

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/330895214>

Una bussola per la comprensione delle dinamiche di coppia: il metodo per la formulazione del piano della coppia (MFPC)

Article in *RICERCHE DI PSICOLOGIA* · January 2019

DOI: 10.3280/RIP2018-004007

CITATION

1

READS

464

4 authors, including:



Martina Rodomonti

Sapienza University of Rome

12 PUBLICATIONS 113 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Silvia Mazzoni

Sapienza University of Rome

30 PUBLICATIONS 170 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Francesco Gazzillo

Sapienza University of Rome

103 PUBLICATIONS 1,345 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

UNA BUSSOLA PER LA COMPrensIONE DELLE DINAMICHE DI
COPPIA:
IL METODO PER LA FORMULAZIONE DEL PIANO DELLA COPPIA
(MFPC)

A COMPASS TO AN UNDERSTANDING OF COUPLE DYNAMICS:
THE PLAN FORMULATION METHOD FOR COUPLES (PFMC)

Riassunto

La Control-Mastery Theory (CMT) è una teoria psicodinamico-cognitiva di natura relazionale del funzionamento mentale e della psicoterapia (Gazzillo, 2016; Weiss, 1993) sviluppata ed empiricamente validata dal San Francisco Psychotherapy Research Group (Weiss, Sampson e Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986).

Uno degli assunti principali della CMT è che le persone che richiedono una psicoterapia siano guidate da un piano inconscio (Silberschatz, 2005, 2008; Weiss, 1993) che prevede la realizzazione di obiettivi sani e piacevoli e la disconferma delle credenze patogene che si sono sviluppate come conseguenza di esperienze traumatiche infantili e che ostacolano il paziente nei suoi sforzi di adattamento.

Anche nella vita quotidiana le persone mettono alla prova le proprie credenze patogene e le relazioni intime, in virtù della loro stabilità e del coinvolgimento emotivo che implicano, rappresentano un contesto ideale affinché i partner possano tentare di disconfermarle (Zeitlin, 1991), sperando di ricevere dall'altro risposte diverse da quelle dei propri caregivers traumatici. Quando ciò non accade, nella coppia si sviluppano vissuti negativi e sintomi che possono spingere i partner alla ricerca di un trattamento psicoterapeutico.

Ipotizziamo che anche le coppie, sin dall'inizio della terapia, siano guidate da un piano inconscio e l'obiettivo del nostro lavoro è quello di fornire le linee guida per la Formulazione del Piano della Coppia. Il Piano di coppia comprende gli obiettivi; gli ostacoli; i traumi individuali e di coppia; i circoli viziosi, ovvero l'incastro delle credenze patogene dei partner che genera pattern disfunzionali; i circoli virtuosi, che garantiscono ai membri della coppia di sentirsi al sicuro nella relazione; infine, gli insight. Le diverse componenti del piano di coppia verranno illustrate tramite l'aiuto di un caso clinico e verranno riportati i risultati dei due self report utilizzati: l'Interpersonal Guilt Rating Scale-15 (IGRS-15, Gazzillo

et al., 2017) e la Scala delle Credenze Problematiche (PBS; Silberschatz, 2016).

Il Piano della coppia rappresenta un metodo di valutazione e intervento nel lavoro con le diadi coniugali e genitoriali, utile al terapeuta -soprattutto se giovane- per orientarsi nella clinica e al ricercatore per comprendere le dinamiche disfunzionali alla base della sofferenza individuale e diadica.

Abstract

Control-Mastery Theory (CMT) is a cognitive-psychodynamic theory of psychological functioning and psychopathology (Gazzillo, 2016; Weiss, 1993), empirically validated by the San Francisco Psychotherapy Research Group (1986).

A central tenet of CMT is that people who seek for psychotherapy are guided by an *unconscious plan* (Silberschatz, 2005, 2008; Weiss, 1993). Such *unconscious plan* provides for the realization of healthy and pleasant goals and the disconfirmation of the pathogenic beliefs that have developed as a consequence of childhood traumatic experiences and which hinder the patient in his adaptation efforts.

Even in everyday life people *test* their pathogenic beliefs and intimate relationships, thanks to the stability and the emotional involvement that they imply, represent an ideal context for the partners to try to disconfirm their respective pathogenic beliefs (Zeitlin, 1991), hoping to receive different responses from those received by their traumatic caregivers. When this does not happen, the couple develops negative experiences and symptoms, which may encourage partners to seek for a psychotherapeutic treatment.

We hypothesize that not only individuals but also couples are guided by an unconscious plan at the beginning of the therapy and the aim of our work is to provide guidelines for the Formulation of the Couple's Plan. The couple's plan includes goals, obstructions, individual and couple traumas, vicious circles such as the matching of pathogenic beliefs of both partners that generate dysfunctional patterns, virtuous circles which guarantee members of the couple to feel safe in the relationship, and finally the insights.

The formulation of each component will be explained with the help of a clinical case and the results of the self-report measures used - the Interpersonal Guilt Rating Scale-15 (IGRS-15, Gazzillo et al., 2017) and the Pathogenic/Problematic Beliefs Scale (PBS; Silberschatz, 2016) - will be reported.

The couple's plan represents a method of assessment and intervention in the work with conjugal and parental dyads, which is useful both to the therapist - especially to the young therapist - to orientate himself in the clinical work, both to the researcher, to understand the dysfunctional dynamics underlying individual and dyadic suffering.

Control-Mastery Theory; Terapia di coppia; Piano di coppia; Metodo per la Formulazione del Piano della Coppia

Control-Mastery Theory; Couple Therapy; Couple's Plan; Plan Formulation Method for Couples

Sebbene numerosi dati di ricerca attestino l'efficacia della terapia di coppia sia nel miglioramento della qualità della relazione tra i partner sia nella diminuzione della sintomatologia e della sofferenza individuale (Gollan e Jacobson, 2002; Lebow, Chambers, Christensen, e Johnson, 2012; Shadish e Baldwin, 2003; Snyder, Castellani e Whisman, 2006; Snyder e Halford, 2012; Sprenkle, 2003) - il che la rende preferibile a un non trattamento -, tra il 25/30% delle coppie non mostra benefici dopo la psicoterapia (Snyder et al., 2012) e, in generale, il follow up a 2 anni ha indicato, in linea con i risultati relativi alle psicoterapie individuali brevi, una notevole riduzione degli effetti positivi della terapia congiunta (Christensen, Atkins, Berns, Wheeler, Baucom e Simpson, 2004; Jacobson, Schmalting e Holtzworth-Munroe, 1987; Snyder, Wills e Grady-Fletcher, 1991). A tal proposito, tuttavia, alcuni studi hanno rilevato che le terapie che si focalizzano sulla connessione tra le problematiche attuali e le esperienze del passato (Insight Oriented Couple Therapy) piuttosto che rimanere ancorati al qui e ora (Behavioral, Cognitive o Emotional Focused Couple Therapy) garantiscono miglioramenti più stabili (Snyder et al., 1991; Snyder et al., 2012).

Negli ultimi vent'anni, nel tentativo di incrementare l'efficacia della terapia di coppia, si è assistito alla nascita di approcci integrati che coniugano i punti di forza di diversi modelli e che mirano ad implementare la consapevolezza dei membri della coppia sui propri contributi alla funzionalità della relazione (Snyder et al., 2012). Tali approcci attribuiscono importanza alla ricerca dei nessi tra le relazioni affettive sperimentate in famiglia durante lo sviluppo e la relazione attuale di coppia. Snyder (1999), ad esempio, ha proposto un modello "gerarchico" che combina tecniche centrate sul qui ed ora e tecniche focalizzate sulla ricostruzione delle storie personali dei partner.

In base a tali premesse, vorremmo proporre all'interno del vasto panorama delle terapie di coppia un modello *integrativo*, clinicamente valido ed empiricamente supportato: la Control-Mastery Theory (CMT; Gazzillo, 2016; Weiss, 1993; Weiss et al., 1986). La CMT è una teoria psicodinamico-cognitiva di natura relazionale del funzionamento mentale e della psicoterapia che consente un'originale integrazione di principi e tecniche appartenenti a tradizioni psicoterapiche differenti che potrebbe permettere di superare la frammentazione e la contrapposizione di approcci alla terapia di coppia diversi tra loro. In linea con quanto appena esposto, la CMT applicata ai setting congiunti presenta numerosi elementi di continuità con i principali modelli contemporanei di terapia di coppia (Gurman, Lebow e Snyder, 2015), seppur con l'aggiunta di interessanti elementi di novità.

Inoltre, la CMT presenta un vasto corpus di ricerche empiriche a sostegno della validità dei propri presupposti teorici (Fretter, 1995; Fretter, Bucci, Broitman, Silberschatz e Curtis, 1994; Horowitz, Sampson, Siegelman, Wolfson e Weiss, 1975; Pole, Ablon e O'Connor, 2002, 2008; Silberschatz, 1986; 2005; 2015; Silberschatz e Curtis, 1993; Silberschatz, Fretter e Curtis, 1986; Weiss et al., 1986).

Sebbene la CMT possa essere applicata anche ai setting congiunti, l'unico autore che ha gettato un ponte tra questo modello (che nasce e si sviluppa in contesti di psicoterapia individuale) e la terapia di coppia è Dennis Zeitlin (1991).

L'obiettivo di questo contributo è raccogliere l'eredità di Zeitlin e muovere dei passi in avanti nell'applicazione della CMT alla terapia di coppia attraverso l'adattamento del Metodo della Formulazione del Piano del paziente (MFP, Curtis e Silberschatz, 1991, 1994, 2005) al lavoro con le coppie, illustrando le linee guida per la Formulazione del Piano della Coppia (MFPC). Il piano di coppia può rappresentare per il terapeuta un'utile guida tanto nella fase di valutazione quanto in quella di pianificazione e monitoraggio dell'intervento, che ha il vantaggio di essere altamente caso-specifico.

Introduzione alla Control-Mastery Theory

La CMT parte dall'assunto che sin dalla nascita l'essere umano è orientato all'*adattamento* e che le *credenze patogene* sviluppate per adattarsi a esperienze primarie avverse giocano un ruolo centrale nello sviluppo della psicopatologia. Weiss (1993) individua due diversi tipi di situazioni traumatiche: *traumi da shock*, ovvero eventi discreti, puntuali e

inattesi di rilevante gravità, che si associano a un vissuto di pericolo per la persona; e *traumi da stress*, ovvero l'esposizione o il coinvolgimento prolungato e ripetuto a dinamiche relazionali disfunzionali ed esperienze avverse.

Il bambino, al fine di adattarsi al proprio ambiente, *padroneggiare* i propri problemi e preservare il legame con i suoi genitori ha bisogno di costruire una serie di conoscenze affidabili su se stesso, sugli altri e sulla realtà, definite dalla CMT *credenze* (Weiss, 1986; 1993), che rappresentano una guida per sopravvivere ed agire nei diversi contesti e situazioni della vita. Alcune di queste credenze, elaborate a partire dai traumi da shock o da stress, vengono definite patogene poiché associano il conseguimento di un obiettivo sano e piacevole al determinarsi di una situazione di pericolo, interno o esterno alla persona.

Sempre a partire dalle esperienze infantili e dal rapporto con le figure di riferimento, in virtù della sua immaturità cognitiva ma anche della sua innata capacità di provare empatia e di assumersi la responsabilità del benessere delle persone care (Davidov, Zahn-Waxler, Roth-Hanania e Knafo, 2013; Zahn-Waxler e Radke-Yarrow, 1990), il bambino sviluppa poi quelli che vengono definiti *sensi di colpa interpersonali*, sentimenti normalmente adattivi ma che possono diventare problematici se associati a credenze patogene.

La CMT ha evidenziato quattro sensi di colpa (O'Connor, Berry, Weiss, Bush e Sampson, 1997): il senso di colpa da *separazione/slealtà* caratterizzato dal pensiero che separarsi o essere diversi dalle persone amate le danneggerà o le farà soffrire molto; il senso di colpa del *sopravvissuto* caratterizzato dal pensiero di essere stati trattati meglio dal destino rispetto a familiari e amici, e che le esperienze positive sperimentate siano vissute a scapito degli altri, i quali ne soffriranno per il confronto; il senso di colpa da *responsabilità onnipotente* che implica un eccessivo senso di responsabilità e un'eccessiva attenzione per la felicità e il benessere degli altri; il senso di colpa da *odio di Sé* che può nascere come conseguenza di esperienze di abuso, trascuratezza e maltrattamento e che si associa a un profondo disprezzo nei propri confronti.

La CMT sostiene che il paziente, sin dall'inizio della terapia, sia fortemente motivato, consciamente e inconsciamente, a disconfermare le proprie credenze patogene in quanto costrittive e dolorose (Silberschatz, 1986, 2008; Weiss, 1986, 1993). Per questo motivo, i pazienti *mettono alla prova* le loro credenze patogene, sottoponendo il terapeuta a dei *test* (Gazzillo, 2016; Silberschatz, 2005; Silberschatz, Sampson e Weiss, 1986; Weiss, 1986, 1993), azioni di prova inconsciamente orchestrate per disconfermare le proprie credenze patogene. I test dei pazienti possono

essere di tre tipi: *test di transfert*, per compiacenza o per ribellione, attraverso i quali il paziente spera di stimolare nel terapeuta una reazione diversa da quella dei genitori traumatizzanti; *test di capovolgimento da passivo in attivo per compiacenza e per ribellione*, durante il quale il paziente, identificandosi o controidentificandosi con i genitori traumatizzanti, assegna al terapeuta il proprio ruolo di figlio, sperando che il clinico dimostri di saper gestire la situazione meglio di quanto lo abbia fatto lui stesso nell'infanzia; *test osservativi*, che vedono il paziente in una posizione di osservatore del comportamento e dell'atteggiamento del terapeuta, nella speranza di rintracciare in lui qualità differenti da quelle dei genitori traumatizzanti.

Ogni paziente, nel momento in cui inizia un percorso terapeutico, ha quindi un *piano* (Silberschatz, 2005, 2008; Weiss, 1993), più o meno dettagliato e in genere inconscio, che specifica quali obiettivi piacevoli e adattivi vuole perseguire, quali credenze patogene vuole vedere disconfermate, in che modo testerà il terapeuta e cosa vuole comprendere di se stesso.

Il Metodo della Formulazione del Piano (MFP; Curtis et al., 1991, 1994, 2005) è una procedura standard utile al clinico o al ricercatore per formulare il piano del paziente che si è dimostrata affidabile, semplice da apprendere e applicabile a diversi tipi di psicoterapie (Curtis et al., 1994). In linea con la teoria, gli elementi costitutivi del MFP sono: gli *obiettivi* che il paziente desidera raggiungere, gli *ostacoli* (*credenze patogene e sensi di colpa*) che ne impediscono il raggiungimento, i *traumi* (da *stress* e da *shock*) che hanno contribuito alla formazione degli ostacoli, i *test* che il paziente sottoporrà al terapeuta e gli *insight* che potrebbero essergli d'aiuto. La formulazione del piano è uno schema che evidenzia le aree principali sulle quali il paziente vuole lavorare con il terapeuta e come è probabile che si approcci e porti avanti la terapia (Silberschatz et al., 1986; Weiss, 1986).

Numerose ricerche (Bush e Gassner, 1986; Horowitz et al., 1975; Silberschatz, 1978, 1986, 2015; Silberschatz et al., 1986, Silberschatz et al., 1993) hanno dimostrato che quando i comportamenti del terapeuta, le sue risposte e le sue interpretazioni sostengono il piano del paziente (sono *pro-plan*), il paziente migliora e la terapia progredisce.

Il contributo di Dennis Zeitlin

Dennis Zeitlin (1991) sostiene che le relazioni intime, in virtù della loro stabilità e del coinvolgimento emotivo che implicano, rappresentano un contesto ideale affinché i partner possano tentare di disconfermare le

proprie credenze patogene. Allo stesso modo, è anche facile che i partner falliscano i test dell'altro e che una relazione di coppia, anziché garantire un maggiore senso di sicurezza, finisca per confermare le rispettive credenze patogene dei partner alimentando così la sofferenza individuale e diadica.

All'interno della relazione di coppia i partner superano i reciproci test ogni volta che forniscono all'altro risposte diverse da quelle che lei/lui ha ricevuto dai propri caregiver traumatici e/o ogni volta che un partner fornisce all'altro un modello alternativo di comportamento e reazione alle stesse situazioni avverse vissute dall'altro nell'infanzia. Quando invece un partner fallisce i test dell'altro, quest'ultimo rivive dinamiche disfunzionali e dolorose analoghe a quelle sperimentate nella relazione con i propri caregiver.

La *stabile impossibilità* da parte di un partner di superare i test che l'altro gli sottopone conduce allo strutturarsi di *dinamiche rigide e ripetitive* che hanno il malsano effetto di confermare le credenze patogene di ciascun partner ricreando gli stessi pattern interattivi e relazionali disfunzionali delle rispettive famiglie d'origine. Abbiamo definito *Circoli Viziosi Relazionali* questi processi che innescano dei feedback che alimentano vissuti negativi nei membri della coppia e che sono, a nostro avviso, all'origine della motivazione della coppia a richiedere un percorso psicoterapeutico congiunto.

In linea con la CMT, ipotizziamo inoltre che, come gli individui, anche le coppie che iniziano una terapia siano portatrici di un *piano di coppia*, in gran parte inconscio, che si basa su elementi condivisi dai due partner e che riguarda ciò che la coppia vuole dalla psicoterapia e come la affronterà.

Il Metodo per la Formulazione del Piano della Coppia (MFPC)

Per la Formulazione del piano della coppia si parte dall'assunto che il paziente sia il sistema coppia. Per poter elaborare il piano di coppia è necessario che il terapeuta incontri i pazienti sia in un setting congiunto (una o due sedute) sia in un setting individuale (una o due sedute per ogni partner). I colloqui disgiunti sono previsti al fine di raccogliere in maniera approfondita la storia dei singoli che servirà da base per poter formulare il piano inconscio di ciascun partner; il piano di coppia, infatti, può essere pensato, per certi versi, come la risultante dell'incrocio delle specificità dei piani dei due partner, della loro storia di coppia e delle loro dinamiche relazionali. La valutazione si concluderà con una proposta terapeutica calibrata sulle specifiche necessità della coppia.

Le componenti del piano di coppia

a) Obiettivi: il primo passaggio consiste nell'identificare gli obiettivi della coppia. Per definizione, gli obiettivi che la coppia desidera raggiungere attraverso la terapia devono essere sani, piacevoli, realizzabili e devono tener conto delle necessità di entrambi i partner. Vanno identificati gli obiettivi consapevoli o inconsapevoli, a breve o a lungo termine, concreti o astratti propri della coppia e non del singolo partner, sebbene, inevitabilmente, il piano del singolo influenzi quello della diade.

Clara e Fabio sono una coppia sposata da circa dieci anni e sono genitori di due bambini. La richiesta di una terapia di coppia nasce da episodi di tradimenti reciproci: Clara si sente tradita da Fabio che, intrapresa un'attività creativa sui social, intratteneva conversazioni con altre donne; Fabio viene a conoscenza del fatto che Clara aveva iniziato ad avere rapporti intimi con altri uomini. Questa situazione ha generato una mancanza completa di fiducia reciproca, liti continue, gelosie intense e una generale insoddisfazione coniugale. Inoltre, Clara è diventata molto controllante e richiede a Fabio di avere continui contatti telefonici durante il giorno per monitorare i suoi spostamenti e le sue attività. A seguito di due colloqui congiunti e due colloqui individuali con ciascun partner, crediamo che gli obiettivi della coppia siano:

1. Riconquistare la fiducia del partner
2. Elaborare i reciproci tradimenti
3. Smettere di controllarsi a vicenda
4. Essere più soddisfatti della relazione di coppia
5. Riuscire a comprendere meglio il punto di vista e i bisogni dell'altro

b) Ostacoli: per ostacoli si intendono le credenze patogene e i sensi di colpa dei singoli partner che, combinati con quelli dell'altro, generano l'incastro disfunzionale che dà origine ai circoli viziosi relazionali alla base dell'impossibilità della coppia di realizzare gli obiettivi sani e piacevoli che si propone. Le credenze patogene e i sensi di colpa dei singoli partner possono o meno condividere lo stesso nucleo.

Clara crede che:

- Se non si mostrasse forte, risoluta e sicura di sé, gli altri ne rimarrebbero delusi.
(Credenza patogena 1, senso di colpa da responsabilità onnipotente)

- È priva di valore e non merita fiducia e sostegno.
(Credenza patogena 2, senso di colpa da odio di sé)

Fabio crede che:

- Se si distaccasse dai valori, dai modelli, dagli ideali che gli sono stati insegnati dai suoi genitori, sarebbe sleale nei loro confronti.
(Credenza patogena 1, senso di colpa da separazione/slealtà)
- Se non si occupasse del benessere e della felicità degli altri anche a scapito dei propri, questi ne soffrirebbero terribilmente.
(Credenza patogena 2, senso di colpa da responsabilità onnipotente)
- Se avesse una vita più soddisfacente dei suoi genitori e fratelli e se fosse felice e realizzato all'interno della sua relazione di coppia, loro ne soffrirebbero.
(Credenza patogena 3, senso di colpa del sopravvissuto)

c) Traumi individuali e di coppia: in quest'area si inseriscono le esperienze traumatiche dei singoli e della coppia. In linea con la definizione di Weiss (1993), si distinguono i traumi da shock e i traumi da stress di ciascun partner che hanno dato origine agli ostacoli indicati nella sezione precedente. In aggiunta, come specificità del piano di coppia, in questo paragrafo vengono inseriti anche quegli episodi traumatici vissuti all'interno della relazione di coppia - definiti, appunto, traumi di coppia - che hanno contribuito a rinforzare la dinamica disfunzionale tra i partner poiché vissuti alla luce delle reciproche credenze patogene.

Traumi da stress individuali di Clara:

All'interno della sua famiglia ognuno pensava per sé, non ci si sosteneva a vicenda né c'era spazio per lamentele o fragilità. A Clara non era permesso mostrare debolezza per i turni faticosi che faceva in fabbrica o esprimere il desiderio di voler continuare a studiare invece che fare una vita adulta votata al lavoro e al sacrificio. Queste esperienze potrebbero aver condotto Clara a sviluppare la convinzione di doversi mostrare sempre forte e in prima linea (credenza patogena 1).

Clara è cresciuta in una famiglia all'interno della quale non ci si comunicava affetto, non si percepivano legami forti e non c'era spazio per dimostrazioni di amore, attenzione e tenerezza. Clara è stata mandata a 13 anni a lavorare in fabbrica nonostante avesse dichiarato più volte la sua intenzione di continuare a studiare; i genitori, infatti, non avevano fiducia nelle sue capacità e inclinazioni. Questa esperienza potrebbe aver condotto Clara a sviluppare la convinzione di non avere valore e non meritare fiducia (credenza patogena 2).

Traumi da stress individuali di Fabio:

Fabio nasce dopo la morte del fratello, avvenuta subito dopo la nascita. I medici consigliano ai genitori di fare subito un altro figlio per evitare che la madre si ammali di depressione. Nasce così Fabio, che nelle prime ore di vita ha lottato tra la vita e la morte, per poi salvarsi “miracolosamente”. Fabio si occupa per tutta la sua infanzia e adolescenza di prendersi cura di sua madre che soffrirà per l’intera vita di mancanze, svenimenti improvvisi. Gli altri due fratelli sono molto più grandi di lui, fanno la loro vita, il padre è sempre fuori per lavoro, e lui è l’unico ad essere costantemente a contatto con la madre, la sua sofferenza e le sue necessità. Questa esperienza potrebbe aver condotto Fabio a sviluppare un senso di colpa da responsabilità onnipotente e la credenza di doversi occupare del benessere degli altri prima che del proprio (credenza patogena 2). Inoltre, questa esperienza potrebbe aver condotto Fabio anche a credere che non potrà mai essere nella vita più realizzato e felice di una madre malata e depressa e di un fratello venuto a mancare dopo poche ore di vita (credenza patogena 3).

I genitori di Fabio sono stati sempre una coppia molto conflittuale e molto gelosi l’uno dell’altra. Fabio non è mai stato protetto da questi argomenti relativi alla vita da coniugi dei suoi genitori e sa per certo che entrambi hanno avuto relazioni (anche se non durature o significative) con altri partner durante il matrimonio. Questa esperienza potrebbe aver condotto Fabio a credere di non poter avere una vita di coppia migliore di quella dei suoi genitori, gelosi, fedifraghi e perennemente in tensione (credenza patogena 3).

La famiglia di Fabio era una “famiglia tradizionale”: la madre si occupava della casa ed era il punto di riferimento affettivo per i figli; il padre era un uomo che lavorava sodo, emotivamente più distaccato della moglie ed era la figura “da rispettare” in casa. I genitori erano molto religiosi, credevano nel malocchio, nelle fatture e nella “magia popolare”, e anche Fabio è fermamente convinto dell’esistenza di tutto ciò, nonostante sia un uomo con un background culturale superiore a quello dei suoi genitori. In casa sia Fabio sia i suoi fratelli si sono sempre uniformati agli insegnamenti dei genitori, hanno sempre condiviso le loro idee, i loro valori, il credo religioso, senza mai prenderne le distanze o metterli in discussione. Questo clima familiare potrebbe aver condotto Fabio a credere che bisogna mantenere gli stessi valori della famiglia d’origine, gli stessi ideali, gli stessi modi di intendere la vita, che devono essere riproposti all’interno della nuova famiglia, pena essere reputato sleale dai genitori (credenza patogena 1).

Trauma di coppia: un momento molto difficile della storia della coppia segue il licenziamento di Clara, che però non ha intaccato quasi per nulla il tenore di vita della famiglia: in linea con le sue credenze patogene, Clara ha vissuto il licenziamento come una prova del suo scarso valore, mentre Fabio, in linea con le proprie, vi ha reagito pensando di doversi occupare ancora di più della partner.

d) Test e circoli viziosi relazionali: una volta individuate le credenze patogene di ciascun partner è possibile ipotizzare i circoli viziosi determinati dal fallimento dei reciproci test. Dunque, in questa sezione va descritta la dinamica disfunzionale in cui i partner si trovano bloccati (che potrebbe riproporsi in seduta) e che crea quel circolo vizioso di incomprensione e sofferenza. Il terapeuta dovrà tener conto da una parte della dinamica disfunzionale che la coppia o il singolo sta mettendo alla prova e dall'altra delle credenze patogene individuali che vengono messe in gioco in quel circolo vizioso, al fine di poter fornire ai pazienti una risposta/atteggiamento/interpretazione che sia disconfermante per le credenze patogene di entrambi e, di conseguenza, blocchi la dinamica relazionale disfunzionale. Per individuare i test dei partner, il terapeuta si serve sia di quanto emerso dai colloqui congiunti e individuali sia dell'osservazione delle dinamiche interattive e relazionali messe in atto dalla coppia nel corso degli incontri o che emergono dal racconto della loro storia.

Sono due i principali circoli viziosi relazionali (con rispettivi test falliti) della coppia Fabio e Clara:

a) A volte Clara si ribella all'idea di dover essere sempre forte e si mostra debole, sofferente e richiedente aiuto sia su un piano emotivo sia su un piano pratico (test di transfert per ribellione sulla credenza patogena 1). Fabio però, quando Clara si comporta così, non riesce a superare il test della compagna in quanto rivive l'esperienza infantile di dover mettere da parte i propri bisogni in favore di quelli dell'altro -come accadeva con sua madre- e cerca di ribellarvisi, mostrandosi impermeabile alle richieste di Clara e centrato completamente sulle sue necessità e priorità (test di transfert per ribellione sulla credenza patogena 2). In questo modo, in Clara si alimenta la convinzione di dover essere sempre forte e in prima linea, senza potersi appoggiare a qualcuno che la sostenga, la sorregga e la aiuti concretamente, dunque diventa critica con Fabio che, a sua volta, vede rinforzata la credenza di dover pensare prima agli altri e solo dopo a se stesso.

b) Clara, vedendo l'attività sui social di Fabio si sente poco amata, poco attraente rispetto alle altre donne e trascurata per loro (si alimenta in lei la credenza patogena 2). Clara a quel punto inizia a dubitare dell'amore che Fabio prova per lei e della sua fedeltà e a rendersi "ancora meno amabile" tradendolo con uomini sconosciuti ed entrando in un giro di incontri di natura sessuale (test di transfert per compiacenza alla credenza 2). Fabio, a questo punto, teme che si ripropongano all'interno della sua relazione con Clara le stesse dinamiche di sofferenza che hanno caratterizzato il rapporto dei suoi genitori e si ribella all'idea di non poter avere una vita migliore della loro (test di transfert per ribellione alla credenza patogena 3) non accettando i comportamenti e lo stile di vita di Clara e facendo di tutto per riavvicinarla a lui prendendosi cura di lei e assecondando tutte le sue richieste (alimentando in sé la credenza patogena 2). Tuttavia, non appena Fabio mostra di essere distratto e distante emotivamente (per ribellione alla credenza patogena 2 o per compiacenza alla credenza 1 o 3) in lei si riattiva l'insicurezza, la paura del tradimento e di non essere amata o apprezzata (credenza patogena 2).

e) Sicurezza nella coppia: per sicurezza nella coppia si intendono le risorse che ogni partner riesce a mettere in gioco nella relazione. Individuare le fonti di sicurezza nella coppia significa rintracciare i punti di forza di quell'unione a partire dai quali è possibile dar vita, all'interno della relazione, a ciò che definiamo "*Circoli Virtuosi Relazionali*", ovvero a quelle dinamiche relazionali basate sulla capacità dei partner di superare i test reciproci e assicurarsi a vicenda, di cooperare in modo funzionale e di condividere vissuti ed emozioni. Nello specifico, vanno individuate le modalità, le caratteristiche e gli atteggiamenti che nella relazione fanno sentire al sicuro ciascun partner, in che modo all'interno di quel legame ciascuno trova una condizione di fiducia e sicurezza. I circoli virtuosi relazionali, che originano dallo specifico matching di coppia, conferiscono alla relazione una stabilità e un senso di benessere proprio perché disconfermano le credenze patologiche dei singoli partner.

Clara si sente al sicuro con Fabio perché è un uomo solido, in grado di prendersi cura di lei e di provvedere ai bisogni emotivi ed economici della famiglia permettendole, da una parte, di sentirsi libera di mostrare anche un suo lato più fragile senza dover aderire necessariamente al copione familiare che l'ha voluta donna forte e solida, e dall'altra di disconfermare la sua convinzione di non meritare stima e sostegno.

Fabio si sente al sicuro con Clara perché è una donna determinata e indipendente, il contrario del modello femminile che ha conosciuto con la

madre, persona debole e della quale prendersi cura. Fabio può così sentirsi alleggerito nella sua funzione di doversi occupare del benessere delle persone che ama mettendo da parte se stesso.

Inoltre, ciascun partner fornisce un contesto di sicurezza all'altro permettendogli di prendere le distanze e criticare la propria famiglia d'origine (soprattutto i fratelli e le sorelle): Clara e Fabio sono in grado di schierarsi "contro" i parenti dell'altro nelle situazioni conflittuali, fornendo al partner un modello di comportamento che disconferma i reciproci sensi di colpa da separazione/slealtà nei confronti delle proprie famiglie d'origine.

f) Insight: come ultimo passaggio, vanno individuati gli insight che potrebbe essere utile per la coppia raggiungere al fine di aumentare il benessere individuale e diadico. Gli insight permettono ai singoli e alla coppia di individuare le connessioni esistenti tra i loro obiettivi e le credenze patogene che ne impediscono il raggiungimento, e tra queste credenze e le esperienze traumatiche infantili che ne hanno dato origine, permettendo a ciascun membro della coppia di raggiungere una maggiore consapevolezza rispetto al proprio funzionamento, di elaborare meglio i propri traumi e di comprendere, uscendo da una dinamica di colpevolizzazione reciproca, i comportamenti, gli atteggiamenti e le difficoltà del proprio partner.

Clara e Fabio dovranno comprendere che non riescono più a fidarsi l'uno dell'altra (e dunque a superare i tradimenti, a smettere di controllarsi etc.) perché Clara teme di non essere degna di essere amata e sostenuta - proprio come si è sentita nel rapporto coi i propri genitori- da Fabio il quale, dal canto suo, non riesce più a fidarsi di lei perché, avendo scoperto il suo tradimento, è fortemente turbato dall'idea che possa farlo di nuovo, confermando la sua credenza di non poter essere più felice dei suoi genitori, coppia infedele e in perenne conflitto.

Clara dovrà comprendere che ha difficoltà a capire Fabio e i suoi bisogni perché si sta ribellando, da una parte, alla sua credenza di dover essere sempre forte mostrandosi invece debole e sofferente come non le è mai stato concesso essere e, dall'altra, alla credenza di non meritare stima e sostegno richiedendo attenzioni (anche eccessive) a Fabio; Fabio, dal canto suo, dovrà comprendere che non riesce fino in fondo a capire Clara e i suoi bisogni, da una parte, perché cerca di ribellarsi alla credenza di doversi sempre prendere cura dell'altro debole e bisognoso di attenzioni e, dall'altra, perché sente di non potersi distaccare dal modello di uomo, padre e marito che ha appreso nella sua famiglia d'origine.

I questionari self-report

Dopo aver formulato il piano di coppia è stato chiesto a Clara e Fabio di compilare individualmente due questionari self-report: l'*Interpersonal Guilt Rating Scale-15s* (IGRS-15s, Gazzillo et al., 2018) per la valutazione dei sensi di colpa interpersonali individuati dalla CMT; e la Scala delle credenze problematiche (PBS; Silberschatz, 2016) che si propone di valutare le credenze patogene consce e inconsce attraverso 59 affermazioni ad ognuna delle quali il soggetto assegna un valore da 0 “per niente descrittivo” a 7 “totalmente descrittivo”. Si riportano i risultati nelle tabelle 1 e 2.

Per quanto concerne Clara, in riferimento ai sensi di colpa prevalenti e alle credenze che ha considerato come più adeguate nel descriverla, si possono notare delle differenze tra il piano formulato dal clinico e i risultati dei self report. In primo luogo, il senso da colpa da odio di sé valutato con l'IGRS-15s si colloca come terzo in ordine di prevalenza, sebbene sembra giochi un ruolo importante nella dinamica conflittuale della coppia descritta nella formulazione del piano. È possibile commentare questo dato alla luce della difficoltà che una persona, soprattutto se al primo percorso di psicoterapia come Clara, può riscontrare nell'accedere a sentimenti così dolorosi che hanno a che fare con il disprezzo di se stessi. In secondo luogo, si specifica che, come espresso in un precedente paragrafo, nel piano di coppia vengono selezionati solo gli ostacoli alla realizzazione degli obiettivi diadici ed esclusi quelli che non hanno contribuito alla formazione dei circoli viziosi relazionali. È il caso del senso di colpa del sopravvissuto di Clara, che risulta essere il più forte ma che nel piano di coppia non compare.

Per quanto riguarda invece i sensi di colpa prevalenti in Fabio e le credenze che meglio lo descrivono si trova una concordanza maggiore tra i punteggi dei self report e la formulazione del piano elaborata dal clinico. Si può notare come i punteggi di Fabio siano nel complesso più bassi di quelli di Clara, sia nell'IGRS-15s sia nei valori assegnati alle credenze nel PBS. Un'unica credenza ottiene il punteggio massimo di 7, seguita direttamente da affermazioni alle quali Fabio assegna il valore 4, che corrisponde a “moderatamente descrittivo”. Le credenze in questione sono (senso/credo che): “i bisogni degli altri siano molto più importanti dei miei”; “non dovrei riconoscere o criticare i problemi e i limiti altrui”; “devo essere sempre molto coinvolto nel rapporto con i miei genitori e le persone che amo”;

“separarmi dai miei genitori o da altre persone amate sarebbe doloroso e sleale nei loro confronti e/o li farebbe sentire abbandonati”.

Tab. 1 – Risultati PBS e IGRS-15 di Clara

“TABELLA 1”

| PBS | IGRS-15 | |
|---|----------------------|-------------|
| Le credenze che hanno ottenuto un punteggio di 7 “completamente descrittivo” sono: “Sento/credo che: sia sbagliato, pericoloso o disonesto avere più successo di un membro della mia famiglia o di altre persone per me importanti” non dovrei separarmi dalla mia famiglia e dalle altre persone che amo” non posso fare affidamento sugli altri per mantenere legami stabili e significativi” non sono responsabile per i sentimenti e comportamenti altrui” gli altri siano emotivamente inaffidabili e rifiutanti” | Sopravvissuto | 3.00 |
| | Onnipotenza | 2.71 |
| | Odio di sé | 2.33 |

Tab. 2 – Risultati PBS e IGRS-15 di Fabio

“TABELLA 2”

| PBS | IGRS-15 | |
|---|----------------------|-------------|
| L’unica credenza che ha ottenuto un punteggio di 7 “completamente descrittivo” è: “Sento/credo che: non dovrei separarmi dalla mia famiglia e dalle altre persone che amo” | Onnipotenza | 1.71 |
| | Sopravvissuto | 1.20 |
| | Odio di sé | 1.00 |

Implicazioni cliniche

Il clinico che voglia elaborare il piano di coppia può seguire criteri che gli permettono di dare una struttura a materiale che rispecchia la complessità delle storie personali e della relazione. Globalmente, il processo di analisi mira a combinare i fattori di rischio e protezione a livello individuale con quelli che caratterizzano la relazione, finalità che si rintraccia anche nelle Insight Oriented Couple Therapies.

Il piano di coppia, elaborato in fase di valutazione, permette fin dai primi incontri al clinico formato alla CMT di avere un quadro piuttosto chiaro delle dinamiche disfunzionali della coppia e delle risorse a loro disposizione, aiutandolo, come fosse una bussola, ad orientarsi nella comprensione della complessità della diade. Oltre a rappresentare uno strumento per l'assessment, la formulazione del piano di coppia può essere utilizzata anche per osservare l'evoluzione del processo terapeutico e monitorarne il progresso.

L'utilizzo del piano permette al clinico di avvicinarsi ad ogni coppia in modo caso-specifico e di far dunque riferimento alle specifiche difficoltà di quella coppia, alle sue particolari risorse, alla storia di quei partner e alla loro relazione. Gli interventi del clinico, il suo atteggiamento e il processo terapeutico nel complesso saranno cuciti su misura per quella specifica diade.

Adottando l'ottica CMT nel lavoro con le coppie, l'obiettivo terapeutico è quello di spezzare i circoli viziosi, ovvero chiarire ai membri della coppia il senso delle loro dinamiche relazionali disfunzionali mettendo in evidenza le credenze patogene che vi sono alla base, le loro origini nelle storie individuali dei partner e i modi in cui vengono messe alla prova; inoltre, il clinico deve comprendere e superare i test dei due partner e i test di coppia, fornendo così delle esperienze emotive correttive che aumentano il senso di sicurezza della coppia e che fungono da modello che possa aiutarli a superare i reciproci test e sperimentare pattern di interazione e relazione più funzionali. La coppia può così muovere i primi passi verso il cambiamento appoggiandosi alle risorse presenti all'interno della relazione e alimentandone i circoli virtuosi.

Il metodo, inoltre, sembra tenere in considerazione la possibilità che gli individui in terapia di coppia abbiano un'occasione di conoscenza di sé e cambiamento, nonché una possibilità di conoscere meglio il partner e di sostenere il suo personale processo di cambiamento (Andolfi, 1999, 2006).

Sviluppi futuri

È in corso una ricerca che ha come obiettivo primario quello di validare la procedura della formulazione del piano di coppia elaborata a partire da quella proposta da Curtis e Silberschatz (1994) per la formulazione del piano dei pazienti individuali, misurando il grado di accordo tra le formulazioni del piano di giudici indipendenti sulla base dei trascritti delle prime tre/quattro sedute di terapia di coppia.

Ricerche fino ad ora condotte su tipologie di trattamenti differenti hanno dimostrato che clinici formati alla CMT raggiungono elevati livelli di inter-rater reliability nella formulazione indipendente del piano del paziente (Curtis e Silberschatz, 2007; Silberschatz, 2015).

Il nostro contributo avrà il compito di aprire la strada a nuove ricerche sull'affidabilità del Metodo per la Formulazione del Piano della coppia come strumento di valutazione della diade e come guida per il percorso terapeutico, indagando l'esistenza di una relazione significativa tra gli interventi del terapeuta che sostengono il piano di coppia e l'outcome positivo del trattamento.

Bibliografia

Andolfi, M. (1999). *La crisi della coppia*. Milano, Cortina editore.

Andolfi, M., Falcucci, M., Mascellani, A., Santona, A., & Sciamplicotti, F. (2006). *La terapia di coppia in una prospettiva trigerazionale*. Roma (Accademia di Psicoterapia alla Famiglia).

Bush, M., & Gassner, S. (1986). The immediate effect of the analyst's termination interventions on the patient's resistance to termination. Weiss, J., Sampson, H. & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (eds.). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation & empirical research*, 299-320.

Christensen, A., Atkins, D.C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D.H., & Simpson, L.E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(2), 176.

Curtis, J.T., & Silberschatz, G. (1991). The Plan Formulation Method: A reliable procedure for case formulation. *Unpublished manuscript*.

Curtis, J.T., & Silberschatz, G. (2005). The Assessment of Pathogenic Beliefs. In Silberschatz, G., *Transformative Relationship: The Control-Mastery Theory of Psychotherapy*. Routledge, New York, pp. 69-91.

Curtis, J.T., & Silberschatz, G. (2007). "Plan formulation method". In ELLIS, T.D. *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (II ed.). Guilford, New York, pp. 198-220.

Curtis, J.T., Silberschatz, G., Sampson, H., & Weiss, J. (1994). The plan formulation method. *Psychotherapy Research*, 4(3-4), 197-207.

Davidov, M., Zahn-Waxler, C., Roth-Hanania, R., & Knafo, A. (2013). Concern for others in the first year of life: Theory, evidence, and avenues for research. *Child Development Perspectives*, 7(2), 126-131.

Fretter, P.B. (1995). A control-mastery case formulation of a successful treatment for major depression. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 1(2), 3-17.

Fretter, P.B., Bucci, W., Broitman, J., Silberschatz, G., & Curtis, J.T. (1994). How the patient's plan relates to the concept of transference. *Psychotherapy Research*, 4(1), 58-72.

Gazzillo, F. (2016). *Fidarsi dei pazienti. Introduzione alla Control-Mastery Theory*. Milano: Raffaello Cortina.

Gazzillo, F., Gorman, B., De Luca, E., Faccini, F., Bush, M., Silberschatz, G., & Dazzi, N. (2018). Preliminary data about the validation of a self-report for the assessment of interpersonal guilt: The Interpersonal Guilt Rating Scales–15s (IGRS-15s). *Psychodynamic psychiatry*, 46(1), 23-48.

Gollan, J.K., & Jacobson, N.S. (2002). Developments in couple therapy research. In H. A. Liddle, D.A. Santisteban, R.F. Levant, & J.H. Bray (Eds.), *Family psychology: Science-based interventions* (pp. 105–122). Washington, DC: American Psychological Association

Gurman, A.S., Lebow, J.L., & Snyder, D.K. (Eds.). (2015). *Clinical handbook of couple therapy*. New York: Guilford Press.

Horowitz, L.M., Sampson, H., Siegelman, E.Y., Wolfson, A., & Weiss, J. (1975). On the identification of warded-off mental contents: An empirical and methodological contribution. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(5), 545.

Jacobson, N.S., Schmalings, K.B., & Holtzworth-Munroe, A. (1987). Component analysis of behavioral marital therapy: 2-year follow-up and prediction of relapse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13(2), 187-195.

Lebow, J.L., Chambers, A.L., Christensen, A., & Johnson, S.M. (2012). Research on the treatment of couple distress. *Journal of Marital and Family therapy*, 38(1), 145-168.

O'Connor, L.E., Berry, J.W., Weiss, J., Bush, M., & Sampson, H. (1997). Interpersonal guilt: The development of a new measure. *Journal of clinical psychology*, 53(1), 73-89.

Pole, N., Ablon, J.S., & O'Connor, L.E. (2008). Using psychodynamic, cognitive behavioral, and control mastery prototypes to predict change: A new look at an old paradigm for long-term single-case research. *Journal of Counseling Psychology*, 55(2), 221.

Pole, N., Ablon, J.S., O'Connor, L.E., & Weiss, J. (2002). Ideal control mastery technique correlates with change in a single case. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(1), 88.

Shadish, W.R., & Baldwin, S.A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family therapy*, 29(4), 547-570.

Silberschatz, G. (1978). Effects of the analyst's neutrality on the patient's feelings and behavior in the psychoanalytic situation. In *Dissertation Abstract International*, 39, 3007B (University Microfilms No. 78 – 24, 277).

Silberschatz, G. (1986). Testing pathogenic beliefs. J. Weiss, H. Sampson, & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research*, 256-266.

Silberschatz, G. (2005). *Transformative relationships: The control-mastery theory of psychotherapy*. New York, NY: Routledge.

Silberschatz, G. (2008). How patients work on their plans and test their therapists in psychotherapy. *Smith College Studies In Social Work*, 78(2-3), 275-286.

Silberschatz, G. (2015). Improving the yield of psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 11, pp. 1 – 13.

Silberschatz, G., & Aafjes-van Doorn, K. (2016). Pathogenic beliefs mediate the relationship between perceived negative parenting and psychopathology symptoms. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 26(3), 258-275.

Silberschatz, G., & Curtis, J.T. (1993). Measuring the therapist's impact on the patient's therapeutic progress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(3), 403.

Silberschatz, G., Fretter, P.B., & Curtis, J.T. (1986a). How do interpretations influence the process of psychotherapy?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(5), 646.

Silberschatz, G., Sampson, H., & Weiss, J. (1986b). Testing pathogenic beliefs versus seeking transference gratifications. Weiss, J., Sampson, H. & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (eds.) *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation & empirical research*, 267-276.

Snyder, D.K. (1999). Affective reconstruction in the context of a pluralistic approach to couple therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*(4), 348-365.

Snyder, D.K., & Halford, W.K. (2012). Evidence-based couple therapy: Current status and future directions. *Journal of Family Therapy, 34*(3), 229-249.

Snyder, D.K., Castellani, A.M., & Whisman, M.A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annu. Rev. Psychol., 57*, 317-344.

Snyder, D.K., Wills, R.M. and Grady-Fletcher, A. (1991) Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: a four-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*: 138-141.

Sprenkle, D.H. (2003). Effectiveness research in marriage and family therapy: Introduction. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*(1), 85-96.

Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works: Process and technique*. New York: Guilford Press.

Weiss, J., Sampson, H., & Mount Zion Psychotherapy Research Group. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research*. New York: Guilford Press.

Zahn-Waxler, C., & Radke-Yarrow, M. (1990). The origins of empathic concern. *Motivation and emotion, 14*(2), 107-130.

Zeitlin, D.J. (1991). Control-Mastery theory in couples therapy. *Family Therapy, 18*(3), 201.