

## Conflitti di coppia e terapia di coppia in ottica CMT: una breve introduzione

Eleonora Fiorenza

Il conflitto coniugale è uno degli aspetti più studiati delle relazioni di coppia (Gottman, 2014) in quanto fattore che si associa a sentimenti, cognizioni e pensieri negativi per le coppie e le famiglie; gli affetti principali connessi al conflitto sono irritazione, delusione e risentimento (Sears, Repetti, Reynolds, Rebels & Krull, 2016; Manalel, Birditt, Orbuch, & Antonucci, 2019).

Il conflitto è considerato un fattore di rischio generico che impatta sul benessere sia mentale, sia fisico, sia familiare (per una panoramica, Fincham & Beach, 1999); dal punto di vista della salute mentale, alcune ricerche evidenziano una relazione tra conflitto e sviluppo di depressione, disturbi alimentari e abuso di alcol in uno o entrambi i partner (Beach, Fincham, & Katz, 1998; Van den Broucke, Vandereycken, & Norre, 1997; O'Farrel Choquette, & Birchler 1991), che contribuirebbe secondo alcuni autori ad alimentare interazioni ancora più aggressive e asimmetriche (Snyder & Whisman, 2003). Vi sono evidenze di come tensioni e ostilità coniugali abbiano un impatto negativo anche sulla salute fisica, in particolare su alcune malattie come il cancro, i disordini cardiaci e il dolore cronico (Schmaling & Sher, 1997). Si è osservato, inoltre, che il conflitto di coppia, in particolare se connotato da *ostilità verbale*, ha un impatto importante sull'adattamento e sul benessere emotivo dei figli (Cummings, Vallard, El Sheikh, & Lake, 1991), oltre che sulle loro capacità di problem-solving, senso di autoefficacia (Bernier Jarry-Boileau, & Lacharité, 2014) e stile di attaccamento (Owen & Cox, 1997).

In generale, per *conflitto di coppia* si intende un disaccordo o delle tensioni tra i partner che possono condurre a interazioni disfunzionali ed *escalation* negative (Davies, Martin, Coe, & Cummings, 2016) che impediscono a ciascun membro di assumere il punto di vista

dell'altro e che generano intensi vissuti negativi. Il conflitto interpersonale è stato anche definito come l'interazione tra persone che esprimono interessi, punti di vista e opinioni opposte; in altre parole, come interazioni tra partner che possiedono *obiettivi incompatibili* (Lewin, 1948; Bradbury, Rogge, & Lawrence, 2001).

Il conflitto può essere *esplicito* o *implicito*; inoltre, numerosi studi hanno evidenziato che l'impatto maggiore sul benessere delle coppie non è tanto dovuto al conflitto di per sé, quanto alle modalità di gestione dei disaccordi – che possono essere *costruttive*, *distruttive* o di *evitamento* (Birditt, Brown, Orbuch, & McIlvane, 2010) - e dal fatto che questi vengano risolti o meno (Du Rocher Schudlich, Papp, & Cummings, 2011). La presenza di conflitti all'interno di una coppia è praticamente inevitabile, e può portare anche al rafforzamento di quest'ultima laddove a delle *rottture* possono seguire delle *riparazioni*: si parla in questo caso di un conflitto *costruttivo*. Numerose ricerche sostengono, al contrario, che la presenza di un conflitto *distruttivo*, in cui può essere presente anche violenza fisica o verbale, è un fattore di rischio associato all'alta insoddisfazione di coppia e al divorzio (Clements, Stanley, & Markman, 2004). Gottman (1994, 1999) ha inoltre individuato, sulla base di alcuni interessanti studi osservazionali, diversi tipi di coppie suddivise sulla base della *modalità di gestione del conflitto*: l'autore suddivide tra coppie disfunzionali/instabili (*disregolati* o *ostili*) e funzionali/stabili (*regolati*). Le coppie cosiddette disregolate sono connotate dalla presenza di quattro particolari processi: *criticismo*, *disprezzo*, *essere sulla difensiva* e *ritiro* (definito anche *boicottaggio*). Esse, inoltre, tendono a mostrare una maggior frequenza e intensità di interazioni conflittuali, i partner sono reciprocamente più aggressivi e manifestano raramente affetti positivi. Ne consegue che i livelli di *soddisfazione di coppia* sono più bassi rispetto alle coppie regolate, ed è più probabile che vadano incontro a separazioni o divorzi. Le coppie regolate, invece, sono suddivise per sottotipi sulla base del *grado* e della *frequenza* con cui ciascun partner tenta di influenzare l'altro. Nello specifico, le ricerche di Gottman dimostrano l'esistenza di tre sottotipi, definite *coppie validanti*, *coppie esplosive* e *coppie evitanti/minimizzanti il conflitto*. Le coppie validanti sono coloro che gestiscono apertamente le differenze, cooperano, mostrano rispetto reciproco e manifestano affetti positivi. Le

coppie esplosive, così come le validanti, affrontano apertamente le differenze ma attraverso una modalità più competitiva che cooperativa. Infine, le coppie che evitano il conflitto tentano di minimizzare o ridurre le differenze, focalizzandosi principalmente sulle somiglianze all'interno della relazione.

Nell'ottica della Control-Mastery Theory, in virtù delle loro stabilità e coinvolgimento emotivo, le relazioni di coppia rappresentano il campo privilegiato all'interno del quale mettere alla prova e disconfermare le proprie credenze patogene (Zeitlin, 1991); tali azioni di disconferma e messa alla prova sono denominati dalla CMT *test*. Quando i partner falliscono i test cui si sottopongono reciprocamente, essi possono mettere di nuovo alla prova le loro credenze patogene anziché dover contenere i sentimenti negativi che conseguono il fallimento di un test: ciò incoraggia ancora di più l'attività di testing nella coppia. Come vedremo in seguito, tali considerazioni risultano in linea con quanto affermato da autori di stampo psicoanalitico e sistemico, che vedono nella formazione dei legami di coppia un tentativo di risolvere conflitti antichi con le proprie figure significative dell'infanzia (Dicks, 1967; Framo, 1970; Lyons-Ruth et al., 1998; Main, Hesse & Goldwyn, 2008).

Spesso, nella pratica clinica, si osserva come le tensioni coniugali e i conflitti possano essere compresi proprio come esito del fallimento nel superamento dei test cui i partner della coppia si sottopongono reciprocamente: questi fallimenti danno origine a quelli che la CMT individua come *circoli viziosi relazionali* (Rodomonti, Crisafulli, Mazzoni, Curtis & Gazzillo, 2020).

Immaginate la seguente scena: un uomo rientra a casa dopo il lavoro e trova la moglie sul divano, visibilmente triste. A questo punto le chiede che cosa sia successo; a causa del suo senso di colpa da *burdening*, ci sono pochissime possibilità che la moglie risponda direttamente raccontando quanto le è capitato. Anzi, è esperienza comune nelle persone che tendono a compiacere la credenza patogena per cui i loro bisogni sono un peso per gli altri che la risposta che segue tale domanda solitamente è "niente". A questo punto, il marito può rispondere in due modi: andarsene nell'altra stanza accontentandosi della

risposta, oppure insistere affinché la moglie si confidi. Se si segue la seconda strada, ci si renderà conto che nonostante l'insistenza e l'interesse del marito, la donna per un po' continuerà a rispondere sminuendo il proprio vissuto, affermando magari un "ma no, non è importante, non fa niente". Che cosa sta succedendo all'interno di questo comune scambio relazionale?

La risposta della moglie alla domanda "come stai" è un test che quest'ultima sta ponendo al marito; rispondendo "niente", la donna spera inconsciamente che il marito insista, si mostri interessato rispetto al suo stato d'animo. Poniamo il caso che il marito, a causa della sua credenza patogena secondo cui deve occuparsi dei bisogni degli altri altrimenti sarebbe un'egoista (*senso di colpa da responsabilità onnipotente*), metta in atto un test di transfert per ribellione, e si accontentasse della risposta senza chiedere altro. In questa situazione non supererebbe il test, confermando la credenza patogena della moglie secondo cui, ad esempio, i suoi bisogni sono troppo pesanti per gli altri o non sono importanti (*senso di colpa da burdening*); la moglie potrebbe cominciare ad accusarlo di non essere interessato a lei e ai suoi problemi, e di pensare solo a sé stesso, fallendo il test di ribellione al quale il marito la stava sottoponendo e confermandogli la credenza patogena relativa alla responsabilità onnipotente. Quello che si sta verificando è, secondo la prospettiva CMT, un *circolo vizioso relazionale*, cioè il reciproco fallimento dei test di ciascun membro della coppia, che rappresenta la manifestazione principale dei problemi e dei conflitti all'interno delle relazioni intime.

## Una breve panoramica sul conflitto di coppia nella letteratura psicodinamica e sistemica

Le tematiche principali evidenziate e condivise dagli autori che si occupano di psicoterapia di coppia sono innanzitutto l'idea che *i legami intimi rappresentano una modalità attraverso cui accedere a dimensioni relazionali diverse*, trasformative rispetto al passato e che si costituiscono, inconsciamente, anche nel *tentativo di risanare conflitti passati con le proprie figure dell'infanzia*. Secondo Dicks (1967), un esponente della scuola psicoanalitica inglese fortemente influenzato dalla teoria di Fairbairn, l'unità da percepire e da studiare è il sistema *coppia interagente*, anziché i singoli individui. Utilizzando l'espressione *collusione inconscia*, Dicks mette in luce i processi di identificazione proiettiva attraverso cui ciascun partner attribuisce all'altro un ruolo da incarnare, denso di proiezioni e conflitti antichi irrisolti; il conflitto nasce a partire dal rifiuto di rivestire quei ruoli. Nell'*incastro tra i due mondi interiori*, Dicks rintraccia l'essenza del processo collusivo, espressione della persistenza di coinvolgimenti irrisolti con relazioni oggettuali del passato che bloccano la crescita e la maturità dei partner.

Anche Framo (1970), autorevole esponente della scuola sistemica dalla forte impronta dinamica, sostiene l'idea per cui i conflitti di coppia siano conseguenti ad *aspettative irrealistiche* nei confronti del coniuge, e che i legami di coppia siano sempre distorti dal transfert rispetto a oggetti del passato. Per tali ragioni, Framo (1992) sottolinea l'importanza di coinvolgere le rispettive famiglie d'origine nella terapia (*terapia intergenerazionale*). Inoltre, gli autori sistemici hanno posto il focus dell'attenzione sull'aspetto *comunicativo*, sottolineando come spesso si rileva la presenza di modalità comunicative disfunzionali che si *auto-alimentano* all'interno della coppia e che creano incomprensioni e conflitti, dando vita a pattern specifici in cui ogni partner assume un ruolo complementare all'altro (Christensen, 1987, 1988; Greenberg & Johnson, 1986; Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967). Infine, sono stati individuati i fattori specifici che svolgono un ruolo centrale nella psicoterapia di coppia (Davis, Lebow, & Sprenkle, 2012), come quello di considerare le difficoltà e il conflitto di coppia come *modelli relazionali disfunzionali*, che si compongono di aspetti sia cognitivi, comunicativi ed emotivi (Davis & Piercy, 2007) e che

devono essere oggetto di riflessione in terapia, per poterli comprendere e modificare con l'aiuto di una buona alleanza terapeutica tra il clinico e la coppia. Alcuni autori parlano di *reciprocità negativa*, che viene definita come la *tendenza a rispondere ad una comunicazione negativa del partner con una propria comunicazione negativa* (Epstein, Baucom, & Rankin, 1993). Tale sequenza può essere messa in atto da entrambi i partner e generare una sorta di "spirale" di comportamenti negativi nella coppia (Fincham & Beach, 1999) che dà luogo ad un'escalation negativa.

Anche la teoria dell'attaccamento condivide l'idea che le relazioni intime rappresentino un'occasione per ridefinire la propria identità non solo in senso riparativo, ma come una vera e propria *chance evolutiva* e costituiscono una delle fonti maggiori di regolazione emotiva (Crowell & Water, 2005), mettendo in luce i pattern di attaccamento *insicuro* che maggiormente contribuiscono a formare configurazioni che danno origine a conflitti relazionali (Beebe & Stern, 1977; Stern, 1971). È tutt'ora in corso un dibattito (Busonera, San Martini, Zavattini, & Santona, 2014; Grossmann, Grossmann, & Waters., 2005; Mikulincer & Shaver, 2008; Zeifman & Hazan, 2008) tra coloro che sostengono l'ipotesi del *prototipo*, ossia che le prime esperienze di attaccamento infantile svolgano un ruolo centrale nelle relazioni successive con il partner, e chi si riferisce agli stili di attaccamento come una modalità per esplorare le relazioni intime, considerando meno rilevante il peso dell'esperienza passata nella scelta del partner, in un'ottica di *discontinuità* (Crowell, Treboux, & Waters, 2002; Feeney, 2003; Kobak & Hazan, 1991; Scharfe & Bartholomew, 1994; Zeifman & Hazan, 2008).

Concettualizzare il legame di coppia come un tentativo di risanare e superare conflitti con figure significative del passato, l'idea che alla base dei conflitti tra i partner vi siano dei circoli disfunzionali che si auto-perpetuano e l'importanza di stabilire una forte alleanza terapeutica per poter affrontare e modificare tali circoli sono ampiamente condivise e compatibili con quanto sostenuto dalla Control-Mastery Theory.

## I concetti principali della Control-Mastery Theory

La Control-Mastery Theory (CMT; Gazzillo, 2021; Silberschatz, 2005; Weiss, 1993; Weiss, Sampson, & The Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986) è una teoria psicodinamica-cognitiva di matrice relazionale del funzionamento mentale, della psicopatologia e della psicoterapia elaborata da Joseph Weiss e validata empiricamente dal San Francisco Psychotherapy Research Group. La teoria deriva il suo nome da due assunti fondamentali: le persone sono in grado di esercitare un certo *controllo* sul proprio funzionamento mentale conscio e inconscio e sono motivate a *padroneggiare* i propri traumi e risolvere i propri conflitti e problemi (Sampson, 1976).

La modalità principale attraverso cui l'essere umano si adatta al proprio ambiente fisico e interpersonale è sviluppando una serie di ipotesi e *credenze*, implicite ed esplicite, su se stesso, gli altri, il proprio ambiente (realtà) e il modo in cui dovrebbe comportarsi (moralità), che vengono continuamente messe alla prova. Tali credenze si formano solitamente durante l'infanzia e l'adolescenza.

Data la motivazione intrinseca ad adattarsi al proprio ambiente e a mantenere più alto possibile il livello di sicurezza, gli individui sono motivati a comprendere e padroneggiare anche e soprattutto le situazioni traumatiche. La CMT individua due tipologie di traumi: da *shock*, ovvero situazioni singole e specifiche, di rilevante gravità e inattese, che fanno sentire la persona in grave pericolo, e da *stress*, ovvero situazioni ripetute nel tempo in cui l'individuo è portato a stabilire una connessione tra il tentativo di perseguire i propri obiettivi e il determinarsi di un pericolo.

Essendo state sviluppate in età evolutiva, le credenze risentono dell'influenza dell'immatùrità del pensiero e dell'emotività caratteristici dell'infanzia. Proprio a causa di queste peculiarità, i bambini sono particolarmente vulnerabili ai sentimenti di responsabilità e colpa, anche rispetto a quei problemi o eventi negativi che non sono stati causati da loro (Bush, 2005). La motivazione ad adattarsi alla realtà e padroneggiare i traumi, il bisogno di

mantenere un senso di sicurezza all'interno dell'ambiente interpersonale e le modalità peculiari di pensiero infantile contribuiscono alla formazione di *credenze patogene*. Una credenza è definita patogena quando associa la realizzazione di un obiettivo sano ed evolutivo al determinarsi di un pericolo, interno o esterno, per la persona o per gli altri significativi. Alcune di queste credenze patogene finiscono inoltre per alimentare *sensi di colpa interpersonali* disadattivi, di cui la CMT ne ha approfonditi cinque: il senso di colpa da *separazione/slealtà*, del *sopravvissuto*, da *responsabilità onnipotente*, da *burdening* e l'odio di sé.

Data la natura dolorosa e costringente delle credenze patogene, le persone sono altamente motivate a metterle alla prova (*test*). La CMT ha individuato diverse tipologie di test: di *transfert* per compiacenza, test di transfert per ribellione, test *da passivo in attivo* per compiacenza, test da passivo in attivo per ribellione e test *osservativi*. I primi si associano alla compiacenza con le credenze patogene, i secondi alla ribellione, i terzi all'identificazione con i caregiver traumatici, i quarti alla controidentificazione e gli ultimi si basano sull'osservazione del comportamento altrui alla ricerca di disconferme indirette delle proprie credenze patogene.

Quest'ultima tipologia di test si ritrova spesso all'interno dei setting di coppia, in cui può accadere che il terapeuta, superando attivamente un test di un partner, superi automaticamente un test osservativo dell'altro. Quando questa disconferma arriva, la persona si sente più al sicuro, più libera di lavorare per realizzare i propri obiettivi, meno ansiosa, meno depressa, più capace di elaborare i propri traumi e più coinvolta nella relazione.

Ciò implica che ogni essere umano, in virtù della propria motivazione di adattarsi alla realtà, compie delle azioni che sono regolate da un *piano*, che si compone degli obiettivi e delle strategie per raggiungere quest'ultimi, nelle relazioni più importanti e quindi anche nella psicoterapia. Nel lavoro di psicoterapia condotto in ottica CMT è quindi centrale comprendere e formulare fin da subito il piano dei pazienti, e per questo è stato elaborato ed empiricamente validato un metodo per la Formulazione del Piano (PFM; Curtis, Silberschatz, Sampson, & Weiss, 1994). La formulazione del piano comprende

L'esplicitazione degli *obiettivi* sani e realistici del paziente (sia consci che inconsci); degli *ostacoli* (credenze patogene e sensi di colpa) che ne impediscono il raggiungimento; dei *traumi* (da *stress* e da *shock*) che hanno contribuito alla formazione degli ostacoli; dei *test* che il paziente sottoporrà al terapeuta o ad altre figure significative; degli *insight* che il paziente vorrebbe ottenere.

## La terapia di coppia in ottica CMT

Il modello della CMT può essere applicato anche ai setting congiunti, in particolare alle psicoterapie di coppia. La CMT sostiene infatti che vi sia una *causalità circolare*, per utilizzare un termine proprio della psicologia relazionale, tra le credenze, i vissuti emotivi, i comportamenti dei singoli membri e l'organizzazione complessiva del sistema coppia.

Come accennato nell'introduzione, Dennis Zeitlin (1991) espone un'applicazione sistematica dei principi teorici della CMT alla terapia di coppia, mettendo in luce l'esistenza di un ampio spettro di modalità attraverso cui le coppie entrano in relazione e instaurano un legame intimo. In un polo ci sono le persone le cui relazioni intime sono sempre molto simili tra loro, a causa della compiacenza con le loro credenze patogene; al polo opposto invece ci sono le persone che cercano nel tempo di raggiungere modalità di relazione man mano più sane, provando di conseguenza a disconfermare le loro credenze patogene (vedi anche Rodomonti, Crisafulli, & Falcone, 2021). A tal proposito, Zeitlin (1991) individua e descrive le modalità che, più o meno consapevolmente, orientano la scelta del partner. Nello specifico, le modalità di scelta maggiormente associate alla presenza di conflitti di coppia sono quelle che avvengono *per ripetizione* rispetto agli *oggetti transferali*, nel caso in cui uno o entrambi i partner scelgano un oggetto d'amore o una modalità di rapporto simile a quelli dell'infanzia; in questa modalità, è possibile che si verifichi una *contraddizione tra i piani* dei partner e una limitata possibilità di testare le credenze patogene. Può avvenire anche che entrambi o uno dei due partner si *identifichi con gli oggetti transferali*, per mezzo di un *passaggio dal passivo all'attivo*, che risulta una modalità meno rischiosa per chi la compie

poiché il trauma viene agito sull'altro anziché subito passivamente. Esistono poi delle modalità di scelta basate sulla *non ripetizione* delle esperienze passate; i rapporti che si possono creare a partire da tali premesse sono di diversi tipi: è possibile che la scelta del partner sia basata sulla *similarità delle credenze patogene* o sulla presenza di *credenze patogene condivise*.

La scelta del partner sulla base di *credenze patogene diverse, l'evitamento di oggetti transferali e la non compiacenza rispetto alle credenze patogene* e infine modalità di scelta basate su *aree libere da conflitti, cioè non gravate da credenze patogene* rappresentano modalità più sane di scelta del partner e generano vissuti meno conflittuali.

Quando ci si occupa di coppie in terapia, è opportuno considerare i test che i partner possono sottoporre al terapeuta e i test cui i partner si sottopongono reciprocamente. Non ci soffermeremo molto sulla prima situazione, salvo sottolineare come spesso la *contraddizione tra piani*, ovvero le situazioni in cui una risposta pro-plan per un partner coincide con una anti-plan per l'altro, può rappresentare una delle maggiori difficoltà per un terapeuta e una delle maggiori cause di conflittualità di coppia. In questi casi, il terapeuta sente una pressione a doversi schierare, rischiando di dar vita a intensi sentimenti di esclusione e rabbia nell'altro partner. Così come per le terapie individuali, anche per il setting di coppia superare i test rappresenta un momento cruciale del processo terapeutico, poiché entrambi i partner possono beneficiare delle risposte del terapeuta per disconfermare le proprie credenze patogene, sviluppando nuove modalità di interazione e magari accedendo a degli insight utili alla comprensione delle dinamiche disfunzionali e dei conflitti. Le coppie richiedono una terapia per diverse ragioni, tuttavia un elemento trasversale è la sofferenza che scaturisce dalla cronicizzazione delle contraddizioni di piano o dalla compiacenza alle proprie credenze patogene (Zeitlin, 1991).

Così come per le terapie individuali, si rivela utile per il terapeuta, durante le prime 3-4 sedute, raccogliere tutte le informazioni necessarie per la stesura di un Piano di Coppia (Formulazione del Piano di Coppia, PFMC; Rodomonti, Crisafulli, Mazzoni, Curtis, & Gazzillo, 2020).

## I circoli viziosi e i circoli virtuosi relazionali

Gli elementi che differenziano il Piano individuale da quello di coppia sono rappresentati proprio dai *circoli viziosi relazionali*, o test di coppia, che si ipotizzano essere gli elementi che maggiormente contribuiscono alla conflittualità di coppia e che nascono dalle reciproche mancanze dei partner nel disconfermare le rispettive credenze patogene. Questi momenti relazionali disfunzionali generano *impasse* e impediscono il raggiungimento degli obiettivi della coppia, implementano profondi vissuti negativi e non permettono ad entrambi i partner di utilizzare la loro relazione come una risorsa.

Per identificare le dinamiche disfunzionali della coppia il terapeuta utilizza le sue osservazioni sulle dinamiche relazionali e sulla storia dei partner e della coppia che emergono dalle sedute congiunte e individuali. Sebbene nella PFM questa sezione descrive i test connessi a ciascuna delle credenze patogene (ostacoli) che il paziente può proporre ai terapeuti, nella PFMC questa sezione descrive i particolari modelli relazionali disfunzionali della coppia che derivano dai fallimenti dei partner nel superare i loro reciproci test, che si configurano come conflitti coniugali.

Ecco alcuni brevi esempi clinici, tratti dalle psicoterapie di coppia analizzate nella ricerca per la validazione del piano di coppia (Rodomonti et al., 2020); poiché il materiale è tratto da trascritti di psicoterapie condotte da professionisti diversi e audioregistrate prima dell'inizio della ricerca, alcune informazioni risultano mancanti. Tuttavia, alcuni scambi clinici tratti da questi esempi possono essere utili per osservare il manifestarsi dei circoli viziosi nelle interazioni tra i partner.

Daria è cresciuta in un ambiente difficile e conflittuale; la madre, una donna molto fragile, non riusciva ad occuparsi della figlia, che era identificata come quella “forte e autonoma”. Inoltre, il padre era un uomo collerico e fisicamente violento con la madre; Daria ha sempre considerato la figura paterna, seppur violenta, come debole ed estremamente bisognosa di aiuto e supporto. Queste esperienze ripetute l'avrebbero indotta a credere di

dover essere sempre forte e non poter mostrare le sue debolezze (burdening), e a sviluppare la credenza di non essere degna di amore, cura e protezione (odio di sé). Antonio, d'altra parte, è sempre stato trattato dai suoi genitori come colui che doveva farsi carico delle persone intorno a lui (responsabilità onnipotente); uno degli eventi maggiormente traumatici che lo ha indotto a sviluppare tale credenza patogena è stato l'abbandono di suo padre, il quale una volta separato dalla madre era diventato un alcolista. Antonio si trova quindi a dover fare "l'uomo di casa", dovendo accudire una madre autoritaria, invadente e molto richiedente. I traumi di coppia sono relativi a due eventi principali, risalenti al periodo iniziale della loro storia. Il primo è quando Antonio riferisce a Daria di aver iniziato un'attività con la sua ex moglie, e il secondo riguarda il trasferimento della coppia con i figli e i genitori di lui in un'unica abitazione. In entrambe le situazioni, Daria si è sentita poco considerata e poco importante per Antonio, il quale dal canto suo non è riuscito a mettere un limite né all'ex moglie né alla propria famiglia. Daria, quando litiga con Antonio, diventa verbalmente aggressiva e critica, accusando il marito di non fare abbastanza per lei, ribellandosi alla sua credenza patogena secondo cui non merita amore e protezione (odio di sé) e i suoi bisogni sono troppo pesanti per essere espressi (burdening), rafforzando in Antonio la credenza patogena per la quale deve occuparsi degli altri antepoendo i loro problemi ai propri (responsabilità onnipotente). Antonio, di conseguenza, agendo per ribellione rispetto alla responsabilità onnipotente, fallisce il test di Daria, insultandola a sua volta, facendola sentire pesante e arrabbiandosi, rinforzandole così l'idea di non meritare amore e considerazione e che i suoi bisogni vengano soddisfatti.

Valerio è cresciuto con una madre bisognosa e richiedente che nel corso della sua giovinezza ha fatto emergere in lui l'idea distorta che per essere amato doveva risolvere problemi degli altri, rinunciare alla propria privacy e autonomia e la convinzione di non meritare rispetto e protezione. Oltre a questo, l'incontro e la relazione con la sua attuale ex moglie, una donna molto simile alla madre in quanto a controllo e alla manipolatività, hanno rafforzato la credenza già sviluppata nell'infanzia secondo cui se si affida a un'altra

persona e lascia spazio al punto di vista altrui (soprattutto di una donna) verrà passivizzato e sovrastato. Marta, invece, è cresciuta con un padre molto svalutante e critico nei suoi confronti, e una madre emotivamente assente e depressa. Durante gli anni della scuola, in cui il suo rendimento scolastico non era eccellente, il padre l'accusava di essere una stupida e un'incapace, non preoccupandosi di sostenerla e aiutarla con i compiti, ma imponendole le scuole da frequentare e in seguito anche l'università. Inoltre, veniva spesso accusata di aver fatto ammalare la madre a causa del suo scarso impegno scolastico. Queste vicende hanno contribuito a farle sviluppare la credenza di non valere niente, di non avere nulla di buono da offrire agli altri e di doversi adeguare agli altri per essere amata (odio di sé). Rispetto ai traumi di coppia, l'evento più rilevante è stato il tradimento compiuto da Valerio dopo qualche anno che era iniziata la loro relazione. Marta, dopo aver scoperto che il compagno aveva una relazione extra-coniugale, inizialmente aveva minacciato la separazione, ma subito dopo lo aveva perdonato; l'idea di perderlo la faceva cadere in una spirale di angoscia che non riusciva a gestire. Valerio, in preda ai sensi di colpa, aveva subito troncato la relazione con l'amante.

In generale Valerio, durante le discussioni con Marta, diventa spesso autoritario e tenta di imporre il suo pensiero come test per ribellione alla credenza patogena secondo cui deve sottomettersi ai desideri e bisogni delle donne così come sentiva di dover fare nel rapporto con sua madre; questo provoca angoscia in Marta, perché le conferma la credenza patogena di essere sbagliata e doversi adeguare per farsi amare (odio di sé). Di conseguenza anche Marta, per ribellione alla sua credenza di doversi adeguare all'altro, non supera il test di Valerio.

Cristina, dall'età di 13 anni, ha sempre lavorato in un banco al mercato insieme alla madre; quest'ultima, infatti, rimasta vedova precocemente e descritta dalla figlia come "fragile e spietata", le chiedeva di essere supportata continuamente. Nel complesso, Cristina si è sempre sentita una bambina non vista e riconosciuta nelle proprie esigenze, crescendo con l'idea di non poter mai manifestare i propri bisogni perché pesanti e ingombranti per gli

altri (burdening). Inoltre, la mamma di Cristina l'ha sempre descritta come un'"adolescente impegnativa", accusandola di essere stata causa di alcuni importanti lutti vissuti in famiglia. Queste esperienze potrebbero aver condotto Cristina a credere di non essere degna di amore, cura e protezione (burdening/odio di sé). D'altro canto, Lorenzo è cresciuto con una madre fredda e scostante, che gli faceva sentire di non essere stato un figlio desiderato (odio di sé). Tra i traumi vissuti dalla coppia ci sono la decisione di Cristina di abortire senza il coinvolgimento di Lorenzo, che avrebbe alimentato in lui la preoccupazione circa la sua adeguatezza come padre. Un secondo aborto (questa volta spontaneo e a gravidanza avanzata) conferma la convinzione di Cristina di essere responsabile per la morte delle persone a lei care e in Lorenzo la sensazione di non poter realizzare a pieno la sua vita. Una dinamica conflittuale che si attiva spesso è la seguente: Cristina si lamenta della propria stanchezza rispetto al doversi occupare della casa e del lavoro, facendo numerose richieste a Lorenzo, testando così per ribellione la sua credenza patogena relativa al burdening. Lorenzo, che in un primo momento supera questi test comportandosi in modo gentile con la moglie e aiutandola nelle faccende di casa, poi li fallisce nel momento in cui Cristina testa più forte imponendo una propria posizione, arrabbiandosi e dicendogli che non sta facendo abbastanza. Lorenzo vive queste richieste come mancanze di riconoscimento e di fiducia nei suoi confronti e si sente da lei sminuito, confermandogli la credenza patogena per cui è incapace e inadatto (odio di sé). Allo stesso tempo, in Cristina, si alimenta l'idea di doversi sempre occupare di tutto lei e di non poter fare richieste (conferma burdening).

Al contrario, con il termine *circoli virtuosi relazionali* si intendono quegli atteggiamenti e quelle caratteristiche del partner che permettono all'altro di sentirsi al sicuro sperimentando un modo più funzionale di essere in relazione e di fornire modelli di ruolo diversi da quelli vissuti nell'infanzia e che hanno dato origine alle credenze patogene. Questa sezione della PFMC mira a indicare i principali punti di forza che una coppia può trovare in sé per affrontare le difficoltà derivanti dai test reciprocamente falliti. In altre parole, in questa sezione il terapeuta deve delineare le ragioni per cui i partner continuano a voler essere una

coppia. L'esistenza di circoli virtuosi favorisce una condizione generale di *sicurezza nella coppia*, termine con cui si intendono le risorse che ciascun partner "porta" nella relazione e quelle che derivano dal loro stesso incastro di coppia.

Eccone alcune esemplificazioni cliniche, sempre tratte dal materiale della ricerca per la validazione del piano di coppia.

Elena è cresciuta in una famiglia fredda e anaffettiva in cui le dimostrazioni di affetto sia fisiche sia verbali venivano vissute come grande fonte di disagio; Riccardo, fin da quando era molto piccolo, ha vissuto da solo con una madre molto depressa e richiedente che lo faceva sentire in colpa se, da adolescente, la lasciava da sola la sera per uscire con gli amici. Quando Elena incontra Riccardo, lui si mostra da subito amorevole e accudente, mostrandole la vicinanza affettiva che da sempre le era mancata, contrastando così il suo odio di sé. Riccardo, d'altra parte, è attratto dalla forza e dall'indipendenza di Elena, di cui sente di non doversi prendere eccessivamente cura, contrastando la sua responsabilità onnipotente.

Livio è un giovane adulto che fin dall'adolescenza soffre di attacchi di panico; in particolare, essi compaiono ogni qualvolta sta organizzando un viaggio lontano da casa o è costretto a fare delle trasferte di lavoro. L'angoscia di Livio ha radici profonde, e risale al suo rapporto con i genitori, in particolare con il padre, uomo molto ansioso che gli ha da sempre trasmesso l'idea che separarsi da casa e dalla famiglia fosse sbagliato e pericoloso. Livio, percependo l'angoscia dei genitori nel lasciarlo andare, aveva sviluppato la credenza patogena secondo la quale ogni forma di separazione fisica avrebbe danneggiato le persone a lui care (separazione/slealtà), per cui allontanarsi dalle persone con cui aveva rapporti significativi veniva da lui vissuto, in compiacenza a tale credenza, come una minaccia gravosa che veniva segnalata – ed evitata – attraverso gli attacchi di panico. A sua volta Claudia, una giovane donna intraprendente e ambiziosa è cresciuta con un fratello con un'importante disabilità. I problemi del fratello la facevano sentire profondamente in colpa

verso di lui ogni volta che otteneva un successo, sia scolastico, sia in seguito accademico e lavorativo; sentiva che in qualche modo lei era privilegiata, e questo la spingeva a inibire la sua ambizione e ogni manifestazione di realizzazione personale (sopravvissuto). Nella relazione con Livio, tuttavia, lei sente di poter essere sé stessa: egli infatti la valorizza, la sostiene nel perseguire la sua carriera e le dimostra stima in modo aperto e genuino, facendole molti complimenti. L'intraprendenza e l'ambizione di Claudia, d'altra parte, è di esempio per Livio, il quale si sente incoraggiato dalla fidanzata a pianificare partenze insieme ma anche da solo con i suoi amici, non mostrandosi turbata e accogliendolo, al suo rientro, con affetto e gioia.

L'individuazione dei circoli viziosi relazionali risulta importante per il clinico che si trova a lavorare con le coppie altamente conflittuali, perché permette di avere una visione d'insieme dello stato della relazione, oltre a dare una chiara fotografia dell'incastro delle credenze patogene che ciascun partner porta all'interno del rapporto. Il terapeuta, in questo modo, oltre a tenere presente le dinamiche disfunzionali che il singolo o la coppia metterà alla prova nei suoi confronti, avrà la possibilità di osservare in che modo la coppia non riesce a rappresentare un luogo sicuro all'interno del quale disconfermare le credenze patogene e come poter rispondere di volta in volta in modo pro-plan per entrambi.

## Il caso di Chiara e Michele

Chiara e Michele giungono al centro clinico con una richiesta di terapia di coppia a causa di un generale malessere a seguito di alcuni presunti episodi di tradimento. Si presentano dunque al primo incontro congiunto; la terapeuta, in prima battuta, chiede il perché della consultazione. Entrambi i partner sono concordi nel cominciare un percorso insieme e riconoscono la presenza di alti e bassi che spesso sfociano in vere e proprie “guerriglie”. Tutti e due, inoltre, riconoscono che i loro bambini stanno risentendo di questo clima familiare conflittuale e teso.

Chiara e Michele si sono fidanzati poco dopo essersi conosciuti, e dopo 8 anni di fidanzamento si sono sposati. Entrambi riportano che i problemi sono iniziati pochi anni dopo il matrimonio, in un periodo durante il quale Michele ha perso la madre e Chiara è stata licenziata. Durante quel periodo, Chiara si sentiva schiacciata dalle incombenze domestiche e familiari, soffrendo molto il ruolo di “casalinga”, essendo abituata fin dall’adolescenza a lavorare duramente (“è come se mi avessero messo dentro una scatola e sbattuto”). Sentiva che Michele non aveva fiducia in lei e nella prospettiva che potesse rimettersi in gioco lavorativamente; inoltre, avvertiva di essere controllata rispetto alla gestione dei soldi. In concomitanza a quel periodo, Michele aveva iniziato a scrivere poesie e a frequentare un circolo di artisti, cosa che lo portava a stare spesso fuori casa e a frequentare altre persone, anche sui social. Secondo quanto riportato da entrambi, Chiara soffriva e si sentiva molto trascurata e, secondo Michele, per ripicca anche lei aveva cominciato ad uscire la sera, a frequentare locali e a rientrare molto tardi. Inizia così un periodo di inquisizioni reciproche, in cui entrambi si controllano il cellulare a vicenda, e fanno domande e insinuazioni su possibili tradimenti. Un clima descritto da tutti e due come invivibile, e che rappresenta anche il motivo che li ha spinti a cercare una psicoterapia di coppia: vorrebbero infatti riacquisire fiducia reciproca.

Durante la seduta congiunta e successivamente negli incontri individuali emerge la storia passata di entrambi i partner. In particolare, Chiara è cresciuta in una famiglia nella quale non

circolava affetto, non si percepivano legami forti e non c'era spazio per dimostrazioni di amore, per attenzioni verso l'altro, per tenerezze né tra fratelli né tra genitori e figli. Il padre, soprattutto, che lei percepiva come il pilastro della famiglia, forte e di valore anche se a volte violento, era fuori casa tutto il giorno, ed era colui da cui avrebbe voluto sentirsi amata e protetta, e che "rincorreva" di continuo per avere un po' di attenzioni. Chiara è stata mandata da piccolissima (14 anni) a lavorare in fabbrica dopo che il padre aveva perso il lavoro ed era andato precocemente in pensione, e questo nonostante lei volesse continuare a studiare; i genitori, peraltro, non avevano fiducia nelle sue inclinazioni. L'esperienza in fabbrica viene descritta come molto dura; lei sentiva di non essere stata sufficientemente preparata. La sorella maggiore, infatti, che già lavorava lì, non l'aveva messa in guardia rispetto a quello che avrebbe vissuto. Queste esperienze potrebbero aver condotto Chiara a sviluppare la credenza di non essere degna di stima, amore, cura e protezione e di dover anteporre i bisogni degli altri ai propri desideri (odio di sé e responsabilità onnipotente). La donna riporta inoltre un episodio in particolare, che sembra aver contribuito ad acuire la sensazione di mancanza di valore nelle sue capacità: il padre, quando Chiara tornò a casa con il primo stipendio, le portò via tutto il denaro dicendole che non era in grado di gestirlo perché era piccola e non capiva niente; in questo modo Chiara si è identificata sempre più con la mamma svalutata ("mamma era come un'ombra; "era sempre un passo indietro rispetto a papà").

Michele racconta invece di essere nato dopo/"a causa" della morte del fratello e con il preciso ruolo di evitare che la madre cadesse in depressione; per tutta la sua infanzia e adolescenza si prende cura di sua madre, che soffrirà per l'intera vita di "mancanze", descritte come svenimenti improvvisi. Michele ha due fratelli molto più grandi di lui che, mentre lui era adolescente, avevano già iniziato la loro vita adulta fuori di casa. Il padre viene descritto come assente, sempre fuori per lavoro. Di conseguenza, Michele era l'unico a essere costantemente a contatto con la madre, la sua sofferenza e le sue necessità. Il padre viene inoltre ricordato da Michele come un uomo dedito al lavoro, che tornava a casa tardi e stanco, "gravato" dalle necessità della moglie: una figura a cui Michele non sentiva di potersi appoggiare, di poter chiedere aiuto o supporto, né pratico né emotivo. Queste esperienze ripetute potrebbero aver condotto Michele a sviluppare la

credenza di doversi occupare del benessere degli altri prima che del proprio (responsabilità onnipotente), e di dover mettere da parte i propri bisogni per non appesantire ulteriormente i suoi familiari, già carichi di problemi (burdening). Inoltre, questo rapporto madre-figlio invertito potrebbe aver condotto Michele anche a credere di non avere il diritto di essere più realizzato e felice di una madre depressa e di un fratello venuto a mancare dopo poche ore di vita (sopravvissuto).

Quindi, le credenze patogene individuali che i due partner hanno sviluppato a partire dalle loro storie passate sono, per quanto riguarda Chiara, l'idea di non meritare stima, amore e protezione (odio di sé); Michele, da parte sua, ha sviluppato la credenza patogena secondo cui avere una vita più soddisfacente, sia personale che di coppia, di quella dei propri genitori e fratelli (in particolare della madre) li farebbe soffrire o li farebbe sentire umiliati (sopravvissuto) e la credenza patogena secondo cui se non si fosse occupato prima dei bisogni degli altri sarebbe un egoista (responsabilità onnipotente). Inoltre, entrambi condividono la credenza patogena secondo cui se chiedessero agli altri di prendersi cura di loro, li appesantirebbero troppo e darebbero fastidio (burdening).

Dal punto di vista della coppia, invece, gli eventi che possono essere considerati come i traumi di coppia sono due e sono quelli riportati dai partner nella prima seduta congiunta. Il primo trauma fa riferimento alla perdita della madre di Michele e al concomitante licenziamento di Chiara. Queste perdite riattivano in entrambi le proprie credenze patogene, non viste e non trattate adeguatamente dall'altro: per far fronte ai bisogni della famiglia, Chiara cerca di vincere la propria insicurezza e reinventarsi facendo un corso di manicure. Michele, che identifica sempre più la moglie con la propria madre, legge il tentativo di lei come una forma di "ingenuità" e leggerezza e si sente pertanto costretto ad intervenire e scoraggiare quest'iniziativa, assumendo il ruolo di quello "ravveduto" e "oculato" con i soldi. Chiara si sente svalutata, e legge nelle parole e atteggiamento del marito una conferma di non avere alcun valore e capacità altra per lavorare.

Il secondo evento traumatico della coppia risale alla scoperta da parte di Chiara dell'attività sui social di Michele e dei suoi tradimenti, e da parte di Michele degli incontri extraconiugali di

Chiara; ciò ha rinforzato la sofferenza individuale e di coppia poiché Chiara ha visto confermata la propria idea di non meritare stima, amore e protezione, e Michele la sua credenza di doversi sempre preoccupare del benessere e dei desideri degli altri mettendo da parte le proprie inclinazioni e, più in generale, ciò che lo fa stare bene.

A partire dalla raccolta della storia sia individuale che di coppia, è possibile stilare la lista di obiettivi per la terapia di Chiara e Michele:

- Ricominciare a fidarsi l'uno dell'altra
- Elaborare il trauma dei tradimenti (reali o presunti) reciproci
- Essere più soddisfatti della relazione di coppia
- Litigare di meno
- Riuscire a comunicare e comprendersi meglio
- Raggiungere un equilibrio migliore tra gli aspetti di cura e appagamento dei propri bisogni

All'interno delle sedute di psicoterapia, così come avviene nelle loro interazioni quotidiane, entrambi i partner mettono alla prova le proprie credenze patogene; quando questi test reciproci falliscono, si innescano i circoli viziosi relazionali che danno vita al conflitto di coppia. Chiara, ad esempio, vive ogni disattenzione di Michele come la prova della sua mancanza d'amore e di fedeltà e per questo lo accusa e lo attacca (ribellione all'odio di sé); Michele sente allora di dover essere impeccabile e sempre pronto a dimostrare a Chiara il suo amore e la sua devozione senza mai riuscirci (compiacenza alla responsabilità onnipotente), riattivando i dubbi e le accuse di Chiara. Ad esempio, durante una seduta in cui Chiara esponeva la sua sofferenza rispetto ai tradimenti del marito, Michele risponde sottolineando il suo amore per lei, quanto la trovi attraente e quante volte si sia sottoposto a delle privazioni per far stare bene lei, riconoscendole la sua infanzia travagliata. A questo tentativo, però Chiara risponde testando più forte poiché involontariamente il marito la fa sentire un peso per lui, alimentandole il *burdening*; gli recrimina quindi di non averla mai sostenuta abbastanza nel suo tentativo di rimettersi in sesto, anche dal punto di vista fisico, ma anzi di essersi sentita criticata perché si stava trascurando. Un altro

circolo vizioso si innesca perché Michele non parla e non condivide le sue passioni con Chiara, anzi, inizia a scrivere e ad avere interessi da cui lei è esclusa, cosa che la fa sentire non meritevole di amore e ammirazione. Lei reagisce, in ribellione alla sua credenza di non meritare di essere valorizzata e di dover compiacere i desideri dell'altro, uscendo con le amiche e tradendo Michele. Questo dà a Michele la conferma della credenza che se appaga dei suoi desideri e bisogni fa soffrire una persona cara, in questo caso la moglie. Così, decide di sospendere tutte le sue attività extra familiari. Chiara resta comunque insoddisfatta perché non si sente veramente amata e stimata da Michele, che a suo parere resta con lei solo per avere una persona che gli porta avanti la casa, rinforzando così i suoi vissuti traumatici infantili di doversi occupare di tutto e di non meritare stima, amore e cura. Un'interazione conflittuale simile si verifica quando Michele, preso dal suo lavoro, non dedica abbastanza attenzione e affetto a Chiara (per esempio, non la bacia quando rientra a casa); Chiara si sente usata come un oggetto, perché questo comportamento di Michele le conferma la credenza patogena di non meritare attenzione e affetto. A quel punto reagisce attaccandolo e cominciando ad avere dei sospetti su possibili tradimenti. Questo fa sentire Michele sempre sotto pressione, come se dovesse dare il massimo altrimenti farà soffrire la moglie - così come avveniva con sua madre, la quale poteva svenire e stare male da un momento all'altro, per cui lui e il padre dovevano essere sempre comprensivi senza protestare. In questo modo Michele, identificandosi col padre per via del suo senso di colpa del sopravvissuto, reprime desideri, bisogni, ambizioni, scelte, svuotando il rapporto da qualsiasi forma di investimento e relegandolo a compito da eseguire bene.

Può accadere a volte, invece, che Michele si ribelli all'idea di dover sempre mettere da parte i suoi bisogni (responsabilità onnipotente e burdening) e chieda comprensione e complicità rispetto alle sue stanchezze e al tanto lavoro. Chiara vive queste richieste come la dichiarazione di una mancanza di disponibilità di Michele (cioè come una conferma dell'odio di sé) per cui si ribella e lo rimprovera o rifiuta. Questi atteggiamenti acuiscono il vissuto di Michele di essere pesante, e a queste accuse lui risponde con una nuova ribellione, cercando altrove apprezzamento (un esempio sono le poesie e i blog che scrive sui social e che condivide con altre persone) e leggerezza.

In terapia, è importante che il terapeuta colga il manifestarsi di circoli viziosi e le credenze patogene sottostanti, e aiuti i partner a individuarli, comprenderli e a trovare delle letture alternative che permetta loro di uscire dall'*impasse* relazionale.

Così come è fondamentale riconoscere i circoli viziosi, è altrettanto utile evidenziare tutti quei momenti in cui, invece, i partner superano reciprocamente i test; durante le sedute con Chiara e Michele, ad esempio, ogni volta che il terapeuta sottolinea la loro capacità empatica di comprendersi a vicenda e aiutarsi, essi si mostrano più fiduciosi e collaborativi. Sottolineare le risorse e la sicurezza all'interno della coppia è fonte di sollievo per i partner e aiuta il terapeuta a comprendere quali sono i punti di forza su cui poter far leva nel lavoro di disconferma delle loro credenze patogene, oltre a permettergli di capire quale atteggiamento ottimale poter assumere.

Chiara è cresciuta in un contesto familiare freddo e anaffettivo, in una casa sempre vuota, in cui sembrava non esserci relazione tra i membri della famiglia, ma solo richieste e doveri. Michele, cresciuto occupandosi della madre, ha un forte senso di cura ed è affettuoso, e allo stesso tempo, condivide con Chiara il desiderio della famiglia come uno spazio caldo in cui si possa stare bene insieme - anche lui è cresciuto in un clima familiare austero e ha cercato tutta la vita di rendere felici sia il padre che la madre. Il bisogno condiviso da entrambi di cura e affetto e l'investimento su una famiglia affettuosa e presente sono la fonte di sicurezza reciproca di questa coppia. Durante le sedute, entrambi parlano spesso della loro relazione come qualcosa di prezioso e dell'importanza dell'attrazione reciproca e complicità che hanno sempre avuto.

Michele è cresciuto con una madre fragile e sprovveduta, di cui sia lui, che in modo diverso il padre, si sono sempre dovuti occupare. La determinazione e la forza di Chiara, nonostante la poca istruzione e la vita difficile, lo rassicurano rispetto alla sua responsabilità onnipotente e alla preoccupazione di essere pesante, dandogli l'idea di aver trovato una donna capace di badare a se stessa e con cui potrà avere perciò un rapporto di reciproco sostegno e complicità. In seduta, infatti, Michele manifesta spesso ammirazione e stima per le capacità di Chiara, facendola sentire amata e valorizzata per quello che è.

## Conclusioni

Lavorare nell'ambito delle relazioni di coppia significa per il clinico tenere a mente l'esistenza di due mondi interni e di un terzo mondo, formato dalla coppia; inoltre, a differenza delle terapie individuali in cui si verifica un unico movimento che va dal paziente al terapeuta e viceversa, le sedute di coppia rappresentano un crocevia di movimenti. Il clinico deve considerare, infatti, i test a cui può essere sottoposto dalla coppia, con particolare attenzione al verificarsi di eventuali contraddizioni tra piani, i suoi sentimenti e atteggiamenti nei confronti di ciascun partner, le dinamiche di triangolazione e i test cui i partner si sottopongono reciprocamente, quindi alle dinamiche conflittuali principali che generano sofferenza e per cui la coppia spesso ricerca una terapia. Soprattutto durante i primi colloqui, è fondamentale una chiara comprensione e formulazione del piano di coppia, al fine di individuare gli obiettivi, le credenze (individuali e condivise) e i traumi (individuali e di coppia) e impostare correttamente il lavoro. Nel formulare il piano di coppia, un'attenzione particolare dovrebbe andare all'individuazione dei circoli viziosi relazionali, poiché spesso essi rappresentano il nucleo della sofferenza dei pazienti e uno degli ostacoli principali alla disconferma delle loro credenze patogene. Comprendere e lavorare sui circoli viziosi, e quindi sulla conflittualità, in modo empatico e con il giusto atteggiamento con entrambi i partner è uno degli obiettivi principali di una psicoterapia di coppia in ottica CMT, poiché fornisce una chiarificazione delle dinamiche che si attivano durante le discussioni, perché abbassa il livello di aggressività e reattività nei partner e aiuta a disinnescare gli attacchi e accuse reciproche che alimentano malessere e sofferenza. Inoltre, lavorare sui circoli viziosi facilita nei partner l'assunzione del punto di vista dell'altro e la comprensione dei suoi bisogni e paure. Così come per la conflittualità, è fondamentale in terapia lavorare sulla sicurezza all'interno della coppia: quest'ultima va sostenuta e alimentata, aiutando i partner a riconoscere i circoli virtuosi relazionali che hanno permesso loro di considerare la relazione di coppia come un punto di forza, una risorsa e un'esperienza emotivamente correttiva rispetto ai traumi e dolori del passato.

## Bibliografia

Beach, S. R., Fincham, F. D., & Katz, J. (1998). Marital therapy in the treatment of depression: Toward a third generation of therapy and research. *Clinical psychology review, 18*(6), 635-661.

Beavin, J. H., Jackson, D. D., & Watzlawick, P. (1967). *La pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio (1971)

Beebe, B., & Stern, D. N. (1977). Engagement-disengagement and early object experiences. In *Communicative structures and psychic structures* (pp. 35-55). Boston: Springer.

Bernier, A., Jarry-Boileau, V., & Lacharité, C. (2014). Marital satisfaction and quality of father-child interactions: The moderating role of child gender. *The Journal of genetic psychology, 175*(2), 105-117.

Birditt, K. S., Brown, E., Orbuch, T. L., & McIlvane, J. M. (2010). Marital conflict behaviors and implications for divorce over 16 years. *Journal of Marriage and Family, 72*(5), 1188-1204.

Bradbury, T., Rogge, R., & Lawrence, E. (2001). Reconsidering the role of conflict in marriage. In A. Booth, A. C. Crouter, & M. Clements (Eds.), *Couples in conflict* (p. 59-81). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Bush, M. (2005). The Role of Unconscious Guilt in Psychopathology and in Psychotherapy. In G. Silberschatz (Ed.), *Transformative relationships: The control-mastery theory of psychotherapy* (p. 43-66). New York: Routledge.

Busonera, A., Martini, P. S., Zavattini, G. C., & Santona, A. (2014). Psychometric properties of an Italian version of the Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) Scale. *Psychological Reports, 114*(3), 785-801.

Christensen, A. (1987). Detection of conflict patterns in couples. In K. Hahlweg & M. J. Goldstein (Eds.), *The Family Process Press monograph series. Understanding major mental disorder: The contribution of family interaction research* (p. 250–265). Family Process Press.

Christensen, A. (1988). Dysfunctional interaction patterns in couples. In P. Noller & M. A. Fitzpatrick (Eds.), *Monographs in social psychology of language, No. 1. Perspectives on marital interaction* (p. 31–52). Multilingual Matters.

Clements, M. L., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2004). Before they said “I do”: Discriminating among marital outcomes over 13 years. *Journal of Marriage and Family*, *66*(3), 613-626.

Crowell, J. A., Treboux, D., & Waters, E. (2002). Stability of attachment representations: The transition to marriage. *Developmental Psychology*, *38*(4), 467–479.

Crowell, J., & Waters, E. (2005). Attachment representations, secure-base behavior, and the evolution of adult relationships. *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*, 223-244.

Cummings, E. M., Ballard, M., El-Sheikh, M., & Lake, M. (1991). Resolution and children's responses to interadult anger. *Developmental Psychology*, *27*(3), 462.

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

Davies, P. T., Martin, M. J., Coe, J. L., & Cummings, E. M. (2016). Transactional cascades of destructive interparental conflict, children's emotional insecurity, and psychological problems across childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, *28*(3), 653-671.

Davis, S. D., & Piercy, F. P. (2007). What clients of couple therapy model developers and their former students say about change, part I: Model-Dependent common factors across three models. *Journal of Marital and Family Therapy*, *33*(3), 318-343.

Davis, S. D., Lebow, J. L., & Sprenkle, D. H. (2012). Common factors of change in couple therapy. *Behavior therapy*, 43(1), 36-48.

Dicks H. (1967), *Tensioni coniugali*, Roma: Boria, 1992.

Du Rocher Schudlich, T. D., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2011). Relations between spouses' depressive symptoms and marital conflict: a longitudinal investigation of the role of conflict resolution styles. *Journal of Family Psychology*, 25(4), 531.

Epstein, N., Baucom, D. H., & Rankin, L. A. (1993). Treatment of marital conflict: A cognitive-behavioral approach. *Clinical Psychology Review*, 13(1), 45-57.

Feeney, J. A. (2003). *The systemic nature of couple relationships: An attachment perspective*. In P. Erdman & T. Caffery (Eds.), *The family therapy and counseling series. Attachment and family systems: Conceptual, empirical, and therapeutic relatedness* (p. 139–163). London: Brunner-Routledge.

Fincham, F. D., & Beach, S. R. (1999). Conflict in marriage: Implications for working with couples. *Annual review of psychology*, 50(1), 47-77.

Framo, J. L. (1970). Symptoms from a family transactional viewpoint. *International psychiatry clinics*, 7(4), 125-171.

Framo, J.L. (1992). *Terapia intergenerazionale*, Milano: Raffaello Cortina Editore, 1996.

Gazzillo, F. (2021). *Fidarsi dei pazienti*. Milano: Raffaello Cortina Editore

Gottman, J. M. (1999). *The marriage clinic: A scientifically based marital therapy*. New York: W W Norton & Co.

Gottman, J. M. (2014). *What predicts divorce?: The relationship between marital processes and marital outcomes*. London: Psychology Press.

Gottman, J.M. (1994) *What Predicts Divorce?* Hillsdale, NJ: Erlbaum

Greenberg, L. S., & Johnson, S. M. (1986). Affect in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(1), 1-10.

Grossmann, K. E., Grossmann, K., & Waters, E. (Eds.). (2005). *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. New York: Guilford Publications.

Kobak, R. R., & Hazan, C. (1991). Attachment in marriage: Effects of security and accuracy of working models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(6), 861–869.

Lewin, K. (1948). *Resolving social conflicts; selected papers on group dynamics*. New York: Harper.

Lyons-Ruth, K., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., Stern, D.N. & Tronick, E. Z. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 19(3), 282-289.

Main, M., Hesse, E., & Goldwyn, R. (2008). Studying differences in language usage in recounting attachment history: An introduction to the AAI. In H. Steele & M. Steele (Eds.), *Clinical applications of the Adult Attachment Interview* (p. 31–68). New York: Guilford Press.

Manalel, J. A., Birditt, K. S., Orbuch, T. L., & Antonucci, T. C. (2019). Beyond destructive conflict: Implications of marital tension for marital well-being. *Journal of Family Psychology*, 33(5), 597.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2008). Adult attachment and affect regulation. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 503–531). New York: The Guilford Press.

O'Farrell, T. J., Choquette, K. A., & Birchler, G. R. (1991). Sexual satisfaction and dissatisfaction in the marital relationships of male alcoholics seeking marital therapy. *Journal of studies on alcohol*, 52(5), 441-447.

Owen, M. T., & Cox, M. J. (1997). Marital conflict and the development of infant–parent attachment relationships. *Journal of Family Psychology*, *11*(2), 152-164.

Rodomonti, M., Crisafulli V., & Falcone A.M. (2021). Note sulle applicazioni della Control-Mastery Theory alla psicoterapia di gruppo, familiare, di coppia e dei bambini. In Gazzillo, F. *Fidarsi dei pazienti* (p. 263-294). Milano: Raffaello Cortina Editore.

Rodomonti, M., Crisafulli, V., Mazzoni, S., Curtis, J. T., & Gazzillo, F. (2020). The plan formulation method for couples. *Psychoanalytic Psychology*, *37*(3), 199–206.

Sampson, H. (1976). A critique of certain traditional concepts in the psychoanalytic theory of therapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *40*(3), 255–262.

Scharfe, E., & Bartholomew, K. I. M. (1994). Reliability and stability of adult attachment patterns. *Personal relationships*, *1*(1), 23-43.

Schmaling, K. B., & Sher, T. G. (1997). Physical health and relationships. In W. K. Halford & H. J. Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions*, (p. 323–345). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.

Sears, M. S., Repetti, R. L., Reynolds, B. M., Robles, T. F., & Krull, J. L. (2016). Spillover in the home: The effects of family conflict on parents' behavior. *Journal of Marriage & Family*, *78*(1), 127-141.

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

Snyder, D. K., & Whisman, M. A. (Eds.). (2003). *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental and relationship disorders*. New York: Guilford Press.

Stern D.N. (1971). *Le interazioni madre-bambino*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina Editore (1998).



# Control Mastery Theory Italian Group

---

Van den Broucke S, Vandereycken W, Norre J. (1997). *Eating Disorders and Marital Relationships*. London: Routledge

Weiss, J. (1993). *Come funziona la psicoterapia*. Trad. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1999.

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

Zeifman, D., & Hazan, C. (2008). Pair bonds as attachments: Reevaluating the evidence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 436–455). New York: The Guilford Press.

Zeitlin, D. J. (1991). Control-Mastery theory in couples therapy. *Family Therapy*, 18(3), 201-230.