

# L'orgono-terapia

*Elsworth F. Baker*

*(Traduzione dall'inglese e gentile concessione di Clarissa Ragazzi)*

Questo articolo è rivolto soprattutto ai medici che seguono una formazione organomica. Solamente un medico esperto sia in psichiatria che in orgono-terapia medica dovrebbe utilizzare questa forma terapeutica. In mani inesperte potrebbe risultare disastrosa.

L'orgono-terapia differisce da tutti gli altri approcci per il fatto che si basa fundamentalmente su un concetto energetico di funzionamento, ossia sul libero flusso o sull'ingorgo energetico (stasi) nell'organismo. Essa venne sviluppata da Wilhelm Reich, il quale scoprì che gli individui che avevano raggiunto la salute avevano sviluppato una vita sessuale soddisfacente, mentre quelli che non l'avevano raggiunta ritornavano nella vecchia malattia. Pertanto, affermò che, per curare un paziente, bisognava allentare la stasi di energia sessuale e che, per evitarne il ripetersi, l'energia sessuale doveva essere scaricata in modo adeguato. A questo punto, Reich passò a definire il concetto di vita sessuale adeguata. Scoprì che l'attività sessuale in sé non comporta necessariamente una scarica di energia sessuale, anche in presenza di eiaculazione del maschio o di orgasmo clitorideo della femmina. Una soddisfazione sessuale adeguata richiede una capacità sessuale specifica, che Reich denominò "potenza orgastica". Essa necessita di un'assenza totale di tensione nel corpo unitamente ad un abbandono completo alle sensazioni che esso rimanda. In questo caso, l'atto sessuale si conclude con una serie di convulsioni involontarie e con un sentimento di tenerezza e gratitudine verso il partner: nelle donne si ha allora un orgasmo vaginale e non clitorideo.

Tutto ciò indicava, dunque, che la libido deve essere qualcosa di più che un concetto psichico, come Freud aveva formulato, ma che si tratta di un'energia reale. Reich denominò tale energia "orgone", da "organismo" e "orgasmo". L'energia è in continuo incremento nell'organismo, alimentata dall'assunzione di cibo, liquidi, aria e dall'assorbimento diretto attraverso la pelle. Essa viene scaricata attraverso l'attività motoria, l'escrezione, la manifestazione delle emozioni, il pensiero e la trasformazione in calore corporeo che si irradia verso l'ambiente. E' anche usata dall'organismo nel processo di crescita. In generale, è più l'energia prodotta di quella scaricata.

Pertanto, per mantenere un livello energetico ottimale, l'energia in eccesso deve essere scaricata ad intervalli regolari. Ed è questa la funzione della convulsione orgastica. Reich stabilì che una persona che

scarica energia sessuale in modo adeguato non può essere nevrotica. La nevrosi, perciò, esiste solamente in presenza di una repressione dell'energia in eccesso che provoca, quindi, una stasi. A questo punto, Reich elaborò un concetto di salute che si basa sul metabolismo energetico di carica e scarica, e lo chiamò "sessuo-economia".

Tuttavia, nella nostra società, ad un bambino non è consentito di funzionare in modo naturale. Fin dalla nascita, l'ambiente che accoglie il neonato è alquanto ostile. L'atmosfera è fredda se paragonata al calore uterino e il bimbo è trattato bruscamente. E' separato dalla madre, di cui ha bisogno per il calore ed il contatto, sottoposto ad un'alimentazione scandita da orari precisi, attaccato al seno materno spesso freddo e incapace di contatto emotivo o, peggio, al biberon; in molti casi è circonciso. Più avanti gli viene imposto un controllo prematuro degli sfinteri e gli viene negato qualsiasi impulso sessuale. Tutte queste restrizioni lo portano a contenere i propri sentimenti ed espressioni naturali trattenendo il respiro e contraendo la muscolatura, cosa che lo porterà ad affrontare la vita con una respirazione limitata e un corpo rigido. Reich definì questo stato "corazza".

D'altro canto l'educazione permissiva che caratterizza gli ultimi decenni produce un'enorme ansia nel bambino e la sensazione di non essere amato e guidato, cosa che, alla fine, scatena l'odio nei confronti dei genitori. In ultima analisi, essa genera una condizione ancora più nociva di quella prodotta dalla severa inflessibilità delle epoche precedenti. La corazza trattiene l'energia, ne inibisce il normale funzionamento, impedisce che essa fluisca liberamente nell'organismo e che raggiunga il pelve e i genitali e che, da ultimo, venga scaricata attraverso l'attività sessuale. Ne deriva impotenza erettile, eiaculazione precoce, assenza di desiderio sessuale o, in altri individui, incapacità di raggiungere l'orgasmo. Reich denominò tutti questi sintomi "impotenza orgastica". Egli scoprì, anche, che la maggior parte degli individui, sia maschi che femmine, soffre di questa condizione e che la loro energia sessuale non scaricata provoca un ristagno, che non potrà scaricarsi se non sotto forma di sintomi nevrotici.

Lo scopo della terapia orgonica è di superare questa stasi energetica, di dissolvere le contrazioni (corazza) e di ristabilire il libero flusso di energia nell'organismo. Questo permette al paziente di riconquistare o di acquisire la potenza orgastica e, unitamente ad essa, di divenire un organismo auto-regolato e autonomo in tutti gli ambiti della vita. Tutto ciò appare semplice in teoria; nella realtà è estremamente difficile e complesso se non, a volte, impossibile.

Ci sono tre vie di approccio e a quale dare la precedenza dipende anzitutto dal paziente che si ha davanti, anche se tutte e tre sono comunque indispensabili. Esse sono:

**1 )La respirazione, che alimenta l'energia e costituisce una spinta interna contro i blocchi.** Può essere utile per allentare le contrazioni meno serie e per rivelare e poi superare i blocchi più seri. Al paziente viene chiesto di respirare profondamente ma senza forzare, fino a quando si instaura un ritmo respiratorio sempre più leggero e libero, fino ad una respirazione piena e profonda. Al paziente dovrebbe essere consentito di respirare in questo modo per qualche istante prima di attaccare la corazza. La respirazione da sola potrebbe già condurre alla liberazione di emozioni profonde, quali l'odio o il pianto. Spesso si riscontrano delle sensazioni (le correnti orgastiche) che attraversano il corpo fino a raggiungere un blocco, che a questo punto può essere individuato e rimosso. Reich disse che il manifestarsi di tali sensazioni è ancora più importante della liberazione delle emozioni. Laddove queste correnti non si manifestassero ma, al loro posto, insorgessero la paura o l'odio, il paziente potrebbe avere una crisi paranoica o schizofrenica all'apparire delle correnti. I pazienti in cui le braccia appaiono intorpidite potrebbero avere uno shock o un' "anorgonia". Chiari movimenti di difesa quali l' "opistotono", o la presenza di stati di depersonalizzazione, potrebbero indicare che ci troviamo di fronte ad una catatonìa. Quando le correnti plasmatiche si concentrano nei genitali, possono scatenare un attacco di catatonìa. Il terapeuta dovrebbe consentire al paziente di utilizzare questi movimenti di difesa fino a quando non comprende che li utilizza per difendersi. Ma possono essere interrotti. Più avanti le stesse difese possono venir utilizzate per celare conflitti diversi da quello originario. In ogni caso, i pazienti irrequieti vanno invitati a smettere di muoversi e informati che, così facendo, trattengono le emozioni e le correnti plasmatiche. I movimenti di difesa contro il riflesso orgastico sono solitamente movimenti laterali.

Nel trattamento dell'asma, si richiede al paziente un' espirazione forzata seguita immediatamente da un' inspirazione visto che è bloccato nella fase vagotonica. Deve poi sospirare rumorosamente pronunciando "aah". Ciò consente di sbloccare la gola, produce vibrazioni nel petto e tende a mobilitare le resistenze toraciche. Se la mascella è rigida il suono emesso sarà "haah" anziché "aah". Solo quest'ultimo è in grado di aprire la gola. Nel caso in cui il paziente non riesca a respirare in modo corretto, può essere di aiuto farlo contare ad alta voce. Una paziente che non era mai riuscita a respirare in modo corretto, avvertì finalmente delle sensazioni nelle gambe contando ad alta voce. Disse che non erano piacevoli e ciò dimostrò che evitava di respirare profondamente per non provare tali sensazioni. In ogni caso, quando la respirazione non è adeguata andrebbero controllati i muscoli spinali che potrebbero essere rigidi ed impedire i movimenti della cassa toracica. Tirare pugni può favorire una respirazione corretta perché mobilita l'energia. Oppure si

può rendere ansioso il paziente esponendolo a delle emozioni.

L'epigastrio può essere rigido e anche ciò inibisce la respirazione: in questo caso posate una mano sopra di esso ed esercitate una pressione delicata ma decisa. Non appena si avverte un gorgoglio, l'epigastrio è rilassato. A volte, i pazienti non respirano perché hanno dei pensieri che occupano la mente.

Nella maggior parte dei casi, il respiro profondo provoca un formicolio nelle dita e nelle labbra. Se la respirazione continua, le sensazioni aumentano fino a che vengono avvertite delle correnti forti e, a volte, dolorose, simili alle scosse elettriche. In questo caso, le dita si irrigidiscono, si contraggono e infine si bloccano. Gli stessi effetti possono prodursi nelle braccia e continuare fino al torace e al viso. A questo punto, il paziente è in grado di smettere di respirare solo con grande difficoltà e la situazione può diventare pericolosa. Si deve, allora, superare la contrazione facendo interrompere la respirazione e agendo manualmente su dita e mani per mobilitarle. La contrazione è una difesa che il paziente mette in atto per contrastare un movimento di energia che non può tollerare. Più avanti nella terapia, i pazienti possono respirare finché vogliono senza per questo contrarsi. La contrazione può però riapparire appena accede ad un livello più profondo.

Durante la respirazione può prodursi spesso anche un tremolio che, di solito, ha origine nelle cosce e poi si estende a tutto il corpo. La corazza comincia ad allentarsi, mentre l'energia viene scaricata nel tremolio. Questo è un processo curativo molto auspicabile e il terapeuta dovrebbe lasciare che continui finché il paziente avverte stanchezza; di solito, si interrompe in modo spontaneo. Il tremolio si manifesta solo in pazienti corazzati e mai in quelli sani

**2) *Intervenire direttamente sui muscoli spastici per liberarli dalla contrazione.*** La contrazione dei muscoli scheletrici può essere trattata direttamente, quella degli organi e dei tessuti solo in modo indiretto. Per mobilitare i muscoli dell'apparato scheletrico, bisogna prima portarli ad un livello di contrazione insostenibile. Ciò si fa esercitando una pressione col pollice o irritando il muscolo in altro modo. Il metodo migliore consiste nell'esercitare la pressione sull'inserzione del muscolo, che è la parte più sensibile. Naturalmente, il muscolo si contrarrà nuovamente, a meno che non venga espressa e quindi liberata l'emozione (o l'idea) che sta trattenendo. Pertanto, si lavora su gruppi muscolari che formano unità funzionali responsabili di trattenere le emozioni. Anche questo però non è sufficiente fintanto che non si libera l'ancoraggio storico di questa rigidità, ad esempio il ritrarsi per difendersi da un clistere invasivo, oppure schivare uno schiaffone che ci si aspetta da dietro. Quando l'uso delle mani non è sufficiente per sciogliere una contrazione muscolare, si possono adottare altri sistemi, quali la stimolazione ripetuta del riflesso

del vomito per sbloccare la gola oppure far roteare gli occhi per sbloccare l'intero segmento oculare e decontrarre il cervello. E' più facile far eseguire questo esercizio se si chiede al paziente di seguire con lo sguardo un dito o un punto luce in movimento, restando comunque consapevole di ciò che sta facendo. Per indurre un conato di vomito, il paziente si mette due dita in gola e continua a respirare finchè sente lo stimolo a vomitare.

Il terapeuta avverte che la corazza del paziente è un corpo estraneo che va rimosso per poter entrare in contatto col paziente stesso. Egli deve attaccare direttamente la corazza solo in alcuni casi:

- con gli ipertensivi ( corazza solida) che sono rigidi come sassi;
- con i flaccidi che stanno sdraiati senza muoversi.

Con questi ultimi bisogna agire con vigore, il loro immobilismo è una forma di difesa. Bisogna esercitare una certa pressione sul torace e chieder loro di pompare aria dentro e fuori i polmoni.

**3) *Mantenere la collaborazione del paziente.*** Ciò avviene mostrando al paziente la sua resistenza alla terapia ed al terapeuta, per poi superarla. Questo è estremamente importante perché il paziente cercherà in qualsiasi modo di mantenere il suo immobilismo e cercherà disperatamente di non scoprirsi. Dietro questo suo atteggiamento, si nasconde una terribile angoscia di espansione e di libero movimento energetico. Ogni paziente si accosta alla terapia con scetticismo e sospetto. Si tratta di una resistenza emotiva che non può essere celata a lungo; bisogna che sia affrontata e portata in superficie. Ogni difesa ha inizio con un "transfert negativo". Bisogna consentire al paziente di parlarne liberamente. Un'assenza di transfert negativo va imputata ad un blocco del paziente in presenza di un atteggiamento troppo amichevole del terapeuta, che gli impedisce di esprimere sentimenti negativi nei suoi confronti. Il paziente potrebbe assumere un atteggiamento che in realtà ne nasconde un altro; potrebbe lodare il medico quando invece lo vuole criticare. Ogni volta che si attacca una nuova resistenza, una più antica comincia spontaneamente a manifestarsi. Il terapeuta, allora, porta la sua attenzione a questo atteggiamento del paziente e si pone la domanda : "Perché lo fa?". Bisognerebbe far notare continuamente al paziente il suo comportamento e anche mimarlo. E' un passaggio necessario perché la terapia sia efficace. Siccome la corazza protegge sia dagli stimoli esterni che da quelli interni, la terapia ha lo scopo di spezzare questo equilibrio, che è quello per cui il paziente lotta. Diviene logorroico, ansioso, aggressivo, pieno di rancore e astio e così via. Tutto ciò va segnalato puntualmente e corretto. Ogni resistenza va attaccata dalla parte dell' "Io", solo così il paziente può capirlo e risolvere il transfert negativo. A noi non interessa ciò che il paziente evita, ci interessa che lo fa e come lo fa. Alla fine emergerà anche *ciò* che evita. Ricordatevi che i pazienti che vi

intimidiscono o vi inducono a non porre domande o dire ciò che pensate, stanno usando questa strategia intimidatoria a scopo difensivo. Tutto questo deve essere smascherato.

All'inizio, nessun paziente è in grado di produrre un "transfert positivo". Un apparente transfert positivo cela di solito una compensazione per un odio trasferito ( quello che Reich definì "transfert positivo reattivo". *Analisi del Carattere*, pag. 158. n.d.t.) o un senso di colpa per un odio latente o anche desideri narcisistici nella speranza che il terapeuta possa elargire amore. Se il paziente non ne prende atto, finisce che si arriva ad una forma di resistenza nevrotica estremamente difficile o impossibile da trattare. Un autentico transfert positivo può essere solo di tipo genitale e si consegue quando si arriva a trattare il segmento pelvico, nella fase finale della terapia.

E' sempre importante cominciare una terapia nel modo giusto ed essere sistematici. Una regola generale da seguire è: se non sapete esattamente cosa fare, è meglio non fare nulla finchè la situazione non diventi chiara. Non abbiate paura di dire "Non lo so". Inoltre, fate sapere al paziente che non vi aspettate che condivida tutto ciò che dite finchè egli stesso si convince che è giusto.

E', poi, sempre importante essere consapevoli di dove siete con la terapia, ossia di dov'è l'energia. Durante i primi 10 minuti di ogni seduta, ripetete velocemente quello che avete fatto nella seduta precedente. Quando vi trovate ad un punto morto e non succede nulla, passate a considerare ciò che sta avvenendo nel paziente.e invitatelo a respirare profondamente per un po'. Se ancora avete dei dubbi, manipolate le gambe. Ciò attiva l'energia e chiarisce la situazione.

I risultati migliori e più duraturi li ho ottenuti con ciò che ho detto piuttosto che lavorando sulla corazza. Una volta ho visto Reich indurre un paziente a sciogliere qualsiasi resistenza solo dicendogli:"Ora non pensi che a lasciarsi andare". Imparate a fidarvi della vostra percezione più che a dire o fare. Le vostre sensazioni sono quasi sempre corrette.

Osservate bene un paziente sdraiato sul divano e dove appoggia le mani: lì sta il suo punto vulnerabile che sta cercando di proteggere.

Bisognerebbe consigliare ai pazienti di non prendere decisioni drastiche mentre seguono la terapia, come sposarsi o divorziare, a meno che non sia una questione vitale. Se un paziente sposato inizia una relazione con un altro partner non dovrebbe farne parola al coniuge, a meno che non abbia deciso di divorziare. La rivelazione potrebbe urtare il coniuge e non è mai di aiuto. Coloro che sostengono di voler essere leali a tutti i costi, in realtà cercano solo vendetta.

Una situazione caotica\* potrebbe essere scatenata da:

1) un'interpretazione prematura;

- 2) un'interpretazione che segua la sequenza presentata dal paziente;
- 3) un'interpretazione data prima di rimuovere le resistenze;
- 4) un'interpretazione che manchi di consistenza e di sistematicità nell'affrontare la resistenza.

Non bisognerebbe mai fare interpretazioni quando ci si trova in presenza di una resistenza. La resistenza latente può manifestarsi sotto forma di un'eccessiva accondiscendenza, di una cortesia stereotipata, di una fiacchezza simulata oppure di una mancanza di schiettezza, ad esempio un sorrisino mal celato.

La dissoluzione della corazza lascia il paziente senza difese. La sua potenza si dissolve a causa dell'angoscia di castrazione ed egli percepisce tutto il suo carattere come estraneo e non solo i suoi sintomi. Nel caso in cui la sua potenza sessuale non crollasse, dobbiamo concludere che la terapia non lo ha toccato. Si dovrebbe vietare il sesso solo quando è ossessivo, poiché i rapporti sessuali aiutano a sciogliere la stasi energetica. Andrebbero scoraggiate le fantasie sessuali pre-genitali durante i rapporti o la masturbazione.\*\*

Attaccate sempre il "non posso", ma non il "non voglio", se il vostro intervento è stato efficace, anche "il non posso" sparirà. Quando un paziente esprime un'emozione, non deve parlarne, ma deve vivere l'emozione fino in fondo. Dopo, gli verrà chiesto quale tipo di pensieri o immagini sono emersi. Se non ce ne sono stati, chiedetegli se il suo comportamento corrisponde o gli ricorda uno simile vissuto nell'infanzia. Talvolta, un colpetto sulla testa può aiutare a ricordare. Se un paziente "fa lo struzzo", ricordatevi che durante l'infanzia un attacco verbale fa più danni di un attacco fisico, dal quale ci si può sempre riprendere.

Quando l'energia si "disancora" dalle sue fissazioni sadiche, narcisistiche e pregenitali, si libera acuta angoscia appena l'energia scorre nei genitali, riattivando l'ansia isterica infantile. Con essa riappaiono i vecchi sintomi. Che la terapia stia avendo successo, è segnalato dal fatto che il paziente riesce a masturbarsi e ad avere fantasie incestuose senza provare sensi di colpa, e durante le sedute avverte sensazioni genitali e, dunque, l'angoscia di castrazione è superata.

Viceversa, l'età, la rigidità e l'ambiente esterno potrebbero costituire degli ostacoli. Nel caso dell'ambiente, esistono circostanze che sfuggono al controllo del terapeuta. Ad esempio una donna con molti figli potrebbe essere sposata con un uomo impotente che non può lasciare per motivi di sicurezza.

\* la situazione caotica si ha quando il materiale dei vari strati emerge contemporaneamente o quando tutto ciò che il terapeuta riesce a ricavare dal paziente sono degli spasmi.

\*\*Anche le pratiche sessuali perverse vanno proibite, mentre va incoraggiata una regolare pratica sessuale

I possibili pericoli sono rappresentati da: ansia acuta, depressione e casistica nuova mai affrontata prima dal terapeuta.

Infine il transfert positivo si dissolve quando il paziente indirizza i suoi sentimenti verso un autentico oggetto d'amore. In questo caso le difficoltà possono essere rappresentate da: 1) senso di colpa non risolto accompagnato da impulsi sadici; 2) desiderio segreto per il terapeuta, 3) il terapeuta diventa una madre protettiva; 4) paura del sesso e della società. Il paziente è in grado di sapere quando si trattiene invece di lasciarsi andare quando comincia ad avvertire i propri condizionamenti e sviluppare un certo contatto col proprio organismo. A questo punto il suo contributo al successo della terapia diventa decisivo. Infatti, l'assenza di contatto è una delle condizioni più difficili da superare. Il terapeuta deve descrivere questa condizione e mettere in evidenza la distanza tra l'ideale che il paziente si prefigge e il vuoto in cui si trova. Se si nota uno sguardo spento o il ritiro nel segmento oculare, bisogna intervenire. L'incapacità di prendere delle decisioni, può essere un segno che il paziente ha paura del contatto. È incapace di impegnarsi in qualcosa e si mantiene al di sopra della massa. Quando confessa "nulla mi tocca", ecco che si trova in uno stato di assenza di contatto. Se i pazienti si preoccupano per la presenza di qualcuno nella sala d'aspetto, significa che da bambini non hanno potuto esprimersi liberamente e che i loro diritti non sono stati rispettati. Se non sono in grado di esternare i propri sentimenti, invitateli a immaginarli. In seguito saranno anche in grado di esprimerli.

I pazienti molto castranti usano questo stratagemma come difesa contro i sentimenti: non tollerano alcuna sensazione. Con più si avvicinano alla guarigione e con più si manifesta la loro tendenza castrante. Anche gli atteggiamenti di sfida sono una difesa contro sensazioni intollerabili che generano angoscia. Non dobbiamo permettere che il paziente indulga nella sfida, la nevrosi non può costituire un alibi per comportarsi male. E neppure possiamo tollerare che un paziente invidioso da un altro organomista parli male di costui. Sicuramente addurrà la scusa che gli avete detto di esprimere liberamente i suoi sentimenti. Il che è vero, ma non a spese di qualcuno che non lo merita. Invitatelo piuttosto a scaricare i suoi sentimenti sul lettino. Si deve comunque permettere al paziente di esprimere onestamente i problemi che ha avuto con l'altro terapeuta. I pazienti devono imparare a comportarsi in modo razionale e corretto e a non spettegolare sulla terapia.

L'angoscia è alla base di tutte le rimozioni ed è responsabile di tutte le contrazioni. I pazienti cercheranno sempre di controllare la propria angoscia. La terapia è efficace quando obbligate il paziente ad affrontare la propria ansia e lo invitate ad esprimere i suoi sentimenti proibiti.

L'emozione più importante da liberare è la *rabbia* e finché non esce, il



paziente non potrà vivere le emozioni più morbide, come l'amore e la nostalgia. La rabbia deve essere scaricata da ogni segmento.

Osservando le reazioni dell'organismo quando la corazza si allenta, Reich scoprì che esistono sette segmenti muscolari, ciascuno dei quali si comporta come un'unità a sé stante e, per certi versi, indipendente dagli altri. Nell'ordine i sette segmenti sono: *oculare, orale, cervicale, toracico, diaframmatico, addominale e pelvico*. Generalmente si segue questo ordine per liberarli, salvo che si tende a mobilitare per primo il torace per favorire una respirazione profonda e accrescere il livello di energia nell'organismo che, come abbiamo visto, esercita una spinta utile a far emergere e, quindi, dissolvere i blocchi. Questo metodo non può essere applicato ai pazienti con una carica energetica elevata. Con costoro, bisogna aprire un varco per far defluire l'energia che poi verrà scaricata dal torace. Di solito, in questi casi, si liberano le gambe prima del torace. Ciò non intacca il pelve anche se, strettamente parlando, le gambe appartengono al segmento pelvico. Di fatto l'energia aggira il pelve. (Non si deve confondere l'alta carica energetica con la spinta energetica).

A volte succede che un segmento non risponde appieno fintanto che anche il successivo non viene liberato. Quando un segmento si allenta può accadere che il precedente si corazzi di nuovo e ciò richiede una particolare attenzione da parte del terapeuta: l'organismo non è abituato al movimento e tende a tornare in una posizione di immobilismo. Deve abituarsi progressivamente alla libera mobilità. Può succedere di dover tornare continuamente ai segmenti precedenti e rimobilizzarli. Un sintomo non si risolve mai interamente finché tutti i fattori che l'hanno scatenato non sono stati eliminati.

Il lavoro del terapeuta procede dall'alto verso il basso e dalla superficie all'interno dell'organismo, strato dopo strato. Ci sono tre strati fondamentali nella corazza di ciascun individuo:

- 1) la *facciata sociale*, ossia l'aspetto che ciascuno mostra al mondo,
  - 2) lo *strato secondario* o grande strato medio, dove sono incorporate tutte le rimozioni.e che provoca forze distruttive, quali la collera, l'odio e il disprezzo. Qui esistono numerosi strati sussidiari. Questo è quello che Freud definì *l'inconscio*.
  - 3) il *nucleo sano* che si manifesta quando tutti i blocchi sono stati dissolti
- Nel corso del suo sviluppo dall'infanzia, l'organismo subisce una serie di limitazioni al suo funzionamento naturale ma anche secondario. Ogni proibizione diventa parte del carattere attraverso la paura della punizione o del rifiuto ed è trattenuta nella corazza. Ne consegue una progressiva tensione interna che causa asprezza che, a sua volta, si esprime sotto forma di odio. Anche l'odio, a sua volta, deve essere rimosso di modo che

possano emergere solo espressioni modificate quali il disprezzo o il disgusto.

La facciata sociale trae la sua struttura dal grande strato mediano che, in genere, è molto complesso, numerosi substrati si sovrappongono uno all'altro fino a che non si è raggiunto un aggiustamento sociale adeguato, che viene presentato come facciata sociale. Può essere comparativamente stabile o instabile, a seconda dell'efficacia delle difese attive nello strato mediano e del grado di soddisfazione che l'organismo è ancora in grado di raggiungere. La facciata sociale contiene uno o più tratti caratteriali basilari che fanno sì che il paziente reagisca sempre allo stesso modo ad ogni problema che incontra. Questo tratto diventa la difesa caratteriale principale, che Reich definì il "*fil rouge*", il filo rosso. E' necessario che il terapeuta lo riconosca e comprenda per poter valutare efficacemente un paziente. Il tratto caratteriale basilare non viene mai dissolto del tutto, ma rimane sempre come parte integrante della personalità, malgrado possa essere modificato. Può essere socialmente accettabile – come la timidezza, la modestia o la riservatezza – oppure inaccettabile – come la disonestà, l'astuzia o l'imbroglio.

I tre strati devono essere trattati in ciascun segmento mobilizzato, finché non viene raggiunto il nucleo finale del funzionamento vegetativo unitario. La profondità di ogni strato sul quale si sta lavorando si riconosce dal grado di coinvolgimento dell'organismo nella risposta terapeutica e dal grado di funzionamento del paziente. Se i primi quattro segmenti sono stati liberati significa che si sta lavorando su uno strato profondo.

Dopo queste premesse generali, passeremo ora a descrivere l'applicazione pratica di questa tecnica.

Prima di iniziare la terapia, è necessario raccogliere un'anamnesi accurata e visitare fisicamente il paziente. L'anamnesi deve tener conto solo dei fatti essenziali, e deve essere abbastanza breve da essere immediatamente utilizzabile. D'altro canto deve essere abbastanza dettagliata da contenere tutti i fatti salienti della vita del paziente, sia riguardanti il suo funzionamento passato che quello attuale.

La storia del paziente in sé non è importante, che conta è riconoscere il modo di reagire del paziente agli eventi che sono ancorati fisiologicamente nella sua struttura caratteriale. Lo scopo della terapia è di andare a sradicare proprio queste incrostazioni. Bisogna anche stabilire di quale "stoffa" è fatto il paziente, se si è dato da fare per sormontare gli ostacoli o se, viceversa, si è piegato alla minima frustrazione, se è stato capace di socializzare oppure se ha evitato i contatti con le persone.

Dobbiamo anche capire se è stato in grado di operare i necessari "aggiustamenti" verso l'altro sesso o se abbia fallito; quando ha avuto la prima esperienza sessuale e quanti partner ha avvicinato, quali difficoltà

abbia eventualmente incontrato e quali siano le sue attuali fantasie erotiche. Si masturba? A partire da che età? E se lo fa, con quali fantasie? Lo fa per scaricare l'ansia o per il semplice piacere di farlo? Ha avuto esperienze o desideri omosessuali? Tenete presente che le esperienze omosessuali prima dei sedici anni sono irrilevanti. In ogni caso sappiate che il paziente non vi dirà mai tutta la verità fino al termine della terapia. All'inizio della terapia, un mio paziente sposato confessò un'avventura extraconiugale. In seguito ammise che ce n'erano state due. Solo alla fine, mi confidò di averne avute diverse ma che non osava dirlo perché si sentiva in colpa.

È importante verificare se il paziente è disposto a far fatica per stare meglio o se cerca semplicemente delle scorciatoie. Una volta ho ricevuto una telefonata da una signora di New York che voleva iniziare la terapia con me e che viveva a quattro isolati dal mio studio. Poiché non potevo riceverla, le consigliai di rivolgersi ad un collega che aveva lo studio a sessanta isolati di distanza. La paziente rispose che per lei era troppo lontano. Ebbi un moto di impazienza e le riferii che trattavo persone che venivano da Boston, Buffalo, Washington, Richmond, Roanoke, Cleveland, Minneapolis, e persino da Los Angeles. Per di più, alcuni avevano traslocato dalla Florida, dal Sud Carolina, dal Texas, dalla California e dallo Utah pur di sottoporsi alla terapia. Le suggerii di accantonare l'idea, poiché nessun terapeuta avrebbe traslocato un lettino da trattamento a casa sua per farle la terapia.

L'esame fisico del paziente è importante e andrebbe sempre fatto ad ognuno dal terapeuta stesso, se lo desidera, oppure dal medico curante. Quando una persona mi contatta per la terapia, mi informo sempre riguardo le sue malattie somatiche, poiché in molti casi queste vanno curate prima che io li veda. È incredibile quanto si trascurino le disfunzioni fisiche. Qualsiasi malattia interferisce con la terapia e va possibilmente risolta prima di cominciare. Le biopatie somatiche, ovvero tutte le malattie fisiche imputabili ad una repressione delle emozioni, complicano la terapia. Tra queste possiamo annoverare l'asma, la febbre da fieno, l'ulcera peptica, le coliti spastiche, l'ipertensione, le disfunzioni cardiache, le emorroidi, i fibromi, le cisti ovariche e persino il cancro. Anche molte malattie della pelle sono vere e proprie biopatie; in questi casi la pelle non è in grado di tollerare una carica energetica adeguata. Ciò può causare diversi problemi nel corso della terapia, alcuni di questi pazienti si sono rivelati estremamente difficili. Anche il seno deve essere controllato regolarmente. Sovente i pazienti protestano quando chiedo loro di rivolgersi ad uno specialista per curare le biopatie somatiche, poiché si aspettano che l'orgono-terapia medica risolva tutti i loro problemi.

In tutti i casi, prestate molta attenzione alle eventuali emergenze di carattere fisico ed emozionale. I pazienti impulsivi o suicidali devono informarvi immediatamente se hanno impulsi pericolosi o autodistruttivi. Devono avvisarvi anche in caso di attacchi di panico. Gli schizofrenici, che potrebbero perdere il contatto con la realtà e divenire psicotici, vi devono promettere che durante la terapia interromperanno qualsiasi azione se glielo imponete. La terapia è sempre flessibile e il terapeuta deve essere attento soprattutto alle necessità dei pazienti.

Durante la terapia, il paziente deve sdraiarsi sul lettino con indosso solamente degli shorts o gli slip, in modo che il terapeuta possa osservare con attenzione e trattare le condizioni descritte. Il paziente deve capirlo. Nel caso di pazienti isterici, non fateli stendere sul divano per almeno due o tre sedute, ma lasciateli rimanere seduti con indosso tutti gli indumenti. Anche quando si stenderanno sul lettino, lasciate che rimangano vestiti finché non si sentiranno sufficientemente a loro agio e saranno in grado di spogliarsi. Questi pazienti travisano le vostre intenzioni, poiché non hanno fiducia in voi. I pazienti aggressivi sono più gestibili una volta distesi.

Molti pazienti hanno bisogno che si incrementi il loro Io, soprattutto quelli che hanno molta ansia e scarsa autostima. Ciò avviene parlando di fatti specifici e non in modo generico. Per esempio potreste dire: “ Lei ha dei lineamenti molto belli che vengono però oscurati dall’espressione del suo viso. Una volta che l’espressione si modificherà, vedrà che sarà orgoglioso anche dei suoi lineamenti”. In altri casi, potrete ricordare loro i successi ottenuti nella loro vita, ciò che tenderanno sempre a minimizzare. Evitate polemiche con loro.

Il primo passo per un terapeuta consiste nella selezione dei pazienti. Fuorchè nel caso di ragazzi e bambini, accettate solo pazienti che richiedono personalmente la terapia e non quelli che lo fanno perché spinti dal coniuge, dai genitori o da amici. È già difficile con pazienti che chiedono seriamente di essere aiutati, è quasi impossibile con chi è spinto a farlo da altri. Non prendete mai in cura una persona che non vi piace; è difficilissimo condurre la terapia in modo oggettivo con una persona che non vi piace. Non è corretto né per voi stessi né per il paziente. Sarebbe opportuno scegliere quei pazienti con cui vi intendete perfettamente e con cui riuscite a lavorare facilmente.

I criminali e le persone che assumono droghe non sono candidati ideali alla terapia, in ogni caso non lo sono assolutamente finché non interrompono le loro abitudini illegali. Non lo sono nemmeno le persone troppo religiose, in particolare i cattolici e gli ebrei ortodossi e neppure gli estremisti, non importa se sono fascisti neri o rossi.

Il secondo aspetto fondamentale è valutare se la persona è pronta o meno per cominciare la terapia, cosa che non sempre è evidente fin dall’inizio

ma su cui bisogna fare molta attenzione. State in guardia quando il paziente non afferra quello che gli dite e richiedete di fare, tanto che la terapia gli appare qualcosa di estraneo e incomprensibile. Coloro che comprendono al volo le vostre indicazioni, sono in genere i candidati ideali. Tuttavia, se vi capitasse di sentirvi dire:” Non capisco cosa voglia da me, non ha senso” oppure “E’ tutto una sciocchezza” state in guardia e valutate se non sia il caso di far tornare il paziente dopo sei mesi o anche un anno per valutare in un secondo tempo se sia pronto. Anche le reazioni spropositate, come un’espressione di vuoto totale, un viso che diventa blu o grigio, uno stato di shock o di estrema debolezza devono mettervi in guardia e farvi essere estremamente cauti. Anche la tendenza a sviluppare seri sintomi a livello fisico con l’avanzare della terapia, devono indurvi ad interromperla.

Il terzo aspetto fondamentale è la diagnosi. Senza una diagnosi corretta, procederete sempre al buio, in ritardo rispetto alle reazioni del paziente che, invece, vanno anticipate. Se la diagnosi è accurata, saprete sempre ciò che vi attende e sarete in grado di prevedere qualsiasi reazione. Non sempre si può fare una diagnosi esaustiva alla prima seduta e forse non è nemmeno opportuno. A volte ci vogliono alcune sedute, in altri casi la diagnosi si chiarisce col procedere della terapia. Mi è capitato un paziente che, al primo incontro, sembrava soffrisse di una semplice ansia da stasi, mentre la settimana successiva si rivelò essere uno psicotico.

Attraverso la diagnosi, si può identificare quello che Reich denominò il filo rosso, ossia la modalità specifica di ciascun paziente di reagire sempre allo stesso modo di fronte ad ogni progresso. Per fare un esempio, il filo rosso di ogni *isterico* è la timidezza, questi pazienti, in genere donne, vanno trattati come se ci trovassimo in presenza di un animale selvatico da domare. Essendo timidi, scapperanno quando si sentono minacciati, così come fa un cervo selvatico. Perciò dovrete fare attenzione alla loro tendenza a scappare nel corso della terapia e anche a scappare letteralmente dalla terapia. Questa tendenza non va mai dimenticata e va sempre rivelata al paziente appena la mostra. Anche i pensieri e i sentimenti nei confronti del terapeuta vanno discussi apertamente e sistematicamente. Una delle vie di fuga predilette dalle pazienti isteriche è il “flirt” con il terapeuta. Tentano cioè di sedurlo per evitare di andare a fondo dei loro problemi. Se il terapeuta ci casca, la paziente lo accuserà duramente di essersi approfittato di lei ed avere così mandato a monte la terapia, negando di essere personalmente responsabile della seduzione. In realtà, non è consapevole di questa sua tendenza ed è per questo che va puntualmente smascherata, finché essa stessa non la riconoscerà da sola.

Il carattere *fallico*, di solito, è aggressivo e incline a condurre la terapia, se lo si lascia fare, mentre è consigliabile dirgli di non parlare, e di

limitarsi a respirare profondamente ed essere passivo finché affiorerà una notevole ansia. La sua aggressività è un modo per evitare l'ansia. E' importante saper riconoscere questo suo aspetto caratteriale, che può essere diverso da un paziente all'altro. Il fallico represso è molto virtuoso, deve prendere coscienza di questa sua tendenza e diventare più tollerante. Alla pari di un inquisitore, sarebbe disposto a mandare al rogo la propria nonna pur di salvarle l'anima. Ciò non è altro che una difesa contro la perdita di controllo e l'abbandono totale durante l'atto sessuale. Bisogna sempre fare in modo di smascherare il suo bisogno di rivincita nei confronti dell'altro sesso, così come la sua paura dell'abbandono anale. I depressi vanno mobilizzati vigorosamente per scuoterli e invertire il processo di atrofizzazione. Vanno incoraggiati a divenire aggressivi e a rischiare. In realtà tutti i pazienti dovrebbero imparare a rischiare un po'. Se il depresso riesce a manifestare tutta la collera che sente, la sua depressione si scioglie.

La diagnosi di *depressivo cronico* è spesso posta in modo errato. E' una condizione molto particolare e poco comune. Il depresso cronico è molto sensibile, ha gli occhi aperti e un campo energetico apparentemente ampio e forte, malgrado il livello di energia sia in realtà basso. Non sogna mai di volare o di fare le cose con facilità e quasi mai sogna a colori. Il carattere *compulsivo* è cauto, rigidamente corazzato e palesemente ambivalente. Il terapeuta deve attaccare i suoi dubbi, che mobilizzeranno l'astio che ha profondamente rimosso – innanzitutto l'odio anale (lo farà pestando i piedi, schiacciando, esprimendo la propria cattiveria) e in seguito l'odio fallico (attraverso movimenti di affondo e pugnalate). Contemporaneamente è necessario continuare ad evidenziare la sua cautela.

Il carattere *passivo-femminile* è generalmente subdolo, malgrado ostenti un atteggiamento educato e cooperativo. Bisogna incoraggiare l'aggressività per mobilizzare la sua collera sadico-anale. È necessario lavorare molto sul carattere per tirar fuori l'odio e l'astio nascosti dietro il superficiale atteggiamento arrendevole e cooperativo.

Con i caratteri *masochisti*, è opportuno innanzitutto riportarli al sadismo dal quale sono partiti. Questi pazienti tenderanno sempre a ritornare al masochismo, soprattutto quando sensazioni o movimenti orgastici risvegliano la loro angoscia. L'enorme spasticità pelvica deve essere eliminata.

Lo *schizofrenico* è sempre timoroso, anche se si comporta in modo sfacciato e detestabile per coprire questo suo tratto caratteriale. Il primo passo fondamentale è quello di mobilizzare il segmento oculare, che potrebbe far emergere una notevole angoscia e corazzare gli altri segmenti, che verranno in seguito mobilizzati. Se la sua malattia permea

ogni aspetto della vita, allora non è un candidato ideale alla terapia, se invece è circoscritta, può essere trattato ma sempre con estrema cautela. L'*epilettico*, come lo schizofrenico, presenta un blocco del segmento oculare. Generalmente il paziente ha alle spalle una storia con molte esplosioni emozionali. Il primo passo consiste nel desensibilizzarlo alle convulsioni, chiedendogli di ruotare gli occhi verso l'alto ma di fermare il movimento prima che la convulsione si scateni, cosa che può avvenire riportando gli occhi al contatto.