

Ritrovare l'intimità: un modello integrato per comprendere e trattare i problemi sessuali



Massimo Esposito*, Paolo Fiore**, Vito Lupo***,
Gaia Polloni****, Carla Iuliano*****

Ricevuto il 28 febbraio 2026, accettato il 26 maggio 2026

Sommario

Le difficoltà dell'intimità e della sessualità nella coppia rappresentano un motivo frequente di richiesta di aiuto clinico che invitasplorare e comprendere il funzionamento dei legami affettivi a beneficio di trattamenti sempre più efficaci. La coppia è un sistema dinamico in cui si co-costruiscono significati, regole implicite ed esplicite e confini fisici, relazionali e psicologici entro cui il comportamento sessuale non rappresenta solo una funzione biologica votata alla riproduzione della specie, ma anche un linguaggio identitario, uno spazio di negoziazione, cooperazione e affettività. I modelli operativi interni dell'attaccamento e le dinamiche correlate ai sistemi motivazionali interpersonali influenzano il desiderio, la regolazione emotiva e le modalità di contatto, comunicazione e connessione. I sintomi sessuali emergono spesso come esito di processi relazionali disfunzionali circolari.

L'articolo presenta un modello integrato per il trattamento delle difficoltà sessuali di coppia che combina terapie mansionali, lavoro esperienziale sui significati e Ricostruzione

* Psicologo, Psicoterapeuta, Sessuologo, Didatta Sitcc; Associazione di Terapia Cognitiva – Cagliari; V Centro di Terapia Cognitiva Multiverso, Via degli Scipioni 245 – 00192 Roma; e-mail: massimo.esposito69@gmail.com.

** Psicologo, Psicoterapeuta. Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino, 10124, Torino; Centro Clinico Crocetta, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva – 10129 Torino; e-mail: info@paolofiore.it.

*** Psicologo, Psicoterapeuta. Centro TMI Avellino/Battipaglia, Via Carso 6 – 84091 Battipaglia; e-mail: vitolupopsi@gmail.com.

**** Psicologa, Psicoterapeuta, Sessuologa Clinica, Centro Terapia Cognitiva, Via Rusconi 10 – 22100 Como.

***** Psicologa, Psicoterapeuta, Didatta SITCC, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Viale A. Gramsci, 13 – 80122 Napoli; e-mail: iulianocarla@gmail.com.

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSNe 2281-6046), n. 57/2025
DOI: 10.3280/qpc57-2025oa23131

Ritrovare l'intimità: un modello integrato per comprendere e trattare i problemi sessuali

ne Sequenzializzata Integrata (RSI), includendo indicazioni per l'integrazione dell'EMDR quando il trauma personale o relazionale contribuisce all'origine e al mantenimento del sintomo.

Parole chiave: coppia, sintomo sessuale, Terapia Mansionale Integrata.

Rediscovering Intimacy: Overcoming Sexual Difficulties in Couples Therapy

Abstract

Difficulties in intimacy and sexuality within the couple are a frequent reason for seeking clinical help, prompting exploration and understanding of the functioning of emotional bonds in order to promote increasingly effective treatments. The couple is a dynamic system in which meanings, implicit and explicit rules, and physical, relational, and psychological boundaries are co-constructed. Within this system, sexual behavior is not solely a biological function related to reproduction, but also an identity-related language and a space of negotiation, cooperation, and affectivity. Internal working models of attachment and the dynamics associated with interpersonal motivational systems influence desire, emotional regulation, and modalities of contact, communication and connection. Sexual symptoms often emerge as the outcome of circular dysfunctional relational processes.

This article presents an integrated model for the treatment of couple sexual difficulties that combines sensate-focus-based exercises, experiential work on meanings, Integrated Sequential Reconstruction (ISR) and includes guidelines for the integration of EMDR when personal or relational trauma contributes to the onset and maintenance of the symptom.

Keywords: couple, sexual symptoms, integrated behavioral sex therapy.

Prospettiva Cognitivo-Costruttivista della coppia

Nella clinica di coppia, il modello cognitivo-costruttivista considera le difficoltà relazionali e sessuali non come problematiche individuali, ma come espressione dei significati co-costruiti nella relazione. Ogni partner porta con sé schemi emotivi, cognitivi e relazionali derivanti dalla propria storia affettiva (Guidano, 1991) che influenzano la percezione dell'altro, la comunicazione e l'interpretazione degli eventi, compresi quelli legati alla sessualità. Nella coppia, tali significati si intrecciano generando una dinamica unica, in cui i partner co-costruiscono, condividono e negoziano identità, bisogni e aspettative reciproche.

Le differenze tra gli stili individuali possono generare complementarietà ma anche conflitti, soprattutto nei momenti di transizione o fronteggiamento di eventi critici (lutti, nascite, cambiamenti lavorativi, trasferimenti): ciò accade con maggior probabilità quando i significati attribuiti da ciascun

partner divergono e producono squilibri, incomprensioni ed eventualmente condizioni sintomatiche. La crisi di coppia, in questo senso, non è solo un problema da risolvere ma anche un'opportunità per riorganizzare schemi relazionali e significati personali, promuovendo una connessione più profonda e nuovi equilibri interpersonali (Dodet, 2014).

Il costruttivismo propone di esplorare la coppia come sistema emotivo, narrativo, percettivo e comportamentale in cui il disagio emerge attraverso narrazioni personali e condivise che diventano rigide o incongruenti (Neimeyer, 2005). La sessualità, come luogo di intimità relazionale, rappresenta spesso un'area in cui tali tensioni si manifestano con maggiore evidenza, esprimendo un valore comunicativo e identitario oltre che funzionale. Perciò l'intervento terapeutico mira in particolare a ricostruire sequenze di eventi, vissuti sensoriali ed emotivi, aspettative reciproche e significati impliciti (Esposito *et al.*, 2025), facilitando un dialogo costruttivo che renda possibile una ridefinizione condivisa più flessibile della dinamica relazionale.

Ugazio (2012) evidenzia come le polarità semantiche familiari – autonomia vs. dipendenza, potere vs. sottomissione, normalità vs. trasgressione – agiscano a livello implicito nella coppia, influenzando la disponibilità all'intimità e alla reciprocità. Il ruolo del terapeuta consiste nel favorire un processo di esplicitazione di tali rappresentazioni, permettendo ai partner di trasformare la percezione e la valutazione della realtà verso una direzione più favorevole. In questa prospettiva il sintomo non è un elemento da eliminare ma una “finestra” per contattare i significati relazionali.

La crisi diventa allora un'occasione di cambiamento, dove la sofferenza, se accompagnata da un processo dialogico ed emotivamente orientato, può generare nuovi significati, nuove esperienze e una connessione più autentica (Salvatore & Tschacher, 2012). Il lavoro clinico permette alla coppia di spostarsi da una logica centrata sul controllo o sul conflitto a una logica di co-creazione, comprensione e accettazione reciproca.

Il ruolo dell'attaccamento nella coppia

La teoria dell'attaccamento, elaborata da Bowlby (1979) e Ainsworth *et al.* (1978), si integra pienamente con l'approccio cognitivo-costruttivista poiché entrambi i modelli considerano le relazioni come sistemi dinamici di significati costruiti a partire dalle prime esperienze con i caregiver. Tali esperienze contribuiscono sostanzialmente alla genesi dei Modelli Operativi Interni (MOI): rappresentazioni cognitive, emotive, sensoriali e motorie che guidano la lettura della realtà relazionale e orientano il comportamento nelle

relazioni adulte, incluse quelle di coppia (Guidano, 1991). I MOI non sono strutture rigide, piuttosto sistemi evolutivi che si modificano attraverso l'esperienza relazionale.

Gli studi sull'attaccamento adulto (Bretherton, 1990; Main *et al.*, 1985; Oppenheim & Waters, 1995) hanno evidenziato che le rappresentazioni interne assumono la forma di copioni relazionali, ovvero sequenze organizzate attraverso l'integrazione di nessi temporali e causali e memorie associative connesseventi ripetuti nella propria storia. Semplificando a scopo esemplificativo: chi ha sperimentato caregiver sufficientemente disponibili e coerenti tende a sviluppare rappresentazioni organizzate e flessibili, favorendo fiducia, intimità e capacità di adattamento; al contrario, esperienze di prevedibile rifiuto o incoerenza imprevedibile, generano schemi rigidi o lassi, caratterizzati da difficoltà nella regolazione emotiva, nella costruzione di intimità e nell'affidamento all'altro; gli individui che hanno sperimentato un caregiving discontinuo e contraddittorio tendono a sviluppare copioni disorganizzati, privati della capacità di giungere a una soluzione coerente e integrata.

Il sistema di attaccamento si attiva in situazioni percepite come stressanti o minacciose, con la funzione di garantire protezione e ristabilire una sicurezza interna. Quando la base sicura non è disponibile l'individuo può ricorrere a strategie secondarie: iperattivazione del sistema di attaccamento (ricerca ansiosa di vicinanza e rassicurazione) o disattivazione del repertorio comportamentale dell'attaccamento (soppressione dei bisogni di attaccamento), compromettendo così la regolazione emotiva e la qualità delle relazioni (Liotti, 1992).

Hazan e Shaver (1994) hanno esteso la teoria dell'attaccamento alle relazioni romantiche, mostrando come l'amore adulto sia strutturalmente simile al legame originario con il caregiver, poiché entrambi questi campi relazionali soddisfano funzioni di base, ossia il mantenimento della prossimità, la protesta alla separazione e la ricerca di base sicura. Allo stesso tempo in età adulta l'attaccamento assume caratteristiche proprie, acquisendo una dimensione di reciprocità delle funzioni di protezione, la presenza della sessualità come canale di intimità, la capacità di mantenere il sistema esplorativo anche in assenza della figura di riferimento, l'accesso alla costruzione di un assetto cooperativo e di gestione della conflittualità oltre che l'integrazione di vissuti e rappresentazioni pregresse. Gli studi più recenti (Mikulincer & Shaver, 2007; 2019; Simpson & Rholes, 2017) confermano che i pattern di attaccamento influenzano profondamente i processi di regolazione emotiva, le modalità di gestione dei conflitti, la costruzione dei significati interpersonali e l'organizzazione dell'esperienza affettiva e sessuale. Gli schemi di

attaccamento funzionano dunque come mappe narrative ed emotive che guidano la lettura dei segnali relazionali, orientano la gestione della vicinanza e dell'autonomia, e modulano le aspettative rispetto alla disponibilità e responsabilità dell'altro.

La relazione di coppia va dunque considerata come un campo dinamico di co-costruzione di significati, in cui gli schemi di attaccamento e i Sistemi Motivazionali Interpersonali evolutivi si attivano, si intrecciano e vengono continuamente negoziati. Questi sistemi orientano le esperienze affettive e sessuali, influenzano la gestione dei bisogni di protezione, intimità ed esplorazione, e definiscono il modo in cui i partner interpretano e rispondono ai segnali di vicinanza, distanza e rifiuto.

I Sistemi Motivazionali Interpersonali nella coppia

I Sistemi Motivazionali Interpersonali (SMI) rappresentano reti funzionali evolutive, innate e orientate al soddisfacimento di bisogni fondamentali nella relazione con l'altro, guidando emozioni, comportamenti e significati sociali (Liotti & Monticelli, 2008; Panksepp, 1998). Essi forniscono il "software emotivo" che regola aspettative, obiettivi e modalità di interazione, e si attivano in base al contesto relazionale. Nella coppia, i principali sistemi rilevanti sono:

- *sistema di attaccamento*: attiva il bisogno di prossimità e di sicurezza in presenza di minacce o insicurezze relazionali; nella coppia regola la ricerca di rassicurazione, conforto e contenimento, la modulazione della dipendenza e della risposta al rifiuto;
- *sistema d'accudimento (caregiving)*: orientato alla cura dell'altro, alla protezione e al mantenimento del legame; favorisce disponibilità empatica e sostegno emotivo;
- *sistema sessuoaffettivo (erotico)*: mobilita il desiderio, la ricerca di piacere condiviso e favorisce la riproduzione, integrando segnali fisici, relazionali e simbolici connessi all'attrazione sessuale e che può essere facilitato o inibito dalla percezione di sicurezza relazionale;
- *sistema gerarchico/competitivo (rank)*: regola aspetti di autonomia/potere, riconoscimento sociale e rivalità; può essere attivato in conflitti di ruolo o di valore all'interno della coppia,
- *sistema cooperativo paritetico*: si attiva nel riconoscimento di obiettivi condivisi la cui realizzazione necessita di una collaborazione paritetica (gioco a somma diversa da zero);

- *sistema di gioco sociale*: favorisce l'esplorazione in un contesto ludico, privo di minacce e pericoli, in cui lo scopo è l'apprendimento; può essere attivato nell'esplorazione dell'esperienza sessuale e sollecitato da proposte mansionali tipiche della terapia mansionale integrata.

La qualità del legame di coppia dipende dall'equilibrio e dalla miscelazione tra questi sistemi: in presenza di un'attivazione prevalente, rigida/lassa e/o disfunzionale, può interferire con la realizzazione di un'intimità sessuale. Ad esempio, un'eccessiva attivazione del sistema di attaccamento può generare dipendenza disfunzionale o paura della vicinanza, mentre un agonismo predominante può trasformare la sessualità in terreno di controllo, rango o competizione.

I sistemi non funzionano in modo isolato, ma interagiscono tra loro, modulandosi, integrandosi o entrando in conflitto. La clinica osserva spesso circoli ricorsivi come ad esempio un pattern "richiesta-ritiro": il partner con attaccamento ansioso attiva una richiesta di vicinanza mentre l'altro, tendenzialmente evitante, risponde con ritiro per proteggere la propria iperautonomia. Questo schema irrigidisce la comunicazione emotiva e sessuale, generando frustrazione, calo del desiderio, conflitti di potere o disfunzioni (Mikulincer & Shaver, 2016). Nella prospettiva cognitivo-costruttivista, questi sistemi sono legati in particolare alle narrazioni tramite cui ciascun partner attribuisce significato alle esperienze relazionali e sessuali.

Il terapeuta in questi casi esplora non solo l'attivazione dei sistemi coinvolti, ma anche le loro rappresentazioni storiche, emotive e identitarie.

Pertanto, in ambito clinico risulta utile identificare:

1. gli stili di attaccamento impliciti ed espliciti;
2. i Sistemi Motivazionali attivati in momenti specifici (iniziativa sessuale, protezione, conflitto);
3. le narrazioni che attribuiscono senso ai gesti affettivi e sessuali;
4. i pattern relazionali ricorrenti.

L'intervento terapeutico mira a rendere espliciti i significati impliciti, favorendo modalità alternative di interazione e co-costruendo nuove trame narrative che integrino sicurezza affettiva e vitalità erotica. In questa prospettiva il sintomo sessuale diventa una forma di comunicazione e un accesso privilegiato alla comprensione della dinamica motivazionale e narrativa della coppia.

Tabella 1. Attaccamento, attivazione dei sistemi motivazionali e possibili implicazioni cliniche

Stile di attaccamento	Pattern di attivazione (attaccamento ↔ altri sistemi)	Impatto su intimità e sessualità	Esempi clinici tipici	Obiettivi/interventi terapeutici
Sicuro	Attivazione flessibile: attaccamento e caregiving funzionano in sinergia con sessualità ed esplorazione, favorendo equilibrio, intimità e vitalità nella relazione di coppia	Buona regolazione emozionale; sessualità integrata con vicinanza e novità	Normalmente buona intimità; crisi più legate a stress esterni	Consolidare le risorse narrative, potenziare le competenze comunicative e sostenere la capacità della coppia di mantenere un equilibrio dinamico tra novità e sicurezza all'interno della relazione
Ansioso/ Preoccupato	Iperattivazione dell'attaccamento: la sessualità può essere impiegata come strumento per ottenere rassicurazione e conferme della disponibilità del partner, riflettendo un intenso bisogno di vicinanza e di validazione affettiva.	Iniziative erotiche spesso connotate da un'elevata componente ansiosa, riflettendo la difficoltà a vivere la sessualità come esperienza di reciproco piacere e connessione. Rischio di dipendenza emotiva	Il bisogno di rassicurazione si manifesta attraverso richieste insistenti di conferme affettive e comportamenti di gelosia, spesso accentuati dalla percezione di un calo del desiderio da parte del partner. Il calo del desiderio viene vissuto come una minaccia diretta al legame, innescando crisi relazionali e un'intensa riattivazione del sistema di attaccamento	Promuovere una maggiore regolazione dell'ansia di attaccamento, favorire la separazione tra la dimensione sessuale e i bisogni di autovalidazione e amabilità, incrementare la sicurezza narrativa
Evitante/ Distanziato	Iperinvestimento sull'autonomia personale, riduzione della consapevolezza o dell'espressione dei bisogni di vicinanza, con una tendenza a concepire la sessualità come esperienza separata dalla dimensione affettiva	Difficoltà a integrare intimità emotiva con la sessualità; Tendenza al ritiro di fronte alle richieste affettive del partner, come modalità difensiva volta a mantenere il controllo e ridurre la vulnerabilità emotiva.	Pattern richiesta-ritiro: la ricerca di vicinanza di un partner genera nell'altro una risposta di chiusura o allontanamento. Tale dinamica contribuisce spesso al calo del desiderio sessuale, che viene percepito dal partner come un segnale di disinvestimento o di rifiuto affettivo.	Favorire una progressiva tolleranza della vicinanza emotiva e della dipendenza dall'altro, attraverso esperimenti incrementali di intimità
Disorganizzato/ Timoroso	Attivazioni contraddittorie del sistema di attaccamento: il desiderio di vicinanza coesiste con una paura intensa dell'altro e della relazione. Questa dinamica genera una marcata disregolazione emotiva, con oscillazioni improvvise tra ricerca e rifiuto del contatto, che possono riprodursi anche nella dimensione sessuale	La sessualità può diventare una fonte di confusione, vergogna o di vissuti dissociativi, in quanto riattiva memorie traumatiche legate alla paura e alla perdita di controllo. L'esperienza erotica, anziché rappresentare uno spazio di connessione, può essere investita di ambivalenze e vissuta come minacciosa	Reazioni emotive estreme e oscillazioni tra il bisogno di attaccamento e il rifiuto della relazione. Il sistema sessuale può attivarsi in modo incongruo, sostituendo o confondendosi con altri Sistemi Motivazionali Interpersonali, generando comportamenti contraddittori e vissuti di disconnessione emotiva	Sostenere la stabilità emotiva, potenziare la mentalizzazione e costruire insieme al paziente interventi che garantiscano un senso costante di sicurezza relazionale

L'intervento clinico sulla coppia con disfunzioni sessuali

Il trattamento delle disfunzioni sessuali rappresenta un'area complessa della psicoterapia poiché l'intervento non è esclusivamente individuale ma diretto alla relazione di coppia, agendo sull'intimità, sulla comunicazione e sull'immagine di sé e dell'altro. In chiave cognitivo-costruttivista, il sintomo sessuale non è solo conseguenza di un deficit/disturbo ma anche espressione di significati personali e condivisi che la coppia usa implicitamente per codificare l'esperienza sessuale-affettiva, che si traduce in una narrazione dell'identità personale e della coppia. Sebbene in questi casi spesso ci si interroghi su “Cosa non funziona?” risulta più efficace domandarsi “Come la coppia ha generato e mantiene questo sintomo in questo preciso momento della sua storia?”. In tale prospettiva ciascun partner contribuisce alla costruzione della percezione della realtà sessuale condivisa ed è sulle modalità di co-costruzione di tale esperienza che si orienta l'intervento clinico (Fenelli & Volpi, 2024).

Chiara (32 anni) e Luca (35 anni) chiedono aiuto per la difficoltà di lui a mantenere l'erezione. Nei primi colloqui entrambi parlano del problema come di una “prova d'amore fallita”: Luca si sente inadeguato come uomo mentre Chiara interpreta l'episodio come un segnale di disinteresse nei suoi confronti. La disfunzione erettile non è soltanto un fenomeno fisiologico, diventa un nodo simbolico che minaccia la relazione. In terapia, il lavoro si orienta a decostruire questi significati rigidi (“Un vero uomo deve sempre...”, “Se non mi desidera significa che non mi ama”) per aprire a nuove narrazioni condivise.

La sessualità diventa espressione di un linguaggio relazionale, nel quale si intrecciano identità, potere, intimità e riconoscimento reciproco. Il sintomo sessuale assume spesso valore simbolico, canale espressivo per bisogni di protezione, segnalazione di distanza relazionale, paura di dipendenza, rabbia trattenuta o desiderio di vicinanza. Anche quando il disturbo/deficit sia riconducibile a fattori psicobiologici intrapsichici è fondamentale inserire tale fenomeno all'interno di dinamiche interpersonali che determinano o favoriscono il mantenimento della disfunzione sessuale: il corpo diviene linguaggio di tensioni relazionali non elaborabili a livello esplicito.

In questa cornice, la Terapia Mansionale Integrata (TMI) mantiene la sua validità come modello centrato sul sintomo e sulle tecniche comportamentali (Fenelli & Lorenzini, 2012), integrata con approcci evoluzionisti, relazionali e narrativi. L'obiettivo non è solo la riduzione sintomatologica ma anche la promozione di un benessere personale e interpersonale attraverso un cambia-

mento significativo e stabile, realizzabile tramite l'esplorazione dei modelli operativi affettivi, dei significati impliciti e della dinamica sistemica della coppia (Esposito *et al.*, 2025).

Il sintomo sessuale viene considerato come un fenomeno regolativo del sistema di coppia, che emerge in una determinata fase evolutiva della diade e svolge una funzione di protezione dell'equilibrio identitario individuale e relazionale.

Non si tratta di identificare causazioni lineari, piuttosto di descrivere ed esplicitare un processo coalizionale che include fattori individuali, relazionali, contestuali e storici. La regolazione dei Sistemi Motivazionali Interpersonali – in particolare attaccamento, accudimento, sessualità e agonismo – gioca un ruolo cruciale: quando questi sistemi operano in modo incongruente o rigido, ostacolano il naturale fluire della sessualità compromettendo esperienze cooperative e ludiche che sostengono l'intimità, il piacere e l'esplorazione (Iuliano, 2025a; 2025b).

Un modello terapeutico efficace deve considerare le tre dimensioni della sessualità:

- *rettaliana*, connessa alla regolazione corporea e fisiologica;
- *limbica*, correlata all'affettività, alla sintonizzazione emotiva e alla regolazione delle dinamiche interpersonali e di ricerca di vicinanza;
- *corticale*, riguardante le rappresentazioni mentali associate a significati, immagini del Sé come partner sessualizzato narrazioni e aspettative reciproche, promuovendo la regolazione psicofisiologica, rafforzando connessioni emotive e sostenendo la co-costruzione di significati condivisi in continuo aggiornamento.

Gli interventi mansionali sessuali richiedono un aggiornamento alla luce delle neuroscienze e dell'avvento degli approcci bottom-up, enfatizzando il ruolo dell'esperienza sensoriale, corporea e pre-riflessiva come accesso privilegiato al cambiamento (Lotto, 2017; La Rosa & Onofri, 2017).

La terapia, dunque, si orienta verso un approccio integrato che prevede sia il trattamento della coppia come unità fondamentale di intervento e sia momenti di lavoro individuale, ove valutato come funzionale alla risoluzione del disagio, nello specifico la ricostruzione sequenziale degli episodi significativi, esplorati nei loro aspetti sensoriali, emotivi, cognitivi e relazionali. Il terapeuta promuove uno spazio equanime di esplorazione, favorendo la reciprocità emotiva, la comprensione condivisa e la capacità della coppia di co-costruire una sessualità più consapevole, autentica e vitale.

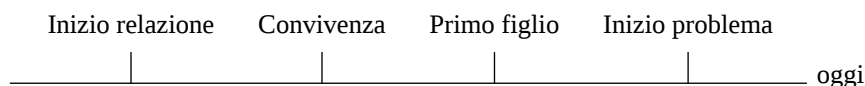
Il processo terapeutico: l'importanza della ricostruzione degli eventi e la storia della coppia attraverso la Ricostruzione Sequenzializzata Integrata come metodo.

Nel contesto terapeutico di coppia, l'obiettivo iniziale si traduce nella ricostruzione del processo relazionale seguendo una linea temporale sulla quale vengono collocati gli eventi rilevanti che hanno contribuito a cambiamenti di significato nella storia della coppia. Tale ricostruzione non mira a spiegare il *perché* siano avvenuti, ma *quando e come* si sono sviluppati. Attraverso questa mappatura narrativa ed esperienziale si evidenzia l'evoluzione dello scompenso relazionale associato agli snodi biografici, favorendo l'individuazione del processo eziopatogenetico (Fenelli & Volpi, 2025). In questa fase la coppia viene invitata a descrivere in modo dettagliato l'ultimo episodio in cui si è manifestato il problema oppure l'evento che li ha motivati a chiedere aiuto; successivamente, si procede con la costruzione di una mappa cronologica della storia relazionale, includendo momenti simbolicamente rilevanti (scelta reciproca, primo bacio, primo rapporto sessuale, convivenza, matrimonio, nascita di figli, lutti, trasferimenti). L'attenzione è rivolta al significato attribuito ai vari eventi allo scopo di comprendere come alcuni cambiamenti non siano stati integrati nell'identità di coppia, generando così squilibri.

La linea del tempo diventa uno strumento clinico per formulare ipotesi: consente di collocare l'insorgenza del sintomo rispetto a fasi evolutive della relazione senza attribuire causalità diretta. Ad esempio, la comparsa del problema dopo la nascita di un figlio può essere letta alla luce di ulteriori fattori concomitanti (cambiamenti lavorativi, eventi familiari, lutti) che amplificano la vulnerabilità del sistema-coppia.

Nel lavoro terapeutico particolare attenzione è rivolta ai giochi di potere, alle dinamiche seduttive e alle forme di alleanza (o collusione) che possono emergere anche nel setting terapeutico. Un passaggio cruciale è la ridefinizione condivisa del problema in termini sovra-individuali, favorendo una transizione da una visione colpevolizzante a una prospettiva di comprensione condivisa attraverso la co-costruzione di significati e strategie di risoluzione dei problemi, aprendo così a nuovi orizzonti di senso inaccessibili individualmente.

La prima mappatura degli eventi può essere rappresentata su una linea del tempo, utile per formulare ipotesi rispetto alla comparsa dei problemi all'interno della relazione. Ad esempio:



La Ricostruzione Sequenzializzata Integrata (RSI) (Esposito *et al.*, 2025) è un metodo clinico esperienziale che consiste nella ricostruzione rallentata e dettagliata di episodi autobiografici significativi, trasformati in scene collocate in uno spazio-tempo preciso e descritte sul piano coreografico (come), scenografico (dove/quando) e di sceneggiatura (cosa/con chi). L'obiettivo è far emergere, in tempo presente, le componenti cognitive, emotive, sensoriali, immaginative e corporee dell'esperienza, favorendo auto-osservazione, consapevolezza e sviluppo delle capacità metacognitive dei partner. Il metodo nasce in continuità con la "Moviola" di Guidano (1991), che aggiorna attraverso una maggiore proceduralizzazione dei passaggi clinici e l'integrazione sistematica di tecniche corporee ed esperienziali, permettendo un lavoro sia top-down che bottom-up.

La procedura prevede la ricostruzione/riproduzione di:

- *scena evento*, così come riportata dalla coppia: panoramica o Panning (Tempo 1);
- *scena in antefatto/antecedente*: rispettivamente, ricostruzione della scena (o delle scene) che immediatamente precede l'evento e la scena storicamente correlata con l'attivazione emotiva come percepita dai partner.
- *scena evento ripercorsa*, in ricostruzione rallentata in sequenza della scena riportata dalla persona/coppia al Tempo 1;
- *scena vista dall'esterno/decentramento*: rappresentazione di sé nella scena con l'altro;
- *scena di chiusura*: conseguenze/termine esperienza.

Durante la sequenza, il terapeuta osserva non solo i contenuti narrativi ma anche le manifestazioni corporee (sguardo, postura, prosodia, movimenti), utilizzandole come indicatori delle micro-oscillazioni emotive e come base per introdurre tecniche esperienziali prevedibilmente efficaci. Nella psicoterapia sessuale, la RSI si focalizza in particolare sulla reciprocità corporea (distanza/vicinanza, ritmo, contatto), includendo anche gli aspetti più concreti della "meccanica" dell'incontro sessuale, così da distinguere difficoltà tecniche e strutturali da blocchi cognitivi ed emotivi. Vengono ricostruite anche le scene relative alle mansioni sessuali prescritte.

La RSI produce benefici su un duplice livello. Per i partner facilita l'osservazione di sé e dell'altro durante l'interazione, aumentando la consapevolezza delle componenti sensoriali, emotive e cognitive, rendendo più leggibili le dinamiche di reciprocità e i propri modelli operativi interni; per il terapeuta, offre una cornice entro cui introdurre in modo graduale le mansioni sessuali e integrare strumenti pratico-corporei (role play, sculture relazionali,

esercizi di immedesimazione, pratiche di contatto sensoriale, grounding, respirazione guidata, focalizzazione sensoriale) costruiti ad hoc.

In conclusione, la RSI configura un dialogo clinico strategicamente orientato, applicabile a terapie individuali e di coppia, che fornisce una piattaforma ideale per integrare Terapia Mansionale Integrata e tecniche esperienziali, esplorando in profondità l'esperienza vissuta come terreno privilegiato del cambiamento terapeutico.

Integrazioni cliniche

In ambito clinico numerose problematiche sessuali possono presentare una componente traumatica che si intreccia con la storia evolutiva e relazionale dell'individuo o della coppia. Esperienze precoci di trascuratezza, umiliazione, abuso fisico o sessuale, come anche eventi relazionali ripetuti di rifiuto o svalutazione, possono lasciare tracce profonde nella memoria implicita e nel corpo, influenzando la capacità di affidarsi, di provare piacere e di vivere l'intimità in modo sicuro. Quando il trauma si iscrive all'interno del Sistema di attaccamento – come nei casi di abuso intrafamiliare – si determina l'attivazione simultanea dei sistemi di difesa e di attaccamento, con conseguente frammentazione dell'esperienza e difficoltà di integrazione (Liotti & Farina, 2011).

In questa prospettiva, il corpo non è solo teatro del sintomo ma diviene anche il luogo della memoria traumatica e della possibilità di elaborazione. Come sottolinea Van der Kolk (2015), le esperienze traumatiche non elaborate tendono a “rimanere nel corpo”, generando risposte fisiologiche e sensoriali che si riattivano nella vita intima e relazionale. L'integrazione tra approcci cognitivi, corporei ed esperienziali consente di favorire la ricomposizione del legame tra vissuto emotivo e rappresentazione cognitiva.

Tra gli approcci maggiormente riconosciuti per l'elaborazione delle esperienze traumatiche, l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR & Shapiro 2013, 2019) rappresenta una delle terapie di elezione. Il suo funzionamento si fonda sul modello dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione (AIP), secondo cui gli eventi traumatici rimangono immagazzinati in reti mnestiche disfunzionali, insieme alle emozioni, alle sensazioni corporee e alle convinzioni negative originariamente associate. Attraverso la stimolazione bilaterale alternata (visiva, tattile o uditiva), il protocollo EMDR facilita la riattivazione del sistema naturale di elaborazione dell'informazione, consentendo la riorganizzazione integrata del ricordo e la sua ricodifica in termini adattivi.

Dal punto di vista neurobiologico la stimolazione bilaterale coinvolge i due emisferi cerebrali e modula il funzionamento delle aree limbiche, favorendo un riequilibrio tra l'attivazione emotiva e i processi corticali di regolazione e mentalizzazione (Pagani & Carletto, 2017). Questo permette al paziente di accedere a ricordi dolorosi senza essere sopraffatto dall'intensità affettiva, integrandoli in una narrazione coerente e meno minacciosa.

Nel lavoro clinico con la coppia l'integrazione dell'EMDR con la terapia sessuale integrata consente di elaborare non solo i traumi individuali, ma anche quelli relazionali: esperienze di umiliazione, rifiuto, tradimento o perdita che hanno inciso sulla possibilità di fidarsi dell'altro e di vivere la sessualità in modo libero e giocoso. L'EMDR, in questo contesto, diventa uno strumento esperienziale che, lavorando sul corpo e sulla memoria implicita, favorisce la riconnessione tra sicurezza e desiderio, tra contatto fisico e significato emotivo. Integrato in un percorso narrativo-relazionale, esso sostiene la co-costruzione di nuove esperienze di fiducia, intimità e piacere condiviso (Iuliano, 2025a).

La stimolazione bilaterale (BLS) si fa su un partner alla volta in un contesto individuale o di coppia. In terapia di coppia uno dei partner è il target, l'altro è presenza regolata. Quindi non si fa EMDR "sulla coppia", ma con la coppia presente (Shapiro, 2019).

Il target è individuale, si lavora su una ferita personale anche se il contesto è relazionale. Il partner osserva come testimone regolato. Il setting può essere organizzato con il partner seduto di lato, contatto visivo solo se regolante e pause frequenti per il riorientamento al presente (Roques, 2017).

Conclusioni

La prospettiva cognitivo-costruttivista, integrata con la teoria dei Sistemi Motivazionali Interpersonali, offre un modello dinamico per comprendere i disturbi dell'intimità non come mere disfunzioni, ma come espressioni dei significati relazionali e corporei co-costruiti nella storia della coppia. In questa integrazione, la relazione è vista come un sistema in cui emozioni, narrazioni e motivazioni interpersonali si intrecciano, influenzando la qualità del legame e la possibilità di vivere la sessualità in modo più coerente e vitale.

L'attenzione al corpo, ai Sistemi Motivazionali e ai processi esperienziali permette di leggere il sintomo come un linguaggio incarnato, capace di esprimere ciò che la mente non riesce ancora a rappresentare o a comunicare. In questo senso, la terapia diventa uno spazio privilegiato in cui il corpo e la parola tornano a dialogare, e la sofferenza può trasformarsi in consapevolezza.

L'approccio proposto, fondato sulla ricostruzione sequenziale delle esperienze (RSI) e sull'integrazione di tecniche corporee e di elaborazione del trauma, come l'EMDR, consente di ricomporre fratture di senso e di restituire alla coppia una nuova continuità narrativa ed emotiva.

Bibliografia

- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E. & Wall S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- Bowlby J. (1979). The Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(4): 637-638.
- Bretherton I. (1990). Communication patterns, internal working models, and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11(3): 237-252.
- Dodet M. (2014). Costruire storie e significati in terapia di coppia. *Psicobiettivo*, XXXIV, 1: 119-126. DOI: 10.3280/PSOB2014-001009.
- Esposito M. *et al.* (2025). 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., Tourjansky G. & Gorgoni M. (2025). Ricostruzione Sequenzializzata Integrata (RSI): sequenzializzare come metodo di auto-osservazione in psicoterapia per un'applicazione efficace delle tecniche. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 56: 101-126. DOI: 10.3280/qpc56-2025oa21774.
- Fenelli A. & Lorenzini R. (2012). *Clinica delle disfunzioni sessuali*. Roma: Carocci.
- Fenelli A. & Volpi R. (2024). Sessuologia e psicoterapia sessuale. In: Ardito R. & Bara B. (a cura di), *Manuale di psicologia clinica e psicoterapia cognitiva – la prospettiva costruttivista e relazionale* (pp. 488-512). Roma: Giovanni Fioriti.
- Guidano V.F. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Hazan C. & Shaver P.R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological inquiry*, 5(1): 1-22.
- Iluliano C. (2025a). *Sessualità: corpo, relazione e trauma*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Iluliano C. (2025b). Quando il comportamento sessuale racconta il trauma. In: Cavallo F. (a cura di), *Manuale di sessuologia clinica: Sesso, genere e orientamento. Nuove sfide e competenze in psicoterapia* (pp. 385-394). Roma: Carocci.
- La Rosa C. & Onofri A. (2017). *Dal basso in alto (e ritorno...): Nuovi approcci bottom up: Psicoterapia cognitiva, corpo, EMDR*. Roma: Apertamenteweb.
- Liotti G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5(4): 196-204.
- Liotti G. & Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti G. & Monticelli F. (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lotto B. (2017). *Deviate: The science of seeing differently*. London: Weidenfeld & Nicolson.

- Main M., Kaplan N. & Cassidy J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2): 66-104.
- Mikulincer M. & Shaver P.R. (2007). Attachment, group-related processes, and psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(2): 233-245. DOI: 10.1521/ijgp.2007.57.2.233.
- Mikulincer M. & Shaver P.R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 25, 6-10. DOI: 10.1016/j.copsyc.2018.02.006.
- Neimeyer R. (2005). Grief, loss, and the quest for meaning: Narrative contributions to bereavement care. *Bereavement Care*, 24(2): 27-30. DOI: 10.1080/02682620508657628.
- Oppenheim D. & Waters H.S. (1995). Narrative processes and attachment representations: Issues of development and assessment. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60(2-3): 197-215.
- Pagani M. & Carletto S. (2019). *Il cervello che cambia*. Roma: Mimesis.
- Panksepp J. (1998). The periconscious substrates of consciousness: Affective states and the evolutionary origins of the self. *Journal of consciousness studies*, 5(5-6): 566-582.
- Roques J. (2017). *Coppie e EMDR: Una terapia integrativa*. Milano: FrancoAngeli.
- Salvatore S. & Tschacher W. (2012). Time dependency of psychotherapeutic exchanges: The contribution of the theory of dynamic systems to the process analysis. *Frontiers in Psychology*, 3: Article 253. DOI: 10.3389/fpsyg.2012.00253.
- Shapiro F. (2013). *Lasciare il passato nel passato. Tecniche di auto-aiuto nell'EMDR*. Roma: Astrolabio.
- Shapiro F. (2019). *EMDR. Il manuale. Principi fondamentali, protocolli, procedure*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Shaver P.R. & Mikulincer M. (2007). Adult Attachment Strategies and the Regulation of Emotion. In: Gross J.J. (ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 446-465). New York: Guilford Press.
- Simpson J.A. & Rholes W.S. (2017). Adult attachment, stress, and romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, 13: 19-24. DOI: 10.1016/j.copsyc.2016.04.006.
- Ugazio V. (2012). *Storie permesse storie proibite: polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Van der Kolk B.A. (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore.