

Il sistema di coinvolgimento sociale e l'emergenza. La teoria polivagale di Porges

Riassunto

L'autore in questo articolo sintetizza la teoria di Stephen Porges che, come afferma il neuroscienziato americano, è destinata a "fornire delle spiegazioni neurofisiologicamente plausibili per molte delle esperienze descritte dalle persone che hanno vissuto un'esperienza traumatica. Per queste persone la teoria ha fornito una comprensione di come i loro corpi si fossero sintonizzati in risposta a una minaccia di vita e avessero perso la resilienza per tornare a uno stato di sicurezza".

Parole chiave: teoria polivagale, sicurezza, difese, trauma, emergenza.

Abstract

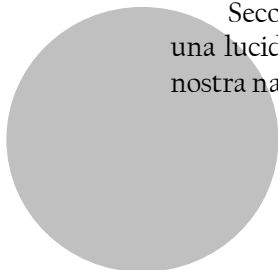
In this article, the author summarises Stephen Porges' theory, which, as the American neuroscientist states, is intended to 'provide neurophysiologically plausible explanations for many of the experiences described by people who have experienced trauma. For these people, the theory provided an understanding of how their bodies had tuned in response to a life-threatening event and lost the resilience to return to a safe state'.

Key words: polyvagal theory, safety, defences, trauma, emergency.

Introduzione

Stephen Porges (1945) è uno psichiatra e neuroscienziato americano, studioso e ricercatore nell'ambito del trauma. Egli ha proposto alla comunità scientifica la teoria polivagale nel 1994, a seguito di ricerche iniziate ai primi degli anni Settanta. Il suo testo fondamentale è *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*, pubblicato nel 2011 e tradotto in Italia nel 2014. Successivamente, nel 2017, ha pubblicato tra l'altro la *Guida alla teoria polivagale. Il potere trasformativo della sensazione di sicurezza*, edito in Italia nel 2018. Come egli stesso afferma nella Introduzione a quest'ultimo testo, "l'impatto principale della teoria è stato quello di fornire delle spiegazioni neurofisiologicamente plausibili per molte delle esperienze descritte dalle persone che hanno vissuto un'esperienza traumatica. Per queste persone la teoria ha fornito una comprensione di come i loro corpi si fossero sintonizzati in risposta a una minaccia di vita e avessero perso la resilienza per tornare a uno stato di sicurezza".

Secondo van der Kolk, la guida alla teoria polivagale è una pietra miliare, una lucida spiegazione scientifica di come l'ambiente sia il fondamento della nostra natura.



La sicurezza

La sicurezza, con il correlato di fiducia nei confronti degli altri e dell'ambiente in cui viviamo, è la base della possibilità di un'esistenza in cui ci si possa realizzare nel campo del lavoro, delle relazioni, dell'ambito sociale. La sensazione di sicurezza è centrale nel processo di guarigione psicoterapeutica. In che modo i nostri pazienti ci percepiscono? In che modo i nostri pazienti ci fanno sentire? Nell'ambito dell'emergenza, tra gli obiettivi di base del pronto soccorso psicologico (Pietrantonio et al., 2010), ci sono i seguenti:

1. favorire la sicurezza a breve e a lungo termine, offrendo supporto fisico ed emozionale;
2. stabilire un contatto umano in modo empatico, non intrusivo;
3. riconnettere quanto prima i superstiti alle reti di supporto sociale, inclusi i membri della famiglia, amici, vicini ecc.

La sensazione di sicurezza dipende da tre condizioni:

1. il sistema nervoso autonomo non deve essere attivato in risposte di difesa;
2. deve essere attivato il sistema di coinvolgimento sociale;
3. tale sistema si attiva qualora l'individuo possa rilevare gli indizi di sicurezza emessi dagli altri esseri umani (tono di voce, espressioni facciali, gesti positivi). Ci sono due modi in cui rileviamo il pericolo: attraverso la percezione, che richiede uno stato di consapevolezza e coscienza (attivazione della neocortex), e attraverso la neurocezione, che è la valutazione automatica del rischio senza ricorrere alla consapevolezza (attivazione del sistema nervoso autonomo).

La sensazione di sicurezza dipende da indizi presenti nell'ambiente e nelle nostre relazioni; tali indizi possiedono la capacità di inibire attivamente i circuiti di difesa, e di promuovere la salute e le sensazioni di fiducia e socialità. La consapevolezza, cioè le nostre valutazioni cognitive, la nostra capacità cosciente di identificare elementi potenzialmente pericolosi nei luoghi e nelle persone, giocano un ruolo secondario rispetto alle nostre reazioni viscerali. Le risposte, le reazioni del nostro corpo attraverso il sistema nervoso autonomo, alle persone e all'ambiente, funzionano come una vera e propria macchina della verità. Si tratta di saperle ascoltare.

Il coinvolgimento

Il sistema di coinvolgimento sociale si attiva mediante una connessione nervosa somatomotoria che coordina il cuore con i muscoli della faccia e della testa. Tale connessione è possibile grazie alle vie efferenti viscerali speciali, che innervano la muscolatura striata (muscoli della masticazione/ingestione; mu-

scolatura facciale coinvolta nella espressione emotiva; muscoli di faringe e laringe coinvolti nella vocalizzazione; muscoli dell'orecchio medio coinvolti nell'ascolto). Questa connessione avviene mediante la via vagale ventrale parasimpatica mielinizzata.

Mielinizzazione

Quest'ultimo elemento (la mielinizzazione) significa che tale via nervosa ha una conduzione elettrica più rapida. Esso è posseduto unicamente dai mammiferi ed è evolutivamente il più recente. Si trattava, in quanto mammiferi, di elaborare un meccanismo neurale che fosse in grado di disattivare le strategie difensive più arcaiche. Diversamente, non avrebbe potuto esserci un processo di relazione tra i mammiferi, nella fattispecie noi umani. Ciò comportava il problema di identificare una condizione di sicurezza, cioè il fatto che un nostro conspecifico fosse sicuro da avvicinare e da toccare. In effetti tutti i mammiferi alla nascita necessitano di cure da parte delle loro madri; inoltre come mammiferi umani abbiamo bisogno di interdipendenza e cure sociali a lungo per poter sopravvivere. Per un mammifero umano l'isolamento è traumatico, da esso consegue una compromissione della salute, la sopravvivenza stessa. La possibilità di svolgere funzioni biologiche e comportamentali quali la riproduzione, l'allattamento, il sonno, la digestione richiede ambienti sicuri. Di qui la necessità di meccanismi che regolino il comportamento sociale e le emozioni.

Gli stati di sicurezza sono un prerequisito non solo per il comportamento sociale/relazionale, ma anche per poter avere accesso alle strutture cerebrali superiori (la neocortex) che consentono agli esseri umani di essere creativi e produttivi, di riflettere, pensare, progettare, pianificare. Per questi motivi l'evoluzione ha dotato gli esseri umani di una nuova via neurale che li ha resi capaci di individuare gli indizi di sicurezza e di co-regolarsi. Questo significa la capacità di rilevare e segnalare gli stati affettivi degli individui all'interno della propria specie. Un mammifero umano si chiede costantemente perciò se un altro individuo mammifero umano è sicuro da avvicinare, da toccare fisicamente, è tale da poter creare con lui una relazione. Se i dati sono positivi, il sistema nervoso autonomo parasimpatico è in grado di calmare il cuore, di diminuire l'attività del sistema di difesa. Se ci troviamo in uno stato fisiologico di calma siamo in grado di veicolare indizi di sicurezza a un'altra persona e di aprirci alla relazione interindividuale. Quando viene rilevata una condizione di sicurezza il sistema neurofisiologico si calma; quando viene rilevato un pericolo o un'assenza di condizione di sicurezza, il sistema neurofisiologico si attiva per la difesa.

Per gli esseri umani il fatto di entrare in relazione con gli altri, connettersi a loro, co-regolarsi rappresenta un imperativo biologico. Pensiamo molto semplicemente al rapporto madre-bambino. Di qui la necessità di essere abili nella interazione reciproca; di saper regolare reciprocamente l'uno con l'altro il nostro stato fisiologico; di creare relazioni che consentano agli individui di sentirsi sicuri. Quando siamo spaventati non possiamo essere socievoli, cioè entrare in relazione; non possiamo essere creativi, avere idee nuove, progettare;

né possiamo guarire. È la nostra corteccia temporale che attraverso la neurocezione interpreta l'intenzionalità di un altro essere umano attraverso gli indizi derivanti dagli atteggiamenti del volto, dalla voce, dalla gestualità. Ciò permette di stabilire se è il caso o meno di avvicinare un altro individuo, se le caratteristiche di coinvolgimento nella relazione si presentano come sicure o come pericolose.

Per le persone che hanno vissuto un'esperienza traumatica la teoria ha fornito una comprensione di come i loro corpi si fossero sintonizzati in risposta a una minaccia di vita e avessero perso la resilienza per tornare a uno stato di sicurezza.

La via vagale ventrale

Dunque la via vagale ventrale parasimpatica mielinizzata agisce da "freno", cioè attiva un'inibizione vagale sul cuore a livello di regolazione della frequenza cardiaca. Il freno riduce la probabilità di ricorrere a reazioni di difesa evolutivamente più antiche.

Variabilità della frequenza cardiaca

Il tempo che intercorre tra un battito cardiaco e il successivo varia di alcuni millisecondi. La variazione nella frequenza cardiaca è correlata con l'attività respiratoria e con le influenze esercitate sul cuore dal sistema nervoso simpatico, parasimpatico, e secondo Porges, dalla via vagale ventrale parasimpatica mielinizzata.

Aritmia respiratoria fisiologica

Definiamo così le variazioni naturali della frequenza cardiaca che si verificano durante il ciclo respiratorio spontaneo. Abbiamo un aumento della frequenza cardiaca durante l'inspirazione e una diminuzione della frequenza cardiaca durante la espirazione. Per questo, in vari tipi di meditazione buddista, si insegna ad allungare di alcuni secondi l'espirazione rispetto all'inspirazione.

Il nervo vago

1. è il decimo dei dodici nervi cranici; è bilaterale; parte dal tronco encefalico.
2. costituisce la parte più ampia ed estesa del sistema nervoso autonomo parasimpatico;
3. distinguiamo la parte sopradiaframmatica del nervo vago, che corrisponde alle vie mielinizzate secondo Porges (innervazione cuore e polmoni), e la parte sottodiaframmatica di esso, che corrisponde alle vie più antiche non mielinizzate (tutti gli altri organi: stomaco, intestino, fegato).

to, milza ecc.); le fibre nervose che controllano tutte queste funzioni (top down) costituiscono solo circa il 20% delle fibre nel nervo vago. L'altro 80% delle fibre nervose vagali è afferente, il che significa che invia informazioni sensoriali dagli organi al cervello.

4. ha una funzione in generale antagonista rispetto al sistema nervoso autonomo simpatico. Il sistema nervoso simpatico spinge corpo e mente all'azione; ha il compito di reperire nell'organismo le energie necessarie; è responsabile tra l'altro della risposta di lotta, fuga o congelamento (di primo tipo) quando percepiamo il pericolo. Il sistema nervoso parasimpatico fa il contrario: ci calma, abbassa il ritmo di cuore e respiro, riporta il nostro corpo in omeostasi e consente il ripristino delle energie vitali.

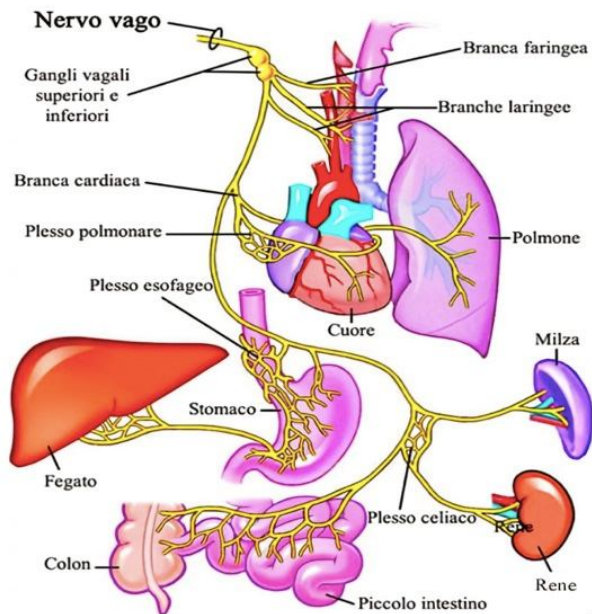


Immagine tratta da *Mosby's Medical Dictionary, 8th edition*. © 2009, Elsevier

La presenza di un pericolo determina la fine della condizione di sicurezza, che come abbiamo visto è rilevata attraverso la neurocezione e la percezione.

L'incertezza o l'assenza della condizione di sicurezza disattiva il sistema di coinvolgimento sociale e attiva strategie di sicurezza più antiche a livello evolutivo. Quali?

In primo luogo le reazioni di attacco o fuga, mediate dal sistema simpatico. Quest'ultimo incrementa la frequenza cardiaca e di conseguenza il flusso

sanguigno in tutto il corpo, per supportare il movimento. Se questa strategia consente il ripristino della sicurezza dell'ambiente, possiamo riattivare il sistema di coinvolgimento sociale in tempi abbastanza rapidi.

Se ciò non avviene, il sistema nervoso autonomo recluta le difese gerarchicamente più antiche a livello evolutivo, che sono affidate al nucleo dorsale del nervo vago, attraverso vie nervose non mielinizzate. Questi antichi percorsi non mielinizzati mantengono l'omeostasi quando l'animale o la persona si trovano in una situazione sicura. Ma quando viene rilevato un pericolo, questi percorsi possono innescare l'immobilizzazione, rallentare la frequenza cardiaca e il metabolismo, fermare il respiro e causare persino alla morte.

Le difese

Tali difese sono molto più antiche dell'avvento dei mammiferi; sono tipiche, per esempio, dei rettili, per i quali il sistema di difesa primario è l'immobilizzazione. Tali difese comportano l'attivazione dei cosiddetti stati dorso-vagali che implicano appunto reazioni di immobilizzazione (pensiamo a quando un animale si nasconde) con finzione di morte; oppure a reazioni di spegnimento-svenimento.

Questa condizione implica la conservazione delle risorse metaboliche. Va tenuto presente che questa diramazione del nervo vago è capace di promuovere una forma di bradicardia che include l'apnea, un forte rallentamento della frequenza cardiaca, fino alla cessazione del respiro. Le reazioni di immobilizzazione possono essere perciò per i mammiferi potenzialmente letali a causa della loro grande necessità di ossigeno, mentre i rettili possono sopravvivere per diverse ore senza respirare. Si esce da questi stati se si ripristina il sistema di coinvolgimento sociale, ma ciò avviene con più difficoltà rispetto agli stati di attacco o fuga.

Dunque, se un evento innesca in un essere umano questa risposta antica e primordiale, ossia lo stato di immobilizzazione, può essere molto difficile a quell'essere umano riorganizzarsi, recuperare una condizione di normalità. Questo perché il nostro sistema nervoso non è sufficientemente elaborato da possedere una via efficiente per uscire dalla condizione di immobilizzazione. Teniamo presente che questa può essere la difficile condizione delle persone sopravvissute a un trauma.

La teoria polivagale e il trauma

Un paziente traumatizzato, per ciò che abbiamo detto sopra, può avere difficoltà nel ripristinare il sistema di coinvolgimento sociale: può mancare di intonazione della voce; può mancare di espressione emotiva; può avere difficoltà di regolazione del suo stato comportamentale; può passare con rapidità da una condizione di freezing a uno stato altamente reattivo. Questa osservazione è estremamente importante in ambito psicoterapeutico e apre uno punto interrogativo rispetto, per esempio, alle tecniche comportamentali-

cognitivistiche di desensibilizzazione, ma più in generale rispetto a tutti gli approcci psicoterapeutici, e sono la maggioranza, fondati sulla *talking cure*, sull'uso della parola come strumento di cura, e del racconto del trauma per favorire l'integrazione di questo evento nella biografia individuale. Sappiamo che nei pazienti in cui si è consolidato un PTSD, o un PTSD complex, albergano forti sentimenti di impotenza, disperazione, nonché vergogna, rabbia e senso di colpa per i propri comportamenti.

Esistono trattamenti psicoterapeutici basati letteralmente sull'affrontamento delle fobie per questi sentimenti, manifestazioni che fanno parte del complesso sistema della dissociazione peritraumatica. A questo proposito si tratta di cominciare a dire qualcosa di diverso ai pazienti, di sottolineare il fatto che le risposte del loro corpo, prodotte in modo istintivo, secondo schemi neurofisiologici di difesa, hanno consentito loro di sopravvivere. Ciò al fine di evitare che i pazienti si vedano come persone che hanno fatto qualcosa di sbagliato. Non esistono risposte sbagliate a una situazione di emergenza, di estremo pericolo, ma ci sono solo risposte adattive. Dunque si tratta di rispettare le risposte che il proprio corpo ha dato e di non avere più un atteggiamento giudicante e colpevolizzante nei confronti di sé stessi. Quando noi veniamo giudicati, e quando giudichiamo i nostri comportamenti in modo negativo, attiviamo comunque uno stato di carattere difensivo, usciamo dalla condizione di sicurezza. Si tratta di educare il paziente a rispettare il potente ruolo della neurocezione. E di consentirgli, in psicoterapia, di mantenersi entro la "finestra di tolleranza", entro cioè quello stato psicofisiologico di sicurezza, del quale abbiamo parlato sopra, che rende possibile il coinvolgimento sociale e dunque il rapporto psicoterapeutico.

Se una persona ha subito un trauma a opera di un altro essere umano, è possibile che si trovi perennemente in modalità difensiva e dunque in permanente difficoltà di relazione con gli altri (impossibilità di ripristino del sistema di coinvolgimento sociale). A fronte di un evento traumatico ciò che è importante non è l'evento, ma la risposta all'evento stesso. La reazione all'evento traumatico è automatica, frutto della neurocezione, specie nella direzione dell'immobilizzazione, che è in un certo senso l'anticamera della dissociazione.

Come abbiamo visto sopra, l'attivazione dei sistemi di difesa più primitivi avviene attraverso vie nervose non mielinizzate, e ciò significa che è difficile uscire da questi stati. Per cui si tratta di demistificare ogni attribuzione di colpa e responsabilità da parte di un paziente rispetto alle sue reazioni al trauma. Egli non ha fatto niente di sbagliato. Questa posizione, quando fatta propria dal paziente, è di per sé curativa. In un certo senso, ogni comportamento dell'essere umano potrebbe essere concepito come espressione di una piattaforma neurofisiologica che innesca un serie di sistemi di difesa, in caso di perdita della sicurezza, di pericolo, selezionati geneticamente per consentire all'organismo di sopravvivere adattivamente.

Le società civili, a partire da quelle di più antica costituzione, conferiscono valore al pensiero, alla mente, al piano cognitivo, alla responsabilità morale e prestano minore attenzione al corpo, alle sue sensazioni. Tutte le istituzioni educative, religiose, politiche, psicosanitarie sottomettono il corpo ai processi di pensiero, determinando una ben nota scissione tra il corpo da una parte e la mente, l'anima, la psiche dall'altra.

La teoria polivagale e l'emergenza

Quando entriamo in uno scenario di emergenza, di qualunque tipo sia, noi possiamo essere a contatto, come abbiamo più volte visto, con una serie molto ampia di reazioni di difesa, che possono meglio essere comprese anche alla luce della teoria polivagale di Porges. Cercheremo di descrivere e analizzare queste reazioni, tenendo presente che per ogni organismo è possibile passare da una difesa a un'altra a seconda della situazione, del tipo di pericolo che si profila, dell'intensificarsi o dell'attenuarsi, del modificarsi del pericolo stesso.

La neurocezione ci consente di adottare il sistema di difesa più adattivo; tuttavia è un fatto evolutivo che in quanto esseri umani dotati di neocortex siamo in grado di affrontare un pericolo, di reagire a esso, ma anche di superarlo, ridurlo, evitarlo, prevenirlo, modificando e migliorando gli esiti delle tendenze istintive all'azione. Entrano qui in campo l'esperienza, le memorie implicite ed esplicite, la capacità di attivare delle azioni e delle soluzioni apprese e adeguate a ogni contesto. Dunque siamo in grado sia di reagire attraverso la neurocezione, secondo la linea bottom up, sia di attivare la neocortex secondo la linea top down. Dobbiamo inoltre tenere presente che non esistono solo le emergenze; la nostra sicurezza è messa in pericolo anche nella quotidianità: pensiamo alla guida dell'auto, banalmente alla passeggiata in città o in montagna, alla pratica di determinati sport, all'allevamento dei figli, alle discussioni tra coniugi, ai dissidi coi vicini di casa, alle situazioni di tensione in ufficio eccetera. In un certo senso, anche nella quotidianità è possibile che si entri e si esca, anche molte volte al giorno, dalla condizione omeostatica di sicurezza.

Ma tornando all'emergenza, la reazione delle persone coinvolte in essa può diventare traumatica. Questo avviene quando l'individuo non ha più risorse da attivare per fronteggiare un pericolo. Che ciò si verifica dipende dal tipo di reazioni messe in atto dall'organismo, a sua volta collegate alla natura dello stimolo, alla capacità ed esperienza del soggetto, alle caratteristiche dell'ambiente esterno. La risposta dell'ambiente umano/sociale a tali reazioni è particolarmente importante perché come dice l'antropologo Ernesto de Martino: "Si può dire che il destino della crisi [dell'individuo] in buona parte è determinato dal tipo di risposta che suscita".

Comportamenti umani nelle situazioni di minaccia alla sopravvivenza

Come spiegano Pierantoni e Prati (2009), il 10-15% degli individui rimane relativamente calmo, mantiene intatta la consapevolezza della situazione, la capacità di giudizio e ragionamento, riesce a fare un piano di azione e metterlo in pratica; la maggioranza (70-80%) ha una risposta sconcertata e confusa, in cui vi è una compromissione del ragionamento e un rallentamento del pensiero con processi quasi automatici su cosa fare; il 10-15% assume comportamenti controproducenti che aumentano il rischio di morte, come il pianto incontrollato o l'immobilizzazione. È in queste due ultime categorie di comportamenti che troviamo il maggior numero di vittime.

Ripristino del sistema di coinvolgimento sociale

Come abbiamo visto, in quanto mammiferi umani abbiamo un'organizzazione neurale innata chiamata sistema di coinvolgimento sociale. Essa è fondata sulla sensazione neurocettiva di sicurezza, che si attiva attraverso la verifica dell'atteggiamento degli altri esseri umani con cui entriamo in relazione. La sensazione di sicurezza è frutto del contatto oculare (risposta di orientamento), dell'atteggiamento del viso, del tono di voce, della postura e della mimica corporea.

L'obiettivo di base del pronto soccorso psicologico è, come abbiamo visto, il ripristino della condizione di sicurezza attraverso il supporto fisico ed emozionale, frutto di un contatto empatico, non intrusivo. Di qui l'importanza della modalità della nostra presenza, la necessità di essere calmi, ispirare fiducia, empatia, produrre azioni "parlanti" semplici, ma pensate. In questo modo possiamo ottenere una risposta neurocettiva di ripristino dello stato di sicurezza e del sistema di coinvolgimento sociale. In questi momenti noi rappresentiamo un archetipo arcaico: quello del gruppo sociale, della comunità umana dalla quale si può ottenere protezione, difesa, aiuto.

Fa parte della nostra esperienza di soccorritori il percepire, a volte, la presenza di una corrente empatica tra noi e le persone con le quali in emergenza entriamo in contatto. Essa ovviamente non si instaura subito, perché all'inizio degli interventi siamo degli estranei e in quanto tali possiamo produrre una reazione di allarme. Ma in molti interventi questo accade e lo comprendiamo dalle modalità con le quali a fine intervento ci si congeda; spesso magari con un abbraccio, a testimonianza del fatto che si è instaurata una relazione, ancorché provvisoria, di fiducia, di sicurezza, di affetto.

Il sistema di attaccamento

Il sistema di coinvolgimento sociale è alla base dei legami di attaccamento (Bowlby), del sistema primario di esplorazione dell'ambiente, nonché degli altri sistemi di azione, detti anche sistemi motivazionali, che attiviamo nella nostra vita quotidiana (accudimento, collaborazione, competizione, gioco, sessualità, gestione e riproduzione dell'energia attraverso il riposo, il cibo ecc.). Una minaccia grave disattiva però il sistema di coinvolgimento sociale e a cascata tutti i sistemi di azione indicati. Ecco allora sorgere il grido di attaccamento, di aiuto, allo scopo di mobilitare in propria difesa un altro essere umano, che sia più adeguato ad affrontare la situazione (nello specifico, il genitore o comunque il caregiver). Tale grido, implica una serie di comportamenti: vocalizzazioni (pianto, urla), panico, ricerca spasmodica di vicinanza, di attenzione, di intimità attraverso lo sguardo, l'atteggiamento del viso e del corpo protesi verso il possibile soccorritore.

Pensiamo al ruolo dell'abbraccio, che dà contatto e sicurezza, come risulta evidente nel rapporto madre-bambino. Il grido di aiuto mette anche in guardia, in allarme, il gruppo sociale di appartenenza. I comportamenti indicati sono frutto di un alto livello di attivazione dovuto al sistema simpatico. Coin-

volgimento sociale, grido di attaccamento costituiscono la prima linea di difesa rispetto a un eventuale pericolo: implicano sempre la ricerca della relazione con i membri del nostro gruppo sociale.

Attacco o fuga

Ma il pericolo può soverchiare la possibilità di ripristinare una relazione salvatrice. Si attivano allora i sistemi di difesa automatici, dei quali siamo dotati, che sono evolutivisticamente i più antichi. Abbiamo allora le ben note reazioni di attacco o fuga, con forte attivazione del simpatico, condizione di iperarousal, di ansia: aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, ritiro del sangue dai visceri a favore della muscolatura che potrebbe essere impegnata nel movimento, espulsione di feci e urina per alleggerire il corpo, emozioni dominanti di rabbia-collera o paura. Se la fuga deve interrompersi, non è più possibile, la grande quantità di energia impiegata in essa può convertirsi in lotta/attacco: una persona o un animale terrorizzato può rivoltarsi contro l'aggressore in maniera istintiva, non mediata e per questo assai potente (pugni, graffi, morsi ecc.).

Alla prima reazione (attacco) si possono associare in scenari di emergenza giudizi negativi (per esempio sui soccorritori: sono arrivati in ritardo, nessuno mi ha aiutato...); sfiducia, auto distruttività ("dare la testa nei muri"); pensieri suicidari espliciti ("io mi ammazzo, come faccio ad andare avanti..."); irritabilità, iperattivazione (la persona è frenetica, non riesce a star ferma). Alla seconda (fuga) si associano movimenti di rapido allontanamento, agitazione soprattutto nelle gambe, esplorazione ansiosa dell'ambiente con lo sguardo, tendenza a voltarsi, a cercare vie di fuga, a tenere fisicamente la distanza.

L'attivazione del sistema di difesa attacco o fuga può comportare la sospensione dei circuiti neurali connessi alla neocortex, ossia la disconnessione dal piano cognitivo. Ne conseguono negazione dell'evento (con rabbia e disperazione assieme), incredulità, disorientamento, difficoltà di prendere decisioni, azzeramento del sistema dei significati, richiesta reiterata e affannosa di informazioni.

Immobilizzazione

La terza linea di difesa è l'*immobilizzazione*, che si articola in tre comportamenti la cui logica è diversa. In effetti questo tipo di difesa è descritto dai ricercatori in modo meno chiaro rispetto ai precedenti.

Congelamento

Consiste in un comportamento di assoluta immobilità, tipicamente animale. Implica comunque una forte attivazione del simpatico (condizione di iperarousal). I muscoli sono tesi e rigidi ma l'individuo sembra paralizzato. Il respiro è ridotto al minimo anche se la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca sono elevate. Gli occhi possono essere sbarrati o indagare l'ambiente in stato di allerta. In questo modo si rende difficile al predatore l'individuazione visiva; si evita di eccitare l'aggressività; lo si orienta verso altri oggetti in movimento; si conserva inoltre, per l'assenza di movimento, l'energia vitale.

L'organismo tende a rannicchiarsi, rimpicciolirsi, nascondersi, ma è anche pronto alla fuga se possibile, ma anche all'attacco nel caso in cui l'aggressione venga perpetrata.

Cedimento/resa

È una condizione caratterizzata da un senso di paralisi, dalla sensazione di essere intrappolati, imprigionati. Si attiva il sistema parasimpatico con relativo ipoarousal, diminuzione della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, del ritmo del respiro, del tono muscolare, con conseguente rallentamento cognitivo, verbale, sensoriale, emozionale, motorio. Il volto può essere caratterizzato da una espressione vuota e fissa.

Collasso, spegnimento

È una condizione di morte apparente; implica lo svenimento, la perdita di coscienza e consapevolezza, muscolatura flaccida, occhi vitrei. È la forma estrema di allontanamento/dissociazione da un pericolo soverchiante e da un aggressore attivo. Abbiamo uno stato di totale passività, distacco dalle emozioni, depersonalizzazione, con senso di separazione dal corpo, ma anche aumento degli oppioidi endogeni e quindi insensibilità al dolore.

Diego Coelli, *Psicologi per i Popoli – Trentino, OdV*

Bibliografia

- Porges S. (2014), *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*, Giovanni Fioriti, Roma.
- Porges S. (2018), *La guida alla teoria polivagale. Il potere trasformativo della sensazione di sicurezza*, Giovanni Fioriti, Roma.



- Pietrantoni L. e Prati G. (2009), *Psicologia dell'emergenza*, Il Mulino, Bologna.
- Pietrantoni L., Prati G. e Palestini L. (2008), *Il primo soccorso psicologico*, Clueb, Bologna
- De Martino E. (1977), *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali*, Einaudi, Torino.