sadico degli individui con anestesia ai genitali o la fretta nervosa di coloro che soffrono d'eiaculazione precoce.
4. In questa fase l'interruzione dello strofinamento non è spiacevole, l'eccitazione cade un poco ma non svanisce. Lo strofinamento continuato aumenta l'eccitazione che si estende gradualmente a TUTTO IL CORPO, mentre il genitale rimane allo stesso livello, dopo un improvviso nuovo accrescimento dell'eccitazione genitale comincia la seconda fase.

Fase delle contrazioni muscolari involontarie

5. In questa fase il controllo volontario dell'eccitazione non è più possibile.
 - Aumentano le pulsazioni e vi sono profonde espirazioni.
 - L'eccitazione si concentra sempre più sul genitale, Reich definisce quest'esperienza: irradiazione dell'eccitazione dal genitale.
 - Iniziano contrazioni involontarie dell'intera muscolatura genitale e del pavimento pelvico, si tratta di onde, l'alto dell'onda coincide con la completa penetrazione, il basso con il suo ritiro.
 - L'interruzione dell'atto sessuale è assolutamente spiacevole.
6. L'eccitazione cresce rapidamente fino all'acme.
7. Gli strofinamenti, brevemente cessati nel momento dell'ACME "acuta", si intensificano spontaneamente.

8. L'acme rappresenta il punto in cui l'eccitazione cambia direzione, dal genitale l'eccitazione orgastica si diffonde in tutto il corpo determinando vivaci contrazioni di tutta la muscolatura del corpo. Questa scarica motoria, è il rifluire dell'eccitazione dal genitale al corpo. Il completo riflusso dell'eccitazione costituisce il soddisfacimento (trasformazione dell'eccitazione nel corpo e scarica dell'apparato genitale).
9. L'eccitazione diminuisce dolcemente e ad essa si sostituisce una piacevole distensione fisica e psichica. Nei confronti del partner vi sono sentimenti di appagamento, tenerezza, gratitudine.

Riassumendo quindi:

Fase del controllo volontario e dell'aumento del piacere:

erezione nell'uomo, lubrificazione nella donna; preliminari affettuosi, aumento del piacere con la penetrazione; aumento della spinta profonda senza forme sadiche, accrescimento dell'eccitazione genitale.

Fase delle contrazioni involontarie:

movimenti involontari di tutto il corpo e del pavimento pelvico, acme, offuscamento della coscienza, l'eccitazione refluisce in tutto il corpo con una curva molto dolce provocando distensione.

L'impotenza orgastica

Come avrete notato la prima fase, descritta da Reich, è prevalentemente sensoria, mentre la seconda è caratterizzata dall'esperienza motoria.

Le disfunzioni sessuali possono riguardare la fase sensoria e quindi presentarsi come incapacità di sentire l'eccitazione sessuale.

Di questo gruppo fanno parte tutti i disturbi che implicano una diminuzione del desiderio come l'impotenza erettiva dell'uomo o la frigidità nella donna.

Oppure possono riferirsi alla fase motoria e quindi presentarsi come incapacità di raggiungere un acme soddisfacente e quindi ad abbandonarsi pienamente alle convulsioni orgastiche.

Di questo gruppo fanno parte i disturbi come l'eiaculazione prematura o ritardata che si verifica senza sensazione dell'acme nell'uomo, e, nella donna, come anorgasmia, incapacità di giungere all'acme, o di giungervi senza la stimolazione del clitoride.

In realtà, i due aspetti della funzione sessuale, quello sensoriale e quello motorio, fanno parte di una risposta unitaria. Reich si è concentrato sull'impotenza orgastica perché ciò che ostacola e inibisce la componente sensoriale ed eccitatoria è comunque la paura del pieno abbandono.

Ma è facile per sessuologi e psicologi considerare queste disfunzioni come disturbi, ciò che ha individuato Reich invece, non è così facile da individuare, né da riconoscere.

Vi sono eiaculazioni che non sono né precoci né ritardate ma si manifestano prima che avvengano i movimenti involontari, in più le sensazioni sono limitate alla zona genitale o al massimo si estendono leggermente nel bacino e nelle gambe e, soprattutto, non si avverte nessuna dissoluzione della personalità, dell'Ego o delle barriere corporee.

Reich ha definito questo disturbo diffusissimo IMPOTENZA ORGASTICA.

Quali sono le misure messe in atto per impedire il raggiungimento dell'acme e l'abbandono che segue?

Il primo freno nella sessualità riguarda il "movimento"; più ci si muove, infatti, più si prova piacere, quindi per bloccare le sensazioni sessuali si limitano i movimenti sessuali, soprattutto quelli del bacino.

Altre "manovre" difensive sono:

- Trattenere il respiro
- Non emettere suoni
- Controllare i movimenti o compiere movimenti disarmonici
- Inarcare il torace
- Ritrarre il bacino
- Serrare o irrigidire le gambe
- Trattenere lo sfintere anale
- Fantasticare

Il Settimo Livello (Seconda Parte)

Le disfunzioni sessuali

Prima di descrivere alcuni tipici disturbi sessuali è bene ricordare che quando si presentano sono sempre relazionali, riguardano, cioè, tutti e due i partner, non solo chi evidenzia il problema.

Significa, in altre parole, che è bene risolverli insieme, alleati l'uno con l'altro. Oppure, a scopo terapeutico, anche accusandosi proiettivamente, ma per individuare meglio il proprio problema, non per scaricare veramente le colpe sull'altro.

Un'altra precisazione riguarda il carattere temporaneo o episodico di questi disturbi che possono presentarsi come somatizzazioni, reazioni, cioè, ad eventi o vissuti emotivi.

L'impotenza erettiva

L'impotenza erettiva si verifica quando il meccanismo vascolare riflesso non riesce a pompare nei corpi cavernosi del pene abbastanza sangue da renderlo rigido ed eretto.

Sono molte le possibili spiegazioni, oltre a quelle specifiche relazionali (dinamiche), in generale qui è all'opera l'azione vasocostrittrice del sistema simpatico quindi c'è una condizione d'ansia che si combina spesso con un eccesso dell'eccitazione o con un livello d'eccitazione mal tollerato che scatena la reazione di fuga.

Può esserci paura della vagina quando l'erezione c'è, ma scompare non appena si intende penetrare, o quando si riesce a mantenere l'erezione solo con la manipolazione manuale o orale, chiaro segno di una sessualità pregenitale.

L'eiaculazione precoce

L'uomo per il ruolo che ha nel rapporto sessuale non sembra avere problemi di movimento, in realtà i diffusi problemi di eiaculazione precoce dimostrano il contrario. Infatti l'eiaculazione avviene dopo pochissimi movimenti coitali o addirittura prima ancora di penetrare.

La dinamica psicologica di questo problema è l'aggressività vendicativa inconscia nei confronti della donna, ciò è reso evidente dalle conseguenze dell'eiaculazione precoce: infatti spesso la compagna non fa in tempo a raggiungere l'orgasmo restando insoddisfatta e scontenta.

Il bacino è, appunto, un "bacino" che ha la proprietà di accumulare una gran quantità d'energia, ed è proprio da questa capacità che dipende il grado d'intensità della scarica.

L'eiaculazione precoce, a causa dei blocchi muscolari del bacino, è l'incapacità di innalzare il livello energetico e mantenerlo, in pratica tollerarlo, per un certo tempo.

L'eiaculazione ritardata

Il problema dell'eiaculazione ritardata è opposto, perché la difficoltà ad eiaculare può far durare un rapporto anche due o tre ore.

Anche qui è presente una dinamica d'aggressività (la compagna ne esce sfinita), con in più una componente sadica sostenuta da un tratto narcisistico.

Per quanto riguarda l'aspetto energetico, se nel primo caso abbiamo parlato d'incapacità a caricarsi, qui troviamo la paura di scaricarsi, di abbandonarsi ai movimenti orgasmici involontari.

La perdita del seme è vissuta come una dispersione d'energia vitale e quindi temuta (la filosofia taoista prescriveva la ritenzione del seme, in quanto eiaculare significava invecchiare precocemente).

Le disfunzioni sessuali nelle donne

È più difficile parlare delle disfunzioni sessuali dell'universo femminile, nell'uomo tutto sembra più evidente a cominciare dai suoi genitali che trasmettono segnali molto "visibili" quando è eccitato sessualmente. Nella donna, invece, tutto è più nascosto, come i suoi organi genitali.

In generale, le donne, quando non siano genitalmente sane o isteriche di copertura (sessualità orale), nascondono il proprio desiderio sessuale.

Aiutate dalla minore evidenza dei loro organi genitali, le donne non affrontano seriamente questo come un problema, perseverando così in un atteggiamento di chiusura e rifiuto per partner che, in più, negano, aspettando che sia "lui" a darsi da fare o lamentandosi perché "pensa solo a quello".

Spesso nelle storie delle donne che vivono il sesso come un obbligo c'è la completa assenza d'esperienze di masturbazione, o se c'è qualche episodio questo riguarda solo la manipolazione del clitoride, mai della vagina.

Se proponi loro di cominciare ad affrontare il problema masturbandosi, lo fanno con grandi resistenze, si mostrano indifferenti, annoiate. Quando invece, nel farlo cominciano a provare qualche senso di colpa, almeno sanno che la loro indifferenza nasconde, in realtà, paura.

La masturbazione è uno strumento fondamentale di conoscenza del proprio corpo e delle proprie sensazioni sessuali, senza la masturbazione, la zona genitale è come anestetizzata, separata dal corpo. Se non si sviluppa la capacità di "darsi" piacere, non può nemmeno attivarsi il desiderio di darlo e riceverlo.

I disturbi più noti in campo femminile sono la totale incapacità di provare la benché minima eccitazione sessuale definita come frigidità, l'assenza d'orgasmo nota come anorgasmia, (o l'incapacità di provare quello vaginale), e le disfunzioni muscolari note come vaginismo e dispareunia.

Frigidità e anorgasmia

Frigidità vuol dire "freddezza", questa non si traduce solo nel disinteresse per il sesso ma corrisponde ad un comportamento freddo, rigido e anaffettivo generale.

Queste donne nascondono dietro al rigido controllo delle loro emozioni una gran paura, che controllano mediante l'inibizione totale del desiderio sessuale e di ogni altro bisogno, eccettuato forse quello intellettuale.

Nell'anorgasmia è presente il desiderio e l'eccitazione ma questa non raggiunge mai l'acme necessario perché si avvia la fase delle contrazioni orgasmiche involontarie. Le donne anorgasmiche temono di perdere il controllo, vivono la dissoluzione dell'Io, tipica dell'esperienza orgasmica, come una minaccia d'annientamento.

Questo non concedersi fino in fondo all'altro corrisponde anche ad un controllo narcisistico e orgoglioso che si traduce in un rifiuto all'altro di cui, però, non sono coscienti, convinte, come sono, di desiderare ardentemente avere l'orgasmo.

Le donne che raggiungono l'orgasmo solo con la manipolazione del clitoride hanno invece difficoltà ad acquisire un'identità sessuale femminile adulta. Quando c'è potenza orgasmica la manipolazione del clitoride è gradita solo nella prima fase, nella seconda può risultare addirittura sgradevole.

L'orgasmo clitorideo, a differenza di quello vaginale, resta circoscritto nell'area dei genitali e produce poco o nessun movimento convulsivo nel resto del corpo.

Il vaginismo e la dispareunia

Il vaginismo e la dispareunia sono:

il primo uno spasmo della muscolatura involontaria vulvo-perineale tale da impedire la penetrazione ma anche ogni tipo d'intrusione vaginale. Il secondo è una contrattura dei muscoli vaginali tale da permettere la penetrazione che però è sentita come molto dolorosa.

In tutti e due i casi sono presenti il desiderio, l'eccitazione e la capacità di giungere all'orgasmo clitorideo.

Le donne vaginistiche sono fobiche e ansiose, spesso conservano una tenace ignoranza sull'anatomia dei genitali interni. Le donne affette da dispareunia (ma è anche un disturbo maschile) presentano lo stesso arresto nell'evoluzione della loro identità psicosessuale ma hanno, in più, una componente d'ostilità e aggressività nei confronti del partner.

Potremmo dire che il primo tipo di donna rifiuta il pene perché è infantile, il secondo lo rifiuta perché è fallica, castrante.

Fisiologicamente la vagina, come la bocca (i due tessuti sono composti dallo stesso tipo di cellule), è un organo con un orifizio, ma psicologicamente e emotivamente rappresenta un accesso al corpo della donna, l'uomo che penetra la vagina "entra" anche nel corpo femminile.

In un senso più profondo, l'organo sessuale di una donna è tutto il suo corpo. Quando una donna reagisce sessualmente con tutto il corpo, reagisce con un orgasmo vaginale.

L'impossibilità ad accettare la penetrazione rappresenta la difesa estrema da un accesso alle profondità del proprio corpo che è vissuto come minaccioso, pericoloso per la propria integrità psicofisica. Per finire, vorrei aggiungere che, spesso, nella storia di queste donne c'è una madre che le ha allattate con un seno fallico, invadente.

I muscoli del segmento pelvico

Gli organi dell'apparato genitale poggiano su un "pavimento" concavo interrotto in corrispondenza degli orifizi degli apparati uro-genitale e digerente.

Il PAVIMENTO PELVICO è costituito da più strati:

- Diaframma pelvico
- Muscolatura dell'ano (sfintere esterno)
- Muscolatura della regione uro-genitale

Il DIAFRAMMA PELVICO è costituito da diversi fasci muscolari che collegano le ossa del pube, ileo, ischio al coccige. Il muscolo elevatore dell'ano costituisce la parte più importante del diaframma pelvico con la funzione di sostenere gli organi intrapelvici opponendosi al loro prollasso.

Si compone di due muscoli a destra e sinistra che si incrociano in mezzo e contornano il retto, la prostata nel maschio, e il retto, l'uretra e la vagina nella femmina.

Il blocco questo muscolo è responsabile del vaginismo.

Il MUSCOLO SFINTERE esterno dell'ANO è posto sotto al diaframma pelvico e la sua contrazione determina l'espulsione della materia fecale.

La MUSCOLATURA DELLA REGIONE URO-GENITALE è composta da muscoli importantissimi per la riproduzione e la sessualità. Sono muscoli che regolano la progressione dello sperma nel canale uretrale e la regolazione sfinterica dell'urina, e contribuiscono comprimendo la radice dei corpi cavernosi del pene e del clitoride alla loro rispettiva erezione sia aiutando a spingere il sangue nei loro corpi cavernosi, sia impedendone il deflusso.

Nel maschio partecipano anche al fenomeno dell'eiaculazione determinando l'espulsione ritmica dello sperma.

Aspetti somatici e psichici del bacino

Tra le zone dolenti, e spesso bloccate del bacino, vi sono quelle sopra la sinfisi pubica, e gli adduttori delle cosce, quelli che Federico Navarro chiama i "muscoli della verginità", tesi e contratti sia nelle donne che negli uomini.

L'azione di questi muscoli e di quelli che consentono i movimenti di bascula del bacino (addominali, glutei, cosce, lombari), è responsabile della postura ritratta del bacino, (tanto diffusa e erroneamente considerata sensuale!) chiaro segno di castrazione e paura sessuale, così come di quella inversa, segnale invece di resa, sconfitta.

A questo livello, i naturali impulsi verso il piacere, si trasformano a causa dell'armatura, in una specifica angoscia e ira pelvica che è a sua volta rimossa. Riuscire a percepirla e manifestarla può rivelarsi fondamentale per riuscire a sbloccare il bacino.

L'angoscia orgastica si presenta allorché le sensazioni organiche possono giungere ai genitali. Questa è spesso una fase difficile, perché l'angoscia dell'orgasmo fa nascere resistenze e paure tenaci.

Si possono avere i sintomi più svariati, diminuisce il desiderio sessuale, si ha paura di scoppiare, di cadere, di non avere coordinazione nelle gambe, si percepisce un senso di vuoto.

Il Super-io secondo Federico Navarro

La paura inscritta nel bacino è collegata al Super-io, che Federico Navarro colloca nel bacino e nelle gambe. Federico postula l'esistenza di due Super-io: uno legato al collo, l'altro al bacino.

Il Super-io del 3° livello, il collo, ha a che fare con il narcisismo secondario. Si tratta dell'"ideale dell'Io", che costringe il soggetto a mascherare quegli aspetti di sé che, raffrontati con il modello ideale interno (frutto delle aspettative genitoriali), giudica negativi. Il Super-io nel collo corrisponde, quindi, alla paura del proprio giudizio.

Il Super-io del 7° livello, la pelvi e le gambe, corrisponde alla somma delle proibizioni e dei divieti che il soggetto ha subito e introiettato nel periodo dell'educazione sfinterica e della scoperta delle sensazioni sessuali con la masturbazione.

Questo Super-io è un'entità autoritaria che reprime e castra, essa corrisponde alla paura del giudizio altrui, dell'opinione che gli altri hanno di noi.

La repressione induce a tenere costantemente contratto lo sfintere anale, una tensione che coinvolge quasi tutti i muscoli di questo distretto.

Da: http://www.ass-arcano.it/reich/indice_reich.htm