

LA LETTURA SOMATOPSICOENERGETICA DELLA SINDROME DA RESPIRAZIONE ORALE

*di Sergio Scialanca – psicologo orgonoterapeuta
Membro Comitato Scientifico Istituto Federico Navarro*

Sappiamo che ogni cellula vivente è sostenuta da un reticolo (microtrabecolo) costituito principalmente da actina e miosina, le stesse proteine che costituiscono in massima parte i tessuti muscolari. Ciò consente a ogni cellula di potersi contrarre ed espandere (di pulsare, quindi) secondo un ritmo suo proprio. Sappiamo che, ove le condizioni ambientali siano sfavorevoli, la cellula tende a contrarsi in forma sferica, e a permanere in questo stato finché non si siano ripristinate le condizioni necessarie alla sua funzione vitale che si esprime nella pulsazione. Quindi, la vitalità di ogni cellula e conseguentemente di ogni tessuto che essa contribuisce a comporre è espressa dalla sua capacità pulsatoria, la quale a sua volta è determinata primariamente dalle condizioni ambientali e secondariamente dalla durata della permanenza di eventuali condizioni esterne sfavorevoli. Ove infatti queste si fossero mantenute troppo a lungo, la cellula serberebbe il ricordo “muscolare”, microtrabecolare, di tale evento e la sua capacità pulsatoria sarebbe ridotta. Tale memoria verrebbe conservata anche nelle cellule figlie e nel tessuto che esse andrebbero a comporre.

Questo è il destino di una cellula primigenia (zigote), che si trovasse in un ambiente intrauterino sfavorevole.

La capacità di pulsazione è anche responsabile della capacità respiratoria (esiste una respirazione cellulare, che consente alla cellula di produrre energia in presenza di ossigeno e di scartare i prodotti secondari, anidride carbonica ed acqua, che vengono poi escreti attraverso la respirazione polmonare e le urine).

Queste poche note indicano una strettissima relazione tra respirazione cellulare, respirazione polmonare, muscolarità, ossigenazione e produzione di energia.

Il fenomeno della contrazione cellulare persistente è un automatismo, una reazione tesa all’autoconservazione e alla sopravvivenza che, nell’individuo umano è rappresentato dalla funzione identica della simpaticotonia (iperattivazione del ramo contrattivo del Sistema Nervoso Vegetativo, detto simpatico) in presenza di pericolo: quella che si chiama “emozione paura”.

Come si vede, esiste dunque una paura cellulare, che pur non contenendo elementi psichici per ovvia assenza di un Sistema Nervoso, è iscritta però nella memoria microtrabecolare – e cioè muscolare – ed è capace di determinare una paura di questa fatta nell’intero sistema vivente costituito da un individuo compiuto. Nel quale, dunque, essa apparirà inconscia o – nella terminologia della somatopsicoenergetica – incosciente.

Nel caso fin qui descritto, tale individuo presenterà una condizione generale di carenza energetica, e cercherà quindi di trattenere energia limitando al minimo l'investimento di essa nella relazione con gli altri individui. Una espansione (che corrisponde alla migrazione dell'energia prodotta dalla respirazione cellulare verso l'esterno, verso la membrana cellulare onde produrre scambio con altre cellule) è infatti nuclearmente percepita come una perdita di energia. Si instaura quindi un circolo vizioso per cui la ridotta pulsatilità produce ridotto apporto di ossigeno, che determina una ridotta produzione di energia, che produce una necessità di contenimento della poca disponibile, che produce ridotta pulsatilità.

In questi individui la pratica clinica riscontra sempre un blocco primitivo del diaframma, che risulta ipo-orgonotico. Ciò perché il diaframma è il muscolo respiratorio per eccellenza e la sua mobilità è direttamente responsabile della produzione di energia nell'intero organismo (corsivo dell'editore).

Abbiamo definito ipo-orgonotico e primitivo questo tipo di blocco: occorre spiegare meglio.

Negli anni attorno al 1930, un medico psichiatra allievo di Freud, di nome Wilhelm Reich, intuì che l'energia psichica pulsionale sulla quale si fondava l'intero corpus delle teorie freudiane, potesse essere di tipo biologico. Le indagini in questo campo lo portarono a stabilire intanto un nesso profondo tra psiche e soma, poi a identificare delle caratterialità fondate su blocchi muscolari stabilendo così l'identità funzionale soma-psiche, ed infine a individuare come specifica l'energia identica che permeava sia psiche che corpo. Chiamò "orgone" questa energia e ne sviluppò negli anni successivi lo studio in termini di pura fisica.

Quando parliamo di blocco ipo-orgonotico intendiamo quindi dire che in quel distretto organico (Reich individuò sette segmenti in cui si potevano stabilire dei blocchi) vi è scarsità di questa energia.

Quando definiamo il blocco diaframmatico fin qui descritto come "primitivo", intendiamo dire che è il primo blocco, quello originario, attorno al quale si sono costruiti altri blocchi, in altri segmenti (corsivo dell'editore).

Tutti i blocchi possono essere ipo-orgonotici o iper-orgonotici, cioè causati da un eccesso di energia stagnante; la loro caratteristica è comunque sempre quella di impedire il normale e sano scorrere dell'energia biologica (orgonica) che dovrebbe, tipicamente, avere una direzione cefalo-caudale (dalla testa ai genitali).

Possiamo quindi dire che il blocco del diaframma (sia ipo- che iper-orgonotico) determina una ridotta capacità respiratoria (e quindi pulsativa) e la rottura di continuità tra la parte alta del corpo e la parte bassa. E quindi tra funzioni "alte" (ragione, affetti, sentimenti) e "basse" (nutrimento, visceralità, sessualità). La mancata integrazione di queste funzioni separa quindi due mondi esperienziali e determina la deviazione in chiave patologica di esse. La ragione si trasforma in razionalità eccessiva, l'affettività diventa cosa diversa dall'amore sessuale, la

sessualità cessa di essere l'espressione dell'amore e acquista un valore puramente ludico, fino talvolta all'ossessività o all'opposto all'assenza di piacere, etc. Questa scissione e l'ipertrofia patologica di alcune di queste funzioni provoca inevitabilmente un'esperienza esistenziale insoddisfacente, e perciò dolorosa.

E' dunque impossibile non stabilire un nesso di reciproca causalità tra disfunzione organica e disfunzione psichica; e – alla luce di quanto detto all'inizio – tra l'ambiente intrauterino più o meno nutriente dal punto di vista energetico e l'apparire di disfunzione somato-psico-energetiche in età neo- e post-natale (corsivo dell'editore).

Occorre però precisare che come esiste un blocco diaframmatico primitivo ipo-orgonotico di origine embrionaria, possono esistere blocchi diaframmatici di diversa natura (corsivo dell'editore).

Abbiamo detto come la paura cellulare risulti, in età adulta, incosciente. Se tuttavia l'instaurarsi del blocco è già di origine *fetale* (successiva al terzo mese di gravidanza), esso risulterà più facilmente raggiungibile dalla coscienza ove venisse fatto un adeguato lavoro terapeutico. Più facile ancora sarà ottenere questo risultato se il blocco è di origine *perinatale* (legato ad esempio all'allattamento o, prima, al momento del parto); di origine decisamente *neonatale* (svezzamento, primi passi) o ancora avanti nel tempo.

Tipicamente, il blocco diaframmatico ipo-orgonotico è intrauterino, quello iper-orgonotico extrauterino.

Si ricordi che la funzione respiratoria del diaframma si attiva solo dopo la nascita, quando cioè sia attuato il passaggio tra respirazione acquatica fetale e respirazione aerea. *L'apparire precoce di una disfunzionalità respiratoria è quindi anche interpretabile, sul piano della futura attitudine psichica, come desiderio di rimanere nell'utero materno, di non assumersi la responsabilità della propria autonomia vitale; e ciò in quanto l'esperienza intrauterina, risultando carente, non può essere percepita come del tutto compiuta. Il tentativo sarà quello di mantenere lo stato di dipendenza in tutte le situazioni relazionali, particolarmente quelle affettive. Ciò a riprova e a spiegazione del fatto che – in questi casi – l'individuo ha poca energia disponibile per la relazione* (corsivo dell'editore).

Il blocco diaframmatico è sempre correlato al blocco cervicale, e ciò per motivi funzionali: l'attività diaframmatica è infatti determinata dai nervi frenici, che originano dalla 3°, 4° e 5° vertebra cervicale. Questi nervi sono anatomicamente di origine spinale ed appartengono al Sistema Nervoso Autonomo. La funzione respiratoria è infatti solo parzialmente volontaria.

Se il blocco diaframmatico è di origine intrauterina, esso d'altronde comporta la disfunzionalità del primo livello reichiano (i telerecettori: occhi, orecchi, naso), in

quanto il vissuto intrauterino si protrae, secondo la somatopsicopatologia, fino al decimo giorno post-natale. Giorni questi in cui il neonato dovrebbe acquisire l'esperienza dell'esperienza visiva, auditiva e soprattutto olfattiva della madre-nutrice. La disfunzione di questa esperienza, dovuta alle cause più diverse che si dovessero verificare, ma purtroppo fondata su una precedente insufficiente esperienza intrauterina, produce il blocco anche del primo livello. Ove poi l'allattamento dovesse a sua volta non avvenire al seno, o avvenire in maniera traumatica o insoddisfacente, si verificherebbe l'ipo-orgonia del segmento orale.

Sarà facile ad ogni odontoiatra posturologo specialista di sindrome da respirazione orale, rilevare come la diagnosi per questo disturbo comporti sempre l'osservazione di disfunzioni che sono perfettamente descritte dai blocchi contemporanei diaframmatici (ipo), cervicale (iper), oculare (iper) e infine orale (ipo).

Dal punto di vista della somatopsicopatologia in chiave orgonomica, un respiratore orale è quindi un nucleo psicotico primario (embrionario o fetale) o secondario (neonatale) le cui caratteristiche possono essere così descritte:

- carenza energetica dell'intero biosistema, da insufficiente nutrimento nella fase di gestazione;
- fame d'aria e necessità di sopravvivere in uno stato di ansia generalizzata che determina forte predisposizione all'asma;
- atteggiamento del collo come di chi rischi di affogare e tenti di tenere la testa sopra la superficie dell'acqua;
- incapacità o forte difficoltà nell'uso funzionale dei telerecettori (olfatto carente con tendenza alla poliposi; adenoidi ipertrofiche; disturbi della vista in particolare riferiti alla convergenza, miopia; disturbi dell'udito quali acufeni);
- malformazioni dell'apparato orale di origine funzionale, ampiamente descritti dalla letteratura odontoiatrica;
- problematiche posturali;
- tendenza a stabilire rapporti interpersonali superficiali o all'inverso di tipo simbiotico;
- pensiero tendenzialmente paranoideiforme;
- predisposizione e tendenza a forme di pensiero ossessivo e a comportamenti compulsivi di tipo apotropaico;
- predisposizione dell'intero biosistema a sviluppare patologie di tipo biopatico (cancro, sclerosi multipla, tumori della pelle); patologie queste tre ultime che si possono slatentizzare in caso di trauma esistenziale, quale ad esempio la perdita del genitore o della persona amata anche in età avanzata;
- carenze immunitarie correlate anche biunivocamente alle patologie adenoidee e delle tonsille.

Come si vede, ognuna di queste patologie, ampiamente descritta in letteratura, è in stretta relazione con ciascuna delle altre e sorprende come non si sia ancora

abbastanza riconosciuta la loro interrelazione in una visione sistemica unitaria. E' tuttavia assai importante, ai fini della prognosi, stabilire l'origine (primaria o secondaria) del nucleo psicotico; argomento questo sul quale non ci dilunghiamo in questa sede.

Ci preme far notare come vengano ad esempio classificate quali "crisi psicogene" alcune crisi respiratorie da iperventilazione che appaiono nei cosiddetti "attacchi di panico", distinguendole da quelle originate dalla sindrome da iperventilazione. La quale origina da una difficoltà espiratoria (come l'asma), dovuta alla necessità di trattenere aria (cioè ossigeno, cioè potenziale energia). L'evento è funzionalmente identico e risponde alla stessa necessità, sia che si verifichi nell'adulto (attacco di panico), che nel bambino o nell'adolescente (sindrome da iperventilazione): in entrambi i casi esso è generato dalla "paura di non poter sopravvivere", tipica, in somatopsicopatologia, del nucleo psicotico sopra descritto (corsivo dell' editore).

La differenza è semmai nell'aver l'adulto realizzato una pseudo-personalità (falso Io) che il bambino non ha ancora potuto strutturare e l'adolescente si prova a strutturare trovando le difficoltà di un vissuto fin lì disfunzionale.

Inoltre, la sindrome da iperventilazione è fatta risalire talvolta allo stress generato dalla paura, il che è corretto. Ma incompleto, dal momento che l'emozione (come lo è la paura) in questo caso è di origine biograficamente così lontana da non poter essere riconosciuta come tale (per questo è incosciente) (corsivo dell'editore). Nel caso descritto essa determina una deformazione del reticolo microtrabecolare, che è a sua volta l'espressione della matrice energetica, cioè del campo vitale (L-field) così come postulato H. Saxton Burr (1930) e così come dallo stesso A. assimilato (1972) al campo morfogenetico di Sheldrake: *"il campo elettrodinamico del corpo ha la funzione di una matrice che continua a conservare la "forma" o l'adattamento di qualsiasi materiale riversatovi per quanto spesso il materiale venga cambiato"*.

In conclusione, le sindromi di cui si è qui trattato possono essere viste come complessa espressione sintomatica di un sottostante nucleo psicotico, più o meno grave. La loro eziologia è dunque da ricercare nella inadeguatezza dell'ambiente entro il quale l'individuo si è formato nei suoi primi nove mesi di vita, quelli intrauterini; di conseguenza nella gestazione e nella caratteristica energetica della gestante, la madre, che l'ha nutrito. Ciò pone l'accento sulla necessità di intervenire in modo preventivo sulle donne che intendono procreare e – sebbene la cosa sia meno importante – sui loro compagni. *Non tanto quindi sulla preparazione al parto, quanto sulla preparazione alla gravidanza* (corsivo dell' editore).

Ogni intervento sui sintomi deve essere consapevole della complessa struttura somato-psico-energetica sulla quale si sta operando, perché il sintomo è un tentativo estremo che il soggetto fa di non procurarsi guai più gravi; la sua eliminazione meccanica (forzata) può quindi causare la slatentizzazione del nucleo psicotico con la

conseguenza di una caduta in psicosi (se tale slatentizzazione avviene sul piano psichico) o in una biopatia (se avviene su quello organico).

Roma, Febbraio 2008

Bibliografia

- Scialanca, S. *Somatopsicoenergetica*, Nuova Ipsa, Palermo, 2008
Navarro, F. *Somatopsicopatologia*, Idelson Gnocchi, Napoli, 2000
Navarro, F. *Caratterologia post-reichiana*, Nuova Ipsa, Palermo, 1991
Navarro, F. *Somatopsicodinamica delle biopatie*, IFeN, Napoli, 2001