



La base biologica del processo schizoide (II parte)

di Will Davis

Il lavoro di Reich affronta sempre la complessa relazione tra l'aspetto biologico e quello comportamentale, tra l'aspetto fisico e quello psicologico. Lo scopo della sua ricerca non è tanto nel capire la relazione tra psiche e soma, quanto nel capire come questi due aspetti confluiscono in una forma unificata che abbia senso. Questo scritto vuole mostrare la relazione – o meglio l'identità funzionale – tra plasma biologico e struttura emozionale, fisica e psichica del carattere schizoide. Queste strutture non solo sono collegate tra loro dalla relazione psicosomatica, ma, fatto ancora più importante, sono forme differenti dello stesso processo.

Introduzione

Nella prima parte di questo lavoro ho esposto due idee correlate: che lo sviluppo del carattere schizoide è direttamente influenzato dall'attività plasmatica e che l'attività plasmatica è resa evidente soprattutto dalla forma e dal funzionamento del tessuto connettivo. Abbiamo sostenuto che il carattere schizoide utilizza la contrazione plasmatica come sua principale difesa contro shock e traumi, mentre in precedenza il sistema di difesa era stato visto solo come una contrazione neuro-muscolare. In ogni caso capire il ruolo del tessuto connettivo nello sviluppo dei sistemi di corazza psicofisica ci permette una migliore distinzione tra due diverse forme di difesa: la contrazione plasmatica e la contrazione neuro-muscolare.

Capire il ruolo della risposta plasmatica allo stress e al trauma permette altresì di comprendere meglio le basi fisiche e biologiche della corazza psichica.

Nella prima parte abbiamo evidenziato la diretta relazione tra le attività biologiche del tessuto connettivo e come una sua disfunzione sia una rappresentazione psicosomatica delle caratteristiche di base dello schizoide. Il confronto tra funzioni e caratteristiche del tessuto connettivo e lo stato schizoide dimostra che sono interdipendenti (vedi tabella 2 della I parte). Per esempio, il tessuto connettivo ha il ruolo più importante nello stabilizzare l'organismo contro intrusioni e disturbi fisici. Così nello schizoide il plasma si contrae per stabilizzare e proteggere l'organismo contro minacce e attacchi. Inoltre, siccome il tessuto connettivo offre un sistema a rete di informazione attraverso l'intero corpo, lo schizoide, poiché usa questo sistema per reagire allo shock, si contrae completamente e uniformemente. La sua è una risposta dell'intero corpo, non c'è segmentazione.

Abbiamo anche paragonato il sano e libero fluire dell'ameba con la condizione rigida e paralizzata dello schizoide. Questo confronto indica la differenza tra uno stato plasmatico sano - la ameba pulsante e fluente – e uno malsano e contratto – lo schizoide rigido e congelato.

L'ultima parte del lavoro presentava un modello di due risposte di base dell'organismo allo stress: la prima, nell'utero e nel primo periodo post-uterino, plasmatica, la seconda, in progressiva evoluzione nel tempo, basata sul sistema cognitivo e neuro-muscolare. Infatti, nell'utero e nel primo periodo post-uterino, l'organismo è simile all'ameba in quanto la sua sola difesa contro lo stress è una contrazione plasmatica. Più tardi il bambino sviluppa gli strumenti cognitivi e neuro-muscolari che potrà usare per creare un sistema di difesa: quanto più cresce tanto meno dipende dal sistema plasmatico.

La risposta cognitiva e neuro-muscolare allo stress (C/NM) usa i muscoli volontari, il sistema nervoso centrale, la coscienza ed è localizzata e a segmenti; per esempio, le spalle si sollevano verso l'alto in caso di paura, mentre i piedi possono restare ben attaccati al suolo. Invece la risposta schizoide è una contrazione di tutto il corpo che coinvolge la muscolatura involontaria e il sistema neurovegetativo: per esempio, quando le spalle si sollevano verso l'alto in caso di paura, i piedi perdono il contatto col terreno. Per le caratteristiche del sistema

di informazione della risposta plasmatica tutto l'organismo si contrae, come nella contrazione della ameba sotto stress.

Nella seconda parte discuteremo dello shock e dei traumi offrendo un modello per capire lo sviluppo dei tipi di carattere con risposta plasmatica e neuromuscolare e tratteremo le terapie basate sul funzionamento del tessuto connettivo, le tecniche verbali e come mobilitare l'"*instroke*" della pulsazione.

Plasma e nutrizione

Prima di trattare lo shock e i traumi conviene capire perché il funzionamento del plasma è così importante nello sviluppo del carattere schizoide: una disfunzione plasmatica in campo biologico corrisponde ad un processo schizoide a livello comportamentale

Come menzionato nella prima parte, quando le caratteristiche specifiche del plasma presentano delle disfunzioni, è presente uno stato schizoide. L'*Anatomia* di Gray sostiene che una delle più singolari caratteristiche del plasma riguarda la nutrizione, cioè la sua abilità nell'attrarre spontaneamente il materiale necessario alla sua crescita e al suo mantenimento ed inoltre, quando è in stato di salute, la sua capacità di incorporare anche "sostanze estranee", gli alimenti, con le quali entra in contatto.

Partendo da questo dato puramente biologico c'è da chiedersi cosa questa abilità del plasma abbia a che fare col comportamento schizoide. Ma il nutrimento è un tema centrale per tale carattere in quanto è la causa originaria di tale stato.

Da un punto di vista psicologico questa carenza biologica corrisponde a un contatto disturbato con chi per primo ha provveduto al nutrimento fisico ed emozionale. Una carenza di contatto con gli occhi, un contatto fisico irregolare o freddo, poca attenzione, troppa tensione nel rapporto tra genitore e figlio sono tutti fattori che causeranno stress, interferiranno col nutrimento del bambino e determineranno uno stato di sottonutrimento da un punto di vista sia fisico che emozionale.

Questa è l'analisi psicologica classica dei primi disturbi dovuti a un povero *mothering* (accudimento materno), che sarebbe quindi considerato il fattore determinante nello sviluppo di uno stato schizoide.

Il tema della carenza di nutrimento sia fisico che psichico affligge lo schizoide per tutta la vita. Dal punto di vista fisico lo schizoide appare magro e sottonutrito, poco sviluppato e freddo. Dal punto di vista emotivo la difficoltà di entrare in contatto, di amare, di fidarsi è la diretta conseguenza di questa sua antica carenza nutritiva. Di conseguenza egli sembra catturato dalla spirale senza fine di non avere e di non dare mai abbastanza e di non sapere come fare a essere nutrito sia fisicamente che psichicamente. Non sa crearsi uno spazio dove sentirsi amato, caldo e sicuro.

Il problema paradossale è che l'organismo può essere nutrito bene solo quando è ben nutrito. In altre parole il nutrimento sia fisico che emozionale può fluire quando il sistema plasmatico funziona; quando invece il sistema plasmatico è contratto, la capacità di nutrire e di essere nutriti non può essere sperimentata né quindi appresa.

Originariamente lo schizoide non ha sperimentato e quindi non ha imparato a dare e a ricevere nutrimento e ora non può più né riceverne né darne. In età adulta questo bisogno di "sostanze estranee" da incorporare si trasferisce direttamente nelle relazioni interpersonali: gli altri cercano il contatto, le cure e l'amore dello schizoide che ha difficoltà a mostrare chi è, di cosa ha bisogno e cosa ha da offrire. Le "sostanze estranee" della nostra descrizione biologica ora sono l'amore, il contatto, le attenzioni che provengono dagli altri. La tragedia è che questo nutrimento che proviene dall'esterno rimane estraneo allo schizoide, non è mai incorporato né sentito degno di fiducia in modo tale che l'organismo si possa sentire amato e curato. Lo schizoide non è in alcun senso partecipe del mondo, nella sua costante ricerca, mistica o intellettuale che sia, di quanto non può avere. La sua freddezza e il suo senso di superiorità corrispondono all'incapacità di assimilare quello che gli altri dicono e fanno, di

credere, di fidarsi. Questi sono solo alcuni dei problemi a livello comportamentale che hanno le loro radici in una carenza di nutrimento causata a sua volta da contrazione plasmatica. L'organismo non è capace di "attrarre" e "incorporare"; il suo stato plasmatico gli impedisce di procurarsi quello che vuole a livello psicofisico. Egli non può crescere, può a malapena sopravvivere. I problemi esistenziali dello schizoide scaturiscono da questa lotta per la sopravvivenza che ha origine nel trauma causato da carenza di nutrimento in età precoce. E quello che è stato disturbato così precocemente è il funzionamento del plasma.

Shock e trauma

In termini psicologici la condizione di carenza nutrizionale si chiama stato di shock o di trauma. In questo articolo i due termini sono usati in correlazione; sebbene sia di uso comune alternarli come se significassero la stessa cosa, ora vorremmo differenziarli.

Per dirla semplicemente, non tutti gli shock sono traumatici. Quando si lavora con qualcuno può venire alla luce un evento scioccante, ma è rischioso presumere che il cliente sia stato traumatizzato o scioccato da questo evento con effetto negativo a lungo termine. E sarà quindi inutile tentare di lavorare su questo presunto "shock".

La parola "shock" deriva dal francese *cloquer*, un termine militare che significa attacco violento, improvviso e istantaneo. Questo evento esterno danneggia la stabilità e il senso di permanenza interne, ma non per questo deve durare a lungo. Quindi si potrebbe scioccare il nemico con un attacco improvviso e inaspettato e poi rapidamente approfittare del disturbo "interno", lo shock, momentaneamente creato. Quello che qui interessa è che è quanto succede successivamente ad avere un effetto duraturo; è quello che segue lo shock che determina se l'evento ha avuto una qualche influenza a lungo termine.

Nella psicoterapia corporea il trauma è l'effetto negativo a lungo termine dello shock, in termini biologici il trauma è la contrazione plasmatica cronica.

Il trauma, dal greco *ferita*, è la reazione a un precedente evento esterno come lo shock. La psichiatria ha precisato negli anni il significato di "trauma". Dapprima considerato come il moto di ansia per un evento esterno, quindi come il moto di ansia per un evento interno, il trauma è stato poi definito come la reazione successiva a un evento valutato sotto una nuova luce. La definizione finale è quella di un accumularsi di eventi che non sopraffanno se presi individualmente, ma che hanno un effetto negativo sull'organismo nel loro insieme.

Riteniamo che la maggior parte dei traumi vada intesa in questa ultima accezione: stress accumulato nel tempo fino a che l'organismo reagisce in maniera traumatica. Questi rimane permanentemente ferito e, in termini biologici, la ferita diventa una contrazione plasmatica cronica.

Secondo "la teoria del Big Bang" la psicologia tradizionale afferma che un trauma è stato causato da un evento specifico e perciò si richiede al cliente di lavorare su questo evento. Ma questa teoria è discutibile. Per esempio una persona può eccedere nelle sue reazioni e, come se la goccia avesse fatto traboccare il vaso, può sparare a caso tra la gente per una multa. Ma uno non spara solo per una multa, ci devono essere altre implicazioni. Quando un evento specifico sembra aver traumatizzato l'organismo, è necessaria una valutazione funzionale per vedere se è stato proprio quell'evento a causare il comportamento in questione o se si tratta di una reazione ad episodi accumulatisi nel tempo. È raro che un organismo subisca uno shock per un solo evento e ne sia traumatizzato, è più frequente che il trauma si manifesti perché il sistema è stato indebolito da precedenti stress ed ora ha una reazione sproporzionata ad un particolare evento.

Shock acuto, shock cronico e trauma

Come già osservato, lo shock non dura necessariamente a lungo: l'organismo subisce uno shock e poi si rilassa. Questo è il funzionamento sano. Andiamo anche oltre dicendo che un organismo, per essere considerato sano, deve essere capace di contrarsi quando subisce uno

shock; affrontata poi questa esperienza ed essendo sopravvissuto a ciò, deve essere capace di ritornare al suo equilibrio interno reso evidente dallo stato del sistema muscolare, dal funzionamento del simpatico e del parasimpatico e dallo stato plasmatico.

Con questa precisazione è possibile distinguere due differenti stati di shock. Il primo, lo shock acuto, è una improvvisa contrazione, soprattutto muscolare, accompagnata anche da una contrazione plasmatica. Il rilassamento avverrà rapidamente se l'organismo era sano prima che avvenisse lo shock e se quest'ultimo non è stato troppo intenso. Il secondo è una contrazione plasmatica cronica che trattiene lo stato di shock, una forma di blocco che corrisponde alla definizione classica reichiana di corazza muscolare.

Ma i muscoli non possono mantenere questa contrazione per anni se non sviluppando un sistema di supporto fibroso esterno al plasma contratto. Lo stress nel plasma attiva, cioè, il sistema del tessuto connettivo ad aggiungere fibre sia all'interno che intorno al tessuto muscolare per sostenere il trattenimento.

La risposta muscolare è l'aspetto acuto del corazzarsi, ben diverso dall'armatura cronica del tessuto connettivo. I muscoli sono predisposti a reagire improvvisamente e a rilassarsi rapidamente, mentre il tessuto connettivo risponde allo stress più lentamente, avendo bisogno di tempo sia per aggiungere fibre quando è sotto stress che per riassorbire queste fibre una volta scomparso lo stress. Questo modo di funzionare giustifica sia l'accumularsi dello stress nel tempo che la durata necessaria all'organismo per ritornare ad una condizione fisica sana, quando lo stress è ridotto o scomparso.

Quindi lo shock a lungo termine e il trauma si manifestano con una contrazione plasmatica cronica e un conseguente aumento di supporto fibroso, mentre la contrazione plasmatica e muscolare, propria dello shock, si scioglierà nello stato di salute.

Esempi di shock e trauma

In una situazione di shock l'evento immediato può apparire traumatizzante e, in un certo senso, lo è, ma un singolo evento normalmente risulta traumatico solo perché l'organismo è già indebolito da stress precedenti. Un organismo sano, sperimentando lo stesso evento, si contrarrebbe per lo shock, quindi si rilasserebbe e lo supererebbe.

Nell'esempio citato nella prima parte si è parlato del tema del disturbo perinatale dovuto alla separazione dalla madre. Ora vorremmo presentare varie interpretazioni di questo evento per dimostrare che la separazione dalla madre non è stato necessariamente l'evento traumatizzante. Una possibilità è che il trauma dipenda da una serie di eventi stressanti che hanno circondato il bambino *prima* della nascita e della successiva separazione. Le condizioni di vita della madre potrebbero essere state così dannose per il nascituro da traumatizzarlo già prima della nascita. Oppure il fattore scatenante potrebbe essere accaduto *dopo* la separazione dalla madre. Il modo in cui è stata gestita la separazione può aver trasformato da acuto in cronico lo shock della separazione, traumatizzando definitivamente l'organismo.

Dobbiamo porci alcune domande su un cliente la cui madre diventa pazza dopo la sua nascita tanto che egli deve andare a vivere per un po' da una zia. Come era stare nell'utero di una donna che sarebbe diventata pazza quando egli fosse nato? Potremmo arguire che egli fosse già traumatizzato prima della separazione.

E' possibile che la separazione dalla madre non abbia avuto alcun effetto per una ragione "sbagliata": una pre-esistente contrazione plasmatica indicherebbe che l'organismo era già stato traumatizzato e di conseguenza quello che potenzialmente sarebbe stato uno shock non ha influito assolutamente su di esso; il neonato era già troppo contratto per sentire gli effetti della separazione. In questo caso il bambino ha resistito con successo al pericolo di quel momento, ma, sfortunatamente, ha resistito anche al beneficio del nutrimento che gli poteva venire offerto da una zia affettuosa. Questo è un esempio di persona che non ha subito uno shock in quanto difesa dagli effetti di un trauma precedente.

Oppure potremmo chiederci: quale tipo di accudimento materno egli ha potuto ricevere da una madre diventata pazza dopo la sua nascita? Probabilmente non è stata la separazione per se stessa a causare al cliente il suo problema, bensì l'essere stato allevato da una donna nelle condizioni in cui era sua madre. Sarebbe stato meno schizoide se fosse rimasto più a lungo con la zia piuttosto che tornare dalla madre dopo il suo episodio di pazzia?

La separazione dalla madre può sembrare l'evento scioccante, mentre in realtà l'evento traumatico è spesso quello che succede dopo. Proprio come in un'azione militare, lo shock ha un effetto duraturo solo quando c'è un attacco successivo mentre il sistema è ancora disturbato e instabile, come può effettivamente essere accaduto nel processo di traumatizzazione del cliente quando era bambino. Quale tipo di cure ebbe il cliente quando tornò dalla madre? Trovò sostegno e nutrimento o non ci fu piuttosto un'estensione delle motivazioni che determinarono la separazione?

Sarebbe aggiungere a questa una nuova tragedia se, quando la madre tornò a casa e in qualche modo fu capace di amarlo e prendersene cura, il bambino non fosse stato più capace di ricevere questo nutrimento.

La prima interpretazione è che il bambino non fu traumatizzato dalla separazione perché lo era già prima e, in un certo senso, non poteva sentire più niente. In questo caso lo shock sarebbe stato bloccato da un precedente trauma.

La seconda possibilità è che non fu la separazione in se stessa a causare il trauma, ma quanto avvenne dopo, e questo sarebbe un caso di trauma successivo a uno shock non "allentato".

Una terza possibilità è che l'organismo fosse traumatizzato da uno shock precedente cosicché il successivo è stato solo la goccia che ha fatto traboccare il vaso. Se il cliente sopramenzionato era stressato a qualche livello per le difficili condizioni di vita nell'utero materno, sarebbe poi stato più facilmente traumatizzato dalla separazione dalla madre poiché il suo sistema di difesa era già indebolito. In questo caso l'organismo già debole sarebbe rimasto traumatizzato in modo permanente per lo shock della separazione dalla madre.

C'è un evidente paradosso in questi esempi. In un caso la contrazione dà una forza che permette di superare lo shock successivo, mentre nell'altro indebolisce l'organismo rendendolo più sensibile allo stress.

Si può quindi giungere alle seguenti conclusioni. Lo shock è un disturbo nell'equilibrio dell'organismo, improvviso e proveniente dall'esterno, tale da stressarlo. La muscolatura e il plasma si contraggono e, teoricamente, si rilasseranno quando l'evento è finito. Ma lo stress può accumularsi fino a sopraffare permanentemente l'organismo, fino cioè a traumatizzarlo. Il trauma è la risposta a lungo termine a una situazione stressante che dura nel tempo.

La traumatizzazione è la rappresentazione psichica ed emozionale della contrazione plasmatica cronica collegata al formarsi di tessuto connettivo fibroso. Ci può essere quindi sia uno shock acuto che poi si allenta, che uno shock acuto che diventa cronico. Quest'ultimo è il trauma.

Perché uno shock si allenta e un altro no? Se ne parlerà successivamente nel nostro modello di sviluppo, ma possiamo anticipare che un motivo è la condizione del plasma prima dell'evento stressante. Lo stato di salute del plasma determinerà l'effetto dello stress. Sono tre i possibili tipi di reazione: lo stress viene superato senza essere avvertito, l'organismo avverte lo shock e lo supera, l'organismo avverte lo shock, non lo supera e ne risulta traumatizzato. Questo avviene in una soluzione di continuità in base allo stato di salute del plasma. Peggiora è lo stato del plasma prima dell'evento stressante, peggiore sarà la reazione dell'organismo a tale evento. La qualità del plasma determina quindi l'esperienza dell'organismo.

Stress – shock rilasciato (acuto) – shock non rilasciato (cronico) – trauma

Modello di sviluppo

Questo modello si basa sull'analisi dei fattori coinvolti nella formazione dello stato schizoide e della loro complessa interazione.

Fattori di sviluppo dello stato schizoide

Tre fattori principali sono coinvolti nello shock e nella traumatizzazione: l'ereditarietà, il periodo in cui avvenne l'evento e l'intensità dell'esperienza. Questi tre fattori sono determinabili con una relativa facilità, ma la loro interazione complica enormemente il loro sviluppo.

Per esempio, per valutarne l'intensità dobbiamo conoscere la collocazione nel tempo dell'evento, il che è di solito l'elemento più facile da determinare. Normalmente più lo stress è precoce, più è traumatico. È anche necessario prendere in considerazione i fattori ereditari di cui ancora si sa poco; infatti, anche se altri membri della famiglia presentano analoghi sintomatologia, questo da solo non giustifica l'ereditarietà della patologia. Dobbiamo anche conoscere lo stato dell'organismo prima dell'evento e quello che è avvenuto dopo. Come si è detto, un evento può non essere scioccante per un organismo quando il suo stato plasmatico è in buona salute, ma, se l'organismo è già stressato per precedenti esperienze, l'evento avrà una più forte "intensità", difficilmente valutabile.

Oltre all'elemento temporale e allo stato plasmatico, il modo di processare l'esperienza dipende anche da quanto accade dopo lo shock. Su quanto avviene successivamente di solito influiscono i genitori: il modo in cui essi gestiscono la situazione ha un effetto a lungo termine sul bambino. Ma la situazione si complica rapidamente quando, anche troppo spesso, i genitori sono la fonte primaria dell'evento negativo. Essi si trovano, perciò, nella duplice e difficile situazione di essere la causa del problema e il suo potenziale rimedio.

Il risultato è che un gruppo di fattori interagisce con differenti combinazioni, determinando differenti risposte da parte dell'organismo. Comincia così ad essere più chiaro che, di solito, non è l'evento storico in se stesso ad essere fondamentale; è quindi necessario analizzarlo, ma non nella maniera classica. Infatti esso deve essere inquadrato in un contesto più significativo e dinamico che ci dia una più profonda comprensione della sua origine e della sua cura.

Il carattere plasmatico

La combinazione di questi differenti fattori determina se il carattere si sviluppa in base a una risposta plasmatica o cognitivo-neuromuscolare. Per mostrare la differenza verrà esposta la storia dei due principali tipi: il plasmatico (cioè il carattere schizoide primario e secondario) e il cognitivo-neuromuscolare (cioè tutti gli altri tipi di carattere, con varie gradazioni). I tipi puri sono rari; la maggior parte delle persone corrisponde a varie misture di queste due possibilità di sviluppo.

Il tipo del carattere plasmatico puro corrisponde allo stato schizoide. L'organismo ha una storia iniziale con disturbi che vengono registrati permanentemente nel plasma con una forma di contrazione organismica che corrisponde alla sua prima linea di difesa.

All'attacco di un evento scioccante in età perinatale, l'organismo ha un solo mezzo possibile per reagire e difendersi: una contrazione plasmatica di tutto il corpo che diventa cronica. La prima e, a questa età, l'unica linea di difesa disponibile è il ritirarsi del plasma dalla periferia verso il centro. Questa contrazione serve a contenere le emozioni di paura o di terrore per diminuirne la sensazione e l'esperienza.

In questa fase iniziale della vita il bambino non può fisicamente scappare e magari neanche vedere cosa è avvenuto, e tanto meno concettualizzare quanto sta avvenendo per poi elaborarlo e difendersi. Egli non può mobilitare la muscolatura in modo organizzato per proteggersi, reagendo o scappando e tanto meno aggredendo. Può solo registrare un grandissimo "dis-piacere", ma questo non è così efficace come una risposta aggressiva diretta alla fonte dell'attacco.

La struttura cognitivo-neuromuscolare

Quando il bambino cresce, si sviluppano i sistemi cognitivo e neuromuscolare e la risposta plasmatica allo stress diventa meno importante. Con la costante elaborazione di ambedue questi sistemi il bambino ha ora a disposizione una più grande scelta di risposte e una combinazione di possibilità da usare non solo per il suo sviluppo ma anche per difendersi.(vedi Diagramma I).

In generale il carattere schizoide si sviluppa nel periodo compreso dal concepimento ai due anni di età. Dopo i due anni il sistema cognitivo e neuromuscolare è in continua crescita e si cominciano a vedere combinazioni di funzionamento plasmatico e C/NM. Dopo i sei anni il funzionamento C/NM è di solito dominante. Ma bisogna essere cauti nel fare tali rigide definizioni, perché i fattori che determinano stress, trauma e il risultante sviluppo dell'organismo sono tanti e interagiscono tra di loro. L'intensità di un evento è relativa e può avere differenti effetti per molte distinte ragioni.

Due tappe sono fondamentali per un bambino che sia capace di difendersi in modo sano e corazzato. La prima è imparare a camminare, la seconda è sviluppare la capacità di farsi valere. Queste funzioni hanno pari valore in campo sia fisico che cognitivo che emozionale.

Imparare a camminare significa l'inizio di una fase di differenziazione, l'inizio della padronanza della coordinazione del sistema C/NM. Permette di sviluppare senso di sé, forza, fiducia nel proprio potere; determina la capacità di influenzare il proprio ambiente e di allontanarsi da eventi pericolosi. Dà quindi possibilità di controllo e sicurezza.

Contemporaneamente l'organismo si sviluppa anche dal punto di vista cognitivo; infatti la consapevolezza aumenta non appena il bambino prende coscienza del mondo osservandolo più da lontano. Ora è capace di afferrare le cose da un punto di vista sia fisico che mentale, può affrontare la realtà e cambiarla. Si stanno sviluppando in lui il senso del potere e quello dell'indipendenza.

A livello emozionale questo processo di sviluppo è rappresentato dalla autoaffermazione. Imparare a dirigere la propria rabbia è importante: è l'equivalente emozionale sia del movimento fisico di attacco o fuga, che della funzione cognitiva del comprendere.

Tutti questi fenomeni sono organizzati in una coerente risposta organismica quando il bambino si sente in pericolo o è attaccato. Per proteggersi può fuggire o attaccare, può vedere il pericolo in arrivo, così come può anticiparlo e prepararsi, può diventare ostile e può lottare per resistere, può rivolgere il suo potere emergente e il suo controllo verso un oggetto o al servizio di se stesso per evitare un evento non desiderato (prova a mettere a sedere sull'apposito sedile in macchina un bambino di due anni che non lo vuole).

A questo punto la scelta di quale sistema di difesa usare passa da una risposta plasmatica, automatica e vegetativa ad una basata sull'emergente sistema cognitivo-neuromuscolare localizzato nel sistema nervoso centrale.

Questo cambiamento di enfasi è rappresentato nel tempo dal passaggio dalla prima tendenza del flusso all'*instroke* a quella all'*outstroke*. Anche se va al di là degli scopi di questo articolo analizzare a fondo questo concetto, merita comunque farne un cenno. Dal concepimento attraverso la nascita e finché il bambino non si è impadronito degli strumenti succitati, la pulsazione dell'organismo è in prevalenza sull'*instroke*, la fase di *gathering* (mettere insieme, raccogliere) che rappresenta il processo di organizzazione dell'organismo. Poi c'è un periodo di transizione in cui diventa lentamente sempre più importante la tendenza della pulsazione all'*outstroke* che si esprime in azioni come imparare a camminare, essere consapevoli di una più ampia sfera di oggetti intorno a noi e saper indirizzare la propria aggressività. L'*outstroke* raggiunge il suo massimo sviluppo nella tarda adolescenza e nella prima maturità.

Il passaggio dal predominio dell'*instroke* a quello dell'*outstroke* è un lento processo continuo come quello che intercorre tra la risposta plasmatica e quella C/NM. C'è un movimento inesorabile che porta il bambino ad usare il sistema C/NM come il mezzo principale per entrare in contatto col mondo esterno e controllarlo. Se tutto va bene, dai due ai sei anni un bambino utilizza in eguale misura la risposta plasmatica e quella C/NM.

In questo periodo il sistema plasmatico ha più che altro una funzione di sostegno, caso mai il sistema di difesa C/NM, che è in via di sviluppo, sia in difficoltà rispetto ai frangenti della vita. In questo caso la risposta del bambino sarà plasmatica. Per esempio supponiamo che un bambino stia cercando di comportarsi da “grande” e che questo funzioni fino a un certo punto; ma, se il suo sistema di difesa C/NM è sopraffatto ed egli si sente impaurito, allora subirà un improvviso collasso che lo riporterà indietro al comportamento di un bebé che corre a cercar conforto dalla mamma, rinunciando alla appena scoperta “mascolinità”.

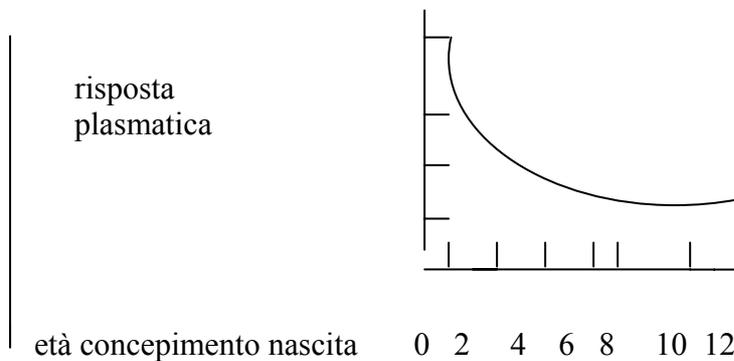
Quando il sistema C/NM si sarà ben costituito, questo diventerà lo strumento fondamentale per interagire col mondo. Lo sviluppo di un sistema C/NM dipende comunque da come, in precedenza, si è sviluppato il sistema plasmatico: un sistema plasmatico sano sarà una buona base per il successivo sviluppo di quello C/NM, e viceversa un sistema plasmatico traumatizzato inibirà gravemente l’evoluzione dell’organismo.

Questa è la ragione per cui lo schizoide è così magro: la contrazione plasmatica verso il centro non ha permesso lo sviluppo muscolare periferico. Lo stesso è avvenuto sul piano delle emozioni: l’organismo non è capace di indirizzare il flusso dal cuore all’oggetto d’amore.

Continuando sulla linea di questo processo evolutivo, dopo i sei anni il sistema C/NM dominerà con costanza come la principale linea di difesa, se ha solide basi e se non ci sono stati danni a livello plasmatico. Il bambino è ora capace di fronteggiare eventuali attacchi e di analizzare il pericolo, in difesa del sistema plasmatico che si trova ad un livello più profondo ed è più vulnerabile.

Il concetto reichiano di corazza muscolare è basato sul dominio del sistema C/NM nel compito di difendere l’organismo, ed è intorno ai sei anni che questo dominio entra in funzione. Da questo processo si svilupperanno le altre strutture caratteriali nelle quali il funzionamento del sistema C/NM è progressivamente sempre più sviluppato.

Il diagramma seguente rappresenta il decrescere in importanza del sistema plasmatico, non appena quello C/NM comincia ad essere dominante. La linea divisa in segmenti rappresenta il processo plasmatico, quella continua il processo C/NM. C’è uno scorrimento continuo dal funzionamento plasmatico a quello C/NM.



Questo diagramma rende evidente come un effettivo processo schizoide sia determinato da antichi disturbi che, da un punto di vista biologico, consistono in sistematici disordini nel funzionamento plasmatico. Con questo schema, in certe circostanze, è possibile definire disturbi che risalgono comunque a un’età precedente ai sei anni.

Carattere schizoide primario e secondario – due tipi plasmatici

Dalla nascita fino ai 5/6 anni il sistema C/NM, che si sta sviluppando, è instabile e fa ancora regolarmente appello alla risposta plasmatica. Infatti, quando sopraggiunge uno stress, il sistema neuromuscolare non è ancora forte abbastanza per resistere da solo e allora l’organismo comincia a contrarsi plasmaticamente. La prima linea di difesa – il sistema C/NM – è stata sopraffatta e la seconda – il sistema plasmatico – è chiamata in causa per aiutare a resistere all’attacco.

Quindi è possibile che un tipo di carattere schizoide si sviluppi in questa fase che corrisponde ad una mistura plasmatico-C/NM. In questo caso noi chiameremo questo tipo di carattere schizoide secondario per distinguerlo dal primario, più dipendente dalla contrazione plasmatica con scarsa o nulla tenuta muscolare. Sia che siano definiti orali, narcisisti, “borderline”, simbiotici, questi caratteri potrebbero essere inclusi nella categoria schizoide secondaria.

Normalmente nel tipo schizoide secondario ambedue i sistemi lavorano insieme creando un funzionamento misto, plasmatico – C/NM, con il sistema plasmatico appena più dominante. Se l’organismo è sufficientemente stressato, il sistema C/NM potrebbe frantumarsi e quello plasmatico rimarrebbe contratto; in questo caso il funzionamento è del tipo schizoide primario.

Quali le differenze tra il carattere schizoide primario e quello secondario? Riguardo allo schizoide primario, il disturbo, che è più precoce e più grave, avviene quando il sistema plasmatico è la sola difesa possibile. Emotivamente lo schizoide primario è sempre sull’orlo della paura, vive chiuso in un terrore esistenziale che esploderà alla minima provocazione perché la sua risposta alla percezione di un pericolo è determinata dalla paura in modo più consistente. Incapace di difendersi con una aggressività sana, è assolutamente inadeguato ad esprimere la sua rabbia.

Lo schizoide primario è più fragile sia fisicamente che psichicamente, più magro, più piccolo e meno ancorato nel suo corpo. È frequente in lui una tendenza al misticismo, anche se non sperimentata, e questo è facilmente comprensibile se si pensa alla difficoltà di vivere in un simile corpo.

Anche lo schizoide secondario ha una profonda paura, ma modulata da un più solido sviluppo emozionale e fisico reso possibile dal sistema C/NM. Questo tipo di schizoide dispone di una maggiore capacità aggressiva. Come lo schizoide primario, egli sa che gli è avvenuto qualcosa di terribile, ma è anche capace di provare rabbia per questo. È una storia che diventa comprensibile anni dopo: poiché l’evento accadde quando questo tipo di carattere era capace di reagire per difendersi, egli continua a vivere coi nervi tesi, con rabbia. Quando percepisce una minaccia – il che avviene spesso – egli colpisce con fredda e tagliente rabbia per proteggersi, ed è sempre pungente e sarcastico. Inoltre, poiché il suo tessuto muscolare è più sviluppato di quello dello schizoide primario, è più adattabile fisicamente nell’affrontare i pericoli esterni e le esperienze emotive, in particolare quella della paura. La sua superiore massa fisica gli dà un maggior senso di forza e di autonomia rispetto al sottosviluppato schizoide primario. Paragonato a quest’ultimo, egli è meglio radicato nel suo corpo.

La sensazione è molto ridotta dovendo attraversare una maggiore massa di tessuto che non le permette di arrivare direttamente al centro dell’organismo, pur essendoci poco spazio tra periferia e centro. Anche la paura, che si sviluppa all’interno, è rallentata e controllata da questa stessa massa di tessuto.

Lo schizoide primario, invece, è così magro che la parte periferica esterna poggia direttamente sul centro a livello sia fisico che psichico; non c’è spazio né massa che rallenti o moduli tutto quanto sta entrando che perciò arriverà direttamente al centro. Questo è il presupposto fisico della sua paura di subire intrusioni e di essere tradito. Questo è il motivo per cui egli è così vulnerabile. Da un punto di vista puramente fisico lo schizoide secondario, provvisto di un qualche sviluppo muscolare, ha una esperienza un po’ differente di quanto avviene, perché può controllare di più quello che entra dall’esterno e quello che si sviluppa dall’interno.

La stessa cosa è valida naturalmente per qualsiasi struttura cognitiva e psichica che ha avuto la possibilità di cominciare almeno a svilupparsi. Se un bambino può capire e ricordare quello che succede quando il padre torna a casa ubriaco, potrà poi essere un po’ preparato a questo avvenimento. Il padre potrà comunque sopraffare l’organismo, ma il processo sarà più lento, più modulato e meno scioccante. E il bambino può comunque pensare che è lui ad avere

ragione, anche se perde nel conflitto col padre, e che la prossima volta le cose andranno diversamente.

Ora noi possiamo parlare di tre diversi tipi di sviluppo del carattere: lo sviluppo di un sistema di corazza prevalentemente plasmatica, uno di corazza prevalentemente C/NM e un sistema misto.

Conseguenze di un trauma in età più avanzata

Quale conseguenza ha uno shock quando si è in una età più avanzata? È possibile che il carattere assuma una struttura schizoide in quel dato momento? Sebbene avvenga raramente, c'è qualche possibilità che uno stato schizoide possa manifestarsi più tardi nella vita. Ma proprio perché un comportamento schizoide appare più tardi o sporadicamente, questo non significa necessariamente che una persona ha un carattere schizoide o che lo stato schizoide si è sviluppato successivamente. Comportamento schizoide e stato schizoide sono due cose diverse.

La prima e più semplice possibilità del manifestarsi di un comportamento schizoide più tardi è che era già presente, ma che, per i meccanismi di compensazione e di adattamento, non era stato individuato. Perciò, quando lo stato schizoide compare più tardi nella vita, questo avviene semplicemente perché è sempre stato presente, anche se ben mascherato. Questa è una situazione in cui è facile interpretare erroneamente un evento specifico capitato in età adulta come la causa di un trauma per l'organismo. L'evento scioccante ha rimosso la maschera; non ha determinato lo stato schizoide, lo ha solo reso evidente. Per esempio una persona vive secondo uno stile di vita per cui potrebbe o mettere da parte o esaltare le sue caratteristiche schizoidi. Ci sono tutte le condizioni tipiche di un carattere schizoide, inclusa la contrazione plasmatica, ma la persona è ben adattata. Ma se il suo stile di vita cambia, i suoi comportamenti vengono visti sotto una luce diversa. Una modella, un atleta, una stella del cinema possono essere degli schizoidi ben adattati. Il loro successo dipende dalla giovinezza ed essi saranno gravemente stressati una volta che cominciano ad invecchiare. Quello che era esaltato o addirittura incoraggiato in un periodo della vita, diventa inappropriato in modo più che evidente in un altro.

La seconda possibilità è che, in un organismo traumatizzato più tardi negli anni, compaia un comportamento schizoide, ma limitato a un settore della sua vita, come il lavoro, la sessualità, ecc.. In questo caso è necessaria una attenta valutazione perché può trattarsi di un funzionamento schizoide non nella sua interezza, ma in uno specifico campo del comportamento. In questo caso la persona agisce come uno schizoide solo in specifiche situazioni. Infatti una vera reazione schizoide è una contrazione generalizzata a tutto il corpo. In questo caso si tratta, invece, di una risposta localizzata, limitata ad un segmento del corpo che corrisponde ad un segmento della vita, come la relazione col sesso opposto. Per esempio il cliente durante l'adolescenza potrebbe aver subito qualche evento scioccante, ma l'intero organismo non si è contratto unilateralmente, perché il sistema C/NM, in funzione, lo ha difeso. È però possibile che un aspetto dell'organismo, più vulnerabile in quel particolare momento del suo sviluppo, sia stato scioccato. Non così tutto l'organismo: lo shock rimane circoscritto ad uno specifico comportamento o segmento.

Ne è esempio una ragazza che, mentre si stava sviluppando in modo sano, venne aggredita sessualmente. Questa sarebbe potuta essere la causa dell'arresto nella sua maturazione sessuale. La maggior parte del suo corpo si sviluppò normalmente, ma un solo segmento, il seno, rimase come quello di una bambina anche in età adulta. La cliente sembrava star bene in gran parte delle sue manifestazioni, ma reagiva in maniera schizoide specificamente nel contatto con gli uomini. Questo "essere schizoide" sarebbe rimasto a livello comportamentale e non funzionale; se ci fosse stato un coinvolgimento anche funzionale, la manifestazione schizoide avrebbe coinvolto ogni aspetto della sua vita. Infatti, poiché questo fenomeno rimane a livello comportamentale, essa può talvolta essere capace di avere fiducia

negli uomini ed entrare in profondo contatto con loro, ma anche, occasionalmente, può avere paura di ciò. Oppure qualche volta essa può essere capace di uno stretto rapporto con un uomo, altre volte assolutamente no, senza capirne il motivo. In questo caso l'organismo risponde solo in una specifica situazione comportamentale come se il soggetto fosse schizoide, ma questa non è una risposta generalizzata a tutti i contatti.

Questo tipo di comportamento schizoide è di solito collegato a particolari fasi del processo dello sviluppo. Al momento dell'evento scioccante l'individuo sta attraversando una fase particolare del suo sviluppo, come la ragazza del nostro esempio che, da adolescente, stava conquistando la sua sessualità, sessualità non ancora completamente sviluppata e per questo ancora vulnerabile e insicura più di quanto non lo sarebbe stata più tardi quando la ragazza fosse diventata più adulta.

Un altro esempio dell'influenza della fase di sviluppo nella formazione di questo tipo di comportamenti potrebbe esserci offerto da un bambino mentre sta sviluppando i suoi strumenti concettuali ad un più alto livello. Avendo subito in questo momento della sua vita l'esperienza scioccante dell'abbandono paterno, egli interromperà questo processo con la conseguenza che non potrà più tornare indietro a completare il suo percorso naturale. Da adulto egli prenderà le distanze se chiamato ad un lavoro concettuale, come imparare la matematica o individuare un ordine logico in una serie di fatti. Questo di solito è considerato un problema di apprendimento, anche se il bambino è sufficientemente intelligente. Anche se questa è una diagnosi vaga e limitata, in un certo senso si tratta proprio di un problema di apprendimento: il bambino non ha ancora appreso ad imparare perché disturbato in quella specifica fase del suo sviluppo.

Una terza, ma rara, possibilità è che lo stato schizoide sia prodotto più tardi perché, anche nell'organismo ben funzionante di un adulto, un sano sistema di difesa C/NM può essere sopraffatto: un gravissimo abuso sessuale, la tortura, la guerra, il terremoto ecc.. possono essere per l'individuo condizioni al limite estremo della sopportabilità. Queste esperienze possono sopraffare l'organismo e riportarlo al precedente funzionamento plasmatico con la contrazione totale dell'intero sistema.

Sono stati fatti studi su soldati americani fatti prigionieri durante la guerra in Corea e sottoposti non ad abuso fisico, ma al "lavaggio del cervello". Durante la prigionia, sia pure con cibo, acqua e una temperatura tali da poter sopravvivere, essi si rannicciarono in un angolo e si lasciarono morire. Erano dei giovani forti che erano sopravvissuti al tremendo stress della guerra, eppure il loro sistema di difesa fu sistematicamente abbattuto fino a produrre in loro uno stato autistico che li portò alla morte.

Terapia

È oramai chiaro che le tecniche classiche del lavoro reichiano – sovraccitare l'organismo, attaccare le difese muscolari, portare ad un forte rilascio emozionale – sono nel migliore dei casi insufficienti sia con le strutture schizoidi che con alcune altre. Questi approcci sono più adatti ad individui con un forte "ego", capace di sopportare l'intensità di un tale lavoro, ma disgregare la contrazione plasmatica che è sostitutiva dell' "ego" in una struttura schizoide è troppo pericoloso.

Come già detto lo schizoide non ha un sistema di riserva a cui ricorrere quando la contrazione si rilascia. È magro, privo di distinzione tra centro e periferia, motivo per cui è così sensibile e irritabile. La sua massa muscolare poco sviluppata, e quindi inadeguata a mitigare gli effetti stressanti, fa sì che egli percepisca le esperienze fisiche e psichiche in maniera diretta e troppo forte. Per lo schizoide tutto è troppo, troppo veloce e troppo frequente.

Per lo stesso motivo gli schizoidi non posseggono *grounding* e, se mistici, non sono capaci di una chiara esperienza del proprio corpo. Per loro non c'è spazio né nel proprio corpo, né nel mondo esterno. Il corpo è troppo magro e contratto e non offre spazio reale che possa dare loro conforto e rifugio, sebbene vi si siano profondamente ritirati dentro. Essi non possono

ricorrere al proprio corpo per ottenere forza, conforto o un posto dove esistere perché troppo spesso, quando vi entrano, esso è una cavità nera, vuota o piena di dubbi e paura.

Per di più il lavoro classico, basato sull'*outstroke*, è rivolto all'espressività, perciò più adatto alle strutture C/NM. Queste strutture, con il loro maggiore sviluppo muscolare e la loro capacità di proiettarsi verso la periferia, sono più abili nell'assolvere i compiti fisici richiesti in un lavoro espressivo che muove verso l'esterno. Invece lo schizoide è orientato all'*instroke* e, sfortunatamente, in modo contratto. La catarsi è un attacco diretto contro il funzionamento energetico dello schizoide perché l'ultima cosa che egli vuole è aprirsi per andare verso il mondo esterno. L'idea di base delle tecniche classiche è da lui sentita come una minaccia all'integrità del suo organismo, col rischio di replicare lo shock originario durante la terapia. In terapia essi hanno bisogno non di sentirsi minacciati, ma di sicurezza che per loro è l'esigenza centrale. Il loro principale problema è quello esistenziale: esistere nel mondo dove sentirsi al sicuro e dove, infine, creare il proprio spazio.

Per lo schizoide il tema della fiducia nei rapporti interpersonali è centrale, ed acquista una speciale importanza nella relazione terapeutica. L'uso terapeutico dell'*outstroke* esaspera non solo il problema di fidarsi e di salvaguardarsi, ma anche la paura di essere invaso, tipica dello schizoide. Le tecniche classiche reichiane vengono automaticamente sentite come invasive dallo schizoide che è orientato sull'*instroke*. Per la sua eccessiva sensibilità, dovuta alla stretta vicinanza tra centro e periferia, il contatto è sentito come un attacco, perché è troppo ed arriva troppo velocemente, anche quando le intenzioni sono buone. L'organismo si ritira contraendosi, in preda alla paura e alla rabbia.

Per superare questi problemi e lavorare con più efficacia sui processi contrattivi sia biologici che psichici, abbiamo sviluppato la tecnica Points&Positions che lavora direttamente sulla tenuta del tessuto connettivo mobilitando contemporaneamente l'*instroke* della pulsazione.

L'intenzione è quella di non spezzare il blocco muscolare per liberare le emozioni e i movimenti che esso trattiene, ma rimettere in moto l'*instroke* della forza vitale, la fase "gathering" ossia di riunione. Lo schizoide allora comincia a sentire la sua forza a causa del contatto con l'energia che fluisce di nuovo. Nello stesso tempo sviluppa un senso di sicurezza dovuto al rinnovarsi del flusso verso il centro, zona perduta da lungo tempo e quindi non sviluppata. In questo modo è possibile lavorare contemporaneamente, in maniera controllata e sicura, sulle strutture sia somatiche che psichiche dello schizoide.

Prima di parlare dell'*instroke* e della tecnica Points&Positions, è necessario chiarire l'importanza dell'approccio funzionale di Reich.

Valutazione funzionale

L'aspetto più importante dell'eredità di Reich, che porta la psicoterapia corporea oltre la psicologia, è la distinzione tra comportamento e funzionalità.

La funzionalità è il modo di organizzarsi e di operare della forza vitale. È questa un'attività specifica e universale che rimane costante col variare delle circostanze, qualsiasi forma fisica o psichica l'energia vitale possa prendere. Quindi l'approccio funzionale è lo studio dell'organizzazione spontanea della forza vitale in tutte le sue varie forme e comportamenti.

Noi valutiamo sempre sia il nostro lavoro che la risposta del nostro cliente in termini funzionali e non comportamentali, in quanto il comportamento ha origini funzionali. Per esempio un cliente ha problemi di insonnia che, dopo la nostra seduta, aumentano. Allora dobbiamo porci una serie di domande. Abbiamo sovra eccitato l'organismo e il cliente non può processare quanto sta avvenendo? Questa sarebbe una risposta patologica nel senso che il sistema di difesa si sta sovraccaricando e, se questo processo continua, noi noteremo alcune contro-reazioni, come un aumento di contrazioni muscolari, proiezione, falso transfert negativo, ecc.. Oppure: abbiamo attivato l'*outstroke* della pulsazione, quando invece, in questa situazione, sarebbe stato meglio mobilitare l'*instroke*? Oppure: col liberare la contrazione stiamo forse risvegliando l'organismo in modo tale che esso sta cominciando a

fluire e a pulsare di più? E in quale direzione sta fluendo l'energia? Verso l'interno o verso l'esterno? Il cliente sta forse sveglio la notte perché è capace di sopportare una gamma di pulsazioni più ampia e più profonda? Forse, potendo sopportare un maggior grado di eccitazione, non ha più tanto bisogno di dormire perché sta sollevandosi dalla sua depressione? Questa sarebbe una "risposta funzionale".

Noi non ci concentriamo tanto sul comportamento, il vero e proprio sintomo, in questo caso l'insonnia, siamo piuttosto interessati a come l'organismo sperimenta se stesso. Questo ci aiuta a capire da quale livello proviene l'esperienza – il livello comportamentale o il più profondo livello funzionale – e se la sua è una risposta patologica o funzionale. Noi lo sottoporremo ad una attenta indagine da un punto di vista funzionale. Dopo una notte pressoché insonne, il cliente riferisce che il giorno dopo si sentiva bene e che era sorpreso di non essere stanco; che, mentre durante la notte giaceva sveglio, non si sentiva nervoso, ma rilassato, e che questo accadeva perché era stato più attivo del solito e quindi aveva bisogno di un po' di tempo per se stesso per ripensare alla sua giornata. Quando alla fine si era addormentato, il suo era stato un sonno profondo e riposante.

Se egli riferisce questo tipo di esperienza di insonnia, noi possiamo pensare che la sua è una risposta funzionale. A livello comportamentale alle prime potrebbe apparire che il sintomo negativo, l'insonnia, stia aumentando, da un punto di vista funzionale appare, invece, che il cliente sta cominciando a muoversi a un livello più profondo e che questo processo non è eccessivo né troppo veloce.

Un altro esempio ci è offerto da una cliente che denuncia una incipiente "depressione": sta a casa tutto il giorno, non vuole vedere amici, si sente stanca e per tutta la sera non fa altro che guardare la TV.

Eppure, quando è interrogata su come si sente riguardo alla sua "depressione", risponde di sentirsi bene con se stessa, ma si chiede se questo è giusto. Quello che la innervosisce è più che altro l'idea che non dovrebbe stare tanto a casa senza fare nulla, dovrebbe uscire di più.

La cliente ha avuto problemi con uno dei suoi figli per motivi scolastici. A questo proposito commenta che ora il suo rapporto col figlio è molto buono, migliore di prima, e che il problema scolastico sembra risolto.

Inoltre precisa che, anche se frequenta meno gli amici, quando li vede, il suo rapporto con loro è più soddisfacente di prima.

La persona depressa non riesce a migliorare la qualità del suo rapporto con gli altri. Qualcosa d'altro sta capitando che può spiegare la sua "depressione": la mobilitazione del suo *instroke*. La cliente è una persona rivolta verso l'esterno che si è sempre tenuta indaffarata. Ora la mobilitazione dell'*instroke* comincia a farla fluire verso l'interno: la cliente sta tornando da se stessa. A un livello più profondo essa è contenta e si fida di questo processo; a un livello più superficiale invece è confusa perché si sente diversa da come si conosceva e pensa che dovrebbe comportarsi in maniera diversa. Ma questo processo cognitivo non è collegato al livello funzionale, scaturisce dal livello comportamentale.

Considerando i suoi sintomi, noi potremmo pensare che essa sta veramente entrando in depressione e che questo potrebbe anche derivare dal lavoro che stiamo facendo con lei e che quindi dovremmo cambiare qualcosa, ma, a livello funzionale, giudichiamo che essa sta procedendo bene e continueremo a fare quello che stiamo facendo, finché funziona.

Points&Positions –Psicoterapia corporea

Questo tipo di psicoterapia si basa su una originale interpretazione della affermazione di Reich che esiste una forza vitale, il processo creativo, che è il principio che unifica la psiche e il corpo. Points&Positions si basa sull'energia non limitata all'espressione delle emozioni, ma estesa a tutti i comportamenti umani che sono, fundamentalmente, processi energetici.

Noi usiamo il modello della pulsazione come base del nostro lavoro, sia esso verbale o fisico.

A livello fisico usiamo un tocco leggero su punti specifici e in determinate posizioni in modo da decontrarre la corazza plasmatica, e questo porta pian piano a rimobilitare la pulsazione di base. La tecnica consiste in una leggera pressione su punti specifici lungo tutto il corpo. Questo tocco sistematico utilizza il sistema di informazione a rete offerto dal tessuto connettivo, cosicché l'organismo può essere toccato in profondità, lentamente e senza alcun pericolo. A livello verbale noi agiamo sull'attività pulsatoria dell'organismo, stimolando la presa di coscienza, la concentrazione e la capacità di dare un nome a quanto emerge. Non fa differenza se è l'*instroke* o l'*outstroke* della pulsazione ad essere riattivato, perché ambedue si ristabiliranno secondo i propri tempi. Infatti l'organismo, quando non è forzato, sa sempre quale è il suo movimento appropriato e quali i suoi tempi.

Tecniche verbali

A livello verbale noi lavoriamo principalmente sulla consapevolezza e la concentrazione, avendo come riferimento la metodologia di Fritz Perl. Il lavoro verbale richiede che il cliente sia continuamente consapevole di sensazioni, sentimenti, emozioni e pensieri e li esprima definendoli. Per parafrasare Joseph Campbell, noi non stiamo cercando il significato della vita, ma l'esperienza di essere vivi. Questo permette al cliente di partecipare al processo della sua guarigione più coscientemente e responsabilmente. Il terapeuta assume il ruolo di partecipante che osserva. Il lavoro verbale sulla presa di coscienza e sulla concentrazione crea come una mappa del territorio della psiche.

Soprattutto con i caratteri schizoidi diamo importanza alla consapevolezza del proprio corpo, poiché lo schizoide non si sente in un contatto chiaro e diretto con questo: sono presenti o una scissione dal proprio corpo o una interpretazione errata delle sensazioni e delle esperienze a causa della grave contrazione. Durante tutto il lavoro è importante portarli sani e salvi "a casa" nel proprio corpo, attraverso un costante riferire e dare un nome alle sensazioni fisiche. Ed inoltre portarli a differenziare sensazioni, emozioni, pensieri e giudizi non è semplice come potrebbe sembrare.

Gli schizoidi sono spesso dotati di capacità intellettuali e molto portati ad usarle. La natura sottile e contratta del loro corpo non permette una profonda e ampia pulsazione. A causa della contrazione dell'energia vitale proveniente dalla periferia, la limitata pulsazione tollera solo il flusso verso la testa. Questo sovraccarica la testa e gli occhi sviluppandoli eccessivamente e creando un'eccessiva dipendenza da queste due aree.

L'eccessivo sviluppo delle facoltà intellettive determina spesso il formarsi di una corazza. Perciò in terapia, di solito, si evita di lavorare sui meccanismi intellettivi dello schizoide per non lederli; noi, invece, consideriamo queste facoltà supersviluppate una risorsa, un amico perduto. Combinando la presa di coscienza ad un lavoro verbale basato sulla concentrazione, riusciamo ad usare quest'aspetto ben sviluppato della persona a suo vantaggio. È un modo di darle sicurezza, ricorrendo a un suo punto di forza, dove si sente a suo agio. Noi non siamo qui per minacciarla con la richiesta di fare quello che non vuole o non sa fare. Tentare di portare uno schizoide fuori dalla sua testa significa lasciarlo senza difese, vulnerabile e impaurito, perché quello è il suo miglior sistema per radicarsi psichicamente. Farlo andare "dentro la tana del leone" e diventare amico del leone significa aiutare lo schizoide ad imparare ad usare il suo intelletto come qualcosa che non sia solo un mezzo di difesa. Ed è una bella esperienza sia per il cliente che per il terapeuta. Il cliente si sente a casa propria, riconosciuto e sarà più disponibile nel cercare di vedere le cose sotto una nuova luce.

Lavorare sull'*instroke*

Sviluppare un metodo per mobilitare sistematicamente la pulsazione dell'*instroke* è stato un importante passo avanti nel lavoro con tutti i tipi di carattere a risposta plasmatica: schizoidi, autistici, orali, borderline e strutture portate alla depressione e alla paura. Il metodo è un

mezzo sicuro e controllato per mobilitare il sistema energetico dell'organismo permettendogli un contatto profondo e sicuro con se stesso, senza suscitare paura, tristezza e rabbia.

Queste strutture tendono alla contrazione. All'inizio si contraevano contro un attacco reale all'integrità dell'organismo, più tardi, in età adulta, si contrarranno contro attacchi sia reali che immaginari. C'è in loro una grande quantità di paura, di terrore, di diffidenza, di senso della perdita. Tutto questo è rimasto in loro proprio perché lo hanno rimosso; ma vive ancora dentro il loro organismo ed essi lo sanno e ne hanno paura. Il puro e semplice allentare la contrazione libererà queste esperienze schiaccianti, col rischio di sopraffare di nuovo l'organismo. Poiché queste strutture non hanno un sistema di difesa a cui ricorrere, ossia un radicamento interiore, un corpo ben definito, relazioni personali di cui fidarsi, esse vengono rapidamente sopraffatte e si contraggono ulteriormente o crollano completamente.

Sia l'*instroke* che la contrazione si muovono verso l'interno dell'organismo, ma l'*instroke* si differenzia dalla contrazione perché è un movimento continuo, mentre la contrazione è un blocco del movimento verso l'interno. L'*instroke* è il fluire di un movimento verso l'interno che produce un condensarsi, un riunirsi, un concentrarsi. È un aperto fluire verso qualcosa, non un allontanarsi da qualcosa, come la contrazione che forma una corazza e contiene paura e rabbia. Anche l'*instroke* contiene paura e rabbia, ma, oltre a queste, anche tutte le potenzialità dell'organismo.

Mobilitare l'*instroke* significa permettere all'organismo di fluire all'interno lentamente e con sicurezza, senza attivare tutti i traumi interni. La pulsazione primaria è liberata, non così il sistema secondario di armatura. Non appena è nell'*instroke*, lo schizoide si sente compatto e sicuro, sia con se stesso che nei riguardi del mondo esterno. Allora si sente in una posizione più forte per affrontare le minacce che possono sorgere, si riconnette con un senso del potere con cui non aveva più contatto, con una forza e una sorgente di vita con le quali si identifica; supera, così, il conflitto tra come egli sente di essere e come dovrebbe essere nel mondo. Si sente separato, ma non isolato, profondamente interiorizzato, ma non contratto.

Oltre a ridare sicurezza e senso di potere, l'*instroke* offre uno spazio interiore. Lo schizoide acquista la sensazione di avere un posto dove esistere, riducendo il suo antico sentimento di non avere spazio nel mondo. È un posto dove andare, dove riposarsi, dove essere nutrito, dove ricaricarsi. Poiché lo schizoide passa gran parte della sua vita come uno straniero ed un estraneo, come un solitario spettatore diverso dagli altri, è per lui un'esperienza importante sentire che c'è un posto sicuro dove esistere nel mondo, dove cominciare a superare la sua paura esistenziale. Lo stress di dover sempre essere "fuori" nel mondo è spossante per le strutture che tendono a contrarsi. Come è stato spiegato nella prima parte, gli schizoidi spendono tanta energia per cercare di non sparire, che è poi difficile per loro apparire. Ed è proprio la routine giornaliera dell'andare a scuola o al lavoro, dell'uscire a fare compere, dell'intrattenere relazioni sociali che richiede all'organismo di fare quello che non vuole fare: uscire fuori. Sfortunatamente lo stesso vale per il *setting* terapeutico.

È incredibilmente gratificante per una struttura che tende a contrarsi il muoversi verso l'interno; non si tratta di un ulteriore contrarsi, ma di un fluire verso il proprio centro per potersi riposare e ricaricare. Dopo che l'*instroke* si è completato, è più facile il successivo movimento verso l'esterno, in quanto diventa anche questo un fluire piuttosto che una spinta a dover fare qualcosa. E, alla fine, anche lo schizoide vuole muoversi verso l'esterno.

Il risultato è che l'*instroke*, prima congelato, e la contrazione, durata tutta la vita, arrivano a una conclusione e quindi il cliente può espandersi verso l'esterno con più sicurezza e costanza, non perché lo deve, ma perché lo vuole. Ora che il desiderato fluire verso l'interno è stato completato, il movimento verso l'esterno è più chiaro e spontaneo.

L'individuo impara a fidarsi di qualcosa che è dentro di sé che non sia solo la sua contrazione e la sua rabbia. Prima il suo stato di contrazione fisica e psichica gli procurava una qualche forma di radicamento e di potere, ora questo radicamento, congelato e falso, dà spazio a qualcosa di vivo, mobile e veramente potente. Un cliente riferì che c'era un sole ora dentro di

lui e che, per la prima volta, non sentiva di dover andare in Grecia dove stendersi al sole per incamerare calore sufficiente per l'inverno. Ora il calore poteva procurarselo da solo.

Con il lavoro sull'*instroke* il movimento non fa più paura, perché l'individuo fa quello di cui si fida: fluire verso il suo interno. Quello che è più importante a questo punto è che egli ha cominciato di nuovo a fluire dopo una vita in cui contrazione, rigidità, congelamento erano la salvezza. Ora egli può espandersi e nello stesso tempo sentirsi al sicuro. Questo movimento verso l'interno gli dà un senso di sé più chiaro e sicuro, perciò avrà uno spazio definito nel mondo dove andare quando avrà bisogno di ritirarsi per riposare, ricaricarsi o proteggersi.

Dalla mobilitazione dell'*instroke* scaturisce spontaneamente il processo di crearsi i propri confini. Il processo di concentrazione, che si manifesta durante il flusso verso il proprio centro, permette di definire chiaramente chi si è. Prima era la contrazione che aveva la funzione di "definire", ora nasce un più chiaro senso di sé, più stabile e più flessibile di quello che si identificava con la contrazione. Questo processo di formazione rende più definiti i confini. Il senso di distanza dagli altri diventa ora maggiore e più soddisfacente, perché non esclude il contatto con gli altri. Un cliente ha riferito che, dopo essersi rifiutato intenzionalmente per undici anni di andare a casa di suo fratello, egli poteva ora andarvi tranquillamente "Non faccio più parte di quel gioco, ora".

Per essere più esatti dalla mobilitazione dell'*instroke* si sviluppa uno speciale tipo di confini: l'attenzione del cliente è più concentrata su se stesso e sul proprio processo. Egli preferisce definirsi più riguardo a se stesso che in relazione agli altri; si sviluppa in lui un modello intrapsichico che avrà importanti implicazioni sia sulla terapia che sul rapporto col terapeuta. Il punto focale della terapia diventa l'esperienza di se stessi in relazione agli altri. E, strano a dirsi, il cliente diventa curioso di se stesso.

Da tutto ciò nasce un senso di sé più forte e più definito. La profonda totale contrazione causata dal disturbo originario aveva continuato a interferire con lo sviluppo del sé, ora l'organismo comincia a concludere quel processo interrotto: non si tratta di riunire parti staccate, ma di completare un processo che non si era mai concluso.

È possibile staccarsi da qualcosa che già esiste, come fanno alcuni schizoidi specialmente a livello emozionale, come quando escludono la paura esistenziale, la rabbia o anche il desiderio. Ma questo implica che queste emozioni siano già sviluppate perché l'organismo possa separarsi da loro.

Il processo che vediamo svilupparsi in seguito alla ri-mobilitazione dell'*instroke* è più che un rimettere l'individuo in contatto con le sue parti staccate, esso rende soprattutto possibile proseguire lo sviluppo che si era arrestato. L'organismo può imparare e sperimentare cose mai provate prima: fidarsi, dare e ricevere amore, sentirsi sicuro, il senso dell'appartenenza e della partecipazione, in una parola, il nutrimento.

La pulsazione

La tecnica di mobilitare l'*instroke* sia attraverso il tessuto connettivo che con il lavoro verbale è un processo sottile, lento e sicuro. È possibile lavorare secondo una modalità tale che il cliente può sia controllare il processo che emerge, che assumerne la responsabilità.

Come già detto, è oramai evidente che il lavoro secondo lo stile reichiano classico presenta dei limiti, in quanto è difficile e pericoloso per alcuni tipi di carattere, tra cui quello schizoide, che presentano soprattutto un movimento di contrazione verso l'interno. Essi non si aprono al mondo esterno, come prevedono molte delle tecniche reichiane basate su una respirazione accentuata, su movimenti e suoni volontari e forzati, su una scarica delle emozioni espansiva ed esplosiva. Tutto questo è contrario a quanto schizoidi, borderline, orali, depressi e strutture caratterizzate dalla paura vogliono fare, perché è sentito come un'invasione e un attacco diretto. Quando va bene, essi ne sono incapaci, anche se desiderosi di collaborare.

Un altro motivo per cui l'approccio reichiano non sempre funziona è che esso non risulta aderente al modo in cui la forza vitale fluisce. La forza vitale infatti si muove obbedendo a

delle pulsioni che non seguono un percorso lineare, come nel modello classico in cui si giace stesi, si respira, si fanno movimenti, si emettono suoni cercando di stimolare il sorgere di movimenti spontanei. La tecnica parte dal punto A per arrivare al punto B, seguendo una linea retta; non prevede la pulsazione, ma solo l'esercitare una pressione: il cliente respira, si muove, grida, sperando che qualcosa accada.

Il lavoro sull'*instroke* determina invece lo sviluppo di piccoli movimenti pulsatori, come mezzi per comunicare con la più profonda pulsazione dell'organismo, e questo è un impulso a costruire nel tempo. In fondo noi usiamo la pulsazione per generare la pulsazione!

Inoltre la tecnica classica lineare determina situazioni di "tutto o niente", pericolose per i borderline e gli schizoidi, in particolare. Infatti, perché questa tecnica funzioni, bisogna allentare ogni controllo. Se il cliente si trova nel mezzo di un rilascio di energia e scopre improvvisamente che non è pronto a ciò, è difficile tanto tornare indietro quanto continuare fino alla conclusione. Così il blocco dell'organismo può aumentare o può esservi un troppo rapido crollo della struttura difensiva.

Le tecniche usate nella Scuola Europea Reichiana utilizzano un procedimento graduale, modellato sulla pulsazione del flusso energetico naturale, basato sul lavoro di Reich secondo la *Kreiselwelle*, un movimento pulsatorio che spinge con forza verso l'esterno e viceversa. Noi usiamo questo modello sia nel tocco che nel lavoro verbale, seguendo il movimento naturale verso l'esterno e ritorno.

Lo stimolare i movimenti pulsatori fisici e psichici è un metodo più lento e più sicuro che non quello che mira alla scarica, ed offre il vantaggio che il cliente è conscio della qualità del processo, se ne fida e lo controlla, quando è necessario. Questo controllo, invece di interferire col processo terapeutico, in realtà lo facilita.

Occhi e pulsazione

Noi lavoriamo in modo strutturato sugli occhi che, insieme con le mani e i piedi, offrono il miglior tipo di contatto con la realtà. Il radicamento di una persona, sia fisico che psichico, dipende soprattutto dal funzionamento dei suoi occhi. Oltre ad esercizi fisici e al tocco su punti del segmento oculare, noi usiamo esercizi verbali rivolti al processo in corso, basati sulla pulsazione.

Se consideriamo il corpo come un insieme di segmenti, respirare e vedere sono la migliore rappresentazione della pulsazione di base dell'organismo nel suo complesso; perciò, quando lavoriamo sulla pulsazione del segmento oculare, spesso entriamo in contatto con la più profonda pulsazione primaria. Come uno vede è come uno vive.

Lavoriamo verbalmente per portare ad un più chiaro livello di coscienza l'esperienza dello stato di pulsazione negli occhi e per ampliarne il raggio, esplorando le diverse possibilità.

Per esempio, un cliente, che si sentiva per la prima volta fluire con facilità e gioia fuori dagli occhi, pensò che doveva stare attento, e il flusso e il piacere diminuirono. Allora realizzò che questa esperienza ben rappresentava il suo modo di vivere. Anche quando tutto andava bene, egli doveva stare attento e questa cautela, poi, prendeva il sopravvento smorzando l'esperienza. Pur non essendoci nell'esercizio un "reale" motivo per fargli interrompere quel fluire, egli lo fece automaticamente e le sue sensazioni piacevoli si attutirono. È interessante notare che egli precisò di non aver avuto la sensazione della cautela. Il punto è proprio qui: il cliente diceva che non aveva seguito delle sensazioni che lo stimolassero a determinate azioni, "tutto avveniva e basta". Questo rappresentava la scissione e il rifiuto della parte di sé che ha la funzione del controllo. Si manifestava in lui automaticamente con le stesse modalità del controllo esercitato su di lui dai suoi genitori; e non lo sentiva neanche ora che lo stava esercitando su se stesso. Di nuovo usava questo suo modello tipico: "Mi succede....non so che dire...lo subisco..".

Conclusione

Lo scopo di questo articolo è stato quello di presentare il ruolo del plasma e del funzionamento del tessuto connettivo come elemento centrale nello sviluppo dell'organismo, col vantaggio che l'affermazione di Reich dell'identità funzionale di psiche e soma può ora avere solide basi biologiche.

Questa impostazione biologica permette di approfondire la nostra comprensione degli effetti dei primi disturbi, dello shock e del trauma. Quindi potranno avvantaggiarsene la diagnosi, la valutazione e il trattamento non solo dei primi disturbi, ma anche delle problematiche di tutti i tipi di carattere.

Da *Energy and Character*

Traduzione di Donatella Nelli

A cura di Monique Mizrahi