

## Il Metodo per la Formulazione del Piano di Coppia (PFMc)

di Valeria Crisafulli, Martina Rodomonti ©

### Breve introduzione alla Control-Mastery Theory

La Control-Mastery Theory (CMT; Weiss, Sampson, & The Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986; Weiss, 1993) è un modello psicodinamico-cognitivo, di matrice relazionale, del funzionamento mentale, della psicopatologia e del processo terapeutico che spiega la formazione della personalità, le cause della psicopatologia e i processi di cambiamento psichico a partire dalla qualità delle relazioni primarie e degli schemi che la persona sviluppa per adattarsi a esse.

Tra i concetti cardine a cui si ispira questo modello vi sono la tendenza di tutti gli esseri umani ad *adattarsi* al proprio ambiente seguendo il principio di *sicurezza vs pericolo* (Weiss, 1990), la capacità di *svolgere inconsciamente funzioni mentali superiori* (esame di realtà, pianificazione, previsione, deliberazione ecc.) e di *controllare* il proprio funzionamento psichico, il carattere primario del bisogno di *padroneggiare* i problemi e la centralità di *motivazioni prosociali* come l'attaccamento e l'accudimento (Weiss, 1993; Gazzillo, 2016).

Per adattarsi al proprio ambiente e sentirsi sufficientemente al sicuro, ogni essere umano, fin dall'infanzia, elabora delle rappresentazioni di sé, dell'altro e del mondo che lo circonda coerenti con le proprie esperienze. La CMT definisce *credenze* queste rappresentazioni, siano esse coscienti o inconse, esplicite o implicite. Tra queste credenze ve ne sono alcune che possono essere definite patogene perché costrittive e causa di sofferenza. Come tutte le credenze, anche le *credenze patogene* sono state sviluppate per ragioni adattive, ma queste ultime associano il perseguimento di obiettivi sani e piacevoli al verificarsi di un pericolo interno (senso di colpa, vergogna, paura ecc.) o esterno, per sé o per le persone care. Le credenze patogene, infatti, vengono sviluppate per adattarsi a *traumi da shock o da stress*. Le credenze, patogene o no che siano, plasmano la vita affettiva dell'individuo, e tra gli affetti dolorosi che derivano dalle credenze patogene la CMT si è soffermata in modo particolare sui

*sensi di colpa*. Infine, le credenze patogene si accompagnano a manifestazioni di compiacenza, ribellione o identificazione con i comportamenti, gli atteggiamenti e i moniti genitoriali da cui si originano. Credenze patogene, affetti e manifestazioni di compiacenza, ribellione o identificazione formano gli *schemi patogeni* alla base della sofferenza psichica.

Il bisogno di adattarsi al meglio all'ambiente in cui si vive, di padroneggiare le proprie difficoltà, di realizzare i propri obiettivi personali e relazionali e di sentirsi al sicuro fa sì che l'essere umano *metta alla prova (test)* le proprie credenze patogene nelle relazioni significative che stabilisce con le altre persone, sperando che queste ultime le disconfermino. La CMT distingue quattro tipi di test: *test di transfert per compiacenza*, *test di transfert per ribellione*, *test da passivo in attivo* 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 e gli ultimi si basano sull'osservazione del comportamento altrui alla ricerca di disconferme indirette delle proprie credenze patogene. 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, quando si relaziona a una persona importante della propria vita, e in particolare quando si rivolge a uno psicoterapeuta, ogni persona abbia un *piano* di massima (Weiss, 1993; Silberschatz, 2005, 2008), più o meno consapevole, degli obiettivi che vuole realizzare con quella persona, delle credenze patogene che la potrebbero ostacolare o la ostacolano e vuole mettere alla prova e del modo in cui le metterà alla prova. 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, 1994). Il PFM permette di individuare con quali *obiettivi* il paziente richiede un aiuto; di ipotizzare quali ostacoli, e quindi quali *credenze patogene*, lo limitano nel raggiungimento di questi obiettivi; di identificare a quali *test* proporrà al terapeuta; di ricostruire le *situazioni traumatiche* (da stress o da shock) che hanno favorito lo sviluppo di queste credenze patogene e di formulare gli *insight* che il paziente deve raggiungere per superare le proprie credenze patogene e avvicinarsi ai suoi obiettivi.

## CMT e terapia di coppia

Sempre in ottica CMT, Dennis Zeitlin (1991) sostiene che quella di coppia sia la relazione “ideale” per mettere in atto il proprio *piano* e che *i partner si testano a vicenda e testano le altre persone per sentirsi al sicuro*. Una relazione di coppia può instaurarsi, alimentarsi, durare e favorire il benessere e la crescita dei partner solo se entrambi riescono a far sentire l’altro sufficientemente al sicuro, disconfermando le sue credenze patogene. Inoltre, Michael Bader (2002) ha portato numerosi esempi clinici a sostegno dell’ipotesi, proposta per la prima volta da Joseph Weiss (1986, 1993, 1998), il fondatore della CMT, secondo la quale anche l’eccitazione e la soddisfazione sessuale sono possibili solo laddove il soggetto, nella realtà o nella fantasia, veda disconfermate le credenze patogene che gli fanno vivere come pericolosa la gratificazione sessuale stessa.

D’altra parte, proprio perché le relazioni intime sono il terreno ideale per testare le rispettive credenze patogene, è anche facile che i partner falliscano i test e che una relazione di coppia, anziché garantire un maggiore senso di sicurezza, finisca per confermare le rispettive credenze patogene, alimentando sofferenza e sintomi. All’interno delle relazioni di coppia si possono infatti riprodurre dinamiche relazionali presenti nelle famiglie d’origine dei partner, e questa ripetizione può favorire tanto la disconferma delle credenze patogene cui queste relazioni hanno dato vita, quanto un loro rafforzamento. La scelta stessa del partner, le cui motivazioni sono in gran parte inconsce, può essere ricondotta, seguendo Zeitlin (1991), a due grandi modalità di elezione: la *ripetizione* delle esperienze traumatiche infantili e la loro *non ripetizione*. La prima modalità spiega la scelta di un partner che presenta spiccati elementi di somiglianza con figure traumatiche del passato, oppure una configurazione in cui è la persona ad identificarsi con il suo caregiver e sceglie un partner che tratta come sé stesso da bambino. La seconda categoria, invece, riguarda le coppie che si scelgono sulla base della condivisione o meno di credenze nucleari oppure in virtù di aree di vita rispetto alle quali non vivono conflitti importanti.

Quando, all’interno della relazione di coppia, i partner ottengono dall’altro risposte diverse

da quelle ricevute dai propri caregiver traumatici, o assumono atteggiamenti diversi da quelli assunti da loro nel rapporto con le figure di riferimento, allora all'interno della coppia i test possono essere superati e il processo di disconferma delle credenze patogene avviato. Quando, invece, un partner fallisce i test dell'altro - o, ancor peggio, entrambi falliscono i reciproci test – allora i partner sperimentano rabbia, angoscia, e depressione. Ovviamente, è facile che le coppie sperimentino delle difficoltà in particolari fasi del ciclo di vita in cui ci sono degli eventi più o meno previsti che rompono l'equilibrio e stressano i singoli membri, come la nascita dei figli, un lutto, la perdita del lavoro (McGoldrick & Carter, 1982). Durante questo stato di "crisi" della coppia o dell'intero nucleo familiare è più facile che la coppia ricada nei Circoli Viziosi e arrivi a formulare una richiesta di aiuto.

Durante una psicoterapia di coppia è quindi fondamentale identificare quelle che Zeitlin (1991) definisce le *Configurazioni di Credenze patogene della Coppia (e i Test, aggiungiamo noi) che si propongono in modo ricorrente*. Ipotizziamo infatti che le persone che hanno una relazione di coppia intima condividano degli obiettivi comuni e che più o meno consapevolmente testino il partner (e le altre persone) alla ricerca della disconferma delle credenze e degli schemi patogeni che ostacolano il raggiungimento di questi obiettivi.

Partendo da questi presupposti abbiamo elaborato un adattamento del Metodo per la Formulazione del Piano individuale (PFM) al lavoro con le coppie e lo abbiamo chiamato *Metodo di Formulazione del Piano di Coppia (PFMc; Crisafulli, 2017)*.

La nostra ipotesi è che, come gli individui, anche le coppie che chiedono aiuto ad un terapeuta siano portatrici di un *Piano di Coppia*, in gran parte inconscio, piano che si basa su obiettivi, credenze patogene e test comuni ai due partner. Un paio di esempi possono essere utili: una coppia può avere l'obiettivo di crearsi una certa autonomia dalle rispettive famiglie di origine, ma questo obiettivo può essere ostacolato dalla paura di entrambi di ferire i rispettivi genitori rendendosi autonomi (credenza patogena condivisa) e dalla tendenza dei partner a compiacere i genitori nella speranza, sempre frustrata, di essere da loro incitati a differenziarsi (test di transfert per compiacenza dei due partner). Un'altra coppia può avere come obiettivo quello di comprendere i problemi di un figlio per potergli dare ciò di cui ha bisogno, ma non vi

riesce a causa della paura, di uno dei partner, di ferire i propri genitori dimostrandosi un caregiver più sollecito, e della paura del secondo partner di ferire il primo criticandolo; questo assetto può fare sì che la coppia presenti un comportamento iper-accudente disfunzionale nei confronti del figlio, che si configura come un test di transfert per ribellione del primo partner e un test di transfert per compiacenza del secondo.

La problematica riportata dalle coppie che cercano un aiuto terapeutico si configura spesso come *una situazione di stallo*, stressante per i singoli, dovuta al fatto che i due partner non riescono a superare i test reciproci con un conseguente aumento della sofferenza reciproca. Definiamo *Circoli Viziosi Relazionali* questi processi relazionali circolari che innescano dei feedback positivi che alimentano vissuti negativi nei membri della coppia. Riteniamo che *l'elemento essenziale per la Formulazione del Piano di Coppia sia quindi l'individuazione di questi Circoli Viziosi Relazionali*.

Eccone un esempio: Carolina, a causa della credenza patogena di essere pesante e poco interessante, anche quando è molto preoccupata tende a non chiedere esplicitamente aiuto al marito, Giovanni, nella speranza che questi alla fine si accorga delle sue difficoltà e la sostenga – lo sottopone, cioè, a un test di transfert per compiacenza. Di contro, Giovanni, avendo la credenza patogena di doversi prendere sempre cura dell'altro e percependo la moglie come forte, tende a non essere troppo sollecito con lei nella speranza che questo non le crei problemi - le propone cioè un test di transfert per ribellione. Questa condizione crea una situazione di rabbia e frustrazione in entrambi perché Carolina diventa sempre più cupa, ansiosa e recriminativa verso Giovanni, e quest'ultimo, ferito dalle recriminazioni della moglie che alimentano la sua responsabilità onnipotente, si arrabbia e si distacca da lei, alimentando così la sua credenza patogena di essere pesante. La conseguenza di questa dinamica sono litigi accesi e violenti e l'impossibilità di affrontare i problemi insieme e usare il rapporto di coppia come una risorsa. Inoltre questa condizione reca uno stato di sofferenza nei singoli.

Accanto a questi Circoli Viziosi è però importante identificare anche i *Circoli Virtuosi*, ovvero quelle dinamiche relazionali, basate sulla capacità di superare i test reciproci, che permettono

ai membri di una coppia di essere rassicurati l'uno dall'altra, di cooperare in modo funzionale e di progettare una vita comune. La costruzione di una sicurezza di base all'interno di una relazione intima alimenta infatti il benessere e la crescita personale e di coppia. Tornando all'esempio di prima, se Carolina avesse saputo chiedere ciò di cui aveva bisogno in modo schietto e diretto quando aveva davvero bisogno di aiuto, e Giovanni fosse stato in grado di darle ciò che gli chiedeva se per lui la cosa era ragionevole, senza sentirsi troppo in colpa a dirle di no quando per lui era eccessiva, allora entrambi i partner avrebbero superato i reciproci test e disconfermato le loro credenze patogene.

Obiettivo del lavoro terapeutico, in ottica CMT, è dunque 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 fungano da modello di ruolo che possa aiutarli a superare i reciproci test e sperimentare modelli di interazione e relazione più funzionali, sia che l'obiettivo della terapia sia quello di rafforzare la coppia e aumentare il benessere dei due partner, sia che sia quello di adottare competenze genitoriali più funzionali, come nel caso di progetti di sostegno alla genitorialità o di mediazioni familiari. La coppia può così muovere i primi passi verso il cambiamento appoggiandosi alle risorse presenti all'interno della relazione, quelle che alimentano i *circoli virtuosi*. Tenere a mente questo modello di valutazione e intervento per la coppia permette al clinico che lavora in ottica CMT di poter far affidamento a una mappa, il PFMc, che lo orienti in un lavoro terapeutico che tenga conto delle necessità e degli obiettivi di quella specifica coppia. La coppia, infatti, rappresenta il crocevia delle relazioni multigenerazionali, collocandosi ad un livello intermedio tra famiglie d'origine e nuove generazioni (Andolfi, 2015). Ne consegue che un lavoro mirato, volto alla risoluzione dei nodi critici della coppia, oltre ad avere degli effetti diretti sulla diade stessa, possa generare delle conseguenze indirette sul funzionamento dell'intero sistema familiare, nonché sul benessere degli eventuali figli nati dalla relazione.

## Il processo di Formulazione del Piano di Coppia (PFMc)

Per la Formulazione del Piano della Coppia si parte dall'assunto che il soggetto in terapia è il *sistema coppia* e che tutti gli elementi che il piano comprende debbano essere riferiti alla dinamica della coppia.

Per poter elaborare il Piano della Coppia è necessario che il terapeuta incontri i pazienti sia in un setting congiunto sia in un setting individuale. La valutazione della coppia si concluderà con una proposta terapeutica calibrata sulle loro peculiarità.

I primi incontri (uno o due) sono congiunti, al fine di individuare gli obiettivi della coppia, di inquadrarne le problematiche e di delinearne la storia. Il terapeuta può inoltre osservare le interazioni della coppia e muovere le prime ipotesi sulle regole alla base del funzionamento di quel sistema, i test a cui i partner si sottopongono e quelli che sottopongono, come coppia, alle altre persone.

A seguire, si offre ai partner uno spazio individuale (uno/due colloqui) all'interno del quale ciascuno può condividere con il terapeuta, in un clima di sicurezza e protezione dal giudizio dell'altro, la storia del proprio passato e i propri vissuti del presente, gettando le basi per una connessione tra esperienze fatte nel contesto primario e dinamiche riproposte nella relazione adulta. A discrezione del clinico, possono essere quindi stabilite anche due sedute individuali, nel caso, ad esempio, di povertà del materiale raccolto o di impossibilità nell'affrontare nel primo colloquio tematiche relative alla storia individuale di ciascun partner in quanto entrambi sono stati troppo impegnati nel recriminare, svalutare, accusare l'altro. Saranno necessari i colloqui disgiunti per la formulazione del piano inconscio di ciascun partner, essenziali per la stesura del piano di coppia. La storia personale di ciascuno sarà comunque rivista e condivisa nei successivi colloqui congiunti, così che la coppia possa riformulare il significato delle proprie difficoltà come coppia alla luce di una condivisione delle storie personali, uscendo così da vissuti di colpevolizzazione reciproca.

Partendo dalle informazioni emerse nel colloquio individuale e osservando il comportamento e le reazioni di ciascun partner alle comunicazioni del terapeuta, il clinico

formula il *piano inconscio del paziente* per ognuno dei componenti della coppia, e sulla base di questo piano elabora il Piano della Coppia, che può essere pensato, per certi versi, come la risultante dell'incrocio delle specificità dei piani dei due partner, della storia di coppia e delle dinamiche relazionali osservate durante i primi colloqui congiunti.

Come ultimo passaggio, la coppia verrà riunita in un incontro congiunto durante il quale il terapeuta restituirà loro quanto emerso alla luce della Formulazione del Piano di Coppia, evidenziando i circoli viziosi e quelli virtuosi, nonché il contributo individuale che ciascuno apporta alle dinamiche disfunzionali come eredità di esperienze vissute nel contesto di accudimento primario con le proprie figure di riferimento. A conclusione dell'incontro, si farà alla coppia una proposta terapeutica tarata sui suoi specifici bisogni e obiettivi.

## Le componenti della Formulazione del Piano di Coppia (PFMc)

Di seguito analizzeremo le componenti del Piano di Coppia, in linea con le indicazioni per la formulazione del piano del paziente (Weiss, 1993; Silberschatz, 2005, Gazzillo, 2016) e con l'aggiunta delle dovute specificità.

Il primo passo è quello di individuare gli **Obiettivi** della coppia. Si passa poi a rintracciare gli **Ostacoli** che ne hanno impedito il raggiungimento e i **Traumi** alla base di tali credenze patologiche e dei rispettivi sensi di colpa. A seguire, si ipotizzano i **Test** che la coppia e i singoli partner possono proporre, i **Circoli viziosi** e quelli **Virtuosi**. Infine, si elencano gli **Insight** che la coppia vorrebbe raggiungere.

## Obiettivi

Il primo passaggio consiste nell'identificare gli *obiettivi della coppia* che possono essere formulati a partire dal contenuto emerso sia nei colloqui congiunti sia in quelli individuali. Si ricorda che vanno identificati gli obiettivi, consapevoli o inconsapevoli, *propri della coppia* e non del singolo partner, sebbene, inevitabilmente, il Piano del singolo influenzi quello della diade. 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.

Andrea e Veronica richiedono l'aiuto di una psicoterapeuta per un sintomo ansioso del figlio di sette anni, Luca. Nelle psicoterapie infantili in ottica CMT (Crisafulli, 2016) gli incontri con i genitori hanno l'obiettivo di stimolare un processo di insight rispetto alle dinamiche familiari che creano delle condizioni di malessere per i bambini, nel tentativo di modificare le comunicazioni e gli atteggiamenti dei genitori con la finalità di renderli inclini a riconoscere e rispondere in modo pro-plan ai test dei figli, disconfermandone così credenze patogene e sensi di colpa. Durante i colloqui con Andrea e Veronica e l'inizio del lavoro con Luca, emerge chiaramente come la sintomatologia ansiosa del bambino sia strettamente correlata ai litigi e alla tensione tra i partner.

Luca è nato da una gravidanza inaspettata e non programmata, che ha portato Veronica ad abbandonare gli studi e le sue ambizioni lavorative per dedicarsi al figlio e successivamente alla sorellina, arrivata dopo 4 anni; Andrea, da parte sua, ha iniziato a lavorare duramente, accantonando le sue velleità di musicista, per guadagnare e investire nel mantenimento della moglie e dei figli.

Da quanto emerso nei colloqui sembra che Luca si senta in colpa per le sue richieste e manifestazioni spontanee, che avvertiva troppo pesanti per entrambi i genitori, e perché si sente responsabile in modo onnipotente per il malessere della madre. Le credenze patogene che si erano sviluppate nella mente di Luca erano supportate da una dinamica

relazionale disfunzionale della coppia, influenzata da una serie di credenze e di test che i coniugi non superavano reciprocamente.

Stimolati dall'obiettivo di essere più efficaci come genitori e di sostenere il figlio nel superamento dei suoi problemi di ansia, Andrea e Veronica riconoscono e decidono di affrontare le tensioni che spesso si creano tra loro e le insoddisfazioni individuali che provano in questa fase della loro vita a causa di questa famiglia su cui hanno investito in modo non programmato, mettendo da parte i progetti giovanili e da single.

Dopo due colloqui di coppia e due individuali viene formulato un Piano Inconscio della Coppia i cui obiettivi sono:

1. Riuscire a comprendere meglio i bisogni emotivi di Luca;
2. Ridurre i litigi in presenza dei figli;
3. Chiedere alle proprie famiglie di origine un aiuto e non sentirsi obbligati per questo a soddisfare tutte le loro aspettative;
4. Godere di più del tempo passato insieme e con i figli;
5. Ritrovare uno spazio privato per la coppia;
6. Suddividersi le incombenze famigliari rispettando i reciproci bisogni;
7. Non recriminare all'altro le proprie frustrazioni personali.

## Ostacoli

Nel Piano di coppia, per ostacoli si intendono le credenze patogene e i sensi di colpa dei singoli partner che si combinano in un incastro che genera i circoli viziosi relazionali alla base dell'impossibilità della coppia di realizzare, senza l'aiuto di un terapeuta, gli obiettivi sani e piacevoli che la coppia si propone.

Anche in questo caso, a differenza del Piano del paziente, in questa formulazione non si focalizza l'interesse sulle credenze patogene o sui sensi di colpa individuali in quanto tali, ma si evidenzia come quelli dell'uno, combinati con quelli dell'altro, abbiano dato origine e mantenuto dei *circoli viziosi*. Le credenze patogene e i sensi di colpa dei singoli partner

possono condividere lo stesso nucleo così come possono essere caratterizzati dalla contraddizione delle tematiche fondanti.

A livello individuale vengono riportate esclusivamente le credenze (con i rispettivi sensi di colpa) che contribuiscono al mantenimento degli ostacoli che la coppia incontra nel raggiungimento degli obiettivi individuati.

Una delle credenze di coppia che ostacolava il raggiungimento degli obiettivi di Andrea e Veronica era: Il nostro modo di essere più autentico e spontaneo non è accettabile, dobbiamo seguire le regole borghesi e accantonare le nostre più autentiche inclinazioni e propensioni, così come le nostre famiglie di origine ci hanno insegnato; se non lo facciamo, faremo soffrire i nostri figli e i nostri cari.

Questa credenza condivisa dalla coppia è sostenuta da credenze individuali:

- Andrea: Se chiedo aiuto e sono spontaneo i miei genitori saranno delusi da me, perché vogliono che io sia forte, saggio e senza grilli per la testa, come lo sono loro. Credenza legata ai sensi di colpa da responsabilità onnipotente e da separazione/slealtà.
- Veronica: Se non sono eccellente e brillante nelle cose che faccio mia madre non sarà soddisfatta, e per questo non posso mostrare autenticamente quello che provo e sento perché mia madre ne sarà delusa e triste. Credenza legata all'investimento narcisistico che la madre di Veronica aveva riposto in lei da piccola così da farle sviluppare un senso di colpa da responsabilità onnipotente rispetto alla realizzazione e felicità della madre.

## Traumi individuali e di coppia

In questa sezione si inseriscono le esperienze traumatiche dei singoli e della coppia. Nello specifico, si individuano i *traumi da shock*, ovvero eventi discreti, puntuali e inattesi di rilevante gravità, che si associano a un vissuto di pericolo per la persona; e i *traumi da stress*, ovvero l'esposizione prolungata e ripetuta a dinamiche disfunzionali ed esperienze avverse sperimentate nel corso della vita dai singoli partner, selezionando quelli che si crede abbiano un'influenza negativa sulla relazione di coppia. In aggiunta, come specificità del Piano della

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 credenze patologiche della coppia.

Tra i traumi riportati nel Piano di Andrea e Veronica abbiamo inserito:

1. Gravidanza inaspettata e mancata programmazione ed elaborazione della scelta di sposarsi;
2. Andrea è cresciuto in una famiglia in cui la madre, donna di carriera e votata al successo, non ha mai preso in considerazione le sue inclinazioni artistiche e la sua passione per la musica. È stato allevato in un clima di regole educative molto rigide, dove veniva repressa qualsiasi forma non canonica di espressione di sé. La gravidanza prematura di Veronica è stata vissuta molto male dalla famiglia di Andrea, che aveva invitato la coppia a valutare l'aborto. Ci sono stati in quel periodo scontri e dissapori poiché la famiglia di Andrea vedeva in questo matrimonio la probabile rovina del figlio. Non hanno mai sostenuto economicamente la giovane coppia.
3. Veronica è stata da sempre incitata dalla madre a frequentare le migliori scuole della città per le sue doti intellettuali fuori dalla media, a costo di debiti e sacrifici da parte sua. La pressione sulla buona riuscita scolastica di Veronica è sempre stata molto forte. Veronica racconta di un periodo di depressione durante l'adolescenza in cui la madre la portò da uno psicoanalista con cui fece poche sedute e poi decise di non andare più. Veronica non si è mai laureata e la gravidanza inaspettata è stata per lei una causa ulteriore del mancato investimento intellettuale nella sua vita attuale.

## Test e circoli viziosi

Questa sezione comprende sia i test che un partner può presentare all'altro - nel corso di una seduta o nella vita quotidiana - sia i test che la coppia, alleandosi inconsciamente, può sottoporre al terapeuta o ad altre persone, nonché le risposte che i singoli e la coppia sperano di ottenere dall'altro, partner o terapeuta.

In questa sezione dovrebbe emergere una descrizione della dinamica e dell'incrocio di test che avviene tra i partner e che crea quel circolo vizioso di incomprensione e sofferenza, nodo centrale da cui partire per fare una valutazione dello stato della relazione di coppia.

È necessario pertanto che in questa sezione si approfondiscano due aspetti: i Test di coppia e Circoli Viziosi, e i Test proposti o che verranno probabilmente proposti al terapeuta dai singoli partner e dalla coppia nel suo insieme.

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 che sia disconfermante per le credenze patogene di entrambi e, di conseguenza, per la dinamica relazionale disfunzionale che, combinandosi, provocano. A volte il terapeuta, superando attivamente il test di uno dei due partner, contemporaneamente supera anche un test osservativo per l'altro. Ma ci possono essere casi, detti di "contraddizione di piano", in cui il terapeuta, se cerca di superare i test di un partner, fallisce quelli dell'altro. Ma di questo ci occuperemo in un altro contributo.

Per individuare i test, il terapeuta si serve sia di quanto emerso dai colloqui (congiunti e individuali), sia dell'osservazione delle dinamiche interattive e relazionali che la coppia mette in atto nel corso degli incontri o che emergono dal racconto della storia di coppia, passata e contemporanea.

Riportiamo il principale Test di coppia e circolo vizioso tra Andrea e Veronica:

Veronica spesso si aspetta che il compagno la sollevi dall'occuparsi dei figli così che lei possa finalmente dedicarsi a qualcosa di diverso, che le piace e che la faccia sentire stimolata intellettualmente (disconfermandole la credenza che deve essere madre e moglie perfetta sacrificando le sue inclinazioni). Andrea, d'altro canto, le dice che lui sarebbe contento se lei potesse riprendere interessi e passioni, sperando così di vederla felice e di sentire che ciò che lui le dà sia abbastanza per lei (cosa che disconfermerebbe la sua credenza che lui non fa abbastanza per renderla felice ed orgogliosa).

Queste credenze, che fanno avvicinare i due coniugi, alimentano però una dinamica per cui, se Veronica per ribellione si mostra pretenziosa con Andrea nella speranza che

lui la sostenga (“Tu stai fuori tutto il giorno in giacca e cravatta mentre io sto qui con i vestiti sporchi di pappe e i capelli arruffati”), Andrea si angoscia perché sente che tutti gli sforzi che fa per rendere soddisfatta la moglie non sono efficaci, quindi lui non è un buon marito e padre; allora Andrea risponde angosciato prendendo ulteriori lavori che lo portano ancora più spesso fuori casa, o si stanca aiutando Veronica nelle faccende nel tempo libero, incitandola a riprendere gli studi o a cercare un lavoro con maggior enfasi (test di transfert per compiacenza). Questo atteggiamento, però, accresce in Veronica la sensazione che l’altro le stia facendo pressione affinché sia brava, come la madre faceva fin da piccola investendola narcisisticamente di aspettative brillanti, per cui i sacrifici del marito la fanno sentire oppressa come quelli che faceva sua madre.

Veronica oscilla quindi tra testare per ribellione il marito rispetto alla credenza che chiedere di poter assecondare le sue inclinazioni farà soffrire i suoi cari e il testare per ribellione la credenza che se non si mostra all’altezza delle aspettative degli altri loro ne soffriranno. Passa cioè dal recriminare le sue rinunce e un suo spazio dove dedicarsi ai suoi interessi, al non concretizzare effettivamente un progetto personale. Questo rende Andrea frustrato nei suoi tentativi di renderla felice, tentativi alimentati dalla sua responsabilità onnipotente. Allo stesso tempo, anche Andrea oscilla dal compiacere la credenza che le sue rinunce e i suoi sforzi siano necessari per la felicità dei suoi cari, a testare per ribellione la stessa credenza attraverso lapsus, ritardi e dimenticanze, oppure dedicando eccessivamente tempo alla cura del suo aspetto esteriore.

Esempio di Test al terapeuta della coppia Andrea e Veronica:

- Veronica testa per ribellione la credenza che esprimere autenticamente i suoi bisogni e desideri appesantisca l’altro, iniziando a parlare in modo concitato e recriminatorio di tutte le sue rinunce e di quanto sia insoddisfatta e infelice. Sperando che la terapeuta le dia lo spazio per parlare e si mostri comprensiva.
- Andrea, allo stesso tempo, si mostra comprensivo e poco pretensioso perché testa per compiacenza la credenza che deve sempre assecondare le regole e le aspettative che gli altri hanno

rispetto a lui, se no sarà giudicato cattivo e insensibile. E spera che la terapeuta lo alleggerisca da questa responsabilità e gli mostri di non riporre eccessive aspettative su di lui, anzi che sottolinei che lui ha anche dei diritti.

## Sicurezza nella coppia

Per “sicurezza nella coppia” si intendono le risorse che ogni partner riesce a mettere a frutto nella relazione e quelle derivanti dal loro stesso incastro di coppia. Individuare le fonti di sicurezza nella coppia significa rintracciare i punti di forza di quell’unione, quelli a partire dai quali è possibile dar vita, all’interno della relazione, a *circoli virtuosi* che, proprio alla luce delle credenze patogene dei partner, risultano per loro funzionali e adattivi e conferiscono alla relazione di coppia una stabilità e continuità nel tempo.

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 ha ritrovato, ricostruito una condizione di fiducia e sicurezza.

Andrea e Veronica vogliono entrambi che l’altro possa essere ed esprimere se stesso e riesca a rendersi autonomo rispetto alla propria famiglia di origine; inoltre, li accomuna l’aver scelto, autonomamente e contrariamente a quello a cui le famiglie di origine ambivano per loro, di mettere al mondo i loro due figli e di volersene prendere cura.

Andrea si sente rassicurato dall’atteggiamento ribelle di Veronica rispetto alle norme borghesi, rilassato rispetto alle aspettative sociali e poco centrato sull’apparenza. La passionalità e la manifestazione emotiva di natura quasi isterica di Veronica, allo stesso modo, permette ad Andrea, come un test osservativo, di disconfermare la credenza patogena che l’emotività e la spontaneità siano pericolose.

Veronica, d’altro canto, nel rapporto col marito disconferma la sua credenza che se non fosse perfetta e non si adegua alle aspettative dell’altro questi ne soffrirebbe,

poiché Andrea le mostra sempre un grande amore e vicinanza, qualsiasi cosa lei decida di fare: non lavorare, ingrassare, intraprendere hobby peculiari ecc.

## Insight

Come ultimo passaggio, vanno individuati gli insight che potrebbero essere utili alla coppia raggiungere, alla luce dei loro obiettivi, ostacoli e traumi. In questo caso, le nuove acquisizioni o consapevolezze possono essere sia riferite alla coppia come sistema, e dunque riguardare le dinamiche relazionali disfunzionali che la caratterizzano, sia ai singoli partner, in riferimento al contributo individuale che ciascuno ha apportato nella formazione -e apporta nel mantenimento- dei circoli viziosi di coppia.

Frustrati rispetto alle loro più autentiche inclinazioni ma, allo stesso tempo, consapevoli di volersi prendere cura dei bambini che hanno messo al mondo, Andrea e Veronica oscillano tra il sacrificare eccessivamente sé stessi e il rivendicare rabbiosamente diritti e opportunità perdute: dovrebbero quindi essere maggiormente consapevoli di quanto le aspettative dei loro rispettivi genitori ancora oggi li influenzino, nonostante razionalmente dicano di volerne prendere le distanze; prendere atto che entrambi, rispetto alle scelte della loro famiglia attuale, sono molto più complici e più in sintonia di quel che non credano quando cadono nelle spirali dei circoli viziosi di coppia. Acquisire maggiore coscienza del fatto che le reciproche rinunce personali non sono pretese dal coniuge, ma sono da una parte effetto di credenze patogene che possono disconfermare, e dall'altro rinunce necessaria per tenere in piedi la famiglia che hanno scelto di costruire.

Andrea e Veronica devono essere più consapevoli del fatto che i loro figli hanno bisogno che loro creino un clima familiare sereno e rilassato, sintonizzato con le loro esigenze affettive, più che di opportunità economicamente o socialmente prestigiose.

La Formulazione del Piano di Coppia, fatta in fase di valutazione, permette fin dai primi incontri di avere un quadro delle dinamiche disfunzionali attuali e di valutare risorse e limiti della coppia. La costruzione della proposta terapeutica e l'intervento possono così seguire una mappa chiara e definita pensata per quel nucleo specifico. Inoltre, rivedere il Piano stilato in fase di valutazione nel corso di un trattamento di coppia può essere utile al terapeuta per monitorare il processo o per modificarlo sulla base di nuove informazioni e comprensioni eventualmente acquisite.

## Bibliografia

- ANDOLFI, M. (2015), *La terapia familiare multigenerazionale: strumenti e risorse del terapeuta*. Raffaello Cortina, Milano.
- BADER, M. J. (2002), *Arousal. The Secret Logic of Sexual Fantasies*. Thomas Dunne Books, New York.
- CRISAFULLI V., (2016), Il Metodo della Formulazione del Piano nell'età evolutiva (PFM-DA). Paper pubblicato sul sito [www.cmt-ig.org](http://www.cmt-ig.org).
- CURTIS, J., SILBERSCHATZ, G., SAMPSON, H., WEISS, J. (1994), "The plan formulation method". In *Psychotherapy Research*, 4, pp. 197-207.
- GAZZILLO, F. (2016), *Fidarsi dei pazienti. Introduzione alla Control-Mastery Theory*. Raffaello Cortina, Milano.
- MCGOLDRICK, M., CARTER, E. A. (1982), "Il ciclo di vita della famiglia". Tr. it. in WALSH, F. (a cura di), *Stili di funzionamento familiare. Come le famiglie affrontano gli eventi della vita*. Franco Angeli, Milano 1986.
- SILBERSCHATZ, G. (2005), *Transformative Relationships: The Control-Mastery Theory of Psychotherapy*. Routledge, New York.
- SILBERSCHATZ, G. (2008), "How patients work on their plans and test their therapists in psychotherapy". In *Smith College Studies in Social Work*, 78, 2-3, pp. 275-286.
- WEISS, J. (1990), "The centrality of adaptation". In *Contemporary Psychoanalysis*, 26, 4, pp. 660-676.
- WEISS, J. (1993), *Come funziona la psicoterapia*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1999.
- WEISS, J., SAMPSON, H., THE MOUNT ZION PSYCHOTHERAPY RESEARCH GROUP (1986), *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observation, and Empirical Research*. Guilford Press, New York.
- WEISS, J. (1998), "Bondage fantasies and beating fantasies". In *Psychoanalytic Quarterly*, 67, 4, pp. 626-644.
- ZEITLIN, D. J. (1991), "Control-Mastery theory in couple therapy". In *Family Therapy*, 18, 3, pp. 201-230.