



Stili di respirazione di David Boadella

Respirazione e muscolatura irrigidita

Il test diagnostico-muscolare di Nic Waal

Nic Waal (1) ha individuato modalità diverse di respirazione. Ella ha sottolineato il fatto che nella respirazione naturale la cassa toracica e l'addome si espandono in sincronia nell'inspirazione e altrettanto in sincronia si svuotano nell'espirazione e descrive vari tipi di disturbo di questo ritmo naturale:

1) **Respirazione toracica** :

La respirazione avviene principalmente nella cassa toracica e i movimenti addominali sono ridotti al minimo.

2) **Respirazione addominale**:

La respirazione avviene soprattutto nel diaframma, così che si vede lo stomaco espandersi e gonfiarsi ; sono invece i movimenti toracici ad essere ridotti al minimo.

3) **Respirazione paradossale**:

La cassa toracica e l'addome si muovono ambedue, ma in modo disarmonico e non in sincronia.

4) **Respirazione a scatti**

Vi è una totale mancanza di ritmo e i movimenti respiratori sono irregolari, non uniformi.

I tipi di respirazione di Wilhem Reich

Il primo tipo di respirazione individuato da Reich fu quello caratterizzato da una riduzione della libera mobilità del diaframma.

“All'armatura del torace partecipano tutti i muscoli intercostali, i grandi muscoli pettorali, i muscoli delle spalle (deltoidi) e il gruppo di muscoli situato sulle e fra le scapole. L'espressione dell'armatura del petto è caratterizzata soprattutto dall'autocontrollo e dal 'trattenersi'. Le spalle tirate indietro esprimono letteralmente 'ritegno'. Insieme all'armatura del collo, l'armatura del torace esprime 'contrarietà' trattenuta e 'inflexibilità' (letteralmente!). Nel caso esista l'armatura, l'espressione è quella della 'immobilità' o del 'non essere toccati'”(2)(pag.459).

Ne *“Il Linguaggio espressivo del Vivente”*, dal quale è stata tratta la precedente citazione, Reich non fa distinzione tra i vari stili di respirazione rispetto ai differenti tipi di armatura corporea e alle diverse esperienze e ambienti. Il tipo di difesa sopradescritto è specifico di armature rigide, strutture nelle quali è presente, come caratteristica evidente, un marcato indurimento e una estrema tensione di tutta la massa muscolare del corpo. La respirazione di questa persona è poco influenzata dagli stimoli. Essa è ridotta a causa delle tensioni, non induce forti emozioni, né ad esse reagisce con facilità. La respirazione ha una regolarità di tipo meccanico, inspirazione ed espirazione si succedono in modo quasi automatico, il movimento respiratorio si espande e si contrae entro i rigidi limiti imposti dalla gabbia toracica e dalla parete addominale.

L'espansione cronica del torace crea molti di problemi a chi, tendenzialmente, ha una struttura rigida; i corpi provvisti di armatura muscolare (in senso Loweniano) tendono a essere tesi. Fra l'altro Reich attribuisce loro *“una tendenza all'aumento della pressione del sangue, palpitazioni e angoscia, nei casi gravi e di vecchia data è possibile riscontrare anche un'ipertrofia cardiaca. Possono insorgere disturbi cardiaci di vario genere a causa dell'espansione cronica, o, indirettamente, come risultato della sindrome ansiosa. L'enfisema polmonare è una conseguenza diretta della dilatazione cronica del torace”*. (2)(pag. 459).

Reich sottolinea che il militarismo fa ovunque uso dell'espressione corporea di questo tipo di armatura. Mathias Alexander, nel suo libro sulla postura del corpo, evidenziò come i metodi di educazio-

ne fisica in voga ai suoi tempi, ponendo l'accento su “*pancia in dentro, spalle indietro, petto in fuori*”, non facessero altro che rinforzare una tendenza corporea da rigido automa che risponde ad una sollecitazione meccanica. Wilfred Barlow, un medico seguace del metodo di Alexander, scrisse “in tutti i casi di trombosi coronarica che ho seguito non mi è ancora capitato un caso nel quale la parte superiore del petto non fosse marcatamente espansa e ipercontrollata. L'impressione di *potente Tycoon* (grande principe giapponese; n.d.t.) è spesso associata ad un petto gonfio e ipercaricato” (4).

RESPIRAZIONE INTESTINALE

Reich ha descritto anche un tipo di armatura caratterizzata dalla pressione addominale: “I pazienti si lamentano di una insopportabile *pressione* nell'addome e accusano la presenza di una cintura attorno allo stomaco, che li *stringe*. In altri, esiste un punto del ventre che è molto sensibile. Tutti hanno paura di ricevere un colpo nel ventre, ma in questo caso questa angoscia diventa il centro di nutrite fantasie. Altri hanno la sensazione che “*c'è qualcosa nel ventre che non riesce ad uscire*”; “*mi sembra di avere un piatto nel ventre*”; “*il mio ventre è morto*”; “*devo tenere il mio ventre*”; ecc. Quasi tutte le fantasie infantili sulla gravidanza e la nascita si raggruppano intorno alle sensazioni vegetative del ventre (3 pag. 315-316).

Esistono modalità specifiche di usare in profondità il ventre per reprimere i sentimenti. I visceri possono essere compressi dalla pressione addominale, dalla contrazione dello sfintere anale, dal “*mandar giù*” le sensazioni, e dalla tensione del diaframma, attraverso il quale deve inevitabilmente passare la parte superiore del canale alimentare per arrivare dal petto all'addome. Reich ne parla riguardo all'energetica del vomito:

“In molti casi di blocco del diaframma, oltre all'incapacità di vomitare si manifesta una nausea permanente. Non vi è alcun dubbio che il mal di stomaco nervoso sia una diretta conseguenza dell'armatura in questa regione. Il vomito è un movimento biologico espressivo, la cui funzione è esattamente quella di esprimere: è espulsione convulsiva dei contenuti del corpo. Esso si basa su un movimento peristaltico dello stomaco e dell'esofago che va contro la direzione della sua normale funzione, e cioè verso la bocca (anti-perilstalsi).

Il riflesso del vomito scioglie radicalmente e rapidamente l'armatura del segmento del diaframma. Il vomito è accompagnato da una convulsione del tronco, da una rapida contrazione della bocca dello stomaco, con un guizzare in avanti del collo e del bacino. Nei casi di colica dei bambini, il vomito è accompagnato da diarrea. Dal punto di vista energetico forti onde eccitatorie percorrono il corpo dal centro verso l'alto e verso il basso, verso la bocca e verso l'ano. Queste convulsioni sono accompagnate da una profonda respirazione” (2)(pag. 472-473).

Un bambino che sia stato abituato a sentire come vergognosa e colpevole l'espulsione dei contenuti del corpo, impara a ricacciare giù sia i cattivi sapori che i cattivi sentimenti, invece di buttarli fuori; e impara altresì a inibire i movimenti peristaltici del colon. Il più delle volte egli sviluppa un tipo di respirazione volto ad accompagnare e sostenere il comportamento *antiperistaltico*. Si può parlare di *respirazione intestinale*. Mi è capitata di notarla in una paziente: nel momento dell'inspirazione: ella gonfiava e metteva sotto pressione l'addome, mentre al contrario il suo petto era rilassato e si ritraeva. E' questo un esempio della *respirazione paradossale* citata da Nic Waal: “*La direzione dei movimenti nel torace e nell'addome, in questo caso è l'una contraria all'altra. Quando il petto di espande, l'addome va in dentro e viceversa. L'addome è tirato in dentro nella inspirazione e spinto fuori nella espirazione; inoltre i movimenti del diaframma non sono assolutamente in sintonia con quelli del petto*” (1). Questo tipo di respirazione è stata descritta come “*paradossale*”, indipendentemente dalla Waal, anche da Lowen, che scrive: “*Nella respirazione paradossale l'inspirazione è prodotta da un movimento verso l'alto piuttosto che verso l'esterno..... Così l'espansione del petto è accompagnata dal restringersi della cavità addominale. Qualche volta succede che il ventre venga risucchiato durante l'inspirazione e rilasciato nell'espirazione” (5)(pag. 163).*

Lowen ha trovato un comportamento come quello suddetto in un paziente masochista : “*Quando il paziente tentò di emettere una profonda espirazione, come in un grande sospiro, la cassa toracica si*

rilassò, il flusso verso il basso invece si bloccò in una specie di duro nodo nel mezzo dell'addome..... Ebbi l'impressione come di qualcuno che stesse facendo un grande sforzo per andare di corpo. Aveva lo sguardo come di uno che stesse tentando di spingere fuori qualcosa nonostante una resistenza” (6).

Abbiamo qui un tipo di modalità funzionale che è passata al sistema respiratorio provenendo dal sistema intestinale, un tipo di respirazione che ci dovremmo aspettare di trovare in quelle persone che sono venute in contatto con situazioni talmente nauseanti da provocare in loro il desiderio di vomitare (il *veleno* della paranoia), o in persone che hanno subito umiliazioni anali e disgusto verso i contenuti dell'addome (il *pantano* masochista).

LA RESPIRAZIONE DEL LATTANTE

Nel carattere orale, Lowen ci presenta l'opposto del petto ampio del carattere rigido. *“Nella parte anteriore del tronco sembrano essere assenti tensioni muscolari degne di nota, ma ciò solo perché cassa toracica e addome sono scarichi. (6).*

Al contrario di quanto appena detto per l'altro tipo di respirazione (quella paradossale; n.d.t.), qui è molto facile provocare il riflesso del vomito. Probabilmente ciò è dovuto a disturbi alimentari del primo anno di vita, che provocano persistenti tendenze al vomito” (6). E' come se la difesa orale consistesse principalmente in una assuefazione al vuoto: *“la cassa toracica sembra sgonfia, la pancia molle, e palpanola si ha la sensazione che sia debole e vuota”* (6).

La sensazione generale di afflosciamento della struttura corporea orale e le caratteristiche della sua personalità, che Lowen ha così brillantemente descritto, le ritroviamo nelle modalità di respirazione. Nello specifico, è possibile riconoscere uno specifico tipo di *respirazione orale* dalla paura e dalla riluttanza ad esprimere la propria avidità-golosità (di aria).

Non è che l'orale tema la sensazione dell'aria che corre veloce nei suoi polmoni: sembra piuttosto una modalità appresa e riportata dal suo comportamento infantile.

Il neonato conosce la delusione e l'abbandono nel momento in cui si sente affamato non solo di cibo, ma anche di aria. La convinzione che *manifestando quello che si vuole non lo si ottiene*, che anzi si viene abbandonati vuoti e scarichi, viene appresa in relazione al flusso del latte materno, che non può essere regolato dal neonato stesso. Quando la stessa convinzione si trasferisce alla respirazione, il risultato sarà che queste persone si condanneranno da sole a soffrire la fame di aria; esse hanno paura di fare delle grandi boccate e mandarle giù. Lavorando sull'inibizione della respirazione in persone che presentano questo problema, mi è stato di grande aiuto appoggiare i palmi delle mani ai due lati del collo. Questo insolito stimolo aiuta l'aria a passare. Quando il paziente comincia a rendersi disponibile verso un flusso più pieno di aria, e se ne percepisce il desiderio, talvolta è possibile sentire il flusso di energia che riempie il collo come una pianta che inizia a crescere dopo essere stata innaffiata. Le tendenze orali a succhiare il nutrimento da altre persone o da sostituti di esse sono da attribuirsi a vari fattori, principalmente al rifiuto di permettere che il nutrimento scorra in noi dall'aria, in questo modo il fallimento viene attribuito all'ossigeno (cioè, all'insufficienza di esso; n.d.t.). *“Qualsiasi disturbo della suzione”* scrive Lowen *“avrà una immediata ripercussione anche sulla respirazione”* (5)(pag. 165).

RESPIRAZIONE DA NEONATO E NASCITURO

Reich ha descritto un tipo di respirazione molto differente dai precedenti in un caso di schizofrenia che egli trattò: sebbene anche questa modalità sembri basarsi sul rifiuto ad inspirare, le sue origine dinamiche sono tuttavia differenti. *“.....Cercai cautamente di affrontare la sua disfunzione respiratoria. Il problema non fu quello, come accade nel nevrotico con armatura, di spezzare l'armatura del torace. Sembrava che non vi fosse alcuna armatura. Il problema stava nello scoprire come indurla a inspirare e ad espellere l'aria attraverso la laringe. Cominciava a difendersi violentemente ogni volta che cercavo di farla respirare pienamente. Ebbi l'impressione che la funzionalità della*

respirazione non fosse arrestata da una immobilità dovuta ad un'armatura, ma che fosse inibita da uno sforzo violento e conscio” (2)(pag. 494).

Reich afferma che una delle funzioni di una tale inibizione della respirazione sta nel tagliarsi fuori dalle correnti vegetative che si muovono nel corpo, e che la sua paziente le combatteva “*non permettendo il passaggio dell'aria da e verso i polmoni” (2) (pag. 495).*

Questo fatto è chiaramente paradossale: se la paziente schizofrenica si fosse rifiutata di respirare, avrebbe dovuto morire di anossia, così come una persona che mangia pochissimo è possibile che muoia di anoressia. Ma gli schizofrenici non muoiono per l'assenza di respirazione.

La dinamica specifica di questo tipo di respirazione è quella di mettere in atto solo i movimenti minimi che occorrono per respirare. In altre parole lo schizofrenico respira, ma lo fa rendendo la respirazione quasi impercettibile, solo intuibile. E' interiorizzata, una respirazione invisibile, come se fosse la respirazione di uno che nel mondo respira in gran segreto.

Il problema non sta nel fatto che una persona che vive in questo modo non sente di avere diritto di essere nutrito a livello orale, e quindi riduce la sua richiesta d'aria, come nella situazione descritta nel paragrafo precedente (La respirazione del lattante; n.d.t.). La respirazione impercettibile non consiste in un rifiuto dell'aria, ma nel processo respiratorio stesso, che è il prerequisito più importante per la vita extrauterina. La respirazione schizofrenica è un duplicato il più simile possibile all'inattività dell'apparato respiratorio del feto.

La debole e impercettibile respirazione che Reich ha descritto è *respirazione uterina*. E' la respirazione di uno che è riluttante a nascere o che non può farlo. A causa del concetto di stress transmarginale ci potrebbero ben essere delle ambivalenze: per questo Lowen descrive usando queste parole un attacco di depersonalizzazione in relazione alla respirazione, che una volta accadde a un suo paziente: “*Ho provato talvolta la strana sensazione di non controllare la mia respirazione. Pensavo che se all'improvviso avessi smesso di respirare non sarei più riuscito a ripartire. Mi sembrava di essere fuori dal mio corpo e di osservarlo come se non facesse parte di me. Avevo sensazioni di debolezza e stordimento, mi sentivo come se stessi morendo. Poi ho gridato e mi sono accasciato e quelle sensazioni lentamente sono andate via. Era terribile e spaventoso” (6).*

L'urlo di paura che provocò la dissoluzione del senso di depersonalizzazione in realtà non rappresenta niente altro che il pianto della nascita.

Esso riporta la persona senza identità a un certo livello di contatto col suo corpo. Siccome lo stato di depersonalizzazione si identifica con un atteggiamento emotivo di negazione della respirazione e della nascita, la paura che la respirazione si blocchi causa una inspirazione frenetica e affannosa. Per uno schizoide, è possibile che una respirazione profonda faccia emergere sensazioni di morte per soffocamento. Così Lowen chiarisce quanto appena detto: “*Spalancare la gola per respirare suscita sensazioni di annegamento in parecchi pazienti. Uno di essi ebbe a più riprese questa impressione, ma non riuscì a ricordare alcun incidente da collegare a un'esperienza di quel genere. L'interpretazione logica fu che l'impressione di annegamento era la sua reazione a un flusso di lacrime e tristezza che gli inondava la gola, quando ne rilasciava le tensioni. Allo stesso modo si possono interpretare come travolgenti sentimenti di tristezza anche le impressioni di soffocamento frequentemente riportate dai pazienti. Ma la sensazione di annegamento ci fa supporre una possibile associazione con la vita intrauterina, nella quale il feto fluttua in un mare di liquido. Sappiamo che il feto compie dei movimenti respiratori nell'utero dal settimo mese in poi. Non significano nulla dal punto di vista funzionale. Ma è ammissibile che se uno spasmo uterino dovesse troncare l'affluenza di sangue ossigenato nella placenta per un tempo significativo, questi movimenti respiratori sperimentali potrebbero diventare dei veri tentativi di respirare. E allora l'impressione di annegamento deriverebbe dall'afflusso di liquido amniotico nella gola del feto. Questa è pura speculazione, ma non si può escludere la possibilità di esperienze intrauterine del genere.” (5)(pag. 165-166).*

Un'altra forma di respirazione di tipo schizoide descritta da Lowen sembra essere l'opposto di quella evidenziata dal paziente di Reich e da quello di cui si è appena parlato. Si tratta di una situazione in cui una persona blocca la respirazione nel momento della inspirazione.

“Questo tipo di respirazione schizofrenica” scrive Lowen “ha una connotazione emotiva. Se provaste a rifarla su di voi (gonfiare il petto e spingere in dentro la pancia) sentireste un rantolo, quando l'aria entra nei polmoni. Non è difficile riconoscere in ciò una espressione di paura. Lo schizofrenico respira come se si trovasse in uno stato di terrore”. (6).

Qualora questo rantolo lo si lasciasse uscire in modo tale che nessuno possa percepirlo, l'espressione di paura verrebbe poi congelata e introiettata. Lo schizofrenico respira come un uomo che si finge morto su un campo di battaglia e che verrebbe ucciso, se, a causa dei suoi movimenti respiratori, facesse vedere che è vivo. E' capace di respirare, ma non deve assolutamente essere visto respirare.

L'atteggiamento della respirazione di tipo isterico mette in luce la tendenza opposta: a tutti i costi egli (l'isterico; n.d.t.) deve essere visto respirare. Respirando, almeno dimostra di essere vivo e fuori dall'utero, ma si tratta di un modo di respirare ansioso e allarmato, la respirazione di uno che ce l'ha fatta per un pelo. Ansia vuol dire contrazione e la respirazione di una persona isterica non è altro che un modo di respirare contratto, attraverso il quale la respirazione lotta per affermare se stessa.

“Si cerchi di immaginare” ha scritto Reich, “di essere stati spaventati o di trovarsi in uno stato di angosciosa attesa di un grande pericolo. Involontariamente si tratterrà il respiro e si rimarrà in questa posizione. Poiché non si può cessare completamente di respirare, presto si espirerà nuovamente, ma l'espirazione non sarà completa e profonda, ma leggera; non si inspirerà pienamente, ma solo a tratti..... Che funzione ha l'atteggiamento descritto della respirazione leggera? Se guardiamo la posizione degli organi interni e il loro rapporto con il plesso solare, comprendiamo immediatamente di cosa si tratta. Quando si è spaventati si inspira involontariamente; come per esempio nell'annegamento ed è proprio questa inspirazione particolare che porta alla morte. (3)(pag. 314-315).

Reich prosegue descrivendo come i bambini imparino a lottare contro gli stati d'angoscia riducendo significativamente la loro respirazione e sopprimendo i sentimenti angosciosi. Se ci riescono, il risultato di blocco affettivo e di rigido trattenimento, porta al blocco toracico con muscolatura irrigidita, di cui si è già detto.

La struttura corporea tipicamente isterica lotta contro la tensione allo scopo di riuscire ad esprimere alcuni sintomi d'angoscia e, servendosi di questi, impara a manipolare l'ambiente circostante. La modalità di respirazione è identificabile con quella che Nic Waal ha descritto: *respirazione agitata* che provoca la sensazione di essere a corto di fiato. Ecco cosa rispose Katherina, una paziente di Freud, alla domanda: “Di che cosa soffre, dunque?": “Ho affanno nel respirare, non sempre, ma qualche volta mi prende e credo di soffocare”.

Freud così commenta: “A prima vista, questo non sembrava un sintomo nervoso, ma presto mi parve verosimile che si trattasse di una terminologia solo sostitutiva per indicare un attacco d'angoscia. Dal complesso di sensazioni dell' angoscia essa aveva estratto il solo elemento della ‘dispnea’ sottolineando eccessivamente questo singolo fattore”. (7)(pag. 280-281).

Il dialogo tra Freud e Katherina così prosegue:

“Si sieda qua. Mi descriva come è questo stato di mancanza di respiro”.

“Mi prende all'improvviso. Prima di tutto è come se qualcosa mi premesse sugli occhi. La testa mi diventa così pesante e sento un ronzio insopportabile, e mi gira tanto la testa che quasi cado giù, poi qualcosa mi schiaccia il petto così che non posso respirare”.

“E in gola non nota niente?”

“La gola mi stringe come se dovessi soffocare!”.

“E le capita qualche cosa d'altro alla testa?”

“Sì, c'è un martellamento, abbastanza da farla scoppiare.”

“E quando le accade non ha paura?”

“Credo sempre di essere sul punto di morire. Sono coraggiosa, vado dappertutto da sola, nella cantina e giù per tutto il monte, ma nei giorni in cui mi accadono queste cose, non ho il coraggio di andare in nessun posto, credo sempre che ci sia qualcuno dietro di me e che mi afferrì all'improvviso”.

(7)(pag. 281).

Quanto appena riportato ci fornisce molte delucidazioni sulla differenza che c'è tra il modo di respirare di tipo isterico e quello schizoide. Quando ella (Katherina; n.d.t.) sente di soffocare e di non riuscire ad inspirare, nella testa si manifesta una pressione. Reich afferma: *“se si mantiene a lungo un atteggiamento di attesa angosciata, si comincia ad avvertire una pressione alla fronte. Ho curato diversi pazienti in cui non riuscivo ad eliminare la pressione alla fronte se non dopo aver scoperto l'atteggiamento di attesa angosciata nella muscolatura toracica”*. (3) (pag. 315).

Comunque sia, la persona isterica tende ad esprimere un pò del suo panico, a buttare fuori il proprio senso di soffocamento attraverso la respirazione agitata, quasi flirtando con la morte, ma dimostrando però sempre un'inconfondibile vitalità.

La respirazione dell'isterico è come quella esitante e terrorizzata di un neonato che ha combattuto una difficile lotta per nascere.

Non sto suggerendo che sia possibile classificare rigidamente tutti i vari stili di respirazione e assegnare meccanicamente uno stile di respirazione a un carattere. Le persone vivono le proprie esperienze ciascuna in modo diverso da tutte le altre. Queste esperienze portano a tutte le gradazioni possibili delle differenti tendenze caratteriali e atteggiamenti corporei. I diversi stili di respirazione sfumano l'uno nell'altro, e per una stessa persona possono manifestarsi perfino estremi opposti, quando vengono superati i limiti dello stress, nelle condizioni instabili di ansia o di tensione.

Comunque, considerare i vari tipi di respirazione in termini di esperienza uterina e di nascita, di tensioni intestinali e di tensioni muscolari interne, penso che possa aumentare la comprensione di alcune delle dinamiche con le quali veniamo in contatto quando lavoriamo con persone che lottano contro le tensioni, i sensi di colpa e le crisi esistenziali legate al lasciare uscire o al trattenere l'aria.

NOTE BIBLIOGRAFICHE

- 1) N. Waal “Psychodiagnosis of the body”
Unpublished ms - Nic Waal Institute - Oslo.
- 2) W. Reich “The expressive language of the living”.
in “Character Analysis” - 1949 Trad. it.
“Il linguaggio espressivo del vivente” -
in “Analisi del carattere” - ed. SugarCo -
Milano - 1973 - pag. 437 - 483
- 3) W. Reich “The function of the orgasm” - New York - 1942
Trad. it.: “La funzione dell'orgasmo” -
ed. SugarCo - Milano - 1980 - IV edizione
- 4) W. Barlow “The Alexander Principale - London - 1973
- 5) A. Lowen “Betrayal of the body” - New York - 1967.
Trad. it.: “Il tradimento del corpo” -
ed. Mediterranee - Roma - 1982
- 6) A. Lowen “Physical Dynamics of Character Structure”.
New York 1958
- 7) S. Freud “Studies in Hysteria” - Penguin Books - 1975
Trad. it.: “Studi sull'isteria” - in “Freud Opere” -
Vol I - ed. Boringhieri - Torino - 1967 -
Impressione 1980.

Tratto da una conferenza tenuta all'Università di Melbourne, Luglio 1976
Traduzione di Andra Monteduro