



Ricostruzione Sequenzializzata Integrata (RSI): sequenzializzare come metodo di auto-osservazione in psicoterapia per un'applicazione efficace delle tecniche

Massimo Esposito*, Fabiola Pisciotta*,
Gaia Tourjansky*, Maurizio Gorgoni**

Ricevuto il 28 aprile 2025, accettato il 12 dicembre 2025

Sommario

L'incremento della capacità di auto-osservazione ha un ruolo centrale in diversi modelli di psicoterapia. Il presente lavoro ha lo scopo di proporre la procedura che abbiamo definito Ricostruzione Sequenzializzata Integrata (RSI), metodo finalizzato allo sviluppo delle capacità di auto-osservazione, come "piattaforma" entro cui integrare le tecniche a disposizione del professionista per l'impostazione del lavoro psicoterapeutico. La RSI mantiene i concetti cardine della Moviola, metodo proposto da Vittorio Guidano (1991) in ambito post-razionalista, tentando una sistematizzazione della procedura e una maggiore focalizzazione su corporeità, aspetti sensoriali, percettivi ed emozionali, che possa permettere un approfondimento del processo di organizzazione dell'esperienza sia top-down che bottom-up. Dopo aver definito la rilevanza di un metodo di auto-osservazione in psicoterapia e aver delineato i principi di base della Moviola, descriveremo nel dettaglio obiettivi e aspetti metodologici specifici delle procedure che caratterizzano la RSI. Successivamente, definiremo le possibilità di integrazioni metodologiche offerte dalla RSI e rileveremo vantaggi e limiti di tale metodo. Pur essendo necessario un progetto di ricerca che permetta di avvalorare i benefici dell'utilizzo della RSI in psicoterapia, riteniamo tale procedura un metodo trasversale, utile a molteplici orientamenti, in grado di favorire un'integrazione metodologica strutturale che permetta di far emergere diverse componenti dell'esperienza umana nella loro complessità al servizio del lavoro psicoterapeutico.

Parole chiave: Metodo, Auto-osservazione, Moviola, RSI, Vittorio Guidano.

*V Centro di Terapia Cognitiva Multiverso, via degli Scipioni 245, Roma; e-mail: massimo.esposito69@gmail.com; fabiola.pisciotta@gmail.com; g.tourjansky@gmail.com.

** Dipartimento di Psicologia, via dei Marsi 78, "Sapienza" Università di Roma; e-mail: maurizio.gorgoni@uniroma1.it.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSNe 2281-6046), n. 56/2025
DOI: 10.3280/qpc56-2025oa21774

Integrated Sequentializing Reconstruction (ISR): Sequencing as a self-observation method in psychotherapy for an effective application of techniques

Abstract

Increasing self-observation skills plays a central role in various models of psychotherapy. The purpose of the present paper is to propose the procedure we have defined Integrated Sequentializing Reconstruction (ISR), a method aimed at developing self-observation skills, as a “platform” within which to implement the techniques available to the practitioner for setting up the psychotherapeutic work. ISR maintains the pivotal concepts of the Moviola, a method proposed by Vittorio Guidano (1991) in the post-rationalist field, attempting a systematization of the procedure and a greater focus on corporeality, sensory, perceptual and emotional aspects, which can allow a deepening of the process of organizing experience both top-down and bottom-up. After defining the relevance of a self-observation method in psychotherapy and outlining the basic principles of the Moviola, we will describe in detail specific objectives and methodological aspects of the procedures that characterize ISR. Next, we will define the possibilities of methodological integrations offered by ISR and note advantages and limitations of this method. While a research project is needed to corroborate the benefits of using ISR in psychotherapy, we consider this procedure to be a cross-cutting method, useful for multiple orientations, capable of fostering a structural methodological integration that allows different components of human experience to emerge in their complexity in the service of psychotherapeutic work.

Keywords: Method, self-observation, Moviola, ISR, Vittorio Guidano.

Spesso i terapeuti hanno la convinzione che la terapia sia un repertorio di tecniche da applicare [...] La psicoterapia deve seguire una metodologia, perché quando hai una metodologia puoi inventare e introdurre tutte le tecniche che vuoi, momento per momento, dipende dal problema che il paziente sta presentando, dalla situazione che sta attraversando, del periodo terapeutico (Guidano, *Appunti dal Cile*, 1991).

Introduzione

Galimberti (2023) ha definito la tecnica come «la forma più alta di razionalità raggiunta dall'uomo», finalizzata a «raggiungere il massimo degli scopi con l'impiego minimo dei mezzi» basandosi sull'efficienza e sulla produttività. Allo stesso tempo, Galimberti analizza come, nell'ultimo secolo, si stia assistendo a un predominio della tecnica sull'uomo, dimenticando che ogni tecnica, per essere realizzata, necessita di un metodo.

A oggi, in ambito psicoterapeutico, la definizione di tecnica sembra aver inglobato quella di metodo. Intendendo la psicoterapia come un percorso

di conoscenza delle proprie regole tacite o esplicite di funzionamento, crediamo possa essere rischioso ridurla alla somministrazione di una varietà di tecniche, con l'idea che queste possano bastare per la buona riuscita della terapia.

Un buon metodo di indagine rappresenta una piattaforma che consente di introdurre la tecnica più appropriata per quel paziente portatore di quella specifica problematica. Per scongiurare la minaccia di una tecnica sempre più invadente nella vita dell'uomo bisogna affidarsi al metodo.

Esiste un crescente consenso rispetto all'idea che le terapie debbano essere personalizzate (Norcross, 2021). Una considerevole mole di ricerche non solo supporta l'efficacia della psicoterapia, ma indica come nessuna psicoterapia sia superiore ad altre (Wampold & Imel, 2015). In tal senso, la psicoterapia può essere definita da un insieme di processi fondamentali e tra questi la capacità di auto-osservazione sembra avere un ruolo centrale (Beitman & Soth, 2006). Un metodo orientato allo sviluppo delle capacità di auto-osservazione, flessibile e in grado di fungere da "piattaforma" entro cui integrare le diverse tecniche disponibili, rappresenterebbe uno strumento cruciale per l'impostazione del lavoro psicoterapeutico.

Un metodo che consente in modo molto efficace l'attivazione e l'incremento della capacità di auto-osservazione è rappresentato dalla Moviola proposta da Guidano (1991). Dal nostro punto di vista, tale metodo non ha trovato un giusto riscontro al di fuori dell'area teorica del cognitivismo post-razionalista.

Il presente lavoro nasce dalla necessità di un rinnovamento e nuova articolazione del metodo della Moviola. Dopo aver descritto i principi basilari dell'auto-osservazione e della Moviola in particolare, proporremo una procedura che abbiamo denominato Ricostruzione Sequenzializzata Integrata (RSI). Tale metodo vuole conservare i concetti cardine della Moviola, ma si propone di articolarla e sistematizzarla, integrandovi una maggior focalizzazione su corporeità, aspetti sensoriali percettivi ed emozionali, e individuando nella sua applicazione un approfondimento del processo di organizzazione dell'esperienza del paziente sia *top-down* che *bottom-up*. Riteniamo tale procedura uno strumento flessibile e funzionale per ogni psicoterapeuta, al di là dell'orientamento seguito, guidati dall'idea che il territorio di cui ogni professionista si occupa è rappresentato dall'esperienza soggettiva, dai processi di costruzione di senso, dalle idee nucleari e dalla sofferenza emotiva della persona, diversamente declinati nelle diverse cornici teoriche.

Descriveremo in maniera dettagliata come lo psicoterapeuta possa incrementare l'auto-osservazione del paziente e la consapevolezza di sé e del sé in relazione, procedendo affinché il percorso psicoterapeutico possa aiutare

la persona che chiede aiuto a esplorare e conoscere di sé e del proprio modo di funzionare e del modo in cui costruisce e organizza il proprio esperirsi nel mondo e la propria conoscenza.

L'auto-osservazione in psicoterapia

Probabilmente dobbiamo a William James (1890) la prima approfondita articolazione del concetto di auto-osservazione nella psicologia occidentale moderna. In questo contesto, intendiamo per auto-osservazione la scansione attiva del proprio mondo interiore, del processo di mentalizzazione (Fonagy & Target, 1997), delle modalità con cui si comprendono e attribuiscono stati mentali a sé stessi e agli altri, la «teoria della mente» (Baron-Cohen *et al.*, 2000).

Stretto è il legame tra auto-osservazione e consapevolezza. Il processo di auto-osservazione implica l'incremento della consapevolezza del paziente, che impara a conoscere il proprio modo di funzionare e come questo è legato alla sua specifica sofferenza, agevolando la generazione di nuove risposte (Beitman *et al.*, 2005). Favorire un processo di auto-osservazione comporta aiutare il paziente a focalizzare l'attenzione consapevole sul proprio mondo emotivo, percettivo e sensoriale, sulle proprie azioni e comportamenti, sui propri significati e modelli operativi affettivi e relazionali, intesi come rappresentazioni mentali di sé in relazione all'altro affettivamente significativo.

Secondo numerosi autori, il ruolo dello psicoterapeuta nell'aiutare il paziente ad avviare/sviluppare un processo di auto-osservazione sembra fungere da filo conduttore tra le diverse psicoterapie (Beitman & Soth, 2006). Beitman e Soth (2006) suggeriscono che l'incremento delle capacità di auto-osservazione del paziente supporti la fiducia terapeutica, la ricerca di *pattern* da cambiare attraverso una maggiore consapevolezza, l'assunzione di responsabilità e la creazione di scelte possibili per nuovi futuri. Una relazione terapeutica sicura sembra rappresentare un territorio favorevole dove poter sviluppare tale capacità di osservazione.

Gran parte delle psicoterapie sembra incrementare le capacità di auto-osservazione dei pazienti con l'intento di modificare previsioni e aspettative maladattive (Beitman *et al.*, 2005). Dal nostro punto di vista, l'elemento che conduce alla modifica dei modelli operativi previsionali deve passare attraverso la conoscenza, la comprensione e l'individuazione delle esperienze emotivamente rilevanti che hanno reso necessaria la strutturazione di quel *pattern*.

Diversi studi indicano che l'aumento dell'auto-osservazione durante la terapia è correlato a esiti di cura positivi, favorendo *insight* e comprensione

di sé (Seeman, 1949; Snyder, 1945), autovalutazione positiva (Raimy, 1948) e minore rilevazione di esperienze percepite discrepanti con la propria struttura del sé (Haigh, 1949). Più recentemente, il processo di auto-osservazione è stato identificato come uno dei fattori chiave del cambiamento (Høglend & Hagtvet, 2019) e indicatore del successo della psicoterapia. In generale, l'auto-osservazione appare come processo essenziale per favorire l'*insight* nella terapia, generare nuovi significati e credenze alternative, supportare la consapevolezza nella presa di decisioni, conoscere i propri modelli operativi relazionali e affettivi previsionali e favorire l'autonomia.

Sono diversi i modi attraverso cui è possibile declinare pragmaticamente un processo di auto-osservazione. Ad esempio, Cohen e collaboratori (2013) hanno descritto la tecnica dell'Automonitoraggio in terapia cognitivo comportamentale, che utilizza compiti da assegnare ai pazienti con lo scopo di incrementare l'auto-osservazione e l'empirismo collaborativo in terapia. Pratiche contemplative come la *mindfulness* sono strettamente legate al concetto di auto-osservazione. Interventi basati sulla *mindfulness* appaiono efficaci in diverse condizioni cliniche (Goldberg *et al.*, 2022) e sembrando agire sui sintomi transdiagnostici (Compen & Speckens, 2021; Greeson *et al.*, 2018).

Partendo dai principi delle pratiche di meditazione di consapevolezza, l'auto-osservazione può rappresentare il centro di un processo autenticamente terapeutico, primariamente per il fatto stesso di aver sperimentato, attraverso una "posizione osservativa", la possibilità di dis-identificarsi da convinzioni, rappresentazioni, visioni della realtà associate alla propria sofferenza (Giommi & Barbieri, 2016).

Contrariamente a tradizioni che vedono il sé come un unico "oggetto", diversi autori propongono approcci pluralistici alla definizione del sé, considerandolo un insieme di caratteristiche e processi tra loro interconnessi (James, 1890; Neisser, 1988; Gallagher, 2013; Gallagher & Daly, 2018). In linea con tali approcci, un'ampia letteratura neuroscientifica suggerisce che diverse aree e reti neurali siano coinvolte in diversi tipi di processi ed esperienze legati al sé, in assenza di una specifica area esclusivamente deputata al processamento del sé (Gallagher & Daly, 2018). In tal senso, all'interno del concetto di auto-osservazione, vanno distinti diversi processi: un insieme di processi di auto-osservazione orientati alla cognizione che implica la riflessione sugli stati mentali, includendo mentalizzazione e metacognizione; un altro tipo di processi che implicano la consapevolezza e la tolleranza di sperimentare stati mentali in mancanza di una forte elaborazione cognitiva, come percezione e consapevolezza sensoriale ed emotiva, tolleranza della coscienza degli affetti e *mindfulness*.

Evidenze neuroscientifiche suggeriscono che processi di consapevolezza

siano più antichi e basilari della riflessione (Farb *et al.*, 2007), in quanto per la riflessione è necessaria almeno una certa misura di consapevolezza. L'auto-osservazione è una riflessione e un'interpretazione consapevole del proprio flusso temporale di sensazioni, emozioni e pensieri (Deikman & Detloff, 1982). Tali atti di riflessione, quindi, alterano le esperienze coscienti, il processo di costruzione di significati e le credenze sottostanti. Per questi motivi, l'auto-osservazione svolge un ruolo importante nel percorso di conoscenza di sé, nella regolazione della cognizione e degli affetti e influenza fortemente l'attuale senso di identità di una persona (Horowitz, 2002). Pertanto, all'interno di un processo terapeutico, riteniamo appropriato un metodo che permetta un'indagine dell'esperienza che consideri l'emergere sia di aspetti riflessivi/cognitivi sia emotivo-corporeo-sensoriali.

La Ricostruzione Sequenzializzata Integrata (RSI)

Per Guidano (1991) l'auto-osservazione rappresentava il metodo essenziale per realizzare gli obiettivi terapeutici principali della psicoterapia post-razionalista, ricostruendo gli eventi rilevanti per la terapia muovendosi nell'interfaccia tra esperienza immediata e suo riordinamento esplicito, e consentendo quindi di acquisire informazioni su entrambi i livelli di elaborazione e sulla loro relazione. Il concetto di auto-osservazione è centrale nella Moviola, strumento concettualizzato da Guidano (1991), finalizzato alla rilettura degli episodi specifici riportati dal paziente in psicoterapia.

Un'accurata descrizione di questo metodo ci viene offerta da Dodet e Merigliano (2016):

La moviola è in effetti il canovaccio con cui, attraverso la ricostruzione di eventi significativi come fossero parti di una sceneggiatura, il terapeuta guida il soggetto nel lavoro di differenziazione tra esperienza immediata e la sua spiegazione, rendendolo consapevole del lavoro di attribuzione a sé che si esplica tra i due livelli. [...] Come se si fosse alla moviola di una sala di montaggio, il terapeuta guida il soggetto nel ripercorrere l'evento in visione panoramica (*panning*) portandolo a soffermarsi su una singola scena, estrapolandola (*zooming out*) per metterne a fuoco alcuni particolari e ricollocandola (*zooming in*), arricchita, nella sequenza originale.

Secondo gli autori, quindi, la Moviola rappresenterebbe un processo di sceneggiatura del modo in cui l'esperienza immediata individuale si svolge e viene letta dall'individuo stesso, avvalendosi di una conversazione di “se-

condo ordine” nel suo procedere (Bercelli & Lenzi, 1998; Guidano, 1991; 1995). Attraverso la Moviola è quindi possibile attuare un processo di auto-osservazione in grado di rilevare gli ingredienti di base dell’esperienza emotiva, sequenzializzare l’esperienza riconoscendo le attivazioni emotive in corso, contestualizzare gli eventi discrepanti ricostruendo un contesto immediato ed un contesto allargato, e ricostruire l’esperienza di sé e della realtà da un punto di vista soggettivo e oggettivo (Dodet & Merigliano, 2016).

Sebbene la Moviola sia stata nel tempo declinata secondo diverse prospettive, come quella cognitivo-conversazionale (Lenzi, 2009), del cognitivismo interpersonale (Lambiase *et al.*, 2011), o delle pratiche di consapevolezza (Giommi & Barbieri, 2016), riteniamo che non abbia ottenuto un adeguato riscontro al di fuori dell’area teorica del cognitivismo post-razionalista.

Pertanto, in continuità con il metodo sopra descritto, abbiamo ritenuto opportuno conservarne le caratteristiche metodologiche originali, proponendone una riattualizzazione per:

- sistematizzarla, proceduralizzarla, in modo da delineare, specificare e articolare ulteriormente un operare clinico che definisca i tempi, le scene e le inquadrature da esplorare attraverso la ricostruzione in sequenza e che, tuttavia, non gravi sulla flessibilità propria del metodo originale, permettendo di definire in modo particolareggiato il procedere clinico: in sintesi, il “cosa” e il “come” fare;
- rinnovarla, operando delle manifeste integrazioni con tecniche corporee ed esperienziali tese all’esplorazione emotivo-sensoriale e alla regolazione emotiva, consapevoli che la RSI è per sua natura un metodo intrinsecamente “esperienziale”.

Campo di osservazione della psicoterapia

Esistono territori che diversi approcci psicoterapeutici esplorano in maniera apparentemente diversa ma con tratti di similarità. Oltre alla già citata Moviola, alcune modalità esplorative possono essere esemplificative.

Un esempio è rappresentato dalla tecnica dell’ABC di radice cognitivista razionalista. In questo modello, sofferenza emotiva e comportamenti disfunzionali sarebbero primariamente provocati dalle convinzioni e interpretazioni individuali. L’ABC si propone di individuare diversi episodi significativi seguendo uno schema specifico (Ellis *et al.*, 2001) con lo scopo di modulare emozioni e comportamenti modificando le convinzioni attraverso il dialogo socratico e la ristrutturazione cognitiva (Perdighe & Gragnani, 2021).

Altro esempio viene fornito dalla Terapia Sensomotoria, in cui il terapeuta ha l'obiettivo di rintracciare i cosiddetti "organizzatori di base" dell'esperienza: cognizioni, emozioni, movimento, sensazione, percezioni dei cinque sensi (Ogden & Fisher, 2016). Un'esplorazione di questo tipo comporta l'identificazione di scene in cui il paziente ha sentito una qualche forma di attivazione emotiva spiacevole, manifestata durante il racconto dal paziente attraverso movimenti corporei, per poi intervenire primariamente sugli organizzatori somatici (movimento, sensazioni, percezioni) attraverso l'utilizzo di tecniche corporee.

Ancora un esempio è rappresentato dalla Schema Therapy (Young *et al.*, 2003): l'attenzione è rivolta all'individuazione di schemi maladattivi precoci, sviluppati nell'infanzia e composti da ricordi, emozioni e sensazioni somatiche, che influenzano il comportamento e le relazioni del paziente. L'identificazione di tali schemi, così come bisogni precoci insoddisfatti e stili di *coping* avviene attraverso l'uso di diverse tecniche, e in particolare tecniche immaginative (Dobson & Dozois, 2021).

Infine, un altro approccio che si avvale della ricostruzione dettagliata di episodi autobiografici è la Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI):

Una delle prime azioni terapeutiche che proponiamo di effettuare riguarda la raccolta di uno o più episodi narrativi attraverso cui il clinico ricostruisce gli schemi disfunzionali. L'episodio narrativo per sua definizione è un evento preciso, definito concretamente nel tempo e descritto in dettaglio con dovizia di particolari concreti sul piano della scenografia e sceneggiatura. Lo scopo è quello di raccogliere, cosa il paziente ha provato in quella situazione specifica e in relazione a quella persona (Dimaggio *et al.*, 2019).

Ciò permette al terapeuta a orientamento TMI di individuare schemi interpersonali disfunzionali, strategie di *coping* e desideri da ricondurre a sistemi motivazionali interpersonali.

Questi e altri orientamenti, pur partendo da presupposti diversi ed utilizzando diverse strategie, esplorano una materia comune: il mondo interno del paziente e il suo modo di essere in relazione con il mondo; il modo con cui la persona vive e organizza la propria esperienza affettivamente e a livello relazionale; il modo con cui organizza la propria conoscenza attraverso una narrativa esplicativa.

Ciò ci consente di individuare un campo di osservazione comune all'interno di diversi approcci terapeutici (e verosimilmente della psicoterapia in generale), che rappresenta la base della metodologia di seguito esposta. Riteniamo infatti possibile definire e formalizzare alcuni aspetti dell'esperienza

del paziente che possono rappresentare i cardini su cui orientare il processo di ricostruzione episodica e auto-osservazione all'interno di un percorso di terapia, successivamente declinabili in linea con gli obiettivi dello specifico approccio terapeutico:

- *scenografia/coreografia*: elementi di contesto stretto, visti, vissuti e ricordati dall'individuo, ed elementi di contesto allargato, storico e culturale di riferimento;
- *sceneggiatura*: dialoghi, pensieri, significati, credenze, scopi, bisogni, desideri, immagini mentali, immagini di sé e immagini di sé in relazione all'altro; Processi cognitivi e narrativi;
- *espressioni – componenti emotive*: emozioni, umori e affettività;
- *posizioni – componenti sensomotorie*: sensazioni e tensioni corporee, movimenti e percezioni sensoriali (cinque sensi);
- *azione*: comportamenti, atteggiamenti.

La RSI viene qui proposta come metodo per la raccolta sistematica e integrata di quegli elementi utili alla formulazione del caso, indipendentemente dall'approccio teorico seguito.

Definizione

La RSI consiste nella ricostruzione rallentata di sequenze sceniche, episodi di specifici emotivamente significativi, collocati in un tempo e in uno spazio, descritti con accuratezza di particolari sul piano coreografico (come), scenografico (dove e quando) e di sceneggiatura (cosa e con chi), allo scopo di identificare e riconoscere le componenti cognitive, emotive, immaginative, sensoriali e corporee dell'esperienza vissuta in prima persona. Tale metodo ha lo scopo di incrementare la conoscenza e l'auto-osservazione di sé, necessarie al cambiamento (Esposito & Pisciotta, 2023).

La RSI prevede la riproduzione rallentata, in *piano sequenza*, di episodi autobiografici tradotti in scene/tempi, in cui si invita la persona a “tornare”, a “rivivere”, ad “immergersi”, attivamente con la mente nella scena, usando il tempo presente allo scopo di agevolare una riattualizzazione dell'esperienza vissuta, ovvero l'emergere in vivo delle componenti cognitive, emotive, percettive e sensoriali legate all'esperienza stessa. Ripercorrere, in modo rallentato, tali sequenze sceniche dell'episodio significativo e ricostruirlo in modo accurato e molecolare consente al terapeuta, a qualsiasi orientamento appartenga, di far emergere gli elementi organizzatori dell'e-

sperienza e della conoscenza personale del paziente nella sua complessità e giungere a una formulazione del caso coerente con il proprio modello teorico di riferimento.

Preparazione alla procedura

In questa sede il nostro intento è quello di descrivere una procedura flessibile, un metodo che permetta al terapeuta, al di là dell'orientamento seguito, di raccogliere informazioni necessarie alla formulazione del caso. Tuttavia, per esplicitare in modo chiaro i tempi nei quali la procedura viene avviata, accenneremo ad alcune azioni effettuate dal clinico in fase di accoglienza della persona.

In un primo momento della fase di *assessment*, si raccolgono informazioni relative al contesto personale e familiare, attuale e storico, del paziente. Questo tempo, a nostro avviso, consente al terapeuta di comprendere qual è il contesto sociale, affettivo-relazionale e culturale in cui è collocato il paziente e le risorse relazionali più immediate a cui può (o non può) attingere.

Successivamente si chiede al paziente di descrivere il problema per il quale chiede aiuto (descrizione del problema). A quel punto il terapeuta chiede al paziente di raccontare un episodio, un momento di vita in cui ha “incontrato”, vissuto il problema per cui ha chiesto aiuto.

L'episodio sarà quindi ricostruito seguendo la procedura della RSI. Ricostruire l'episodio in modo accurato, dettagliato, lento e molecolare conduce il terapeuta a formulare un'ipotesi esplicativa del problema presentato e a proporre al paziente una possibile ridefinizione o «riformulazione del problema» (Dodet, 2022). Sulla base di tale riformulazione si procederà a ricostruire in sequenza anche altri episodi narrativi, espressione della problematica riformulata e contrattualizzata con il paziente.

Ippolito: “Purtroppo, dottore, mi accadono questi momenti di forte malessere. Penso che mi stia venendo un male, che potrei contrarre una malattia o morire da un momento all'altro”.

Terapeuta: “Capisco Ippolito. Mi racconta uno di questi momenti in cui le è successo?”

La procedura

Scena Evento, così come riportata dalla persona. Panoramica o Panning (Tempo 1)

Scena in cui la persona si riconosce turbata o attivata emotivamente in un modo ritenuto significativo rispetto al problema presentato, e racconta l'evento in questione così come spontaneamente gli viene da raccontarlo. Questo momento consente al terapeuta di avere informazioni su come la persona racconta a sé l'accaduto, la narrativa utilizzata, quali dettagli vengono selezionati come significativi e quali come secondari, e soprattutto come la persona si pone rispetto al proprio vissuto.

- I: “Mi trovavo in piscina con mia moglie, i bambini e altre coppie di amici con figli. Avevo appena fatto il bagno. Mi stendo sul lettino e comincio a sentire un'ansia forte, non riesco a muovermi, sento il cuore che batte all'impazzata. Penso: sto morendo!”.
- T: “Proviamo insieme a ricostruire l'accaduto. Cominciando a raccontare da quando avete deciso la vacanza, da come stava prima di partire e durante il viaggio fino ai primi giorni al villaggio e se magari è successo altro nel periodo precedente alla vacanza”.

Scena in Antefatto e Antecedente. Ricostruzione della scena (o delle scene) che precede o è correlata con l'attivazione emotiva come percepita dal paziente.

Una sequenza può avere molteplici antefatti e diversi antecedenti. Gli antecedenti trovano la loro significatività nel tempo, come ad esempio Giovanni che manifesta una sintomatologia da attacchi di panico iniziata il giorno dopo aver compiuto 52 anni. Ricostruendo in sequenza la scena che precede l'attivazione emotiva significativa (antefatto), emerge che Giovanni aveva perso il padre anni prima, deceduto in seguito a un arresto cardiaco proprio il giorno dopo aver compiuto 52 anni (antecedente).

Quindi, l'antefatto rappresenta la scena o la sequenza di scene immediatamente precedente l'attivazione emotiva disturbante rilevata dal paziente e caratterizzante la scena evento. Sequenzializzare la scena dell'antefatto ci consente di individuare come e quando si passa da uno stato mentale di moderata tranquillità a uno stato turbato/attivato emotivamente. Sostanzialmente si avvia la ricostruzione della sequenza scenica a partire dal momento

in cui il paziente è in uno stato mentale ed emotivo tranquillo. Procedere in questo modo, mantenendo un piano sequenza possibile, consente, al paziente e al terapeuta, di individuare e ricostruire accuratamente il momento e quindi l'esperienza dello *switch* emotivo permettendo al paziente di conoscere e riconoscere il cambiamento emozionale, il processo che lo conduce all'attivazione emotiva, i significati correlati attribuiti, i modelli operativi relazionali e affettivi, le credenze coinvolte o i sistemi motivazionali attivati.

L'antecedente, invece, indica un evento temporalmente collocato nella storia del paziente, correlato all'episodio specifico attuale che il paziente ricostruisce insieme al terapeuta. Ciò che intendiamo come antecedente ha radici relazionali, poiché riguarda scene autobiografiche relative a relazioni interpersonali con figure significative, anche del passato, le quali sono emotivamente collegate all'episodio attuale. Sequenzializzare l'antecedente consente di cogliere la ridondanza emotiva e comprendere il senso della scena evento alla luce dell'esperienza pregressa del paziente.

La distinzione tra antefatto e antecedente è fondamentale, poiché la RSI prevede la ricostruzione di tutti gli elementi precedenti significativi rispetto alla scena evento, favorendo l'auto-osservazione del paziente e del suo personalissimo modo di interagire con il mondo e attribuire senso a ciò che avviene o è avvenuto al di fuori e dentro di lui.

Per esempio, Angelo, 29 anni, tirocinante presso uno studio commercialistico e in procinto di iniziare un master in economia, manifesta una consistente ansia da circa due mesi e riferisce di averla avvertita dopo aver partecipato all'incontro di presentazione del corso in cui erano presenti tutti gli iscritti. Ricostruiamo in sequenza quella scena durante la quale Angelo realizza di aver rivisto, in quell'occasione, Thomas, un suo compagno delle medie, che aveva agito nei suoi confronti atti di bullismo e umiliazioni. In questo caso le scene ricostruite e sequenzializzate (attraverso la RSI) sono l'antefatto che ha consentito di rintracciare il momento in cui rivede il vecchio compagno di scuola e il vissuto corrispondente, e l'antecedente, ovvero quegli episodi di cui Angelo fu vittima.

Nelle diverse descrizioni fornite in letteratura del metodo della Moviola, non abbiamo individuato un riferimento esplicito alla ricostruzione di questo tempo (antefatto/antecedente) dell'esperienza del soggetto.

- I: “Mah, lo abbiamo deciso un paio di settimane prima durante una cena con queste coppie di amici. Ero contento. Ma adesso che ci penso, nello stesso periodo sono stato convocato ufficiosamente dall'amm.re Delegato che mi ha comunicato che avrò una promozione! E anche se mi ha fatto molto piacere, mi ha messo un po' di ansia!”.

- T: “Le va di fermarci su questa scena? Provi a tornare lì, in quel preciso momento in cui l’amm.re delegato la convoca e seguiamo l’accaduto fino al momento in cui le comunica questa notizia. Come la fa sentire? Dove siete? Che emozione prova? E cosa pensa?”.
- I: “Beh quando mi convoca mi comincio ad agitare. Entro nel suo ufficio. Mi fa accomodare e mi comunica che ha intenzione di spostarmi in un’area più importante della società, con nuovi compiti, un nuovo gruppo, e mi dice degli obiettivi che si aspetta da me. Ero contento. Ci salutiamo ed esco. Appena fuori dall’ufficio mi sento strano, ansioso”.
- T: “Resti in questa scena, appena fuori dall’ufficio, provi a osservare questo sentirsi strano, che nota? Cosa avverte nel corpo? Che prova?”.
- I: “In realtà la sensazione di strano la comincio a notare quando mi parla di cosa si aspetta da me. Avverto un intenso brivido, mi rendo conto adesso che stavo sudando. Ero in una specie di apnea. Adesso che ci sto dentro, mi accorgo che mi batteva il cuore forte. Ho paura!”.
- T: “Provi a stare con questa paura. La osservi. Come si manifesta nel corpo ed è accompagnata da quali pensieri?”.
- I: “Eh... Sento calore e le gambe che mi tremano, il cuore batte forte. Penso: eh chissà se ci riuscirò”.
- [Nel mentre il corpo di Ippolito tende a incurvarsi in avanti, le gambe tamburellano nervosamente sul pavimento]*
- T: “Ippolito, Vedo che le sue gambe tamburellano e il suo corpo si chiude in avanti. Adesso cosa sta sentendo?”.
- I: “Eh quelle stesse sensazioni. Fatico a respirare e sento il corpo che se ne va per fatti suoi!”.
- T: “Allora provi ad allinearsi lentamente con il busto. Fino a sentire la schiena che tocca lo schienale della sedia. Porti l’attenzione alla respirazione facendo respiri lunghi e profondi. Osservi se cambia qualcosa”.
- [Sono state utilizzate le tecniche dell’allineamento e del respiro guidato, come suggerito da Ogden e Fisher (2016)]*
- [Silenzio. Dopo una manciata di secondi]*
- I: “Va meglio. Alla fine, ho sempre fatto un buon lavoro e gli obiettivi li ho sempre raggiunti”.
- T: “E mi dica, quando finisce questa paura?”.
- I: “Mah, credo che non sia finita a questo punto. Ma in quel momento mi dico che devo tornare al lavoro e non ci penso. Non volevo mostrarmi debole”.

Scena evento. Ricostruzione rallentata in sequenza della scena riportata dalla persona

Quella che era la scena riportata dal paziente al Tempo 1, viene ripresa, anche alla luce della ricostruzione dell'antefatto e ripercorsa in modo rallentato, accurato e molecolare cercando di non trascurare alcun dettaglio di quell'esperienza. Si ricostruirà, senza salti o tagli (piano sequenza), quella scena così come tutte le scene descritte. Con ricchezza di dettagli sul piano coreografico, scenografico e di sceneggiatura, lasciando così emergere elementi cognitivi, immaginativi, emotivi, sensoriali, corporei e comportamentali dell'esperienza vissuta in prima persona.

Ripercorrere questo tempo alla luce anche dei diversi antefatti e antecedenti che sono emersi e che emergeranno, consente al paziente di accedere a un piano esplicativo più articolato di quella esperienza vissuta, attribuendone un significato più ampio. Consente inoltre un ulteriore passo nel processo di riconoscimento e regolazione emotiva attraverso un'ulteriore focalizzazione sensoriale ed emozionale inserita in una trama narrativa più complessa.

Questo permette di far emergere dinamiche relazionali, memorie, significati ricorsivi, temi di vita, sistemi motivazionali attivati, bisogni, desideri e scopi.

Nella ricostruzione della scena che segue nel caso di Ippolito, ad esempio, emergono temi quali il fallimento, la competitività, il bisogno di essere apprezzato e il pericolo di non esserlo in quanto fonte di vergogna.

T: "Ok. Adesso torniamo alla scena di quando era a bordo piscina. Mi diceva che era disteso sul lettino? Ecco torni lì. Che succede?"

I: "Mah, esco dalla piscina, tutto sommato pure contento. Ah... ecco! Ho visto poco distante un tipo con cui ho lavorato diverso tempo fa. Era molto bravo e io mi sentivo un fallito rispetto a lui che aveva meno anni di me e già era ai vertici di quella società. Ma ricordo di non riconoscerlo subito. Poi mi vado a stendere sul lettino. I bambini giocano... sento il brusio dovuto alle persone intorno... Poi sento il blocco, respiro affannoso, non riesco a muovermi, comincio a sudare, sento il mio corpo freddo. Penso mi stia venendo un infarto. Adesso capisco che è paura e rabbia".

T: "Cosa stava pensando?"

I: "Adesso che mi ricordo, pensavo a come mi sentivo quando lavoravo con quel tizio e poi il pensiero è andato a questo nuovo incarico. Spero di esserne all'altezza! Penso alle persone con cui lavorerò. E se non mi apprezzano? E se non gli piaccio? Ho paura di non essere in grado. E mi pare di morire! Vorrebbe dire che non sono bravo, non valgo niente! Mi vedrei un bluff totale".

- T: “E cosa la fa provare questo scenario?”.
- I: “Paura... terrore! E mi vergognerei da morire”.
- T: “E sentirsi così le fa venire in mente qualcosa? Immagini? Pensieri? Quando si è sentito così nel corso della sua vita?”.
- I: “Eh come no! Come dicevo quando lavoravo con questo tizio e se vado più indietro nel tempo mi sentivo così con mio padre”.

Scena dall'esterno. Decentramento

In continuità con la Moviola, riteniamo sia necessario conservare un'azione esplorativa di decentramento, ovvero riguardare la/le scena/e dall'esterno da una prospettiva di spettatore. Ampliando l'operazione di *zooming out* prevista dalla Moviola nel ricostruire l'episodio, all'interno della RSI prevediamo una ricostruzione scenica decentrata a sé stante.

Sequenzializzare questo tempo permette al paziente:

1. di effettuare un distanziamento dal vissuto in prima persona, utile sia a effettuare una regolazione emotiva, sia ad approfondire e lavorare ulteriormente sull'immagine di sé, dell'altro e di sé in relazione all'altro andando a incrementare i processi di mentalizzazione e metacognizione, ovvero, la possibilità di distinguere tra il proprio stato mentale e quello dell'altro, permettendo quindi di riscrivere una narrativa maggiormente articolata di significati possibili;
 2. di incrementare ulteriormente l'osservazione di sé nel ruolo di spettatore della scena in questione.
- T: “Proviamo a guardare a questa scena come da fuori, da spettatore, come fossimo al cinema. Cosa vede? Che espressione vede sul viso di Ippolito, lì quando emerge dalla piscina e va verso il lettino per stendersi?”.
- I: “Esce dalla piscina, tranquillo. Poi fa un'espressione come fosse un po' stupito, cioè si chiede: ma chi è quello, aspe'... lo conosco. Nel frattempo, arriva al lettino e si stende. Ha una faccia come di marmo, teso, serio, pare spaventato. Poi si avvicina la moglie. Lui le fa il gesto di restare lì dov'era per continuare a guardare i bambini”.
- T: “E com'era il viso della moglie?”.
- I: “Eh lei lo adora. È sorridente, è contenta. Poi diventa preoccupata”.
- T: “E Ippolito che espressione ha mentre guarda a quest'espressione della moglie?”.
- I: “Eh sì vergogna. Ha un'espressione vergognata e socchiude gli occhi come a nascondersi e nascondere le sue paure”.

Scena di chiusura. Conseguenze/Termine esperienza

Significa ricostruire la scena di come il vissuto caratterizzante il Tempo 1, in cui la persona si riconosceva turbata o attivata emotivamente, sia effettivamente concluso o cambiato. In altri termini, quando e come lo stato emotivo oggetto d'indagine nella Scena Evento termina e a cosa lascia il posto.

Sequenzializzare questa scena consente al paziente di osservare e notare l'ulteriore cambiamento del proprio stato mentale ed emotivo che transita da uno turbato a uno tranquillo e, soprattutto, di individuare e comprendere il comportamento adottato, i movimenti corporei, e quelle strategie cognitive e comportamentali messe in atto allo scopo di gestire, tollerare, evitare o ridurre l'intensità emotiva legata all'accaduto che spesso corrispondono a fattori di mantenimento della dinamica fonte di sofferenza.

Anche in questo caso, nelle diverse descrizioni della Moviola non ci è sembrato trovare riferimenti chiari a individuare lo *switch* emotivo che conduce a uno stato di minor attivazione o cessazione di quel vissuto.

T: “Abbiamo visto quando questa paura è iniziata. Ma quando e come è finita? Se è finita”.

I: “Beh in realtà, mi rendo conto che non è passata del tutto. Credo che me la porto dentro da tanto tempo. Si è attenuata lì in quel momento perché poi mi si è avvicinata mia moglie. Ho evitato di farle vedere che stavo male e ho deciso di non pensarci. Non volevo mostrare la mia fragilità”.

Le vignette descritte del lavoro effettuato insieme al signor Ippolito sono state, per questioni di spazio, sintetizzate. I passaggi descritti sono stati in realtà molto più lenti, dettagliati ed emotivamente attivanti.

Nel caso di Ippolito, il nodo clinico non è solo semantico, ma somatico-affettivo: il panico si genera come vissuto ed esperienza corporea prima che come pensiero. La RSI – integrando tecniche *bottom-up* (respiro, allineamento posturale, pause percettive, focalizzazioni, sequenziamento ecc.) all'interno della ricostruzione – interviene sul sistema-persona in vivo, agendo sulle memorie incarnate, non solo sulla memoria dell'evento. Questo consente di riscrivere l'esperienza non solo come significato, ma come risposta fisiologica modificabile.

La RSI è concepita per lavorare anche sul piano interpersonale e intersoggettivo, facendo emergere nel corso della stessa ricostruzione:

1. il modello operativo affettivo emozionale identitario interno (schema) – Ippolito prende atto della sua tendenza incarnata a prevedere che l'altro non lo apprezzerà, sentendosi non abbastanza;

2. il modo in cui esso si attiva nella relazione – l’attivazione di paura/vergogna connessa a temi identitari (valore personale, paura di incompetenza, giudizio, confronto sociale);
3. il suo impatto sulla reciprocità – nascondere, controllare, non mostrarsi fragile; il riconoscimento di questo pattern rappresenta un esito clinico iniziale: ora diventa possibile lavorare sulla reciprocità emotiva prima preclusa dall’impossibilità di mostrarsi vulnerabile.

La RSI favorisce in Ippolito sia un certo grado di *insight*, inteso come articolazione di significati e loro attribuzione, sia regolazione emotiva e corporea, cioè modifica e riorganizza *in vivo* il circuito esperienziale, non solo la sua lettura esplicativa. Nel caso specifico, Ippolito riconosce il legame tra promozione–confronto–vergogna–panico (livello *top-down*) e, nel corso della ricostruzione in sequenza, sperimenta che il corpo e l’emotività si attivano coerentemente con il sistema di significati e dei modelli operativi relazionali e affettivi, e grazie agli interventi corporei, fa esperienza della possibilità di regolarli (livello *bottom-up*). Soprattutto, entrambi i livelli avvengono all’interno della stessa procedura, non in momenti separati della terapia, il che è a nostro avviso cruciale, perché preserva coerenza e continuità del senso di sé del paziente. In tal senso, nel caso di Ippolito, la RSI non si limita a far comprendere l’episodio, ma lo trasforma: integra la componente corporea, relazionale e regolativa nel momento stesso in cui la scena viene ricostruita, riprodotta, permettendo un cambiamento dell’esperienza e non soltanto del suo significato.

Tra gli esiti positivi dell’applicazione della RSI, nel caso di Ippolito notiamo che egli passa da vivere la paura come evento catastrofico somatico e organico a esperirlo come espressione di un antico copione di paura-vergogna, riattivato in un contesto di confronto e aspettativa, introducendo al tempo stesso capacità di regolazione corporea e nuova leggibilità condivisibile della propria esperienza.

Dalla Moviola alla RSI: tra continuità ed evoluzione metodologica

In linea generale la RSI nasce in continuità con la Moviola, ma ne rappresenta un’evoluzione sul piano metodologico e operativo. In Tabella 1 sono riportate quelle che, a nostro avviso, sono le principali caratteristiche della Moviola come classicamente descritta da Guidano e gli aggiornamenti introdotti dalla RSI. Sostanzialmente, quest’ultima mantiene l’impianto narrativo e il principio di rallentamento sequenziale della Moviola, ma lo arricchisce

con una prospettiva corporeo-esperienziale e relazionale, che permette di lavorare simultaneamente sui livelli cognitivi, emotivi, percettivi e sensoriali dell'esperienza (Lotto, 2017; La Rosa & Onofri, 2018). In questo senso, la RSI non si limita alla rievocazione del ricordo, ma promuove una vera e propria riattualizzazione dell'esperienza nel “qui e ora” terapeutico, integrando processi *top-down* e *bottom-up*.

Rispetto alla Moviola, la RSI attribuisce maggiore centralità al corpo come veicolo di consapevolezza e di trasformazione. Il terapeuta guida il paziente non solo nella ricostruzione narrativa e nel riconoscimento emotivo, ma anche nella regolazione somatica, attraverso tecniche quali l'allineamento posturale, la respirazione guidata, la focalizzazione sensoriale e il *grounding*, in linea con gli sviluppi delle terapie somatiche e della psicotraumatologia (Ogden & Fisher, 2016). Questa integrazione consente di accedere a memorie implicite e preverbalì che, pur non essendo immediatamente accessibili alla coscienza narrativa, influenzano profondamente la regolazione emotiva e la costruzione di significato.

Dal punto di vista esperienziale, la RSI non si limita a favorire la comprensione del sé, ma facilita una trasformazione dell'esperienza. Il paziente non solo “comprende” diversamente ciò che gli accade, ma lo sente e lo vive diversamente nel corpo, sperimentando nuove modalità di autoregolazione e di connessione con l'altro. In questo senso, la RSI si configura come un processo terapeutico *embodied*, in cui la costruzione di significato è inseparabile dall'esperienza, dalla regolazione corporea e dalla sintonizzazione interpersonale.

Da un punto di vista procedurale, nella RSI viene mantenuta la metafora cinematografica della Moviola, ma vengono definiti in modo più specifico tempi/scene da ricostruire in sequenza:

1. articolandone maggiormente la descrizione operativa;
2. esplicitando la definizione di alcuni tempi dell'osservazione che nell'originaria descrizione della Moviola erano assenti o quantomeno impliciti;
3. distinguendo nettamente l'antefatto (il momento immediatamente precedente all'evento attivante) e l'antecedente (eventi della storia personale del paziente che risuonano con l'esperienza attuale o ne costituiscono un modello originario), sottolineando il valore specifico di entrambi i tempi per la ricostruzione strategica dell'episodio;
4. definendo chiaramente la necessità di una ricostruzione molecolare della micro-sequenza scenica relativa allo *switch* emotivo che avvia e che conclude la scena evento.

In sintesi, se la Moviola può essere intesa come una lente che rallenta la narrazione per permettere al soggetto di osservare il proprio vissuto da una prospettiva riflessiva, la RSI si presenta come una metodologia che, pur mantenendo quella lente, aggiunge profondità tridimensionale all'immagine: il corpo, la relazione e la co-costruzione in vivo dell'esperienza.

Tabella 1 – Scheda comparativa tra la Moviola e la Ricostruzione Sequenzializzata Integrata (RSI)

Caratteristiche	Moviola	Ricostruzione Sequenzializzata Integrata (RSI)
Finalità principali	Favorire la rievocazione e la comprensione dell'esperienza soggettiva attraverso Una narrazione rallentata e dettagliata. Favorire articolazione di significati e riorganizzazione cognitiva ed emotiva dell'esperienza.	Riattualizzare l'esperienza in modo integrato, lavorando contemporaneamente sui livelli narrativo, emotivo, corporeo e relazionale. Promuovere integrazione mente-corpo, regolazione affettiva e ri-significazione condivisa dell'esperienza.
Focus dell'intervento	Ricostruzione cognitivo-emotiva dell'esperienza (livello <i>top-down</i>).	Integrazione tra dimensione cognitiva, emotiva, sensoriale e corporea (livello <i>top-down</i> + <i>bottom-up</i>)
Modalità di lavoro	Analisi sequenziale e rallentata della memoria episodica; attenzione al significato. Ricostruzione di antecedente, evento (<i>panning</i> , <i>zooming in</i> , <i>zooming out</i>), chiusura.	Ricostruzione molecolare della sequenza con coinvolgimento diretto del corpo e delle sensazioni nel "Qui e ora" terapeutico. Definizione operativa delle scene da ricostruire più articolata. Distinzione tra antefatto e antecedente. Focus sulle micro-sequenze relative alle oscillazioni e agli <i>switch</i> emotivi. Osservazione emotiva sequenziale (piano sequenza).
Coinvolgimento corporeo	Implicito, mediato dal racconto.	Esplicito: uso integrato di tecniche pratiche esperienziali (es., allineamento posturale, respiro guidato, focalizzazione sensoriale, <i>grounding</i> , ecc.)
Ruolo del terapeuta	Facilitatore dell'autonarrazione e della consapevolezza delle emozioni e dei significati.	Facilitatore e regolatore dell'esperienza integrata: accompagna la persona (o la coppia) nella connessione tra corpo, emozione e pensiero.
Tipo di esperienza terapeutica	Prevalentemente riflessiva e narrativa, co-costruita nella relazione terapeutica.	Esperienziale, <i>embodied</i> , co-costruita nella relazione terapeutica.
Outcome Clinico	Comprendere i significati della sintomatologia attraverso la narrazione degli episodi, individuazione di temi di vita e dei contesti associati.	Riattualizzare l'esperienza (respiro, postura, sensazioni) per modulare l'attivazione corporea e ricollegarla alla matrice relazionale e identitaria.

Integrazioni metodologiche

Nell'applicazione della RSI, proponendo al paziente una rievocazione, un ritorno all'evento, una riproduzione, si riattualizzeranno una serie di vissuti emotivi, sensoriali e cognitivi. Elementi che in taluni casi necessitano di regolazione o di ulteriore esplorazione. In tutte le fasi della RSI, pertanto, oltre alla raccolta di informazioni sui contenuti, sugli aspetti narrativi e percettivi del racconto, e dei suoi aspetti strutturali (come concretezza/astrazione, sequenzializzazione, integrazione), l'attenzione del terapeuta è rivolta anche alle micro e macro manifestazioni corporee esibite dal paziente durante la ricostruzione: sguardo, postura, movimento, prosodia e loro cambiamenti nel corso del racconto dell'evento rappresentano indicatori utili e potenzialmente fruibili delle oscillazioni emotive del paziente rispetto alle micro-sequenze che compongono l'evento oggetto di indagine.

Tale approccio rinforza in maniera determinante lo sviluppo di un processo di auto-osservazione della relazione tra l'esperienza immediata, tacita, procedurale e la ricostruzione esplicita, così come auspicato dalla classica Moviola. Procedere nell'indagine in questo modo consente inoltre al terapeuta di identificare i canali comunicativi (es., corporeo, immaginativo, metaforico, logico-formale) preferenziali, accessibili, e inaccessibili del paziente, permettendo una più articolata possibilità di definizione delle sue possibilità esplorative attuali e della scelta delle tecniche da utilizzare con quello specifico individuo e in quello specifico momento della terapia.

Dal nostro punto di vista, in virtù di alcune affinità che intravediamo e in via di verifiche empiriche, l'utilizzo di questo procedere integra agilmente molte delle tecniche ampiamente utilizzate nel panorama cognitivo-comportamentale (e non solo), e a sua volta ne agevola l'applicazione: *imagery*; interventi *mindfulness*-orientati; tecniche di *role playing*; *focusing* e diverse tecniche di regolazione emotiva (respirazione guidata, centratura, *grounding* ecc.).

La RSI prevede da parte del terapeuta, un atteggiamento curioso ed emotivamente sintonizzato con la persona, in modo da agevolare la costruzione di un "*timing*", di un clima congruo a facilitare la condivisione e l'esplorazione in assenza di giudizio o di ridefinizione del vissuto del paziente (assetto *mindful*).

La metodologia proposta facilita, a nostro avviso, l'applicazione di pratiche *bottom-up* quali "tracciamento" e "ricalco" di alcuni movimenti corporei così come mostrato in alcune vignette cliniche, o "sequenziamento senso-motorio", relativa individuazione e uso di "risorse corporee spontanee", perché prevede nella sua procedura, una focalizzazione approfondita e accurata sulla corporeità (Ogden & Fisher, 2016).

Similmente, la RSI consentirebbe l'uso di tecniche cosiddette pratico-esperienziali quali *role playing*, le due sedie, sculture, conservandone lo scopo e la coerenza metodologica.

Essendo tale metodo caratterizzato da una forte componente immaginativa, rende congruo l'uso di tecniche di *Imagery* con *Rescripting* (Smucker & Dancu, 1999).

Oltre alle tecniche orientate al corpo precedentemente citate, l'uso della RSI consente al terapeuta interventi tecnici *bottom-up* improntati al momento.

Va infine sottolineata l'applicabilità della RSI ai contesti di coppia e sessuologici, nei quali l'esperienza corporea e la reciprocità intersoggettiva rappresentano elementi centrali del processo terapeutico (Esposito *et al.*, 2024). La RSI estende la metodologia alla dimensione relazionale, permettendo di osservare e modulare in vivo i processi di reciprocità, le dinamiche di vicinanza/distanza e i sistemi motivazionali interpersonali che sostengono o ostacolano la cooperazione nella coppia. Applicare la RSI in psicoterapia di coppia consente ai partner di: migliorare la capacità di osservare se stessi e l'altro durante l'interazione; sviluppare una maggiore consapevolezza delle proprie componenti sensoriali, emotive e cognitive; riconoscere con più chiarezza le dinamiche interpersonali che caratterizzano la loro reciprocità; comprendere meglio i propri modelli operativi interni (schemi di personalità, stili di attribuzione di significato, sistemi motivazionali predominanti) e come ciascun partner contribuisce al funzionamento e al mantenimento della relazione di coppia. Permette inoltre al terapeuta di introdurre tecniche mansionali sessuali in maniera graduale e non rigidamente prescrittiva, favorendo così la loro accettazione e applicazione da parte della coppia (in caso di coppia con problematiche legate alla sessualità). Infine, consente di integrare il lavoro clinico con strumenti pratico-esperienziali e corporei che arricchiscano il lavoro terapeutico e tengono conto della complessità dell'esperienza personale.

Punti di forza e criticità

Per ciò che riguarda i vantaggi legati all'uso clinico di questa metodologia, ne intravediamo alcuni:

- è un metodo trasversale, utilizzabile da diversi orientamenti come piattaforma centrale di base per l'esplorazione dell'esperienza del paziente, su cui implementare tecniche specifiche per perseguire gli obiettivi previsti dal proprio orientamento. Consente al paziente di ritornare alle scene si-

gnificative, riviverle, ancor prima che raccontarle, permette l'emergere di tutte quelle componenti che costituiscono l'esperienza del paziente, al di là del sistema di lettura espresso dall'orientamento utilizzato;

- supporta l'autonomia del paziente nell'esplorazione e conoscenza delle proprie tendenze, del proprio stile di attribuzione di senso, delle proprie caratteristiche di funzionamento e di personalità. Lasciare al paziente l'autonomia di esplorare la propria esperienza è il principale fattore di esperienzialità. Ovvero, nel momento in cui il terapeuta sollecita il paziente a ricostruire quell'esperienza emotivamente significativa, lo invita anche a ricercare, considerare e riconsiderare dettagli di quella esperienza che prima aveva escluso. Il lavoro di ricerca, articolazione e successiva integrazione del vissuto emerso con quello narrato in fase di "panoramica" è un'esperienza personale, intima, a nostro avviso profonda e preziosa, compiuta autonomamente dal paziente;
- consente alla persona di acquisire un metodo di auto-osservazione, funzionale all'incremento del livello di consapevolezza di sé, di sé in relazione con l'altro e del proprio sistema di significati e credenze, aumentando quindi le capacità metacognitive;
- consente di comprendere, regolare e gestire le proprie esperienze emotive grazie a un incremento delle proprie capacità di riconoscimento emozionale, sensoriale e corporeo.

Tale metodo non è scevro da criticità, una su tutte: non tutti possono accedere facilmente alle memorie episodiche; partendo da tale criticità, forniamo alcune strategie secondo le quali si potrebbe procedere, tenendo conto del singolo caso:

- è necessario pensare a un asse di Astrazione/Concretezza che il paziente deve attraversare gradualmente, così da poter accedere alla narrazione di episodi prima in modo generico "astratto" e dai caratteri generalizzati, poi via via sempre più "concreti" e dettagliati coerentemente con quanto consentito. In questo caso l'applicazione della RSI, l'accuratezza e la molecolarità che la caratterizzano diventano un obiettivo da raggiungere;
- una volta individuata l'emozione prevalente, invitare la persona a cominciare a osservare, a fare caso nei giorni successivi alla seduta e registrare mentalmente quei momenti in cui ha sentito quella medesima condizione emotiva o sensoriale;
- talvolta si può ricorrere a esercizi comportamentali che prevedano un'esposizione a scopo specificatamente esplorativo. Tali esercizi possono avvenire anche in seduta;

- utilizzare interventi bottom-up che prevedano, da parte del terapeuta, l'evidenziazione di micro- e/o macro-movimenti corporei manifestati dal paziente durante la narrazione in seduta, ovvero il tracciamento. Notare questi atteggiamenti consente al paziente di accedere a un'osservazione sensoriale ed emotiva tale da contribuire a sollecitare la memoria episodica in modo da poter applicare la RSI.

Conclusioni

La RSI prevede un dialogo clinico strategicamente orientato. Ricostruire in sequenza rallentata e dettagliata le scene così come indicate vuol dire poter indagare gli elementi di quel territorio a cui la clinica terapeutica è ragionevolmente interessata, l'esperienza, e individuare gli elementi specifici necessari per la valutazione e il trattamento all'interno del proprio approccio terapeutico.

La metodologia descritta consente un passaggio continuo, grazie a una ricorrente esplorazione al mondo dell'esperienza della persona, tra un accesso *bottom-up* e *top-down* (Figura 1) realizzando così un'integrazione metodologica strutturale tra interventi corporei e cognitivi.

In virtù di questo, riteniamo che la RSI così sistematizzata, accurata e molecolare rappresenti un vantaggio nell'utilizzo delle tecniche sopra descritte, che possono essere introdotte in diversi momenti della ricostruzione episodica qualora il clinico lo ritenesse appropriato.

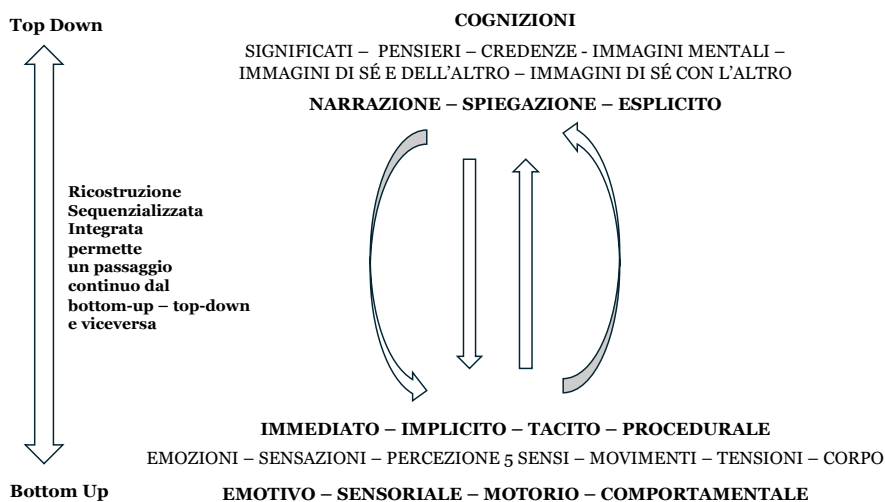
Al momento è in corso un progetto di ricerca mirato ad approfondire l'efficacia dell'uso del metodo, applicato così come descritto.

In continuità con la Moviola ma diversamente da essa, proponiamo una sistematizzazione e una proceduralizzazione del metodo originario, descrivendo più nel dettaglio le azioni del terapeuta, i tempi di osservazione, e le modalità di integrazione con tecniche specifiche, pur conservandone gli elementi caratterizzanti.

L'operazione di specificare le scene, i tempi e le inquadrature da ricostruire e riprodurre, e il come procedere da parte del clinico, definiscono e rilevano in modo più esplicito gli elementi costituenti l'esperienza del soggetto da far emergere durante il percorso. Inoltre, l'esplorazione della corporeità come parte integrata del metodo, consente al clinico l'uso di interventi tecnici orientati al corpo in modo congeniale e coerente con la metodologia.

Le sue caratteristiche la rendono un metodo trasversale e utile a molteplici orientamenti poiché consente di fare emergere tutte le componenti, nella loro complessità, dell'esperienza umana.

Figura 1 – Sintesi del modello di passaggio continuo tra un accesso bottom-up e top-down alla base della RSI



Bibliografia

- Baron-Cohen S. (2000). Theory of mind and autism: A review. *International review of research in mental retardation*, 23: 169-184. DOI: 10.1016/S0074-7750(00)80010-5.
- Beitman B.D. & Soth A.M. (2006). Activation of self-observation: A core process among the psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(4): 383. DOI: 10.1037/1053-0479.16.4.383.
- Beitman B.D., Soth A.M. & Bumby N.A. (2005). The Future as an Integrating Force Through the Schools of Psychotherapy. *Handbook of psychotherapy integration*, 65.
- Bercelli F. & Lenzi S. (1998). Analisi conversazionale di sedute di terapia cognitiva. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 2: 6-27.
- Cohen J.S., Edmunds J.M., Brodman D.M., Benjamin C.L. & Kendall P.C. (2013). Using self-monitoring: implementation of collaborative empiricism in cognitive-behavioral therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(4): 419-428. DOI: 10.1016/j.cbpra.2012.06.002.
- Compen F.R. & Speckens A.E. (2021). Putting mindfulness-based cognitive therapy to the test in routine clinical practice: A transdiagnostic panacea or a disorder specific intervention? *Journal of Psychiatric Research*, 142: 144-152. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2021.07.043.
- Deikman A.J. & Detloff W.K. (1982). The observing self; Mysticism and psychotherapy. *The San Francisco Jung Institute Library Journal*, 3(4): 25-28. DOI: 10.1525/jung.1.1982.3.4.25.
- Dimaggio G. (2019). *Corpo, immaginazione e cambiamento: Terapia metacognitiva interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.

- Dobson K.S. & Dozois D.J. (eds.) (2021). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford Press.
- Dodet M. (2022). “La formulazione del caso nel modello costruttivista post-razionalista”. In: Ruggiero G.V., Sassaroli S. & Caselli G. (a cura di), *La formulazione del caso in terapia cognitiva comportamentale* (pp. 197-203). Trento: Erickson.
- Dodet M. & Merigliano D. (2016). Significato, identità, relazione: una riflessione sul metodo postrazionalista in psicoterapia. *Costruttivismi*, 3: 63-75. DOI: 10.23826/2016.01.063.075.
- Ellis A., Palmer S., Neenan M. & Gordon J. (2001). *Stress counseling: A rational emotive behaviour approach*. Sage.
- Esposito M., Gorgoni M. & Volpi C. (2024). “Le disfunzioni sessuali: per una terapia mansionale integrata complessa”. In: Cavallo F. (a cura di), *Manuale di sessuologia clinica: Sesso, genere e orientamento. Nuove sfide e competenze in psicoterapia* (pp. 272-281). Roma: Carocci.
- Esposito M. & Pisciotto F. (2023). *Gli organizzatori dell’esperienza nella sua complessità. Sequenzializzare rigoroso e strategico come metodo per un’applicazione efficace delle tecniche di intervento*. XXI Congresso Nazionale Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC). Libro degli Abstract (pp. 410-411).
- Farb N.A., Segal Z.V., Mayberg H., Bean J., McKeon D., Fatima Z. & Anderson A.K. (2007). Attending to the present: mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social cognitive and affective neuroscience*, 2(4): 313-322. DOI: 10.1093/scan/nsm030.
- Fonagy P. & Target M (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and psychopathology*, 9(4): 679-700. DOI: 10.1017/S0954579497001399.
- Galimberti U. (2023). L’uomo nell’età della tecnica. *MicroMega*, 3: 177-190.
- Gallagher S. (2013). A pattern theory of self. *Frontiers Human Neuroscience* 7: 443. DOI: 10.3389/fnhum.2013.00443.
- Gallagher S. & Daly A. (2018). Dynamical relations in the self-pattern. *Frontiers in psychology*, 9: 664. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00664.
- Giommi F. & Barbieri S. (2016). Consapevolezza intuitiva: il cuore della trasformazione terapeutica. *Costruttivismi*, 3: 76-90. DOI: 10.23826/2016.01.076.090.
- Goldberg S.B., Riordan K.M., Sun S. & Davidson R.J. (2022). The empirical status of mindfulness-based interventions: A systematic review of 44 meta-analyses of randomized controlled trials. *Perspectives on Psychological Science*, 17(1): 108-130. DOI: 10.1177/1745691620968771.
- Greeson J.M., Zarrin H., Smoski M.J., Brantley J.G., Lynch T.R., Webber D.M. & Wolever R.Q. (2018). Mindfulness meditation targets transdiagnostic symptoms implicated in stress-related disorders: Understanding relationships between changes in mindfulness, sleep quality, and physical symptoms. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1: 4505191. DOI: 10.1155/2018/4505191.
- Guidano V.F. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Guidano V.F. (1995). “Constructivist psychotherapy: A theoretical framework”. In: Neimeyer R.A. & Mahoney M.J. (eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 93-108). American Psychological Association.
- Haigh G. (1949). Defensive behavior in client-centered therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 13(3): 181-189. DOI: 10.1037/h0060646.

- Høglend P. & Hagtvet K. (2019). Change mechanisms in psychotherapy: Both improved insight and improved affective awareness are necessary. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(4): 332-344. DOI: 10.1037/ccp0000381.
- Horowitz M.J. (2002). Self-and relational observation. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(2): 115-127. DOI: 10.1037/1053-0479.12.2.115.
- James W. (1890). *The principles of psychology*. Henry Holt & Co.
- La Rosa C. & Onofri A. (2018). *Corpo, emozioni e mente nella psicoterapia cognitiva contemporanea*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lambiase E., Toro M.B., Pensavalli M. & Cantelmi T. (2011). La tecnica dell'Auto-Osservazione Strategica secondo il modello Cognitivo-Interpersonale. *Modelli per la Mente*, 4(1): 13-30.
- Lenzi S. (2009). La tecnica della moviola come rielaborazione delle narrative personali. Aspetti conversazionali e valenze terapeutiche. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 14(1): 10-54.
- Lotto L. (2017). *Le nuove neuroscienze e la terapia bottom-up*. Milano: FrancoAngeli.
- Neisser U. (1988). Five kinds of self-knowledge. *Philosophical Psychology*, 1: 35-59. DOI: 10.1080/09515088808572924.
- Norcross J.C. & Cooper M. (2021). "A new psychotherapy for each patient". In: Norcross J.C. & Cooper M. (eds.), *Personalizing psychotherapy: Assessing and accommodating patient preferences* (pp. 3-19). American Psychological Association.
- Ogden P. & Fisher J. (2016). *Psicoterapia sensomotiva. Interventi per il trauma e l'attaccamento*. Milano: Cortina Raffaello.
- Perdighe C. & Gragnani A. (2021). *Psicoterapia cognitiva. Comprendere e curare i disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Raimy V.C. (1948). Self reference in counseling interviews. *Journal of Consulting Psychology*, 12(3): 153-163. DOI: 10.1037/h0056600.
- Seeman J. (1949). A study of the process of nondirective therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 13(3): 157-168. DOI: 10.1037/h0056764.
- Smucker M.R. & Dancu C.V. (1999). *Cognitive-behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: Imagery rescripting and reprocessing*. Lanham: Jason Aronson.
- Snyder W.U. (1945). An investigation of the nature of non-directive psychotherapy. *The Journal of General Psychology*, 33(2): 193-223. DOI: 10.1080/00221309.1945.10544506.
- Wampold B.E. & Imel Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. New York: Imprint Routledge.
- Young J.E., Klosko J.S. & Weishaar M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.