

# Panorama sulla Pratica Clinica del Somatic Experiencing (SE)

**Somatic Experiencing (SE)** è un approccio terapeutico somatico sviluppato da Peter A. Levine negli anni '70 per la risoluzione dei traumi psicofisici <sup>1</sup>. SE nasce dall'osservazione che il trauma non è solo un evento psicologico, ma un'esperienza che lascia **impronte nel sistema nervoso e nel corpo**, generando sintomi persistenti se la naturale risposta di difesa resta incompleta <sup>1</sup> <sup>2</sup>. Di seguito vengono presentati i fondamenti teorici, i principi neurofisiologici, le applicazioni cliniche, le tecniche specifiche, le evidenze scientifiche, le critiche emerse e le possibili integrazioni di SE con altre forme terapeutiche, il tutto supportato da riferimenti a letteratura accademica, testi fondamentali e fonti ufficiali.

## Fondamenti Teorici di Somatic Experiencing (Peter Levine)

Peter A. **Levine**, dottore in biofisica medica e in psicologia, ha dedicato la sua carriera allo studio dello stress e del trauma, sviluppando SE come sintesi di discipline diverse (fisiologia, psicologia, etologia, neuroscienze, pratiche di guarigione indigene) <sup>3</sup>. L'idea centrale è che il trauma derivi dal *blocco* delle risposte innate di sopravvivenza: quando un individuo affronta un evento minaccioso senza poter né combattere né fuggire, il suo organismo entra in **stato di congelamento (freeze)**, accumulando un'enorme energia di attivazione che rimane intrappolata nel sistema nervoso <sup>4</sup>. Tale energia bloccata è considerata la radice dei sintomi post-traumatici (iperarousal, flashback, dissociazione, ecc.). SE mira dunque ad aiutare la persona a *completare* queste risposte difensive interrotte, rilasciando gradualmente l'energia di sopravvivenza bloccata e ripristinando l'equilibrio interno <sup>2</sup> <sup>5</sup>.

Levine sviluppò SE ispirandosi in parte all'**etologia**: notò che gli animali selvatici, pur vivendo minacce mortali quotidiane, raramente sviluppano traumi cronici. Essi infatti, dopo un pericolo, scaricano lo **stress fisiologico** con tremori, scatti o altri comportamenti istintivi, tornando rapidamente a uno stato di omeostasi <sup>4</sup>. Levine ipotizzò che anche gli esseri umani abbiano questa capacità innata di "scaricare" la risposta di attivazione, ma che fattori cognitivi e sociali possano inibirla dopo un trauma. **SE offre quindi un framework per "riattivare" e completare questi processi naturali di guarigione** <sup>5</sup>. Un esempio spesso citato è la storia clinica da cui nasce la metafora della *tigre* (narrata nel libro fondamentale *Waking the Tiger*, 1997): durante una seduta, una paziente di Levine riviveva il terrore di un trauma infantile in uno stato di freezing; Levine la invitò allora ad immaginare di fuggire da una tigre, incoraggiandola a dare seguito fisico all'impulso istintivo di scappare. La paziente iniziò a scaldarsi e tremare, completando l'azione di difesa congelata anni prima, e in seguito riportò la risoluzione di sintomi cronici come agorafobia e emicranie <sup>6</sup> <sup>7</sup>. Questo aneddoto illustrò concretamente il principio cardine di SE: **"non rivivere il trauma, ma renegoziare la risposta istintiva"**, consentendo al sistema nervoso di portare a termine ciò che era rimasto incompiuto <sup>8</sup>. Il simbolo della tigre rappresenta proprio l'energia istintuale e la *capacità innata di guarigione* che SE cerca di risvegliare in ogni individuo <sup>9</sup>.

SE si distingue dalle terapie tradizionali "top-down" in quanto è una metodologia *bottom-up*: invece di partire dai pensieri o dal racconto degli eventi, lavora primariamente sulle **sensazioni corporee e sulle reazioni viscerali**, ritenendo che il trauma sia innanzitutto un'esperienza fisiologica che secondariamente influisce su emozioni e cognizioni <sup>10</sup>. In altre parole, SE considera il corpo e il sistema nervoso autonomo come il luogo privilegiato in cui il trauma "si imprime" e dove può essere

trasformato <sup>11</sup>. Questo approccio *somatopsicologico* riconosce il ruolo centrale delle **memorie implicite** (sensoriali e procedurali) nel mantenere i sintomi, e mira a rielaborarle senza necessariamente dover rievocare in dettaglio il ricordo traumatico narrativo <sup>8</sup>. Fin dalla sua introduzione, SE è stato applicato in ambito clinico da oltre quattro decenni ed è oggetto di crescente interesse sia da parte di professionisti (psicoterapeuti, medici, fisioterapisti, ecc.) che di ricercatori nel campo del trauma <sup>3</sup>. I testi fondamentali di Levine – oltre al citato *Waking the Tiger* – includono *Healing Trauma* (2005), *In an Unspoken Voice* (2010) e altri, dove vengono approfonditi teoria e metodi della SE <sup>12</sup>.

## Principi Neurofisiologici e “accordatura” del Sistema Nervoso

Dal punto di vista neurofisiologico, Somatic Experiencing si basa sul funzionamento del **sistema nervoso autonomo (SNA)** e dei suoi rami simpatico e parasimpatico, coinvolti nella risposta di attacco-fuga-freeze. In condizioni di minaccia, l'attivazione del sistema **simpatico** prepara all'azione difensiva (*fight or flight*), aumentando arousal, battito cardiaco e tensione muscolare; se la reazione viene bloccata o la minaccia è ineludibile, subentra la risposta di **immobilizzazione** mediata dal sistema parasimpatico (ramo vagale dorsale), che causa un collasso fisiologico (ipotonia, congelamento emotivo, dissociazione) <sup>4</sup>. Questo meccanismo di “*spegnimento*” istintivo è adattativo nel breve termine (ad es. simulare morte per non attirare un predatore), ma diventa patologico se l'organismo non riesce a uscirne una volta passato il pericolo. **SE concettualizza il trauma proprio come il persistere di uno stato neurofisiologico di allarme o collasso non risolto**, in cui il SNA resta bloccato in pattern disfunzionali di iperarousal (iperattivazione simpatica, es. ipervigilanza, ansia) o ipoarousal (iperattivazione vagale, es. torpore, depersonalizzazione) o fluttuante tra i due estremi.

Il trattamento mira a “*sintonizzare*” il sistema nervoso, ripristinandone la **capacità di oscillare in modo flessibile** tra attivazione e calma, senza rimanere intrappolato nelle risposte estreme. In termini pratici, SE aiuta il cliente a **bilanciare le risposte simpatiche e parasimpatiche** attraverso esercizi di consapevolezza corporea e modulazione graduale dell'arousal <sup>13</sup>. Levine descrive questo processo come un’**“accordatura” del sistema nervoso**: il terapeuta guida la persona ad *attivare* in misura controllata le sensazioni fisiche legate al trauma (leggero aumento dell'arousal), per poi favorire la *scarica* di quella stessa attivazione in eccesso e il ritorno a uno stato di quiete vigile (aumento del tono vagale “ventrale” associato a sicurezza) <sup>14</sup> <sup>11</sup>. Questo ciclo di attivazione e de-attivazione calibrata, ripetuto più volte, gradualmente “allena” il sistema nervoso a tollerare l'arousal senza mandarlo fuori controllo, rafforzando le capacità intrinseche di **autoregolazione** <sup>11</sup> <sup>15</sup>. In termini di teoria polivagale (di Stephen Porges, spesso richiamata in SE), ciò equivale a facilitare l'uscita dallo stato di minaccia (dominio del nervo vago dorsale o del simpatico iperattivo) per tornare allo stato *safe&social* mediato dal nervo vago ventrale, favorendo così il senso di sicurezza e la possibilità di connessione con gli altri <sup>16</sup>. (*Vale la pena notare che la teoria polivagale, pur influente, non gode ancora di pieno consenso scientifico e viene talvolta citata come concetto non del tutto convalidato empiricamente* <sup>17</sup>.)

Un altro principio cardine di SE è l'approccio **“bottom-up”** menzionato: invece di intervenire inizialmente sui pensieri o sui ricordi (come avviene nelle terapie cognitive), SE lavora dal basso verso l'alto, ossia dalle **sensazioni corporee** verso la mente. Si parte dall'osservazione dei segnali fisici (tensione, tremori, cambiamenti nel respiro, sensazioni viscerali) come manifestazione diretta del sistema nervoso, e si utilizza questa consapevolezza corporea per trasformare gradualmente la risposta emotiva e cognitiva associata <sup>10</sup>. In pratica, al cliente viene insegnato a **“sintonizzarsi” sul proprio corpo**, notando senza giudizio le sottili variazioni somatiche legate sia allo stato di stress sia alle sensazioni di calma <sup>5</sup> <sup>13</sup>. Questa attenzione interocettiva e propriocettiva promuove l'integrazione mente-corpo e consente di *riprogrammare* le reazioni automatiche di difesa: ad esempio, imparando a riconoscere il progressivo attivarsi della risposta di allarme nel corpo, il soggetto può intervenire precocemente (attraverso esercizi appresi in terapia) per impedirne l'escalation, oppure dare spazio a

un tremito riflesso che dissipi l'energia accumulata, anziché sopprimerlo <sup>4</sup> <sup>11</sup>. Questo processo costruisce **resilienza neurofisiologica**, cioè una maggiore capacità intrinseca di tornare all'omeostasi dopo l'innescò di una reazione di stress <sup>15</sup>. In SE si parla in effetti di sviluppare *capacità autoregolarie intrinseche*: l'organismo impara gradualmente a "stare" con le proprie sensazioni disturbanti senza esserne sopraffatto, finché queste perdono la loro carica minacciosa e possono risolversi spontaneamente <sup>15</sup>.

Infine, SE sottolinea l'importanza della **co-regolazione**: la presenza del terapeuta, con il suo tono di voce calmante, il linguaggio corporeo accogliente e l'eventuale uso del *tocco terapeutico*, funge da "ancora" di sicurezza per il sistema nervoso del cliente. Il terapeuta rimane sintonizzato (attunement) con l'esperienza somatica del paziente e regola il proprio stato interno per offrire un modello di autoregolazione, favorendo nel cliente un sentimento di sicurezza che facilita il processo (simile al rispecchiamento e alla regolazione diadica madre-bambino nello sviluppo) <sup>18</sup> <sup>19</sup>. In sintesi, SE opera direttamente sul livello neurofisiologico: aiuta a **completare le risposte di difesa interrotte**, a **scaricare l'energia** neurovegetativa bloccata e a "**riaccordare**" il **sistema nervoso autonomo** verso uno stato di maggiore equilibrio e resilienza.

*Gli animali in natura raramente sviluppano traumi cronici: ad esempio, un cervo dopo lo scampato pericolo può tremare vigorosamente e poi tornare a pascolare tranquillo. Peter Levine ha osservato che questo meccanismo di scarica (shake & tremble) è cruciale per ristabilire l'omeostasi nel sistema nervoso, e la sua assenza negli esseri umani traumatizzati contribuisce ai sintomi persistenti* <sup>4</sup> <sup>5</sup>.

## Applicazioni Cliniche: Disturbi Trattati, Contesti e Struttura delle Sedute

**Somatic Experiencing** è applicato in ambito clinico per una vasta gamma di condizioni legate allo stress traumatico. In primis, viene utilizzato per il **Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD)** sia derivante da traumi singoli (es. incidenti, calamità, aggressioni) sia da traumi cumulativi o relazionali (**trauma complesso** dovuto ad abusi ripetuti, violenza domestica, traumi dello sviluppo, attaccamento disfunzionale). SE è impiegato anche nel trattamento di **ansia** (in particolare forme legate a disregolazione autonoma, come attacchi di panico), **depressione** associata a esperienze traumatiche, **dissociazione**, disturbi psicosomatici e **dolore cronico** di origine funzionale <sup>20</sup>. Può inoltre aiutare in condizioni di **lutto complicato**, gestione della **rabbia** e dell'iperattivazione emotiva, e in generale in qualsiasi quadro in cui compaiano sintomi da disregolazione del sistema nervoso (iperarousal, ipoarousal, flashback somatici, ecc.) come conseguenza di stress traumatici <sup>20</sup>. Studi clinici e report aneddotici indicano efficacia sia con **adulti** che con **bambini**, adattando gli interventi all'età (ad esempio, tramite il gioco e il movimento per i più piccoli) <sup>20</sup>. SE non è limitato al trattamento del PTSD conclamato ma viene utilizzato anche per prevenzione e intervento precoce dopo eventi critici (ad es. operando su personale di emergenza o popolazioni colpite da disastri, per mitigare lo sviluppo di trauma cronico) <sup>21</sup> <sup>22</sup>.

**Contesti clinici:** In genere Somatic Experiencing viene erogato in setting individuale, all'interno di percorsi di psicoterapia o counseling. Molti **psicoterapeuti** integrano SE nella loro pratica dopo aver conseguito la certificazione di Somatic Experiencing Practitioner (SEP), affiancando le tecniche somatiche agli approcci verbali già utilizzati (ad es. terapia focalizzata sul trauma, EMDR, ecc.). Oltre che da psicologi e psicoterapeuti, SE viene applicato (sempre entro il proprio campo di competenza) anche da figure come medici, fisioterapisti, osteopati, infermieri, ostetriche, bodyworker, coach, educatori e operatori nel settore delle dipendenze, previa formazione specifica <sup>23</sup> <sup>24</sup>. Ciò riflette la natura interdisciplinare e flessibile del modello SE, che può essere adattato a diversi contesti di aiuto: dallo **studio privato** di psicoterapia, a programmi di **riabilitazione medica** (es. per pazienti oncologici, vedi

oltre), a interventi di **primo soccorso psicologico** post-trauma in scenari di emergenza. Ad esempio, esiste un protocollo di SE abbreviato per interventi a breve termine chiamato **Trauma First Aid** (SCOPE nelle versioni recenti), impiegato con successo in contesti di disastro naturale: uno studio su 53 sopravvissuti allo tsunami del 2004 in Thailandia mostrò che anche solo *1-2 sessioni brevi* di SE riducevano significativamente i sintomi acuti, con miglioramenti parziali o completi riportati dal 90% dei partecipanti a un follow-up a 1 anno <sup>21</sup> <sup>22</sup> (pur con i limiti di uno studio senza gruppo di controllo). In ambito clinico standard, un percorso di SE per traumi psicologici può variare da breve a medio termine: in uno **studio controllato randomizzato** su pazienti con PTSD cronico, ad esempio, è stato utilizzato un ciclo di **15 sedute settimanali** di SE <sup>25</sup>, dopo le quali si sono osservati miglioramenti significativi (vs. lista d'attesa) nei sintomi post-traumatici e depressivi <sup>26</sup>. Nella pratica, la **durata del trattamento** dipende dalla complessità del caso: traumi singoli possono risolversi in poche decine di sedute, mentre traumi complessi o sviluppo infantile traumatico potrebbero richiedere un lavoro più prolungato e integrato con altre terapie.

**Struttura tipica delle sedute:** Una seduta di Somatic Experiencing (di solito 50-60 minuti) si svolge in maniera diversa da una psicoterapia tradizionale focalizzata sul racconto degli eventi. In fase **iniziale**, il terapeuta dedica tempo a instaurare un clima di **sicurezza e fiducia** (fondamentali data la natura delicata del lavoro sul trauma). Si procede poi con esercizi di *“resourcing”*, ovvero si aiutano i clienti a identificare e sperimentare **risorse interne o esterne** che danno un senso di stabilità: possono essere sensazioni corporee piacevoli o neutre (ad es. sentire il sostegno della sedia, il calore delle mani), immagini o ricordi positivi, persone o luoghi rassicuranti, oppure risorse intrapsichiche (umorismo, spiritualità, parti sane di sé) <sup>27</sup> <sup>28</sup>. Il terapeuta guida il paziente a portare l'attenzione su queste ancore di benessere o neutralità, amplificando la percezione di comfort nel corpo. Ciò serve a **rafforzare la stabilità** del sistema prima di affrontare il materiale traumatico, e insegna al cliente che accanto alle sensazioni spiacevoli esistono sempre anche elementi di sicurezza a cui potersi agganciare <sup>27</sup> <sup>29</sup>.

Successivamente, nella fase **centrale** del lavoro, si procede gradualmente ad esplorare il **contenuto traumatico** attraverso le sensazioni corporee, applicando i principi di *titolazione* e *pendolamento*. In pratica, il terapeuta invita il cliente a notare le sensazioni fisiche associate a ricordi o trigger traumatici *a piccole dosi*: si lavora su **piccoli frammenti dell'esperienza traumatica** per volta (*titolazione*), ad esempio chiedendo “Che cosa noti nel corpo quando pensi a quell'evento?” e se emerge una tensione o un'accelerazione cardiaca, si aiuta il cliente a restare con quella sensazione solo per alcuni istanti o finché è tollerabile <sup>30</sup>. Appena l'arousal inizia a crescere troppo, si interrompe l'esposizione e si guida il cliente a spostare l'attenzione verso una sensazione di sicurezza o neutralità – ad esempio tornando a una risorsa, o semplicemente notando il contatto dei piedi a terra (tecnica di *grounding*) – finché il sistema si calma di nuovo. Questo movimento ritmico di *andata e ritorno* tra attivazione e sicurezza è chiamato **pendolamento**: il cliente *oscilla* tra il rivivere a livello sensoriale una **piccola porzione** di sensazione traumatica e il ritornare a una condizione di stabilità, il tutto sotto la soglia di tolleranza per evitare il sovraccarico <sup>31</sup> <sup>28</sup>. Ogni micro-esposizione consente un piccolo rilascio di energia e un aumento della *finestra di tolleranza* del sistema nervoso. Col tempo, attraverso numerosi cicli di titolazione e pendolamento, le reazioni somatiche al ricordo traumatico perdono intensità e i sintomi si attenuano. Durante queste esplorazioni, il terapeuta **osserva da vicino le risposte somatiche** (respiro, tremori, cambiamenti di colore della pelle, espressioni facciali, impulsi di movimento) e le utilizza come guida: ad esempio, un *tremore* spontaneo o un *sospiro profondo* del cliente sono segnali che il sistema sta rilasciando carica (fase di **scarica**), e vengono incoraggiati come parte del processo di guarigione, magari dicendo “va bene, lascia che il tuo corpo tremi, sta scaricando”. Allo stesso modo, impulsi di movimento protettivo (es. alzare le braccia in posizione difensiva) vengono supportati affinché possano completarsi, simbolizzando l'atto di difesa congelato durante il trauma <sup>4</sup> <sup>5</sup>.

Nella fase **finale** del lavoro, una volta che l'attivazione connessa ai ricordi traumatici è stata in gran parte integrata senza eccessiva ansia, si procede alla **"chiusura" o completamento**. Terapeuta e cliente elaborano insieme il significato del processo: il cliente riconosce la propria ritrovata **capacità di autoregolazione** e di padroneggiamento delle reazioni fisiche ed emotive. Si consolidano i cambiamenti positivi, spesso attraverso *esperienze correttive* a livello corporeo: ad esempio, il cliente può "provare nel corpo" sensazioni di forza, protezione o sollievo legate all'aver superato il trauma, e il terapeuta può usare domande per rinforzare la consapevolezza di questi nuovi stati ("Come senti nel corpo il fatto di essere al sicuro adesso?"). Possono essere utilizzate tecniche come **tocchi di sostegno** (se appropriato e con consenso, il terapeuta appoggia una mano leggera su schiena o braccia per aiutare il cliente a percepire sostegno fisico), esercizi di **movimento lento** o posture di potere per imprimere nel corpo un senso di efficacia, oppure **pratiche di mindfulness** e visualizzazioni per favorire rilassamento e integrazione <sup>32</sup>. L'obiettivo è che l'esperienza traumatica venga *ricontestualizzata* nella memoria come un evento del passato che non minaccia più il presente, e che il cliente si senta **empowered** – padrone del proprio corpo e della propria reattività – anziché vittima inerme delle sensazioni traumatiche <sup>33</sup>. A questo punto, i sintomi fisici (ipersensibilità, somatizzazioni, ipervigilanza) e psicologici (incubi, flashback, ansia) tipicamente risultano fortemente ridotti o risolti, e il percorso può considerarsi concluso, salvo eventuali follow-up di consolidamento.

In sintesi, durante una seduta di SE **il terapeuta guida il paziente ad esplorare gradualmente sensazioni ed emozioni legate ai traumi, mantenendo sempre un piede nella sicurezza**. Si parla poco del trauma in termini narrativi; invece, si **"ascolta" il linguaggio del corpo**: il paziente viene incoraggiato a descrivere cosa sente (es. "un nodo allo stomaco", "pressione sul petto", "gambe agitate"), a notare come queste sensazioni evolvono momento per momento, e ad usare il respiro e altri esercizi somatici per modulare l'intensità. Un osservatore esterno potrebbe vedere fasi di quiete, poi improvvisi piccoli movimenti o cambiamenti nel respiro del paziente, guidati dal terapeuta. **La seduta si conclude sempre riportando il cliente a uno stato di stabilizzazione**: negli ultimi minuti si utilizzano nuovamente le risorse positive o il grounding affinché la persona esca dallo studio in equilibrio, non attivata. Come afferma una descrizione divulgativa, *"in una sessione di SE il terapeuta ti aiuta a sintonizzarti con le sensazioni del tuo corpo e ti guida attraverso esercizi per liberare eventuali tensioni fisiche o distress emotivo immagazzinati nel corpo"* <sup>34</sup>. Questo lavoro esperienziale permette di ridurre significativamente, e in alcuni casi eliminare, i sintomi da stress traumatico, migliorando la qualità di vita della persona <sup>35</sup>.

## Tecniche Specifiche di Somatic Experiencing

Somatic Experiencing utilizza un insieme di **tecniche somatiche specifiche** volte a guidare gradualmente il sistema nervoso dalla disregolazione alla regolazione. Di seguito si presentano le principali tecniche impiegate nella pratica clinica di SE, con una breve descrizione di ciascuna:

| Tecnica SE                  | Descrizione e Funzione   |
|-----------------------------|--|
| <b>Resourcing (Risorse)</b> | Identificazione e utilizzo di <b>risorse interne ed esterne</b> che evocano sensazioni di sicurezza o positività nel cliente <sup>27</sup> <sup>28</sup> . Esempi: ricordare una persona cara, sentire la solidità della terra sotto i piedi, evocare un'immagine calmante. Le risorse fungono da "ancore" che aiutano a regolare l'arousal: concentrandosi su di esse, il cliente può <b>radicarsi nel presente</b> (grounding) e attingere a uno stato di maggior calma o resilienza anche mentre lavora su contenuti difficili. |

| Tecnica SE                         | Descrizione e Funzione  |
|------------------------------------|---|
| <b>Grounding<br/>(Radicamento)</b> | Tecniche per aiutare la persona a <b>riconnettersi al “qui e ora” attraverso i sensi e il contatto con l'ambiente</b> <sup>28</sup> . Ad esempio, notare i punti di appoggio del corpo (schiena contro la sedia, piedi a terra), descrivere ad alta voce dettagli della stanza, fare respiri lenti sentendo l'aria entrare e uscire. Il grounding contrasta la dissociazione e mantiene il cliente presente, fornendo stabilità quando emergono attivazioni intense. Spesso il grounding è usato in combinazione con le risorse durante il pendolamento.  |
| <b>Pendolamento</b>                | Processo di <b>oscillazione controllata</b> tra uno stato di attivazione e uno di sicurezza <sup>31</sup> . In pratica, il terapeuta guida il cliente a portare l'attenzione su una sensazione corporea legata al trauma ( <i>polo attivante</i> ), per un tempo breve e fin dove è tollerabile, quindi lo fa spostare su una sensazione di calma o neutralità ( <i>polo calmante</i> ). Questo avanti-indietro continua a ritmo lento. Il pendolamento sfrutta la <b>naturale oscillazione del sistema nervoso</b> tra contrazione ed espansione <sup>36</sup> , permettendo di <b>processare il trauma a piccole dosi</b> senza sovraccarico. Ad ogni oscillazione, un po' dell'energia congelata viene rilasciata, mentre il cliente sperimenta che dopo l'attivazione può tornare alla calma in sicurezza.  |
| <b>Titolazione</b>                 | Deriva dall'analogia chimica del <i>titration</i> : consiste nel <b>suddividere l'elaborazione del trauma in quantità minime e gestibili</b> <sup>31</sup> . In SE nulla viene affrontato in modo massiccio o prolungato: l'esperienza traumatica viene “gocciolata” poco a poco nella coscienza somatica. Ad esempio, invece di evocare l'intero ricordo traumatico, il terapeuta può far concentrare il cliente solo su un elemento (es. un suono, un'immagine fugace, una sensazione) e lavorare solo su quello. <b>Evitando l'esposizione travolgente</b> , la titolazione previene retraumatizzazione e consente un'integrazione graduale. Levine riassume la filosofia con la frase: <i>“Prendere il tempo necessario è fondamentale – il tempo del corpo è molto più lento di quello della mente”</i> <sup>37</sup> .  |
| <b>Scarica<br/>(Discharge)</b>     | Indica il <b>rilascio fisico dell'energia di attivazione accumulata</b> , attraverso manifestazioni neurovegetative spontanee. In SE il terapeuta presta attenzione a segnali come tremori fini, brividi, sospiri profondi, cambiamenti nel ritmo respiratorio, sensazioni di calore che si diffondono, pianto o riso liberatori – tutti possibili segni che il sistema sta scaricando lo stress intrappolato <sup>4 5</sup> . Si incoraggiano queste risposte, ad es. dicendo “lascia che il tuo corpo tremi, va benissimo così”, perché la scarica completata equivale a <b>completare la reazione di difesa</b> . Talvolta possono essere facilitate micro-mobilizzazioni: il terapeuta può invitare il cliente a spingere con i piedi come per scappare, o a premere con le mani contro le sue (resistenza controllata), se percepisce un impulso di movimento non espresso. Quando avviene una scarica efficace, il cliente spesso riferisce di sentire un senso di sollievo, rilassamento o calore diffuso nel corpo. |

| Tecnica SE                  | Descrizione e Funzione  |
|-----------------------------|---|
| <b>Regolazione Autonoma</b> | <p>SE insegna al cliente strategie di <b>autoregolazione</b> da utilizzare dentro e fuori dalla seduta. Ciò include notare precocemente i segnali di attivazione (es. cuore che accelera) e applicare strumenti appresi: può trattarsi di <i>grounding</i> (come descritto), <i>orientamento</i> (guardarsi attorno lentamente per segnalare al cervello che l'ambiente è sicuro), <i>tecniche respiratorie lente</i>, esercizi di movimento dolce o stretching consapevole, oppure l'uso intenzionale delle risorse. Lo scopo è sviluppare una competenza autonoma nel <b>gestire le risposte di stress</b>, così che il cliente non dipenda unicamente dal terapeuta ma diventi in grado di modulare le proprie reazioni nel quotidiano. Con la pratica, molti pazienti riferiscono di riuscire a "stare" con sensazioni prima intollerabili e di recuperare più in fretta l'equilibrio dopo un trigger stressante.</p>   |
| <b>Tocco Terapeutico</b>    | <p>Alcuni Somatic Experiencing Practitioners, con formazione specifica in tecniche di lavoro col corpo, integrano il <b>contatto tattile</b> come ulteriore strumento. Il tocco in SE non è casuale, ma "<i>educativo</i>" e di supporto: ad esempio, il terapeuta può chiedere permesso di posare una mano leggera su una zona dove il cliente avverte una tensione, per fornire un feedback di sicurezza a quel distretto corporeo, o per aiutare il cliente a <i>localizzare</i> meglio le proprie sensazioni. Oppure può guidare il cliente in <b>auto-tocco</b> (mettere le proprie mani su cuore o pancia per dare conforto). Il contatto, usato con etica e consenso informato, può favorire la consapevolezza somatica e l'integrazione di sensazioni dissociate <sup>38</sup>. Tuttavia, data la sua delicatezza, il tocco viene utilizzato solo da terapeuti esperti e mai imposto: in SE si chiarisce che è <i>facoltativo</i> e che il cliente può rifiutarlo in qualsiasi momento.</p> |

Come si evince, molte di queste tecniche condividono principi comuni: la **gradualità**, la **dual awareness** (consapevolezza contemporanea di sensazioni interne ed ambiente esterno sicuro), la valorizzazione delle risorse positive e l'ascolto del ritmo naturale del corpo. L'obiettivo non è "*far rivivere*" il trauma intensamente (come avviene in alcune esposizioni classiche), bensì "*renegoziare*" l'esperienza corpo-mente legata al trauma, portando a termine ciò che era rimasto bloccato. Peter Levine sottolinea: "*Non è necessario conoscere tutti i dettagli della tua storia per riprogrammare gli effetti: il corpo sa come guarire se lo ascoltiamo*" <sup>39</sup> <sup>40</sup>. Somatic Experiencing fornisce dunque un *set di strumenti pratici* per realizzare questa filosofia terapeutica: i professionisti SE imparano ad applicare pendolamento, titolazione, etc., in modo creativo e adattato al singolo cliente, *\*"sintonizzandosi"* costantemente con il feedback non verbale del corpo del paziente.

## Evidenze Scientifiche sull'Efficacia di Somatic Experiencing

La pratica del Somatic Experiencing, nata in ambito clinico negli anni '70, è stata inizialmente sostenuta da evidenze empiriche aneddotiche e case report. Negli ultimi due decenni, tuttavia, sono stati condotti diversi studi per verificarne sistematicamente l'efficacia, sebbene la letteratura non sia ancora ampia quanto quella di terapie più consolidate. Nel complesso, **le evidenze disponibili sono preliminari ma promettenti**, soprattutto per il trattamento del PTSD. Una **raccolta della letteratura** (scoping review, Kuhfuß et al. 2021) ha identificato 16 studi su SE e ha concluso che i risultati forniscono *evidenze preliminari di effetti positivi di SE sui sintomi correlati al PTSD* <sup>41</sup>. In particolare, i dati iniziali suggeriscono che SE abbia un impatto benefico anche su sintomi affettivi (es. depressione) e somatici (es. dolore, disturbi fisici funzionali), migliorando il benessere sia in campioni traumatizzati sia in popolazioni non traumatizzate (ad es. riduzione dello stress in soggetti sani) <sup>41</sup>. La stessa review rileva che, secondo interviste, **pazienti e terapeuti identificano l'orientamento alle risorse e l'uso del tocco** come fattori

chiave del metodo <sup>38</sup>. Tuttavia, la qualità metodologica degli studi finora condotti è mista: molti lavori hanno limitazioni nel disegno (campioni piccoli, assenza di controlli, bias), tanto che *sono necessari ulteriori RCT rigorosi per confermare questi risultati iniziali* <sup>42</sup>.

Il primo **studio controllato randomizzato (RCT)** su Somatic Experiencing è relativamente recente (Brom et al., *J. Trauma Stress* 2017) e ha rappresentato una pietra miliare nella ricerca sulla SE <sup>43</sup>. In questo trial, 63 soggetti con diagnosi di PTSD sono stati assegnati a 15 sessioni di SE (gruppo sperimentale) oppure a lista d'attesa (gruppo controllo); al termine, il gruppo SE ha mostrato una significativa riduzione della gravità dei sintomi post-traumatici rispetto ai controlli, con **effetti di ampiezza elevata** (Cohen's d ~1.0) sia nel confronto pre-post trattamento sia a distanza di 3 mesi <sup>26</sup>. In parallelo, sono migliorati anche i sintomi depressivi (effetti di entità moderata-alta) <sup>26</sup>. Gli autori concludono che *“questo primo RCT su SE mostra risultati positivi che indicano come SE possa essere un metodo terapeutico efficace per il PTSD”*, pur raccomandando ulteriori ricerche per capire per quali pazienti sia più indicato <sup>26</sup>. Tali risultati RCT hanno dato credibilità scientifica a SE, che fino ad allora era considerato un intervento “alternativo” con evidenze limitate.

Oltre al trial di Brom et al., esistono altri studi quantitativi degni di nota: ad esempio, un **piccolo RCT italiano del 2023** ha valutato SE in gruppo su **donne sopravvissute a tumore al seno** con vissuti traumatici legati alla malattia. Dopo 8 settimane di sessioni di SE online, il gruppo di intervento ha riportato **riduzioni significative di ansia, depressione e distress** rispetto al gruppo di controllo, oltre a miglioramenti nell'immagine corporea e nelle strategie di coping (con il gruppo di controllo che al contrario peggiorava su alcuni indicatori) <sup>44</sup> <sup>45</sup>. Questi risultati preliminari suggeriscono che SE può essere efficace nel promuovere la resilienza anche in contesti di *trauma medico*, aiutando pazienti oncologiche ad elaborare lo stress traumatico della diagnosi e dei trattamenti <sup>44</sup>. Un altro ambito in cui SE è stato applicato con successo è la **traumatologia di guerra** e dei rifugiati: studi pilota su veterani e sopravvissuti a conflitti hanno indicato riduzioni nei punteggi di PTSD e miglioramenti nella regolazione emotiva dopo cicli di terapia SE (spesso in combinazione con altri interventi psicosociali) <sup>46</sup>. Inoltre, alcune ricerche non controllate suggeriscono benefici di SE nel trattamento di **traumi dell'attaccamento** e abusi infantili complessi, con miglioramenti nella dissociazione e nella capacità di autoregolazione, sebbene questi risultati richiedano conferme più solide.

Una meta-analisi più generale sulle **psicoterapie corporee** (Rosendahl et al., 2021) – pur non focalizzata unicamente su SE – fornisce contesto aggiuntivo: le **terapie somatiche** nel loro insieme mostrano effetti medi nel ridurre la psicopatologia e la sofferenza psicologica, supportando l'idea che intervenire sul corpo abbia benefici tangibili in una varietà di disturbi <sup>47</sup> <sup>48</sup>. Tuttavia, anche tale lavoro sottolinea la necessità di studi più robusti e campioni più ampi per confermare l'efficacia e identificare i moderatori (ovvero quali pazienti rispondono meglio a questo approccio) <sup>47</sup> <sup>48</sup>.

Riassumendo le evidenze disponibili: **Somatic Experiencing ha dimostrato in studi preliminari di poter alleviare i sintomi del PTSD e di altri disturbi da trauma**, con miglioramenti documentati sia da misure cliniche sia da report soggettivi. I risultati più solidi riguardano la riduzione dell'iperarousal, dei flashback e dell'evitamento post-traumatico, insieme a una diminuzione di ansia e depressione comorbide <sup>26</sup> <sup>44</sup>. Anche il funzionamento generale e il senso di benessere sembrano trarne beneficio in diversi casi <sup>41</sup>. **Tuttavia, la base di evidenze è ancora esigua e non definitiva**: mancano studi di larga scala e replicazioni indipendenti. Gli studi esistenti, per quanto incoraggianti, presentano spesso limitazioni metodologiche (campioni piccoli, assenza di doppio cieco, uso di misure soggettive) e possibilità di bias. Pertanto, attualmente SE **non è ancora inserito nelle linee guida ufficiali come trattamento di prima linea per il PTSD**, a differenza di terapie più studiate come la terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sul trauma o l'EMDR <sup>49</sup> <sup>50</sup>. Ciò nonostante, l'interesse scientifico è in aumento e diversi nuovi studi (inclusi RCT in corso) potrebbero nei prossimi anni fornire dati più conclusivi sulla validità di SE come trattamento evidence-based.

## Critiche e Limiti nella Letteratura Accademica

Come ogni approccio terapeutico emergente, Somatic Experiencing ha ricevuto anche **critiche e riserve** da parte della comunità scientifica, in gran parte collegate alla scarsità di dati solidi e ad alcuni aspetti teorico-metodologici. La *principale critica* riguarda la **base di evidenze ancora insufficiente** a supporto di SE: i detrattori sottolineano che, a fronte di risultati positivi preliminari, mancano studi ampi e indipendenti che ne confermino l'efficacia in modo inequivocabile <sup>51</sup>. Pertanto, molti esperti ritengono che SE non possa al momento sostituire i trattamenti del trauma **più consolidati e raccomandati dalle linee guida internazionali**, come la terapia cognitivo-comportamentale trauma-focused o l'EMDR <sup>52</sup> <sup>50</sup>. In altre parole, SE viene visto come un intervento promettente ma ancora "complementare", da impiegare con cautela finché ulteriori ricerche non ne avranno chiarito il ruolo.

Un secondo ordine di critiche tocca alcuni **fondamenti teorici** di Somatic Experiencing. Viene osservato che SE incorpora concetti neurofisiologici innovativi ma non universalmente accettati, in primis la già citata **Teoria Polivagale di Porges**. Sebbene questa teoria offra un modello esplicativo affascinante delle reazioni di attacco/fuga/freezing e della co-regolazione sociale, alcuni scienziati contestano che le evidenze sperimentali a suo sostegno siano ancora preliminari o che alcune sue parti siano difficili da verificare <sup>17</sup>. L'uso entusiastico della teoria polivagale in ambito clinico (ad esempio nei corsi SE si parla spesso di "aumentare il tono vagale ventrale" come obiettivo) viene quindi visto da alcuni critici come un *affidarsi a un paradigma non completamente validato*, che rischia di sconfinare nel concettuale più che nel comprovato. Analogamente, concetti come "memorie traumatiche immagazzinate nel corpo" o "energia di sopravvivenza congelata" – per quanto metaforicamente utili – non sono facilmente misurabili nei termini delle neuroscienze classiche, e ciò attira scetticismo da parte di chi chiede un maggior ancoraggio ai marker biologici oggettivi.

Ulteriori riserve riguardano alcune **pratiche specifiche** di SE, in particolare l'uso del  **tocco terapeutico** e la variabilità nella formazione dei praticanti. **L'utilizzo del contatto fisico in psicoterapia** è notoriamente un tema delicato: se da un lato può favorire la regolazione e il senso di supporto corporeo, dall'altro solleva questioni etiche e cliniche. Alcuni esperti segnalano che *un uso inappropriato del tocco potrebbe risultare traumatico* per pazienti con storia di abusi fisici o sessuali, riattivando ricordi corporei disturbanti <sup>17</sup>. Vi è anche il rischio che, in mani poco esperte, il tocco possa oltrepassare i confini appropriati della relazione terapeutica, causando confusione o dipendenza nel cliente. I sostenitori di SE ribattono che il tocco è impiegato con estrema cautela, solo con consenso informato e da professionisti formati, ma la letteratura accademica invita comunque alla prudenza e sottolinea la necessità di linee guida chiare su *quando e come* utilizzare il tatto in terapia del trauma <sup>17</sup>. Un altro limite evidenziato è che **la certificazione in Somatic Experiencing può essere ottenuta anche da non-psicoterapeuti** (ad esempio bodyworker, coach, ecc.), i quali poi possono praticare SE nei limiti della loro professione. Ciò significa che, a differenza di EMDR o altre terapie del trauma che sono riservate a professionisti sanitari regolamentati, **esistono operatori SE privi di formazione psicoterapeutica completa** <sup>53</sup> <sup>54</sup>. Questo stato di cose desta preoccupazione: un praticante non psicologo potrebbe non avere le competenze per gestire reazioni emotive intense o crisi durante il trattamento, oppure per diagnosticare adeguatamente le condizioni del cliente. Inoltre, la mancanza di un albo professionale unificato per i praticanti SE rende più difficile controllare la qualità degli interventi erogati. Alcuni autori suggeriscono che SE dovrebbe essere eseguito preferibilmente da clinici con solida base in psicopatologia, o quantomeno che i praticanti SE non psicoterapeuti lavorino in coordinamento con professionisti della salute mentale.

In letteratura sono stati sollevati anche dubbi metodologici: ad esempio, il protocollo di SE **non è manualizzato in modo stringente** come altre terapie (ogni terapeuta SE adatta principi generali alla situazione), il che se da un lato è un punto di forza in termini di individualizzazione, dall'altro complica la standardizzazione necessaria per la ricerca scientifica e rende arduo determinare *quali elementi specifici*

di SE producano i cambiamenti osservati <sup>55</sup>. Infine, alcuni critici notano che SE, concentrandosi sulle sensazioni corporee, *potrebbe non affrontare esplicitamente distorsioni cognitive o problemi interpersonali* che giocano un ruolo nei disturbi post-traumatici, e che per una guarigione completa spesso sia utile combinare l'approccio somatico con interventi su pensieri, credenze e relazioni (un tema che anticipa il paragrafo successivo sulle integrazioni).

In sintesi, dalla letteratura emergono questi **limiti di SE**: evidenze cliniche ancora limitate per trarre conclusioni definitive, teorie di base parzialmente da confermare (come la polivagale), potenziali rischi nell'uso del tocco e nella variabilità della formazione dei terapeuti, e una necessità di maggiore standardizzazione e ricerca. Anche recenti articoli divulgativi in ambito medico sottolineano che *“il Somatic Experiencing può avere potenziale come terapia per il PTSD secondo prime evidenze, ma attualmente non c'è abbastanza supporto per raccomandarlo fermamente, e alcuni esperti esprimono preoccupazione per l'uso del tatto, l'incorporazione di teorie non provate e il fatto che non serva essere psicoterapeuti per praticarlo”* <sup>51</sup>. Tali critiche invitano a vedere SE **non come panacea** ma come uno strumento in più, da utilizzare con consapevolezza dei suoi confini. I fautori di SE replicano che la pratica clinica ha da tempo mostrato risultati positivi, e che la ricerca è solo in ritardo nel misurare ciò che i terapeuti osservano quotidianamente; auspicano però anch'essi studi più rigorosi per integrare SE nelle terapie validate. Nel frattempo, si raccomanda che SE venga *affiancato, non sostituito* alle terapie standard, e che i pazienti valutino attentamente, insieme a professionisti qualificati, il percorso migliore per il loro caso specifico

<sup>54</sup> <sup>56</sup>

## **Integrazioni con Altre Modalità Terapeutiche (EMDR, CBT, Mindfulness, ecc.)**

Somatic Experiencing è spesso utilizzato **in sinergia con altre forme di terapia**, piuttosto che in isolamento. La sua natura lo rende adatto ad essere **integrato in approcci olistici**, dove mente e corpo vengono trattati in parallelo. Di seguito alcune delle principali integrazioni e combinazioni praticate in ambito clinico:

- **SE + Terapie Cognitivo-Comportamentali (CBT)**: L'integrazione con la CBT arricchisce quest'ultima sul versante somatico. La CBT tradizionale è un approccio “top-down” focalizzato su pensieri ed emozioni, ma può tralasciare i correlati corporei del trauma <sup>57</sup>. Incorporare SE in un trattamento cognitivo-comportamentale significa **affrontare anche i sintomi fisici** (iperattivazione, tensioni, reazioni somatiche automatiche) collegati al trauma, enfatizzando l'interconnessione mente-corpo e potenziando l'efficacia dell'intervento psicologico <sup>58</sup>. Ad esempio, un terapeuta CBT che tratta un paziente con PTSD da aggressione potrebbe aggiungere al protocollo tecniche di SE: insegnare esercizi di grounding per gestire il panico, utilizzare il pendolamento quando l'esposizione immaginativa diventa troppo intensa, aiutare il paziente a notare e regolare i segnali fisici di innesco emotivo. In questo modo la CBT viene *“arricchita”* e adattata alla tolleranza fisiologica del paziente, evitando ritriggering e favorendo un'elaborazione più completa del trauma. Come sintetizzato in un articolo: *“Somatic Experiencing completa la CBT occupandosi dei sintomi fisici del trauma e sottolineando l'unità mente-corpo, portando a una guarigione più rapida e profonda”* <sup>58</sup>. Ovviamente, l'integrazione richiede che il terapeuta sia formato in entrambi gli approcci e sappia dosare tecniche cognitive (ristrutturazione di pensieri disfunzionali, esposizione graduale) e somatiche (titolazione, risorse) in base alle necessità. Molti clinici riferiscono che una tale combinazione aumenta l'adesione dei pazienti (che apprezzano gli strumenti corporei per gestire l'ansia) e migliora i risultati, soprattutto in traumi complessi dove intervenire solo a livello cognitivo può non essere sufficiente.

- **SE + EMDR: L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)** è un'altra terapia del trauma ampiamente validata, che condivide alcune somiglianze con SE ma anche importanti differenze. EMDR utilizza la stimolazione bilaterale (tipicamente movimenti oculari) durante la focalizzazione su ricordi traumatici, facilitando una *rielaborazione adattiva* delle memorie disturbanti <sup>59</sup>. Anch'essa, come SE, non richiede una narrazione dettagliata dell'evento in ogni seduta e attiva meccanismi neurofisiologici (si ipotizza coinvolga processi simili al sonno REM). Tuttavia, EMDR rimane un intervento in parte *top-down*: sebbene incoraggi il paziente a notare le sensazioni corporee durante la rievocazione, lavora comunque sul ricordo mentale e sulle cognizioni negative ad esso associate, con l'obiettivo di riformularle in credenze più adattive. **SE e EMDR possono essere complementari in vari modi.** Alcuni terapeuti integrano tecniche SE **all'interno di sedute EMDR**: ad esempio, possono iniziare con esercizi somatici di grounding e resourcing per preparare il cliente, oppure durante le fasi di desensibilizzazione EMDR fare pause per pendolare sull'esperienza corporea ("Che cosa noti ora nel corpo? Lascia che passi"). SE può aiutare a **monitorare la finestra di tolleranza** durante EMDR: se il paziente entra in uno stato di iperarousal o congelamento, il terapeuta può utilizzare interventi somatici (regolare il respiro, orientarsi visivamente nella stanza) per riportarlo nel "*range ottimale*" prima di proseguire la stimolazione bilaterale. Al contrario, l'EMDR può essere inserito **dopo un percorso di SE** come step per elaborare eventuali residui cognitivi del trauma: una volta che il corpo non reagisce più con intensa attivazione, l'EMDR può aiutare a consolidare a livello narrativo e mnestico la risoluzione del trauma. In sostanza, **EMDR apporta una struttura e un'evidenza consolidata che SE ancora non ha, mentre SE apporta una lente corporea utile a modulare EMDR.** Entrambe mirano all'integrazione completa del ricordo traumatico, e alcuni clinici riferiscono che utilizzate in tandem portano risultati migliori che ciascuna da sola. Dal punto di vista del paziente, chi non è inizialmente pronto a rivisitare attivamente memorie dolorose (richiesto da EMDR) potrebbe beneficiare di alcune sedute di SE per stabilizzare il sistema nervoso, per poi affrontare EMDR con maggiore resilienza. Viceversa, chi fa EMDR e sperimenta intense reazioni fisiche post-seduta (cefalee, somatizzazioni temporanee) potrebbe utilizzare SE per gestire ed elaborare tali sensazioni corporee. Non a caso, workshop formativi e pubblicazioni iniziano a comparire sul tema dell'**integrazione tra EMDR e Somatic therapies**, riconoscendo la potenza di un approccio combinato. Va ricordato comunque che, come evidenziato, l'EMDR possiede già un forte supporto empirico <sup>50</sup>, dunque qualsiasi integrazione deve mantenere i punti di forza del protocollo EMDR, aggiungendovi le attenzioni somatiche di SE senza snaturarlo. Un elemento comune è l'uso del **movimento bilaterale tattile** in SE (es. il tapping sulle ginocchia o sulle braccia, a volte usato per aiutare il grounding): ciò riecheggia la stimolazione bilaterale di EMDR, suggerendo sinergie naturali <sup>50</sup> <sup>60</sup>. Entrambi gli approcci, in definitiva, condividono la visione che *mente e corpo devono lavorare insieme* per superare il trauma, e la loro integrazione rispetta tale principio.

- **SE + Mindfulness e pratiche contemplative:** C'è una stretta affinità tra SE e gli approcci basati sulla **mindfulness**, intesa come consapevolezza momento per momento, non giudicante, di sensazioni interne ed eventi esterni. In effetti, SE viene talvolta descritto come una forma di "mindfulness somatica guidata", in cui il terapeuta aiuta il cliente a coltivare l'attenzione alle proprie sensazioni corporee e al flusso di esperienza interna. **Integrando esplicitamente esercizi di mindfulness**, ad esempio meditazione sul respiro o scansione corporea, nel percorso SE, si rafforza l'autonomia del paziente nel praticare la consapevolezza corporea anche al di fuori delle sedute. D'altro canto, terapeuti mindfulness-oriented trovano utile incorporare i principi SE per gestire i cosiddetti "*drop-out*" *somatici* durante la meditazione (reazioni fisiche impreviste legate a traumi non risolti). Entrambe le modalità mettono l'accento sul rallentare, osservare ciò che accade nel corpo con curiosità e accettazione, e "**stare con ciò che c'è**" finché si trasforma. Non sorprende che molti interventi innovativi uniscano SE, yoga e meditazione in protocolli per il trauma complesso, ottenendo buoni riscontri sul miglioramento della regolazione emotiva.

Anche la **compassione per sé** (self-compassion), promossa dalla mindfulness, può integrarsi bene: il terapeuta SE incoraggia spesso atteggiamenti non giudicanti e di gentilezza verso le proprie reazioni corporee, aiutando a dissolvere la vergogna e l'autocritica che molti traumatizzati provano verso i sintomi fisici (come tremori, incubi, ecc.). In pratica clinica, un esempio comune di integrazione è l'uso di **tecniche di respirazione consapevole** durante SE: insegnare al cliente semplici esercizi di respiro diaframmatico lento da usare quando sente aumentare l'ansia corporea. Questo non fa formalmente parte del "core" di SE, ma si sposa perfettamente con la filosofia di aiutare il sistema nervoso a ritrovare calma. Fonti divulgative sottolineano che elementi somatici possono arricchire qualsiasi terapia, *"specialmente tecniche di mindfulness e di respirazione, che ben si combinano con SE"* <sup>61</sup> <sup>62</sup>. Dunque, SE e mindfulness spesso **si potenziano a vicenda**, creando un approccio contemplativo-somatico al trauma.

- **SE + Altre terapie corporee e creative:** Somatic Experiencing condivide terreno con altri metodi di psicoterapia somatica, come la **Sensorimotor Psychotherapy** (di Pat Ogden) o il metodo **Hakomi**, e può essere combinato anche con terapie espressive. Ad esempio, alcuni terapeuti utilizzano SE come base e vi inseriscono elementi di **movimento libero o danza terapeutica** per aiutare i clienti a esprimere e liberare emozioni attraverso il corpo. Oppure integrano **tecniche di yoga trauma-sensitive**, favorendo il rilascio di tensioni muscolari croniche parallelamente al lavoro somatico in seduta. Anche l'**Internal Family Systems (IFS)** di Richard Schwartz, che lavora con le "parti interiori", è stato integrato con SE da alcuni (in quanto le parti traumatizzate spesso si manifestano con sensazioni corporee, e lavorare somaticamente può facilitare il dialogo con esse). Non ci sono limiti formali alle possibili integrazioni, purché il professionista abbia competenza in entrambi gli approcci e vi sia coerenza nel modo di combinarli.

In definitiva, **Somatic Experiencing si presta ad essere parte di un trattamento multimodale del trauma**, affiancando strumenti cognitivi, comportamentali e relazionali. Molti centri di trauma adottano ormai modelli integrativi: ad esempio, un percorso tipico per PTSD complesso potrebbe includere farmacoterapia per i sintomi severi, SE per stabilizzare il sistema nervoso autonomo, e successivamente terapia EMDR o CBT per la rielaborazione cognitiva, il tutto magari accompagnato da gruppi di mindfulness o yoga per consolidare le abilità di autoregolazione. Le ricerche suggeriscono che questo approccio **integrato mente-corpo** è promettente: combinare interventi somatici con quelli psicologici può affrontare il trauma su tutti i fronti, migliorando gli esiti globali <sup>63</sup>. Somatic Experiencing, in particolare, offre quel tassello corporeo che mancava nei modelli classici, e si è rivelato compatibile con molte altre tecniche. Naturalmente, l'integrazione va cucita sul singolo paziente: alcuni trarranno maggiore beneficio dalla componente somatica, altri da quella cognitiva, quindi il terapeuta deve modulare l'accento in base alle risposte individuali.

Per concludere, **Somatic Experiencing si configura oggi come un prezioso contributo nell'arsenale terapeutico per il trauma**, da usare sia come **metodologia autonoma** sia come **componente di programmi terapeutici integrati**. Sebbene restino domande aperte sulla piena validazione scientifica di SE, la pratica clinica e le evidenze emergenti indicano che lavorare sul corpo – pendolando gentilmente tra ferita e risorsa, tra dolore e sicurezza – può sbloccare processi di guarigione profondi. Come afferma Levine, *"il trauma non è nell'evento in sé, ma nel sistema nervoso: liberando quel sistema dalla morsa del passato, restituiamo all'individuo la sua vita"* <sup>64</sup> <sup>65</sup>. Somatic Experiencing rappresenta uno dei percorsi per arrivare a tale liberazione, da percorrere con rigore, consapevolezza e integrazione interdisciplinare.

**Fonti principali:** Peter A. Levine – *Waking the Tiger: Healing Trauma* (North Atlantic Books, 1997); Somatic Experiencing® International – materiale informativo ufficiale <sup>1</sup> <sup>66</sup>; Kuhfuß et al., 2021 – *European J. Psychotraumatology* (review su SE) <sup>41</sup> <sup>38</sup>; Brom et al., 2017 – *J. Trauma Stress* (primo RCT su SE) <sup>26</sup>; Vagnini et al., 2023 – *Int. J. Environ. Res. Public Health* (SE in survivor di cancro) <sup>44</sup>; Articoli di revisione e

divulgazione su terapie somatiche <sup>57</sup> <sup>51</sup> ; Somatic Experiencing Trauma Institute (traumahealing.org) – sezione SE 101 e risorse video <sup>4</sup> <sup>36</sup> . Tutte le citazioni sono riportate nel formato richiesto.

---

<sup>1</sup> <sup>2</sup> <sup>3</sup> <sup>4</sup> <sup>5</sup> <sup>6</sup> <sup>7</sup> <sup>9</sup> <sup>11</sup> <sup>12</sup> <sup>13</sup> <sup>14</sup> <sup>16</sup> <sup>18</sup> <sup>19</sup> <sup>66</sup> SE 101 - Somatic Experiencing® International  
<https://traumahealing.org/se-101/>

<sup>8</sup> <sup>23</sup> <sup>24</sup> <sup>36</sup> <sup>37</sup> <sup>39</sup> <sup>40</sup> <sup>64</sup> <sup>65</sup> Somatic Experiencing® (SE™) | Explore Healing Methods — Ergos Institute, Inc  
<https://www.somaticexperiencing.com/somatic-experiencing>

<sup>10</sup> <sup>17</sup> <sup>49</sup> <sup>50</sup> <sup>51</sup> <sup>52</sup> <sup>53</sup> <sup>54</sup> <sup>56</sup> <sup>57</sup> <sup>59</sup> <sup>60</sup> <sup>63</sup> Somatic experiencing therapy: Exercises and research  
<https://www.medicalnewstoday.com/articles/somatic-experiencing>

<sup>15</sup> <sup>44</sup> <sup>45</sup> Evaluating Somatic Experiencing® to Heal Cancer Trauma: First Evidence with Breast Cancer Survivors  
<https://www.mdpi.com/1660-4601/20/14/6412>

<sup>20</sup> <sup>27</sup> <sup>28</sup> <sup>29</sup> <sup>30</sup> <sup>31</sup> <sup>32</sup> <sup>33</sup> <sup>34</sup> <sup>35</sup> <sup>61</sup> <sup>62</sup> What is Somatic Experiencing (SE)  
<https://www.firstsession.com/resources/somatic-experiencing>

<sup>21</sup> <sup>22</sup> Somatic Experiencing Treatment With Tsunami Survivors in Thailand: Broadening the Scope of Early Intervention  
[https://www.researchgate.net/publication/242075231\\_Somatic\\_Experiencing\\_Treatment\\_With\\_Tsunami\\_Survivors\\_in\\_Thailand\\_Broadening\\_the\\_Scope\\_of\\_Early\\_Intervention](https://www.researchgate.net/publication/242075231_Somatic_Experiencing_Treatment_With_Tsunami_Survivors_in_Thailand_Broadening_the_Scope_of_Early_Intervention)

<sup>25</sup> <sup>26</sup> <sup>43</sup> Somatic Experiencing for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Outcome Study - PubMed  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28585761/>

<sup>38</sup> <sup>41</sup> <sup>42</sup> <sup>46</sup> <sup>55</sup> (PDF) Somatic experiencing – effectiveness and key factors of a body-oriented trauma therapy: a scoping literature review  
[https://www.researchgate.net/publication/353204740\\_Somatic\\_experiencing\\_-\\_effectiveness\\_and\\_key\\_factors\\_of\\_a\\_body-oriented\\_trauma\\_therapy\\_a\\_scoping\\_literature\\_review](https://www.researchgate.net/publication/353204740_Somatic_experiencing_-_effectiveness_and_key_factors_of_a_body-oriented_trauma_therapy_a_scoping_literature_review)

<sup>47</sup> <sup>48</sup> Frontiers | Effectiveness of Body Psychotherapy. A Systematic Review and Meta-Analysis  
<https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2021.709798/full>

<sup>58</sup> Somatic Experiencing in CBT: Enhancing Trauma Treatment | Bay Area CBT Center  
<https://bayareacbtcenter.com/the-role-of-somatic-experiencing-in-cbt/>