



Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute  
Facoltà di Medicina e Psicologia

**Dottorato di Ricerca in Psicologia Dinamica e Clinica**

**XXXVI Ciclo**

**Il circolo vizioso relazionale: Uno studio empirico  
sulla conflittualità cronica di coppia**

Dottoranda:

Eleonora Fiorenza

1599200

Tutor:

Prof. Francesco Gazzillo

Co-Tutor:

Prof.ssa Silvia Mazzoni

A.A. 2022-2023

*Il mio ringraziamento più sentito va al prof. Francesco Gazzillo, guida, riferimento e supporto da molti anni, per aver sempre creduto in me, per avermi aiutata a crescere come persona e come professionista e per aver reso appassionante e divertente il mio percorso. Devo a lui il mio entusiasmo per lo studio, la ricerca e la conoscenza.*

*La gratitudine più profonda è per il prof. Nino Dazzi, stimatissimo maestro e professore che ho avuto la fortuna di incontrare negli anni giovanili dell'università, che mi ha accompagnata lungo tutto il periodo della mia formazione e con cui ho avuto la possibilità di instaurare un forte legame personale, di cui sentirò per sempre la mancanza.*

*Grazie di cuore a tutti i miei amici di una vita, fratelli e sorelle per scelta, e ai compagni di cattedra, amici, colleghi con cui ho condiviso esperienze importanti e stimolanti, con cui ho avuto la possibilità di fare riflessioni e scambi umanamente e professionalmente arricchenti - oltre, ovviamente, ad aver condiviso risate e momenti di leggerezza.*

*Grazie ai miei genitori e ai miei fratelli, da sempre base sicura e fonte di amore. Ancora, grazie a Massimo, per tutto quello che già sai e oltre.*

## **Sommario**

<b>Introduzione .....</b>	<b>5</b>
<b>Capitolo 1: Stato dell'arte della ricerca e principali modelli teorici sul conflitto di coppia.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Un breve excursus sulla storia della terapia di coppia .....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 Il conflitto di coppia nella letteratura psicoanalitica e sistemica: i principali modelli teorici .....</b>	<b>14</b>
1.2.1 Conflitto come esito di meccanismi di identificazione proiettiva e l'influenza delle relazioni primarie.....	14
1.2.2 Conflitto come deficit nell'area della mentalizzazione e della regolazione affettiva.....	20
1.2.3 Conflitto come collasso di strategie efficaci di comunicazione .....	23
<b>1.3 Il contributo della teoria dei sistemi motivazionali interpersonali .</b>	<b>28</b>
1.3.1 Comprendere le emozioni nell'ottica della Teoria Evoluzionistica della Motivazione.....	35
<b>1.4 Storia della ricerca in psicoterapia di coppia .....</b>	<b>39</b>
<b>1.5 Ricerche sulle conseguenze e modalità di gestione del conflitto di coppia.....</b>	<b>46</b>
<b>1.6 Metodologia per lo studio della conflittualità nelle coppie .....</b>	<b>54</b>
1.6.1 Strumenti di valutazione del conflitto .....	54
1.6.2 Osservazione comportamentale .....	59
<b>Capitolo 2: La Control-Mastery Theory e la sua applicazione alla terapia di coppia con focus sul conflitto .....</b>	<b>63</b>
<b>2.1 Control-Mastery Theory: aspetti teorici del modello .....</b>	<b>63</b>
<b>2.2 La Control-Mastery Theory e la terapia di coppia .....</b>	<b>73</b>
2.2.1 Modalità di scelta del partner .....	74
2.2.2 Il testing di coppia .....	78
2.2.3 Piano di coppia e processo terapeutico.....	79
<b>Capitolo 3: Conflitto cronico di coppia e circoli viziosi relazionali: uno studio empirico.....</b>	<b>94</b>
<b>3.1 Obiettivi della ricerca .....</b>	<b>94</b>
<b>3.2 Metodo .....</b>	<b>96</b>
3.2.1 Campione .....	96
3.2.2 Strumenti .....	97
3.2.3 Raters.....	99
3.2.4 Procedura .....	99
3.2.5 Analisi Statistiche .....	100
<b>3.3 Risultati .....</b>	<b>101</b>
<b>3.4 Discussione .....</b>	<b>107</b>
<b>3.5 Limiti e prospettive future.....</b>	<b>110</b>
<b>Conclusioni .....</b>	<b>112</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>114</b>

*APPENDICE A - Patient Scale of Couple Testing (PSCT; Gazzillo & Fiorenza, 2021) ..... 150*

*APPENDICE B - Patient Interpersonal Guilt Rating Scale (PIGRS; Gazzillo & Fiorenza, 2021)..... 152*

*APPENDICE C - Interpersonal Motivation System Rating Scale (IMSRS; Gazzillo & Fiorenza, 2021)..... 154*

## ***Introduzione***

La conflittualità all'interno delle relazioni di coppia è una dinamica inevitabile quanto complessa. Sebbene considerato un fattore che inficia il benessere e la soddisfazione di coppia, i ricercatori hanno osservato come l'impatto negativo non abbia a che fare tanto con lo sperimentare la conflittualità *di per sé*, quanto più con le modalità di gestione e di risoluzione del conflitto (Markman et al., 1993).

Fin dal principio, i terapeuti di coppia si sono occupati di concentrare i loro interventi sulla gestione e la riduzione del conflitto; si è visto infatti che modalità sane di gestione e comunicazione durante le interazioni conflittuali favoriscono esiti positivi per la relazione, un maggior benessere e maggiore soddisfazione diadica (Hawkins & Erickson, 2015). Sebbene alcune ricerche condotte sugli esiti della psicoterapia abbiano mostrato che il miglioramento nelle coppie si verifica solo nel 35-40% dei casi (Jacobson & Addis, 1993; Shadish et al., 1993), altre ricerche (si veda Gurman e Fraenkel, 2002) hanno osservato che le coppie in trattamento mostravano livelli più alti di soddisfazione e miglioramento; i dati evidenziano infatti che circa il 60-75% delle coppie hanno beneficiato della terapia congiunta rispetto al 35% delle coppie che non hanno ricevuto il trattamento.

In una prima fase della storia degli interventi congiunti, ancora condotti in ottica di *counseling* (Broderick e Schrader, 1981), il focus era stato principalmente posto sull'aiutare i giovani sposi che si rivolgevano ai clinici a gestire i compiti e le incombenze della vita quotidiana, in un'ottica più di supporto. Con il passare del tempo, grazie anche ad autori come Dicks (1967) che hanno applicato i costrutti della psicoanalisi ai setting congiunti, la terapia di coppia ha ampliato il suo raggio d'azione e ha cominciato a occuparsi delle dinamiche intrapsichiche di ciascun

partner che contribuivano ad alimentare interazioni disfunzionali. Grazie anche all'integrazione della terapia familiare (Framo, 1970), i clinici hanno cominciato a leggere il conflitto in un'ottica più relazionale, ponendo al centro dell'attenzione non tanto i singoli partner, quanto la *relazione tra essi*. Un contributo interessante alla lettura delle dinamiche interpersonali è stato fornito anche dalla teoria dei sistemi motivazionali (Liotti e Monticelli, 2008), che ipotizza che gli scambi comunicativi e le relative emozioni che si attivano in terapia sono sempre inseriti e organizzate all'interno di sistemi motivazionali interpersonali.

Nonostante la grande attenzione posta da sempre al tema della conflittualità nel lavoro con le coppie, non esistono in letteratura approcci che considerano la conflittualità come tentativi sani e adattivi da parte dei partner di sentirsi più al sicuro all'interno della relazione. In particolare, non sono stati rilevati studi che hanno indagato il conflitto di coppia alla luce del costrutto dei *circoli viziosi relazionali* (Fiorenza, Crisafulli et al., 2023; Rodomonti et al., 2020). Tale costrutto è stato proposto per la prima volta dalla Control-Mastery Theory (CMT; Gazzillo, 2021; Silberschatz, 2005; Weiss, 1993; Weiss et al., 1986), una teoria cognitivo-dinamica e relazionale sul funzionamento mentale, sulla psicopatologia e psicoterapia. La CMT mette in luce la natura prosociale delle persone e la loro motivazione sovraordinata ad adattarsi alla realtà e padroneggiare traumi. Per far questo, l'essere umano fin dall'infanzia si costruisce un sistema di credenze su come funziona la realtà e la moralità. Alcune di queste diventano patogene nel momento in cui si associa il perseguimento di un obiettivo sano e piacevole al verificarsi di un pericolo, interno o esterno, per sé o per gli altri significativi. La CMT individua, inoltre, cinque grandi categorie di sensi di colpa interpersonali che

derivano e sostengono molte delle credenze patogene. I costrutti teorici della CMT sono stati applicati anche ai setting congiunti; Zeitlin (1991) in particolare si è occupato di studiare le modalità di scelta dei partner e l'attività di testing nelle coppie. Nello specifico, la CMT mette in luce che uno degli elementi tipicamente presente nelle coppie conflittuali è la compiacenza da parte di entrambi i partner alle proprie credenze patogene, che genera insoddisfazione e dà vita a *circoli viziosi relazionali* (Fiorenza, Crisafulli et al., 2023; Rodomonti et al., 2020, 2022; Zeitlin, 1991). I circoli viziosi relazionali sono pattern rigidi e ripetitivi che derivano dall'impossibilità da parte di entrambi i partner nel superare i reciproci test. Tali circoli, se non interrotti, possono incrementare conflitti e sofferenza dal momento che entrambi i partner vedono le proprie credenze patogene confermate.

Per queste ragioni, abbiamo messo a punto uno studio volto a verificare empiricamente la relazione sistematica tra la presenza di interazioni conflittuali all'interno delle sedute di psicoterapia di coppia, la presenza di circoli viziosi relazionali e l'attivazione dei sensi di colpa interpersonali durante tali interazioni. Un ulteriore obiettivo è stato quello di verificare quali sistemi motivazionali interpersonali (Liotti e Monticelli, 2008; Liotti, Fassone e Monticelli, 2017) si attivavano nei partner durante le interazioni conflittuali.

A partire da tali premesse, nel primo capitolo l'intento è stato quello di presentare un breve excursus storico della terapia di coppia e di come, all'interno dei principali modelli psicodinamici e sistemici, è stato concettualizzato il costrutto del conflitto di coppia. Infine, è stato proposto il contributo della teoria dei sistemi motivazionali interpersonali, con particolare attenzione alla descrizione dei sette prototipi e alla lettura delle emozioni nell'ottica della Teoria Evoluzionistica della

Motivazione (TEM). Il capitolo si chiude con una breve disamina della storia della ricerca sulla psicoterapia di coppia, dei risultati che provengono dai principali studi sul tema e della metodologia di ricerca utilizzata.

Il secondo capitolo si occupa di approfondire i costrutti teorici della Control-Mastery Theory e della sua applicazione ai setting congiunti; viene inoltre presentato un esempio, tramite una breve vignetta clinica, della Formulazione del Piano di Coppia (PFMC; Rodomonti et al., 2022)

Nell'ultimo capitolo viene descritto lo studio empirico sui circoli viziosi relazionali; della ricerca, vengono riportati obiettivi, le ipotesi, la metodologia, il campione, i rater che hanno partecipato alle valutazioni, gli strumenti, la procedura, le analisi statistiche, i risultati, i limiti e le prospettive future.



# ***Capitolo 1: Stato dell'arte della ricerca e principali modelli teorici sul conflitto di coppia***

## **1.1 Un breve excursus sulla storia della terapia di coppia**

La terapia di coppia è una disciplina piuttosto giovane all'interno del panorama delle psicoterapie e ha incontrato, inizialmente, non pochi ostacoli e diffidenze tra gli esponenti della tradizione psicodinamica. In un interessante lavoro di Gurman e Fraenkel (2002), gli autori hanno individuato quattro macro-fasi della storia della psicoterapia di coppia; tali fasi rappresentano un raggruppamento dell'evoluzione dei principali modelli teorici e clinici della psicoterapia in un dato periodo storico. Tale paragrafo si propone di riassumere ed esporre brevemente tale lavoro.

### *1. FASE I (1930-1963): formazione ateoretica del counseling coniugale*

In questa fase, ciò che emerge è una considerevole enfasi da parte dei clinici nel voler creare un'identità per tutti quei professionisti che si interessavano al lavoro con le coppie, soprattutto coloro che provenivano dalla tradizione del "counseling coniugale". I pazienti che si rivolgevano a questo servizio, all'epoca ancora in via di definizione, erano per lo più coppie di fidanzati o neosposi che sentivano la necessità di un supporto e una guida che potesse aiutarli nello svolgimento dei compiti quotidiani relativi alla gestione della coppia e della vita familiare (qualcosa di più vicino all'attuale lavoro psicoeducativo) (Broderick e Schrader, 1981). Il lavoro degli operatori, solitamente appartenenti a professioni sanitarie e sociali, consisteva di fatto nell'aiutare questi giovani a far funzionare il loro matrimonio, fornendo consigli

pratici e informazioni. Di conseguenza, il percorso di counseling era piuttosto focalizzato e di breve durata.

Solo quarant'anni dopo la creazione del counseling coniugale, i counselor e terapeuti cominciarono a dividersi sulla modalità di conduzione delle sedute, ovvero sulla necessità di seguire i pazienti in modalità singola o congiunta. È con l'influenza della psicoanalisi, tuttavia, che i clinici cominciarono a prediligere le sedute congiunte per la terapia di coppia (Olson, 1970). Mancava ancora però un modello teorico che guidasse il lavoro terapeutico con le coppie (*ibidem*, 1970). È solo infatti verso la metà degli anni Sessanta, che i counselor di coppia iniziarono ad avvicinarsi alle teorie psicoanalitiche e psicodinamiche, utilizzando nella comprensione delle dinamiche di coppia concetti come le *distorsioni dei partner nella percezione reciproca*, la gestione del *transfert-controtransfert*, *l'analisi dei conflitti* e le *disfunzioni nell'interazione* (Leslie, 1964). Tuttavia, il focus degli interventi era ancora sul *qui-ed-ora* e sull'esperienza consapevole dei pazienti, mentre il passato e gli aspetti inconsci erano ancora poco considerati nel lavoro clinico.

## 2. FASE II: Sperimentazioni psicoanalitiche (1931-1966)

Un piccolo gruppo di clinici, per lo più psichiatri, iniziarono a sentire che l'approccio del counseling a problematiche più gravi che le coppie presentavano in terapia non era più soddisfacente. Inoltre, queste coppie sembravano progredire molto lentamente nel lavoro di counseling. Un significativo passo in avanti fu fatto da Mittelman (1948), che cominciò a condurre un tipo di trattamento considerato piuttosto insolito all'epoca, ossia quello di trattare individualmente i partner di una coppia dallo stesso terapeuta. L'obiettivo era

quello di modificare le distorsioni percettive reciproche, aiutando i partner a distinguere tra ciò che è reale e ciò che non lo è. La problematicità di questo approccio, secondo un'analisi retrospettiva, sarebbe stato quello di voler ricercare una qualche "verità", anziché aiutare i coniugi a integrare i loro punti di vista nella relazione (Gurman e Fraenkel, 2002). Per questo motivo Martin (1965) propose una terapia "collaborativa", in cui i partner venivano trattati in simultanea ma da terapeuti diversi, che comunicavano tra loro e collaboravano al fine di aiutare la coppia a sentirsi più soddisfatti del matrimonio. Parallelamente, si cominciava a testare un tipo di trattamento "combinato", che includeva percorsi di terapia familiare, terapia di gruppo, terapia individuale e congiunta (Greene, 1965).

Risulta evidente come, in quegli anni, prevaleva ancora un tipo di approccio "individuale" alla terapia di coppia, sebbene fossero state condotte numerose sperimentazioni con setting multipli e permaneva l'idea che il terapeuta, attraverso le tecniche classiche psicoanalitiche, fosse l'agente di cambiamento nel processo terapeutico (Gurman e Fraenkel, 2002). L'idea che la relazione *di per sé* potesse essere potenzialmente essere un fattore di guarigione, verrà consolidata solo in seguito (Dicks, 1967; Lewis e Gossett, 2000).

Durante gli anni Sessanta, la metodologia terapeutica rimarrà per lo più immodificata, ma iniziava ad aumentare il numero di clinici che preferivano condurre incontri congiunti anziché individuali. Il trattamento prevedeva comunque ancora l'analisi delle difese, l'uso delle libere associazioni, le interpretazioni dei sogni e la centralità dell'Edipo. Un approccio quindi del tutto intrapsichico, piuttosto che interpersonale, in cui il terapeuta era l'oggetto

transferale dei singoli partner; mancava ancora l'idea di considerare il transfert tra i partner, e, quindi, considerare la relazione come il focus dell'intervento (Gurman e Fraenkel, 2002). Ed è proprio in questo scenario, che la terapia familiare (Ackerman, 1970; Framo, 1970) comincia a farsi strada.

### *3. FASE III: L'incorporazione della Terapia Familiare*

I cambiamenti introdotti nella pratica terapeutica da parte della terapia familiare riflettono l'insoddisfazione delle teorizzazioni psicoanalitiche, che consideravano i fenomeni relazionali in termini di conflittualità interne ai singoli individui (Fraenkel, 1997). Il modello della terapia familiare (Broderick e Schrader, 1981,1991; Framo, 1989; Guerin, 1976; Nichols e Schwartz, 1998), infatti, vedeva la relazione coniugale all'interno del sistema familiare più ampio e in connessione alla formazione dei sintomi individuali, e ricercava le cause delle disarmonie relazionali utilizzando questi principi nella pratica clinica (per una disamina più approfondita del contributo della terapia familiare al lavoro con le coppie, e più in generale della storia della terapia di coppia, si veda Gurman e Fraenkel, 2002).

### *4. FASE IV: Perfezionamento, estensione, diversificazione e integrazione (1986-oggi)*

A quel punto, la terapia di coppia non aveva generato né contributi teorici né di ricerca; tra gli psicoanalisti permaneva la preoccupazione di mantenere dei confini e un'integrità teorica e tecnica, ancora in bilico tra una posizione intrapsichica e una posizione interpersonale (Gurman e Fraenkel, 2002). Fino agli anni Ottanta, infatti, erano stati prodotti pochi contributi teorici e clinici da parte degli psicoanalisti di coppia, fatta eccezione per il lavoro di Dicks (1967),

“Marital Tensions”, un manuale all’epoca pioneristico sull’applicazione della teoria delle relazioni oggettuali alla terapia di coppia. Probabilmente, l’altro unico contributo fu fornito da Sager (1976, 1981; Sager et al., 1971) con il concetto di *contratto matrimoniale* (Gurman e Fraenkel, 2002). Tuttavia, il modello di intervento di Framo (1976; 1981) che prevedeva la terapia di coppia con le famiglie d’origine - fortemente influenzato dalla teoria delle relazioni oggettuali - è stato il contributo più innovativo di quel tempo (Gurman e Fraenkel, 2002).

Intorno alla metà degli anni Ottanta, la terapia di coppia aveva ripreso ad affermarsi nel panorama delle psicoterapie e a consolidare il suo impianto teorico e di ricerca. Gurman e Fraenkel (2002) identificano la pubblicazione nel 1986 del “Clinical Handbook of Marital Therapy” (Gurman e Jacobson, 2002; Jacobson e Gurman, 1986, 1995) come l’inizio della *quarta e attuale fase*. È in questo momento storico che cominciano a diffondersi diversi approcci alla terapia di coppia (per una disamina approfondita, si veda Gurman e Fraenkel, 2002), come la *terapia di coppia comportamentale* (BMT; Behavioral Marital Therapy, Stuart, 1969, 1980; Jacobson e Margolin, 1979; Jacobson e Martin, 1976), la *terapia di coppia focalizzata sulle emozioni* (EFT; Emotionally Focused Couple Therapy, Greenberg e Johnson, 1986, 1988; Johnson, 1986, 1996; Johnson e Greenberg, 1995; Johnson, Hunsley, Greenberg e Schindler, 1999) e la *terapia di coppia basata sull’insight* (IOMT; Insight-Oriented Marital Therapy, Snyder, 1999; Wills, Fairler e Snyder, 1987).

## **1.2 Il conflitto di coppia nella letteratura psicoanalitica e sistemica: i principali modelli teorici**

Lo scopo di questo paragrafo è fornire una breve panoramica dei principali contributi della letteratura psicoanalitica e sistemica sul conflitto di coppia, basata su un importante lavoro di Macintosh (2018) che nel suo articolo espone i diversi modelli teorici che hanno influenzato la concezione e il modo di lavorare con le coppie (per una revisione approfondita, si veda Macintosh, 2018). Più in generale, all'interno della tradizione psicoanalitica e sistemica, il conflitto di coppia è stato letto alla luce di tre aree principali: come conseguenza di un *uso eccessivo di meccanismi di identificazione proiettiva* messi in atto dai partner alla luce dell'influenza delle relazioni vissute nell'infanzia; come conseguenza di *deficit nell'area della mentalizzazione* e della *regolazione affettiva*; e infine come esito del *collasso di strategie di comunicazione efficaci* che esitano in pattern relazionali disfunzionali (Fiorenza, Crisafulli et al., 2023).

### **1.2.1 Conflitto come esito di meccanismi di identificazione proiettiva e l'influenza delle relazioni primarie**

Nella tradizione psicoanalitica sembra non esserci una visione condivisa rispetto alle dinamiche che sottendono il conflitto di coppia. Tuttavia, la maggior parte degli psicoanalisti concordano sul contributo dei meccanismi di difesa dell'*identificazione proiettiva* e della *scissione* nel determinare le dinamiche conflittuali (Nielsen, 2019).

L'identificazione proiettiva è un meccanismo di difesa interpersonale attraverso cui le persone proiettano negli altri stati mentali dolorosi (*ibidem*,

2019). Come evidenzia Odgen (1979), l'identificazione proiettiva include due processi distinti: la proiezione e l'induzione nell'altro (in questo caso, il partner) di reazioni coerenti con quanto in essi proiettato, così che l'altro è spinto a comportarsi in conformità alla proiezione. In questo modo, i partner tentano di risolvere i propri conflitti interni inducendo l'altro a comportarsi in accordo con quello che loro si aspettano dalle relazioni interpersonali, creando così circoli interpersonali rigidi e interazioni disfunzionali. Tale dinamica genera un ciclo di angoscia e tentativi falliti di riparazione, esacerbando il distress di coppia, l'utilizzo del meccanismo stesso e alti livelli di conflitto distruttivo (Levite & Cohen, 2011).

Come accennato nel paragrafo precedente, nel 1963 Henry Dicks della Tavistock Clinic pubblicò il primo lavoro sull'applicazione dei principi psicoanalitici alla terapia di coppia (Dicks, 1963). Dicks (1967) definiva il matrimonio, e più in generale le relazioni intime, come un tentativo di riparare i bisogni rimasti inappagati nelle relazioni infantili. Si creano quindi, nell'incontro, una serie di aspettative su come il partner riparerà a quei legami antichi che sono stati, in qualche modo, insoddisfacenti o dolorosi. La crisi di coppia si verifica proprio nel momento in cui i partner vengono meno a questo *patto implicito* (ibidem, 2014), non riescono più a percepirsi come individui differenziati con diverse caratteristiche e modi di interagire e diventano incapaci di negoziare i bisogni di ciascuno. Questa configurazione contribuisce a innescare dinamiche che inducono a paralisi relazionali e senso di persecutorietà, dal momento che i partner, a causa dell'uso eccessivo dell'identificazione proiettiva, tendono a negare e proiettare sull'altro aspetti

negativi del sé (Nielsen, 2019), forzando l'altro ad assumere ruoli e comportamenti. Secondo questa prospettiva, il conflitto si alimenta nel momento in cui uno o entrambi i partner si rifiutano di assumere il ruolo in cui l'altro li costringe e la relazione inizia ad essere vissuta come paralizzante (Levite e Cohen, 2011).

Tuttavia, è con l'avvento della teoria delle relazioni oggettuali che la psicoanalisi trova larga applicazione ai setting congiunti, in particolare con l'estensione del concetto di identificazione proiettiva (Macintosh, 2018). Sebbene già Dicks (1967) concettualizzasse il conflitto di coppia come esito di meccanismi di identificazione proiettiva, in cui un partner esercita una pressione interpersonale sull'altro per costringerlo in dei ruoli rigidi, le relazioni oggettuali enfatizzano la *mutualità e reciprocità* di tale processo, che ne causerebbe proprio l'autoperpetuazione. In linea con questo modello, infatti (Clulow, 2011; Siegel, 2020), il conflitto e più in generale il distress di coppia nascerebbero a partire da una rigida attuazione di tale processo di difesa. Sebbene questo rappresenti un meccanismo comunemente usato nelle relazioni interpersonali, nelle coppie ad alta conflittualità i partner si trovano all'interno di dinamiche relazionali immodificabili, impossibili da spezzare e si mostrano incapaci di negoziare i rispettivi ruoli.

Attraverso questo meccanismo inconscio, i partner scindono parti di oggetti interni che sono rifiutati, negati o inaccettabili e li proiettano nell'altro. In linea con questo punto di vista, la teoria di Ogden, influenzata dai concetti di Melanie Klein (1935, 1946), afferma che i partner, attraverso l'identificazione proiettiva, creano un *terzo intersoggettivo soggiogante (intersubjective subjugating third;*



Ogden, 1994). Il terzo intersoggettivo soggiogante altro non sarebbe che un oggetto co-costruito a partire dalle angosce e dalle difese che entrambi i membri della coppia portano all'interno della relazione, e che finisce con il manipolare la relazione stessa.

L'utilizzo non patologico dell'identificazione proiettiva permette alla coppia di sperimentare vissuti di intimità; d'altro canto, l'attuazione di questo meccanismo può diventare rigida, privandoli di ogni possibilità di indipendenza, separazione e confronto, e questo può condurre a bassi livelli di benessere e soddisfazione di coppia, incapacità di problem-solving e problemi nella sfera dell'intimità (Nielsen, 2019). Inoltre, la ripetizione di pattern relazionali connessi a relazioni disfunzionali infantili non implica sempre delle risoluzioni di questi, ma può causare importanti danni alla relazione (Siegel, 2020), impedendo ai partner di sviluppare capacità di empatia e accettazione quando l'altro mostra vulnerabilità o sofferenza (Wiebe e Johnson, 2016). D'accordo con questa teoria, Frost (2012) riprende i concetti espressi da Ogden (1979), affermando che le coppie disfunzionali rimangono incastrate in sistemi chiusi e rigidi, in cui ciascun partner non è in grado di vedere l'altro nella sua complessità, con la conseguenza di non riuscire a fare esperienza di nuove e alternative possibilità di relazione.

Anche la teoria dell'attaccamento si presta bene alla lettura delle dinamiche relazionali nelle relazioni romantiche, ed è tra i modelli psicodinamici che vede il conflitto di coppia come l'esito di meccanismi difensivi che originano a partire dalle esperienze vissute all'interno delle relazioni primarie (Fisher e Crandell, 2001). In generale, il focus è su come i *modelli operativi interni*,

ovvero credenze ed aspettative relazionali formatesi a partire dalle esperienze di attaccamento infantili, orientano le modalità relazionali attuali, incluse quindi quelle di coppia (Feeney e Karantzas, 2017).

Guerriero e Zavattini (2015) sottolineano che a partire dall'incontro tra due partner con uno stile di attaccamento *insicuro*, ne risulterà uno stile di attaccamento *insicuro di coppia*, dando origine ad interazioni conflittuali e distress relazionale. Nello specifico, in una coppia formata da un matching del tipo *evitante/evitante*, entrambi i partner negano i loro bisogni di dipendenza e si mostrano eccessivamente indipendenti e autonomi. Nel matching *preoccupato/preoccupato*, d'altra parte, entrambi i partner sentono che i loro bisogni di vicinanza e cura non saranno soddisfatti dall'altro, e affrontano il conflitto con maggiore attivazione fisiologica e comportamentale, al fine di attirare l'attenzione del partner. Tuttavia, il matching che più si riscontra nelle coppie ad alta conflittualità è quello *evitante/preoccupato*, in cui il partner evitante si ritira da qualunque forma di dipendenza dall'altro e minimizza l'importanza del legame mentre il partner preoccupato si sente costantemente abbandonato e deprivato a livello affettivo (*ibidem*, 2015). In letteratura, questo matching viene definito anche *chase and dodge* (Beebe e Stern, 1977) ed è caratterizzato da alta stabilità di coppia ma da bassi livelli di soddisfazione relazionale. Uno studio recente (Feeney e Fitzgerald, 2019) ha mostrato come durante le situazioni conflittuali, lo stile di attaccamento sembrerebbe influenzare le modalità con cui i partner gestiscono la conflittualità, sia a livello percettivo, che fisiologico che comportamentale. Nello specifico, la presenza in

uno o entrambi i partner di uno stile di attaccamento insicuro è associato ad un peggioramento nella gestione dei conflitti e della qualità della relazione.

In un'interessante ricerca di Zavattini, Pace e Santona (2010) sull'attaccamento adulto e i matching di coppia, che si propone di indagare la dimensione della reciprocità alla base del matching tra due partner e le caratteristiche della relazione di coppia per quanto riguarda le rappresentazioni della propria infanzia e quelle relative alla relazione con il partner tramite l'utilizzo dell'Adult Attachment Interview (AAI, Main, Goldwyn e Hesse, 2002) e la Current Relationship Interview (CRI, Crowell e Owens, 1996), Nell'interpretazione della relazione di questa coppia, la discrepanza tra il matching delle due interviste AAI (marito F2/F4 e moglie DS1/DS2) e il matching delle due interviste CRI (marito S1/D3 e moglie P1/P2) suggerisce che il costrutto di attaccamento adulto debba essere concepito non solo in termini di *continuità* (cioè secondo una prospettiva "prototipica"), ma anche in termini di *discontinuità* (cioè secondo una "prospettiva diadico-relazionale"). Rispetto alla dicotomia continuità vs. discontinuità nel presente lavoro sembra emergere un'ulteriore differenza tra i due partner. Per il marito, la concordanza tra le rappresentazioni sicure si traduce in una percezione della relazione moderatamente positiva e in qualche modo più realistica, con una relativa fiducia nella capacità della coppia di risolvere i conflitti. Al contrario, la moglie è caratterizzata da una concordanza tra le rappresentazioni insicure (insicurezza rispetto alle rappresentazioni generalizzate e specifiche), che di solito è associata a una vulnerabilità dei partner alle difficoltà relazionali. Questa discrepanza tra comportamento e sentimenti può esprimere una difficoltà a

comprendere il significato delle esperienze di attaccamento. Infine, la corrispondenza dei modelli di lavoro interni dei partner non sembra essere spiegata solo attraverso le loro relazioni infantili.

All'interno del paradigma dell'attaccamento, infatti, alcuni autori hanno sottolineato la continuità dell'esperienza di attaccamento dall'infanzia all'età adulta (ipotesi del prototipo), secondo cui il legame d'attaccamento romantico adulto può essere considerato l'esito della generalizzazione dei modelli operativi interni infantili di ciascun partner. In generale, ciò significa che i partner che hanno potuto sperimentare da piccoli legami d'attaccamento sicuri, basati quindi sulla disponibilità e sensibilità del caregiver ai loro bisogni, svilupperanno rappresentazioni più positive di sé e della relazione con l'altro (Bowlby, 1988). Altri autori (Kobak & Hazan, 1991; Liotti, Farina & Rainone, 2005; Scharfe & Bartolomew, 1994), hanno evidenziato al contrario, secondo la tesi della discontinuità, che i modelli relazionali appresi durante l'infanzia possano essere riprocessati nel corso del tempo, grazie alla sperimentazione di nuovi legami affettivi che possono essere diversi da quelli attesi a causa delle prime esperienze relazionali (Feeney, 2004).

### **1.2.2 Conflitto come deficit nell'area della mentalizzazione e della regolazione affettiva**

È con l'avvento della psicologia del Sé e delle teorie intersoggettive, e più avanti con la nascita delle teorie relazionali, che si osserva un cambiamento di focus rispetto alla visione del conflitto di coppia. Se le teorie più classiche tendevano a evidenziare la riproposizione, all'interno della relazione con il

partner, di conflitti inconsci relativi alle esperienze infantili, gli psicologi del Sé e relazionali considerano il conflitto come un collasso della capacità di *mutua regolazione affettiva*, un fallimento nel riconoscimento dell'altro e un deficit nell'area della *mentalizzazione* (Ringstrom, 2012). Nello specifico, gli psicologi del Sé sottolineano come la conflittualità nasca laddove i partner non riescono a fornirsi reciprocamente le esperienze *oggetto-sé* di cui hanno bisogno (Livingston, 2007). L'esperienza oggetto-sé, concetto proposto da Kohut (1971, 1977, 1984), si riferisce a tutte quelle esperienze relazionali che sostengono l'individuo nel consolidamento e mantenimento di un senso del sé coeso, vitale e armonico. Traslato nel campo delle relazioni, questo significa che le persone vorranno un partner da cui sentirsi compresi e ammirati, che possa aiutarle nella modulazione e regolazione delle emozioni, qualcuno con cui poter sentire un senso di somiglianza e appartenenza (Leone, 2008).

L'incapacità dei partner di fornirsi reciprocamente esperienze positive di oggetto-sé sottende problematiche di coppia e insoddisfazione, che possono essere manifestate in diverse aree della vita quotidiana, dalla gestione della casa, delle finanze, educazione e cura dei figli, difficoltà nell'area sessuale. Inoltre, gli autori evidenziano l'importanza della vulnerabilità narcisistica, delle esperienze relazionali infantili traumatiche e la mancanza di empatia (Berkowitz, 1985; Livingston, 1998, 2007; Ringstrom, 2014) come fattori che incidono negativamente sulla conflittualità.

Le teorie intersoggettive (Shem, Surrey e Bergman, 1999; Harwood, 2004; Scheinkman e Dekoven Fishbane, 2004; Shimmerlink, 2008; Ringstrom, 2012) propongono il concetto di *disgiunzioni intersoggettive* (Stolorow, 2005), ovvero

distorsioni empatiche delle esperienze reciproche che hanno la caratteristica di essere procedurali e automatiche e sono connesse alle esperienze relazionali passate, che influenzano le aspettative relazionali attuali. Secondo quest'ottica, al fine di ridurre la conflittualità, il terapeuta dovrebbe implementare le capacità empatiche di entrambi i partner, al fine di aumentare la possibilità per entrambi di ascolto reciproco e capacità di mettersi nei panni altrui, così come la capacità di rispondere in modo appropriato ai bisogni dell'altro. Inoltre, diviene essenziale aiutare la coppia a tollerare i naturali fallimenti nelle esperienze di oggetto-sé, evitando reazioni negative e di perdita della coesione del sé. Da questa prospettiva, il conflitto di coppia non è visto come un'interferenza o una resistenza da interpretare o rimuovere, ma come un'opportunità terapeutica per affrontare i problemi più profondi e le vulnerabilità narcisistiche dei partner (Livingston, 1998).

Anche secondo gli autori di orientamento relazionale (Ringstrom, 2008) il conflitto di coppia può essere letto come un fallimento nella mutua regolazione affettiva e nel mutuo riconoscimento; tale fallimento conduce ad un collasso delle capacità di mentalizzazione e innesca situazioni di impasse che spesso hanno origine da tematiche irrisolte del passato di ciascun partner. Questi autori sostengono che tali esperienze infantili irrisolte ricorrono nelle comunicazioni implicite tra i partner, dando origine a *enactment* ripetitivi, comunicazioni disfunzionali e circoli conflittuali rigidi. Nelle interazioni conflittuali i partner non distorcono la realtà, ma piuttosto selezionano e favoriscono inconsciamente le vecchie (ma più familiari) interpretazioni della relazione attuale (Goldklank, 2009). Da un certo punto di vista, gli psicologi del sé e relazionali condividono

l'idea di un approccio al conflitto di coppia che tenga conto della reciprocità e della mutualità dei processi e della mancanza di regolazione emotiva. Tuttavia, la teoria relazionale si concentra in particolare sulle comunicazioni implicite disfunzionali e sugli enactment (Burch e Jenkins, 1999).

### **1.2.3 Conflitto come collasso di strategie efficaci di comunicazione**

Gli autori sistemici enfatizzano la visione del conflitto come esito di un collasso di strategie efficaci di comunicazione che esita in pattern relazionali disfunzionali. Poiché la comunicazione è uno dei mezzi principali attraverso cui le persone si relazionano, può diventare uno dei target dell'intervento con le coppie. James Framo (1970), autorevole esponente del modello sistemico-relazionale con una forte impronta dinamica che si è occupato molto del lavoro terapeutico con le coppie, ha osservato che i partner conflittuali reagiscono all'altro con modalità fortemente distorte dal transfert, che implicano aspettative irrealistiche e l'attuazione di comportamenti esagerati e bizzarri. Inoltre, tra tutte le possibili cause di infelicità nelle coppie, Framo (1992) individua i tentativi di risolvere i conflitti interni attraverso le interazioni interpersonali. L'aspetto della mutualità e della reciprocità delle dinamiche che si verificano all'interno delle coppie, già sottolineato dalle teorie intersoggettiviste e relazionali, viene quindi ulteriormente evidenziato dalle ipotesi di Framo. Egli sostiene infatti che quando una coppia va in terapia, l'obiettivo dell'intervento non sono i singoli partner, ma piuttosto le *interazioni disfunzionali della coppia*, il loro modo di essere nella relazione, le credenze e i sentimenti che i due partner sperimentano reciprocamente e che spesso sono

influenzati dalle loro esperienze all'interno delle famiglie d'origine (Framo, 1992; Nielsen, 2017). Anche la teoria dei sistemi familiari (Willi, 1984; Belsey, 1990) identifica la *relazione di coppia* come il paziente, concentrandosi sull'identificazione e la modifica delle comunicazioni nel *qui-ed-ora* delle interazioni disfunzionali della coppia. Anche autori del panorama nazionale come Cigoli (2005), che si è occupato durante la sua carriera di ricerca in psicoterapia di coppia, sottolineano come in letteratura i clinici abbiano sempre posto l'attenzione all'individuo in relazione con l'altro (approccio interpersonale o intersoggettivo) e alle loro emozioni, bisogni, modalità comunicative. Cigoli invece evidenzia come nella presa in carico di una coppia il focus dell'intervento debba essere alla relazione di coppia in quanto tale, come oggetto terzo inteso come un'un'unità con delle caratteristiche proprie.

I terapeuti familiari sono anche interessati alla stabilità (o instabilità) dei sistemi. Secondo la Selvini Palazzoli (Selvini Palazzoli et al., 1980), la staticità o il cambiamento all'interno dei sistemi dipendono sia dal flusso di comunicazioni tra i membri del sistema sia dalle caratteristiche dei singoli. Infine, poiché i comportamenti e le esperienze specifiche sono visti come il risultato collettivo di molte parti di un sistema, la causalità è considerata circolare piuttosto che lineare. Ciò implica che la causa di una comunicazione non efficace o conflittuale all'interno di un sistema non può essere rintracciata in modo lineare o riduzionistico a una fonte originaria; di conseguenza, eventuali soluzioni alla difficoltà devono essere ricercate in diversi punti del sistema.



In generale, come evidenziato anche negli studi empirici presenti in letteratura, il pattern tipico che si osserva nelle interazioni disfunzionali è quello in cui c'è un partner richiedente, lamentoso e critico, e un partner che si difende adottando condotte di evitamento e divenendo passivo. Questo scenario è stato definito in diversi modi, per esempio *nag-withdraw pattern* (Watzlawick, Beavin, e Jackson, 1967), *rejection/intrusion* (Napier, 1978), e *request/withdrawal* (Christensen, 1987, 1988). Come vedremo nel paragrafo successivo, il pattern *demand/withdrawn* è stato oggetto di diversi studi empirici (Crenshaw et al., 2021).

Tali concettualizzazioni hanno influenzato il modo di lavorare dei clinici in terapia. Davis e colleghi (Davis, Lebow e Sprenkle, 2012), per esempio, hanno esplorato i *fattori specifici* che giocherebbero un ruolo chiave nel disinnescare le dinamiche conflittuali di coppia. Innanzitutto, come anche già Framo aveva sottolineato, è utile concettualizzare le difficoltà e le problematicità in termini *relazionali* più che *individuali*: molti sintomi o sofferenze, infatti, diventano comprensibili solo se considerati all'interno del contesto allargato della coppia. Soprattutto perché se i partner richiedono una terapia congiunta, è la relazione a dover essere analizzata, più che i singoli, ovvero il modo in cui ciascun partner contribuisce a creare la dinamica disfunzionale. Un secondo fattore comune alle terapie di coppia, connesso certamente al primo, consiste proprio nell'importanza di interrompere i partner relazionali disfunzionali. Diversi studi (per esempio, Davis e Piercy, 2007a, 2007b) hanno concettualizzato la conflittualità di coppia in termini di *cicli interazionali* (o pattern relazionali) e hanno osservato che un fattore di cambiamento consisteva proprio nel

modificare quei pattern (che sono sia comportamentali, che emotivi). Davis, Lebow e Sprenkle (2012), in accordo con Framo, enfatizzano l'importanza di lavorare in terapia *allargando il campo agli altri membri della famiglia*. Un sintomo di coppia, infatti, può essere compreso ancora meglio quando si contestualizza nel microsistema (la famiglia) e nel macrosistema in cui i partner si trovano a vivere. Un terzo elemento importante, quest'ultimo comune a tutte le forme di psicoterapie (Greenson, 1965; Bordin, 1979; 1994), è la presenza di un'*alleanza terapeutica*, che si verifica non solo individualmente tra i singoli partner e il terapeuta, ma anche tra il sistema coppia e il terapeuta. Quando l'alleanza è forte, è più probabile che il trattamento abbia esiti positivi (Davis, Lebow e Sprenkle et al., 2009).

L'idea di considerare le coppie all'interno di un sistema più ampio, si pone alla base della concezione del trattamento di Minuchin. Secondo, infatti, la Teoria Strutturale Familiare (SFT; Minuchin, 1974), una forma di terapia sistemica che nasce per il trattamento delle famiglie, queste ultime contengono dei sottosistemi che si creano per differenze (che possono essere ad esempio generazionali, per cui si creano il sottosistema genitoriale e dei fratelli) (*ibidem*, 1974). La valutazione del funzionamento della coppia, quindi, è la stessa applicata a qualsiasi altro sottosistema familiare. Per un buon funzionamento dei sottosistemi, è necessario che la famiglia (o la coppia) sia in grado di negoziare in maniera flessibile i confini, evitando quelle situazioni definite "invischiate" in cui i confini sono indefiniti e non rispettati o, al contrario, "disimpegnate", situazioni in cui i confini sono eccessivamente rigidi e vi è assenza totale di cooperazione e sostegno tra i membri dei sistemi. La coppia

disfunzionale, inoltre, mostra anche delle caratteristiche interne rigide ed estreme. Nello specifico, quando una coppia è conflittuale, le differenze tra i partner non sono tollerate o vengono espresse tramite posizioni rigide, per cui i partner non si impegnano in un dialogo costruttivo con l'altro, privandosi così delle risorse necessarie ad un buon funzionamento.

La probabilità che si creino divergenze e incomprensioni all'interno del sistema-coppia, può derivare anche dalla difficoltà dei partner di negoziare e integrare i due diversi modelli culturali, educativi e organizzativi ereditati dalle rispettive famiglie d'origine (Whitaker e Ryan, 1989).

Jay Haley (1963), esimio esponente della tradizione sistemico-familiare, si pone in maniera abbastanza critica rispetto all'approccio psicodinamico alle coppie, poiché dal suo punto di vista l'attenzione è eccessivamente focalizzata sulla discussione dei problemi individuali di ciascun partner senza cogliere e descrivere la relazione coniugale nel suo insieme. Nello specifico, Haley evidenzia come la conflittualità di coppia nasca laddove vi sia uno squilibrio di potere e di controllo; per questo motivo, la terapia diventa il luogo in cui affrontare e ridistribuire in maniera più funzionale tali fattori.

Andolfi rappresenta uno degli esponenti più di spicco nel panorama italiano ad aver integrato la prospettiva sistemica nel lavoro con le coppie, sostenendo l'importanza del coinvolgimento diretto delle famiglie d'origine nel percorso di coppia. Dalle interviste di una ricerca a lungo termine sul follow-up della terapia di coppia (Andolfi et al., 2000) è emerso che nessuno degli intervistati ha dichiarato di aver provato un senso di imbarazzo o disagio negli incontri in cui era presente la famiglia dell'altro partner. Al contrario, la presenza del partner

alla seduta è stata vista come un importante fonte di sostegno emotivo di fronte a un impegno percepito come difficile e doloroso, oltre che come possibilità di condividere l'esperienza dello "stare con" le proprie famiglie. Questi effetti positivi sono stati riportati nonostante il fatto che molte di queste coppie fossero arrivate in terapia a seguito di un elevato livello di conflitto di coppia. Poiché le coppie portano con sé un'eredità proveniente dalle proprie famiglie d'origine, Andolfi sottolinea come sia fondamentale allargare il campo d'osservazione dal funzionamento della coppia a quello familiare (terapia familiare multigenerazionale, Andolfi, 2002).

### **1.3 Il contributo della teoria dei sistemi motivazionali interpersonali**

La teoria dei sistemi motivazionali fornisce un punto di vista interessante rispetto alla comprensione delle interazioni e degli scambi comunicativi.

I sistemi motivazionali interpersonali (SMI) sono tendenze universali, biologicamente determinate e selezionate evolutivamente che, quando si attivano, organizzano il comportamento sociale, interpersonale ed emotivo (Liotti e Monticelli, 2008).

I sistemi motivazionali costituiscono, a livello implicito, dei sistemi di costruzione di significato dell'esperienza personale ed emergono ad un primo livello sotto forma di segnali comunicativi non verbali all'interno di un campo intersoggettivo (Stern, 2004), e consentono l'elaborazione delle informazioni secondo un livello che la Bucci definirebbe *subsimbolico* (Bucci, 1997). In altre parole, essi affiorano in un primo momento sotto forma di emozioni non consapevoli e, solo in seguito, si pongono alla base dell'esperienza cosciente

del sé tramite l'operare del linguaggio e del pensiero (*coscienza primaria* di Edelman, 1989; *coscienza nucleare* di Damasio, 1999). È quindi possibile affermare che le emozioni si esprimono sempre all'interno di una intersoggettività primaria di relazione con l'altro e che quindi il contesto intersoggettivo costituisce “*la culla del pensiero simbolico e concettuale*” (Liotti, 2017, p. 23). Poiché i sistemi motivazionali interpersonali organizzano e contribuiscono a costruire il significato dell'esperienza soggettiva del sé in relazione ad un altro essere umano, una lettura delle dinamiche di coppia in ottica motivazionale può risultare piuttosto utile per arricchire la comprensione di ciò che conduce i partner a interagire in modo conflittuale. In particolare, i SMI comprendono (Liotti e Monticelli, 2008): attaccamento, accudimento, rango, sessuale, cooperativo-paritetico, gioco sociale e affiliazione.

Il sistema motivazionale dell'*attaccamento*, come descritto da Bowlby (1969, 1973, 1980), si attiva in tutte le situazioni in cui l'individuo si sente solo, in difficoltà o in pericolo. L'obiettivo di questo sistema è quello di ottenere vicinanza con una figura percepita come protettiva, in grado di alleviare le emozioni negative e dolorose e fornire cura e conforto. Il sistema si disattiva quando è raggiunta la vicinanza con il caregiver. Se nell'infanzia questo sistema si attiva in modo più consistente (attraverso quello che gli etologi chiamano il *separation call* o *separation cry*, MacLean, 1985), nel corso della vita diventa meno attivo grazie all'acquisizione delle capacità di autocura (Liotti e Monticelli, 2008). Tuttavia, rimane un sistema che accompagna l'individuo “*dalla culla alla tomba*” (Bowlby, 1979, p.129).

Il sistema di *accudimento* è caratterizzato da comportamenti di vicinanza, cura e protezione dal pericolo mediante comportamenti di conforto, espressi anche tramite contatto fisico (ad esempio abbracci, carezze, ecc). Questo sistema si caratterizza per la presenza di emozioni come ansia, sollecitudine, compassione e tenerezza (Liotti 1994/2005) e si disattiva nel momento in cui si raggiunge la vicinanza con la figura da accudire.

Il sistema di *rango* ha a che fare con dinamiche di dominanza/sottomissione, e si attiva, in senso evolutivo, nelle situazioni in cui sono presenti risorse limitate, per cui si deve “combattere” per ottenerle. L’aggressività che accompagna l’attivazione di tale sistema non è volta a ferire l’avversario, quanto più a determinarne la sottomissione; il sistema, infatti, si disattiva quando l’altro si arrende (*ibidem*, 1994/2005).

Il sistema *sessuale* si attiva in seguito a stimoli interni ormonali all’organismo e in relazione a comportamenti di seduzione erotica emessi da un altro conspecifico (Liotti & Monticelli, 2008) ed è fortemente implicato nella formazione di coppie sessuali, a cui poi possono concorrere anche altri sistemi come quelli dell’attaccamento, dell’*accudimento*, del *rango* e cooperativo-paritetico (Panksepp, 1998). Il sistema si disattiva nel momento in cui avviene l’accoppiamento.

Il sistema *cooperativo-paritetico* ha a che fare con la percezione della necessità di agire in modo congiunto per il raggiungimento di un obiettivo e si accompagna a sentimenti positivi di condivisione e lealtà (Liotti e Monticelli, 2008).

Il sistema di *gioco* e *affiliazione* (o *sociale*) hanno caratteristiche simili a quello cooperativo-paritetico, si attivano in situazioni sociali e di condivisione piacevole e le emozioni corrispondenti sono di fiducia, empatia, affetto amicale (*ibidem*, 2008).

Diversi autori (Attili, 2007; Diamond e Marrone, 2003; Eagle, 2013) hanno individuato nel sistema dell'attaccamento (*ricerca di cura*) e in quello della sessualità i due sistemi motivazionali maggiormente implicati nel legame di coppia, poiché contribuiscono a mantenere l'intimità fisica e l'attrazione sessuale. Essi sono mediati da meccanismi biologici diversi e svolgono una diversa funzione: se la componente sessuale è necessaria a provocare l'incontro tra due partner, quella relativa all'attaccamento ha a che fare con l'intimità e il senso di sicurezza, necessari a mantenere il rapporto stabile nel tempo. Per tale ragione questi due sistemi possono non integrarsi facilmente o addirittura essere antagonisti (Guerriero e Zavattini, 2015). Alcuni autori (Lichtenberg, Lachmann e Fossage, 2011) hanno ipotizzato la presenza di un altro sistema implicato nelle dinamiche di coppia, ovvero quello dell'accudimento, che concerne la capacità di prendersi cura dell'altro mostrando interesse e preoccupazione e si manifesta in comportamenti di rassicurazione e incoraggiamento del partner. Sebbene questi tre sistemi non possano essere considerati gli unici a concorrere nelle complesse dinamiche di coppia (Liotti e Monticelli, 2008) sono probabilmente quelli su cui è stata fatta maggior ricerca empirica (Castellano, Velotti e Zavattini, 2010; Mikulincer, e Goodman, 2006).

Un ulteriore sistema motivazionale interpersonale che può attivarsi nelle interazioni tra i partner è il sistema di rango; esso è finalizzato alla definizione

dei ruoli di potere e di dominanza/sottomissione. Le emozioni tipicamente associate a questo sistema motivazionale sono la collera, la paura, la vergogna, la tristezza e l'umiliazione.

Liotti e Monticelli (2008) sostengono l'importanza di monitorare quali dinamiche interpersonali si susseguono durante le sedute di psicoterapia al fine di comprendere come i sistemi motivazionali organizzano il comportamento, le emozioni, il pensiero e la capacità di mentalizzazione dei pazienti. La motivazione interpersonale, infatti, si manifesta soprattutto tramite il linguaggio verbale (Liotti, Fassone e Monticelli, 2017); dunque, avendo a disposizione trascritti *verbatim* degli scambi comunicativi conflittuali tra i partner, è possibile rilevare alcuni indicatori dei processi motivazionali in atto. Lo strumento sviluppato da Fassone e colleghi (2017) per valutare il ruolo dei SMI nei meccanismi psicopatologici dei pazienti è il metodo AIMIT (Liotti e Monticelli, 2008), ovvero l'Analisi degli Indicatori della Motivazione Interpersonale nei Trascritti. Esso nasce come strumento di analisi e rilevazione della motivazione interpersonale all'interno dei trascritti di sedute di psicoterapia e permette, tramite alcuni indicatori, di individuare quale sistema motivazionale interpersonale è attivo nei vari interlocutori. L'utilizzo dell'AIMIT permette di valutare l'andamento delle sedute, la relazione terapeutica, i processi di rottura e riparazione e le capacità di mentalizzazione e metacognitive (Fassone et al., 2016).

Come sottolineano gli autori stessi, l'utilizzo dell'AIMIT presenta alcune limitazioni: innanzitutto, è necessario che il clinico o ricercatore abbia un livello molto elevato di formazione e competenza rispetto allo strumento; è una



procedura che richiede parecchio tempo e non sempre è necessaria una un’analisi così dettagliata dei processi motivazionali. Per tali ragioni, al fine di sviluppare un modello alternativo più semplice e pratico, Fassone e colleghi (2016) hanno rielaborato gli indicatori del manuale AIMIT realizzando dei “personaggi” corrispondenti ai diversi sistemi motivazionali interpersonali. Ogni personaggio, o prototipo, è descritto secondo le emozioni, gli stati mentali e i comportamenti che caratterizzano ciascun sistema motivazionale. Nella tabella seguente sono presentate le descrizioni di ciascun prototipo come riportate nel manuale di Fassone e colleghi (2016):

Bisognoso:	Desidera ricevere aiuto, conforto, rassicurazione, sostegno, vicinanza protettiva, cure. Tende a sentirsi e a descriversi come fragile, a disagio, insicuro/a, sofferente (emotivamente o fisicamente), in pericolo, spaventato/a. Per ricevere aiuto prova a chiederlo, o si mostra dipendente, o a volte piange. Teme la solitudine, l’abbandono, il rifiuto, la separazione, la perdita del/della partner. Protesta e soffre quando sente che il/la partner è disattento/a alle sue richieste, che non può o non vuole prendersi cura di lui/lei. Per reazione a volte si isola, oppure si impone di essere autosufficiente o cerca di minimizzare il proprio disagio. <u>Il suo obiettivo è ottenere aiuto, protezione e sicurezza dal/dalla partner.</u>
Accudente:	Prova compassione e tenerezza per la sofferenza, fragilità e solitudine del/della partner. Si preoccupa per le difficoltà e per i pericoli che può correre. È altruista e sensibile ai bisogni del/della partner; pertanto, si sente spinto/a a fare tutto il possibile per offrire rassicurazione, sostegno, protezione, consiglio, cure. Per prendersi cura del/della partner arriva anche ad arrabbiarsi (se l’altro/a rifiuta l’aiuto), oppure a fare cose di nascosto e a mentire, ma a fin di bene. Quando non riesce a fare abbastanza per l’altro, si sente impotente e in colpa. <u>Il suo obiettivo è offrire il proprio aiuto e conforto al/alla partner.</u>
Competitivo:	Per conquistare la supremazia e il diritto al primato il/la competitivo/a diventa sfidante: dà giudizi, fa confronti, stabilisce gerarchie, assegna meriti e demeriti, dà torto e ragione, dice ciò che è giusto e ciò che è sbagliato; può criticare, deridere o minacciare per intimorire il/la partner. Di fronte al/alla partner che si pone come dominante, il/la competitivo/a sfidante tende a

	litigare, contrastare, opporsi e ribellarsi; rivendica il proprio diritto a essere rispettato/a e a non fare ciò che l'altro vuole. Quando conquista la posizione dominante, si sente orgoglioso/a e vincente e può provare disprezzo per lo/la sconfitto/a. Tende a dare ordini e comandare. Quando invece viene sottomesso/a, si sente inferiore, perdente, svilto/a, umiliato/a e indegno/a. Teme che l'altro possa umiliarlo, punirlo/a o approfittarsi di lui/lei. <u>Il suo obiettivo è stabilire chi è in una posizione di superiorità rispetto all'altro.</u>
Sensuale:	Del/della partner nota quanto è attraente o sexy, a volte facendo allusioni o commenti di carattere sessuale (positivi o negativi). Adotta comportamenti e atteggiamenti seducenti e sessualmente provocanti. È interessato/a al sesso e ne parla spesso. Mostra forti tendenze alla gelosia nei confronti del/della proprio/a partner. <u>Il suo obiettivo è stabilire relazioni con una componente sessuale.</u>
Collaborativo:	Con il/la partner si pone su uno stesso piano, senza rivalità. È disposto/a a condividere apertamente i suoi pensieri e intenzioni. Allo stesso modo è curioso/a e aperto/a verso le cose che il/la partner sottopongono alla sua attenzione. Si impegna a raggiungere un obiettivo comune insieme al/alla partner, lavorando fianco a fianco. Basa il rapporto su un senso di equità e reciprocità, usa spesso la parola "noi" riferendosi al/alla partner. Per potere collaborare è disponibile a stabilire patti e accordi e si impegna affinché siano rispettati; quando non è d'accordo lo dice chiaramente. <u>Il suo scopo è perseguire degli obiettivi comuni insieme al/alla partner, collaborando da pari a pari.</u>
Giocosso:	È sempre disponibile al gioco e allo scherzo; può essere ironico/a e persino provocatorio/a, ma sempre in modo benevolo. Con il/la partner ama ridere, fare battute, raccontare storie divertenti. Tende a cogliere il lato comico e umoristico delle situazioni, preferisce sdrammatizzare anziché prendere troppo sul serio sé stesso/a o le situazioni. <u>Il suo scopo è stabilire con il/la partner rapporti basati sul gioco, sul divertimento e sulla fantasia.</u>
Socievole:	Prova nei confronti del suo gruppo (famiglia, colleghi, collettività) un forte senso di appartenenza, di affinità, di lealtà. Ama fare cose insieme al suo gruppo per il piacere di stare insieme. <u>Il suo obiettivo è far parte di un gruppo, o di una collettività più vasta di persone simili tra loro.</u>

L'utilizzo del modello dei prototipi, oltre ad essersi dimostrato affidabile (Liotti, Fassone e Monticelli, 2017) permette di studiare in modo semplice ed

economico, all'interno degli scambi comunicativi nelle sedute di psicoterapia, l'attivazione dei sistemi motivazionali.

### **1.3.1 Comprendere le emozioni nell'ottica della Teoria Evoluzionistica della Motivazione**

Merita un approfondimento particolare l'analisi delle emozioni secondo la Teoria Evoluzionistica della Motivazione; questo perché i sistemi motivazionali interpersonali, oltre a possedere degli attivatori interni fisiologici, sono fortemente influenzati e attivati dalle emozioni sperimentate all'interno dello spazio interpersonale. All'interno dei contesti di terapia di coppia, l'esplorazione delle emozioni in un dato momento, ad esempio durante gli scambi conflittuali (in seduta e nella vita quotidiana), può essere utile al clinico per comprendere meglio in che modo l'attivazione di un dato SMI in un partner influenza l'organizzazione dello stato affettivo dell'altro e, di conseguenza, l'attivazione di uno specifico SMI.

Secondo la Teoria Evoluzionistica della Motivazione (TEM), le emozioni, prima di affiorare alla coscienza, sono il risultato di processi cerebrali che possiedono già *“una meta con valore d'adattamento”* (Liotti, Fassone e Monticelli, 2017, p. 161). L'idea è che una stessa emozione considerata primaria, può sottendere sistemi motivazionali diversi.

Per quanto riguarda l'ansia, gli autori sottolineano come essa può manifestarsi con modalità e finalità molto diverse a seconda del sistema motivazionale attivato. Ad esempio, l'ansia di separazione, l'agorafobia e manifestazioni ipocondriache sono spesso riconducibili all'impossibilità di

raggiungere la meta del sistema di attaccamento, ovvero l'impossibilità di ricongiungersi alla figura protettiva e di conforto (Bowlby, 1979) e quindi rappresentano la paura di perdere la figura di attaccamento e rimanere soli. Nell'ansia sociale, invece, l'oggetto della paura ha a che fare con il timore di subire un giudizio negativo dagli altri che potrebbe compromettere l'aspirazione a raggiungere un certo status; in questo caso, il sistema motivazionale sottostante non sarà l'attaccamento bensì il sistema di rango o antagonista.

Anche per quanto riguarda la tristezza, essa assume forme e significati differenti a seconda del sistema motivazione sotteso. Nel caso del sistema di attaccamento, il sentimento di tristezza è connesso alla sensazione di perdita; nel caso del sistema di rango, la tristezza si connette al senso di fallimento o sconfitta.

La vergogna è un'emozione tipicamente associata al sistema agonistico, anche se può manifestarsi sotto forma di pudore nel sistema sessuale. La colpa invece, che va differenziata dalla vergogna, si può manifestare nel sistema di accudimento, stimolando i comportamenti di cura o nel sistema cooperativo, scoraggiando comportamenti di slealtà verso il gruppo.

Infine, la collera, può manifestarsi nel sistema di attaccamento come protesta per l'allontanamento della figura di riferimento, con la finalità di evitare la separazione da essa; oppure nel sistema di accudimento, che ha come scopo quello di scoraggiare la persona di cui ci si prende cura dal mettere in atto comportamenti potenzialmente pericolosi (Bowlby, 1984) o ancora nel sistema agonistico/di rango, il cui scopo è ottenere la resa dell'avversario.

Leggere le emozioni in ottica TEM, può essere di grande aiuto per il clinico soprattutto con quei partner che fanno fatica a riconoscere e discriminare le proprie emozioni, o che parlano dei propri stati mentali solo in termini fisici. Inoltre, sapere che le emozioni possono essere manifestate a partire da sistemi motivazionali sottostanti differenti aiuta a dare una lettura più precisa e chiara del tipo di motivazione reale che spinge i partner a provare una determinata emozione, permettendo un'esplorazione e una comprensione più mirata delle dinamiche sottostanti la sofferenza di coppia.

In sintesi, l'idea comune della maggior parte dei terapeuti che si occupano di coppie è che i legami intimi rappresentano un modo attraverso cui i singoli, inconsciamente, possono avere accesso a dimensione relazionali diverse, che potenzialmente hanno il potere di trasformare i pattern antichi che si sono costruiti all'interno delle relazioni primarie, ed un modo attraverso cui poter risolvere i conflitti infantili. Attraverso il meccanismo di *collusione inconscia* (Dicks, 1967), infatti, ciascun partner dà all'altro un ruolo da interpretare, colmo di proiezioni e conflitti irrisolti. A partire dal rifiuto di tale ruolo, o al contrario, da una adesione acritica a tali ruoli, si innesca il conflitto relazionale.

Le teorie delle relazioni oggettuali (Clulow, 2011; Siegel, 2020) ampliano il concetto di identificazione proiettiva sottolineando come il conflitto sia generato da entrambi i membri della coppia che scindono e proiettano nell'altro parti di sé negate o rifiutate, con la conseguenza di forzare l'altro in ruoli rigidi e disfunzionali che conducono a modalità altrettanto rigide e disfunzionali di interazione.

Anche la teoria dell'attaccamento supporta l'idea che le relazioni intime siano un'opportunità unica di ridefinire la propria identità non solo in senso riparativo, ma come un'esperienza potenzialmente evolutiva (si veda Crowell e Waters, 2005), ed evidenziano come stili di attaccamento insicuri contribuiscono a innescare configurazioni relazionali conflittuali.

Gli psicologi del Sé (Livingston, 2007) affermano come tutte le dinamiche disfunzionali siano create da processi mutui e reciproci; il conflitto nascerebbe quindi qualora ciascun partner si mostra incapace di fornire all'altro l'esperienza oggetto-sé di cui ha bisogno, generando un'escalation di dolore e recriminazione. La scuola relazionale (Ringstrom, 2012), d'altro canto, condivide tale teorizzazione, identificando nel conflitto di coppia il fallimento della regolazione emotiva reciproca e della capacità di riconoscimento profondo dell'altro, che conduce al fallimento del processo di mentalizzazione.

Autori di stampo sistemico (Framo, 1970, 1992; Haley, 1963; Whitaker e Ryan, 1989; Minuchin, 1974) si focalizzano sugli aspetti comunicativi, evidenziando come spesso le coppie presentano modalità disfunzionali di comunicare che si autoperpetuano, creando conflitti e incomprensioni, formando poi dei pattern specifici in cui ciascun partner assume un ruolo complementare all'altro, oppure non siano in grado di negoziare in maniera funzionale e fluida i confini rispetto alle famiglie d'origine.

Rispetto alla ricerca, sono stati identificati alcuni fattori chiave della psicoterapia di coppia (Davis, Lebow e Sprenkle, 2012), come considerare i problemi di coppia come modelli relazionali disfunzionali composti da aspetti cognitivi, comunicativi ed emotivi (Davis e Piercy, 2007a, 2007b) che devono

essere compresi nella terapia e modificati con l'aiuto di una buona alleanza terapeutica tra il clinico e la coppia (Sprenkle et al., 2009).

Seppure appartenenti ad un modello teorico diverso da quelli descritti in questo paragrafo, gli autori che si sono occupati di sistemi motivazionali interpersonali (Liotti e Monticelli, 2008) forniscono una lettura interessante delle dinamiche sottostanti la conflittualità di coppia. Questi autori ipotizzano che la conflittualità nasca laddove vi sia un disallineamento o una combinazione non armonica tra sistemi motivazionali (ad esempio, un partner attiva il sistema di care seeking mentre nell'altro è attivo il sistema di rango), che può condurre a contraddizioni tra gli obiettivi dei partner, emozioni negative e incomprensioni.

Considerare il legame di coppia come un tentativo di ripristinare e superare i problemi con le figure significative del passato, l'idea che il conflitto derivi da circoli viziosi disfunzionali che si autoperpetuano e l'importanza di una forte alleanza terapeutica per affrontare e modificare quegli stessi circoli sono considerazioni profondamente condivise e abbracciate anche dalla Control-Mastery Theory (CMT).

#### **1.4 Storia della ricerca in psicoterapia di coppia**

Seppure in un lavoro di quasi vent'anni fa, Gurman e Fraenkel, (2002) offrono un'interessante e completa disamina delle tappe principali della storia della ricerca nel campo della terapia di coppia. Verranno di seguito riassunti, come nell'articolo preso in esame, le scoperte che sembrano aver avuto il maggiore impatto sia a livello clinico sia a livello di ricerca.

##### *1. Fase I (1930-1974)*

Nella primissima fase, poiché il counseling di coppia era ancora agli esordi e si sperimentavano ancora i primi setting congiunti (si veda paragrafo 1.1), non esisteva ancora né una teoria di riferimento precisa né dei dati empirici volti a confermare l'efficacia di tale terapia (Manus, 1966). La ricerca era ancora, come afferma Olson (1970), ad un livello descrittivo, come confermò in seguito uno studio condotto da Goodman (1973), in cui emergeva che circa il 56% delle ricerche condotte erano basate su dei resoconti soggettivi, e solo il 22% includeva un campione definito.

## *2. Fase II (1975-1992)*

La metà degli anni Settanta ha rappresentato un punto di svolta per la ricerca in psicoterapia di coppia. Per la prima volta, infatti, si era riuscito ad accumulare un numero di studi empirici sufficienti a estrapolare delle linee guida utili alla pratica clinica. Gurman e colleghi (Gurman, 1971, 1973; Gurman e Kniskern, 1978a, b, 1981a; Gurman, Kniskern e Pinsof, 1986) hanno riassunto i principali contributi provenienti dagli studi di quegli anni: innanzitutto, si è cominciato a osservare che le terapie non comportamentali producevano effetti ed esiti positivi in termini di distress coniugale e soddisfazione diadica nella maggior parte dei casi analizzati, che le terapie in setting congiunti erano molto più efficaci nel risolvere problematiche connesse al rapporto di coppia rispetto alle terapie singole e che tali trattamenti risultavano efficaci anche in un periodo di tempo relativamente breve (12-20 sedute). Inoltre, è emerso come la terapia di coppia poteva rivelarsi molto utile se combinata con altri tipi di trattamento nel caso di disturbi clinici o di personalità gravi e che la co-terapia non era più efficace della terapia condotta da un singolo terapeuta. Sebbene alcuni di questi



risultati siano stati messi in discussione in seguito da altre ricerche (Bednar, Burlingame e Masters, 1988; Raffa, Sypek e Vogel, 1990; Wells e Gianetti, 1986a, b), è importante sottolineare che in quegli anni si è iniziata ad affermare una metodologia di ricerca più rigorosa, con tecniche e analisi statistiche più sofisticate.

### 3. Fase III (1993-oggi)

Alla fine degli anni Ottanta, la maggior parte delle ricerche venivano condotte per studiare la validità di tre modelli di terapia di coppia: il modello comportamentale (BMT; Behavioral Marital Therapy, Stuart, 1969, 1980; Jacobson e Margolin, 1979; Jacobson e Martin, 1976), la terapia focalizzata sulle emozioni (EFT; Emotionally Focused Couple Therapy, Greenberg e Johnson, 1986, 1988; Johnson, 1986, 1996; Johnson e Greenberg, 1995; Johnson, Hunsley, Greenberg e Schindler, 1999) e il modello psicodinamico orientato all'insight (IOMT; Insight-Oriented Marital Therapy, 1999; Synder, 1999; Wills, Faitler e Snyder, 1987).

Gurman e Fraenkel (2002), nel loro articolo, hanno proposto una serie di domande a cui la ricerca ha cercato di trovare delle risposte (e.g., Christensen e Heavey, 1999; Halford, 1998; Lebow e Gurman, 1995; Whisman e Snyder, 1997) e che risultano tutt'ora temi centrali nella ricerca in psicoterapia.

#### - *La terapia di coppia lavora per risolvere i problemi relazionali?*

La questione è se effettivamente fare una terapia di coppia sia maggiormente d'aiuto rispetto a non fare nessun trattamento. Generalmente, il livello di efficacia delle terapie di coppia viene valutato in termini di riduzione del distress o della conflittualità riferito dalle coppie, e in più in

generale dalla soddisfazione relazionale. Le ricerche condotte sul processo ed esito delle terapie (Bray e Jouriles 1995; Christensen e Heavey, 1999; Lebow e Gurman, 1995) confermano in maniera piuttosto evidente che la terapia di coppia è assolutamente utile e lavora per risolvere i problemi relazionali, confermando anche tutti i risultati degli studi, seppur meno rigorosi, condotti negli anni precedenti.

Lavori più recenti (Gurman e Burton, 2014) hanno affrontato questo tema, a lungo trascurato, osservando come spesso, nonostante l'efficacia dimostrata della terapia congiunta, molte persone che cercano un aiuto per problemi di coppia si ritrovano alla fine a intraprendere un percorso di terapia individuale, seguendo quella che viene definita Terapia Individuale per i problemi di Coppia (ITCP). Le ragioni possono essere diverse, come il rifiuto di uno dei due partner di andare in terapia, oppure il suggerimento ricevuto dal terapeuta stesso a fare percorsi separati (*ibidem*, 2014).

Un'analisi qualitativa di Shah, Nagpal e Rynjah (2016) condotta su 15 casi di coppie che avevano intrapreso un percorso di terapia di coppia combinata, ovvero un modello integrato di terapia di coppia che prevede l'uso di sedute individuali e congiunte, ha mostrato che mentre le questioni diadiche/sistemiche venivano affrontate sia nelle sedute individuali sia in quelle congiunte, temi come le preoccupazioni legate al matrimonio, i conflitti irrisolti del passato, la violenza e la resistenza alle sedute congiunte venivano discussi esclusivamente nelle sedute individuali.

- *Quanto è efficace la terapia di coppia congiunta?*

Per rispondere alla domanda, sono stati condotti studi su diversi indici. Alcune ricerche (si veda Gurman e Fraenkel, 2002) che hanno utilizzato l'analisi dell'effect size e del tasso di miglioramento, ovvero la percentuale di coppie che dopo il trattamento ha mostrato livelli alti di soddisfazione e miglioramento, hanno mostrato che circa il 60-75% hanno beneficiato della terapia congiunta rispetto al 35% delle coppie che non hanno ricevuto il trattamento. Questi dati confermano la ricerca già condotta da Gurman (1973) che aveva però utilizzato un approccio "narrativo" e meno sistematico.

Altre ricerche che si sono occupate di misurare il livello di funzionamento della coppia pre e post trattamento, hanno mostrato che il miglioramento nelle coppie si verifica nel 35-40% dei casi (Jacobson e Addis, 1993; Shadish et al., 1993).

Anche la stabilità del cambiamento è una variabile fondamentale da tenere in considerazione, sebbene le ricerche su questo tema siano ancora poco esaustive e siano state condotte per lo più sulla base del modello comportamentale. Alcune evidenze empiriche, tuttavia, hanno messo in luce che la possibilità di ricaduta di una coppia dopo la terapia a 6-9 mesi è minima, mentre è più alta la probabilità di ricaduta in termini di distress e insoddisfazione a 1-4 anni post trattamento (Hahlweg e Markman, 1988; Jacobson e Addis, 1993; Shadish et al., 1993). È anche opportuno considerare che, come per le terapie individuali, non sempre la terapia di coppia è utile, ma a volte può addirittura peggiorare la situazione, portando

a quelli che vengono definiti *effetti negativi di deterioramento* (Gurman e Fraenkel, 2002; Gurman e Kniskern, 1978).

Metanalisi più recenti condotte su studi randomizzati controllati sulla terapia di coppia hanno riscontrato ampi miglioramenti nell'adattamento di coppia (per una revisione, si veda Halford, Pepping e Petch, 2016); tuttavia, sembra che le valutazioni pubblicate sull'efficacia della terapia di coppia come condotta nella pratica clinica ordinaria abbiano riscontrato solo effetti di piccola o media entità. Gli autori (*ibidem*, 2016) hanno analizzato le possibili spiegazioni del divario tra efficacia nella ricerca ed efficacia della pratica clinica, offrendo suggerimenti per migliorare l'efficacia della terapia di coppia. Una probabile spiegazione è che gli studi di efficacia includono coppie che desiderano migliorare la loro relazione, mentre negli studi di efficacia nella pratica clinica, non tutte le coppie desiderano lavorare sugli aspetti problematici della loro relazione, ma spesso c'è l'intenzione di comprendere se separarsi o meno. I terapeuti, secondo gli autori, dovrebbero chiarire e negoziare con i partner gli obiettivi della terapia, in modo da condurre il trattamento in modo appropriato. Altre possibili ragioni ipotizzate in tale studio sono il tipo di trattamento proposto, caratteristiche intrinseche della coppia, il tipo di assesment condotto e la qualità dell'alleanza terapeutica (*ibidem*, 2016).

- *Quant'è l'efficacia relativa delle diverse terapie di coppia?*

Nell'ampio panorama delle psicoterapie di coppia (Gurman e Fraenkel, 2002) emerge come i due approcci più solidi dal punto di vista empirico e su cui ci sono maggiori dati rispetto all'efficacia (Gurman, Lebow e Snyder,

2015) sono la terapia di coppia comportamentale (BCT) (Jacobson e Margolin, 1979) e la terapia di coppia focalizzata sulle emozioni (EFCT) (Johnson e Greenberg, 1985).

La terapia cognitivo-comportamentale di coppia ha come focus quello di incrementare, mediante tecniche comportamentali, le interazioni positive e supportive tra i partner (Byrne, Carr e Clark, 2004; Jacobson e Margolin, 1979); in particolare, l'attenzione è sul favorire capacità di problem-solving e di negoziazione (Christensen et al., 2004).

La EFCT invece parte dal presupposto che la conflittualità di coppia nasce laddove i partner non riescono a gestire in modo funzionale le emozioni, in particolare quelle che loro definiscono secondarie, come la rabbia e l'aggressività (Byrne, Carr e Clark, 2004). Il lavoro consiste quindi nell'aiutare le coppie a identificare ed accettare le emozioni primarie (come la paura dell'abbandono o il bisogno di attaccamento) connesse a modelli primari passati, verosimilmente disfunzionali, e riformularli alla luce dei nuovi legami di attaccamento con il partner (Greenberg e Johnson, 1988).

Una metanalisi condotta da Alan Carr (2018) che ha confrontato l'efficacia dei diversi modelli di psicoterapia di coppia ha evidenziato come la terapia di coppia comportamentale e quella cognitivo-comportamentale sono ugualmente efficaci nell'alleviare il disagio di coppia (Baucom et al, 2015; Byrne, Carr e Clark, 2004). Rispetto alla terapia focalizzata sulle emozioni, Wiebe e Johnson (2016) hanno osservato come il 70% delle coppie in difficoltà mostra una riduzione del disagio relazionale e un miglioramento della soddisfazione sessuale.

Tuttavia, rifacendosi al lavoro di Luborsky (Luborsky, Singer e Luborsky, 1975) sull'efficacia delle psicoterapie individuali, anche per quanto riguarda le psicoterapie di coppia sembra valido il famoso “verdetto di Dodo”: “tutti hanno vinto e tutti devono ricevere un premio”. Mettendo infatti a confronto la terapia comportamentale (inclusa la cognitivo-comportamentale), la terapia focalizzata sulle emozioni e la terapia orientata all'insight, sembrerebbe che non sia possibile dimostrare la superiorità di un tipo di terapia in particolare. Questi dati sembrano essere confermati anche da studi più recenti (Halford, Pepping, e Petch, 2016).

- *La terapia di coppia è indicata per risolvere i problemi “individuali”?*

Secondo Gurman (1981), non ci sarebbero evidenze empiriche a sostegno dell'ipotesi che i sintomi individuali possiedano una reale funzione relazionale, a differenza di quanto sostenuto da Haley (1976) e Madanes (1980). Nonostante tali premesse, in una revisione condotta da Alan Carr (2018) si è visto come versioni adattate della terapia di coppia tradizionale e cognitivo-comportamentale hanno dimostrato di essere interventi efficaci per i problemi individuali di salute mentale, tra cui dipendenza da alcol e depressione, e per l'adattamento a problemi di salute fisica, tra cui il cancro e le malattie cardiache (Fischer, Baucom e Cohen, 2016).

### **1.5 Ricerche sulle conseguenze e modalità di gestione del conflitto di coppia**

La conflittualità di coppia è uno degli aspetti maggiormente indagati tra i ricercatori che si occupano di dinamiche e terapia di coppia (Gottman et al., 2014);

molti studi suggeriscono che la presenza di conflittualità è un fattore che, se cronico, conduce a conseguenze negative sia per i membri della coppia, a livello di benessere e soddisfazione, sia per la famiglia in senso più ampio, ed è associato alla presenza di disturbi depressivi (Ellison et al., 2016; Knobloch-Fedders et al., 2014; per una revisione, si veda Rehman, Gollan e Mortimer, 2008), abuso di sostanze (Crane et al., 2016; Leone et al., 2022), divorzio (Birditt et al., 2010) e problemi comportamentali nei bambini (Cummings et al., 2012; Sears et al., 2016). Nello specifico, Sears e colleghi riferiscono che la discordia coniugale è associata all'incoerenza, al controllo psicologico e alla ridotta accettazione e sensibilità dei genitori nei confronti dei figli (Benson, Buehler e Gerard, 2008; Klausli e Owen, 2011; per una rassegna su questo tema, si veda Erel e Burman, 1995; Krishnakumar e Buehler, 2000). Infatti, il legame tra disaccordo coniugale e genitorialità può spiegare in parte l'associazione tra matrimoni altamente conflittuali e le conseguenze negative sull'emozionalità dei figli (Chung, Flook e Fuligni, 2009; Schulz et al., 2005). Al contrario, una letteratura più limitata indica che le difficoltà tra genitori e figli influenzano anche le relazioni coniugali e il disagio emotivo dei genitori (Almeida, Wethington e Chandler, 1999; Bisceglia et al., 2010; VanderValk, Spruijt, de Goede e Meeus, 2007).

Alcune ricerche hanno evidenziato tuttavia che l'impatto maggiore sul benessere di coppia – inteso come un costrutto sfaccettato che coglie la dimensione positiva del legame coniugale, tra cui la felicità coniugale, la soddisfazione coniugale e la stabilità relazionale percepita (Manalel, Birditt, Orbuch e Antonucci, 2019)- non è tanto sperimentare situazioni conflittuali di per sé, quanto più la *natura* e la *gravità*

di quest'ultimi, le modalità con cui vengono gestiti e il grado in cui questi conflitti siano o meno risolti (Markman et al., 1993).

Come descritto da Birditt e colleghi (2010) in uno studio volto ad indagare i comportamenti conflittuali e le loro implicazioni nel divorzio, i comportamenti conflittuali sono solitamente categorizzati come distruttivi, costruttivi o evitanti (Crohan, 1996; Kurdek, 1995; Oggins, Veroff e Leber, 1993; Pasch e Bradbury, 1998). La conflittualità cosiddetta *distruttiva* (Warmuth, Cummings e Davis, 2011), implica ostilità verbale e non verbale ed emotività negativa (McCoy, George, Cummings, 2013) e sono incluse tutte quelle reazioni apertamente negative alle problematiche coniugali come ad esempio urla, insulti, critiche, belligeranza e disprezzo. Al contrario, i comportamenti *costruttivi* (McCoy, Cummings e Davis, 2009) sono caratterizzati da supporto reciproco e capacità di problem-solving, e implicano reazioni apertamente positive, come ad esempio esprimersi con gentilezza, discutere con calma del problema e ascoltare attivamente il partner. I comportamenti di ritiro, invece, implicano il disimpegno dal conflitto o dalla persona implicata nella discussione e possono includere l'abbandono della situazione o il silenzio. Naturalmente, come sottolineato dagli autori, queste tre categorie non rappresentano l'unico modo di raggruppare i comportamenti conflittuali. Ad esempio, alcuni ricercatori hanno definito i comportamenti conflittuali come espressione di affetti *negativi* o *positivi* (Gottman et al., 1998); *ostili* o *calorosi* (Matthews, Wickrama e Conger, 1996); e *negativi*, *positivi*, o *disimpegnati* (Smith, Vivian e O'Leary, 1990).

Indipendentemente dalla terminologia, quello che emerge dalle ricerche è che le dinamiche conflittuali hanno un impatto significativo sulla qualità del rapporto di



coppia e del matrimonio. Secondo le teorie comportamentali, le condotte distruttive portano a valutazioni negative del matrimonio e a un calo della soddisfazione e della stabilità coniugale, mentre i comportamenti costruttivi portano a un miglioramento della valutazione del matrimonio e a un aumento della soddisfazione e della stabilità coniugale (Karney e Bradbury, 1995; Kelly, Fincham e Beach, 2003). Ulteriori studi (Clements, Stanley e Markman, 2004; Gottman, 1994; Gottman et al., 1998; Gottman e Levenson, 1992, 2000, 2002; Orbuch et al., 2002; Rogge e Bradbury, 1999) hanno mostrato come i comportamenti distruttivi nelle interazioni conflittuali osservate in coppie di neosposi predicevano il divorzio dai 4 fino ai fino ai 14 anni successivi. Rispetto al comportamento conflittuale costruttivo, i dati di ricerca sono meno consistenti e piuttosto contraddittori (Gottman et al., 1998; Matthews et al. 1996), così come i dati relativi al comportamento evitante: alcuni autori (Gottman e Krokoff 1989) hanno osservato come tale strategia può portare, nel lungo termine, ad un deterioramento del matrimonio, probabilmente perché i problemi non vengono risolti e aumenta la distanza e l'alienazione tra i partner. Altri, invece, non hanno trovato alcuna associazione tra i comportamenti di ritiro e le conseguenze sul matrimonio (Bradbury, Campbell, e Fincham, 1995; Pasch e Bradbury, 1998).

Mannarini, Balottin & Gatta (2016) riprendono il modello di Forsyth (2009), secondo cui i membri di un gruppo o di una coppia mettono in atto diverse soluzioni per combinare la propria soddisfazione (assertività) e l'attenzione altruistica per i bisogni degli altri (empatia). Sulla base dell'interazione tra assertività ed empatia si possono definire cinque diversi stili di risoluzione dei conflitti (Goldfien e Robbennolt, 2007):

- *Atteggiamento evitante*: il partner che tende ad evitare il conflitto è passivo, non mostra coinvolgimento né preoccupazione per i bisogni propri e dell'altro (Bayazit e Mannix, 2003);
- *Atteggiamento accomodante*: il partner accomodante è più focalizzato sui bisogni dell'altro che sui propri, mostra livelli eccessivi di empatia e l'assertività e la capacità di esprimere il proprio punto di vista è assente;
- *Atteggiamento competitivo*: i partner competitivi tendono a imporre i propri bisogni non preoccupandosi delle necessità altrui (Morrill, 1995);
- *Atteggiamento cooperativo*: i partner cooperativi riescono a trovare un equilibrio tra empatia e assertività, e cercano una soluzione soddisfacente per tutti (Jarboe e Witteman, 1996);
- *Inclinazione a scendere a compromessi*: i partner che assumono tale atteggiamento non sono in grado di differenziare tra sé e gli altri quando esprimono preoccupazione o interesse verso i bisogni propri e altrui (van de Vliert e Euwema, 1994).

Indagando le specifiche modalità di interazione, è emerso come le configurazioni conflittuali *demand/withdrawn* (Crenshaw et al., 2021; Heavey, Christensen e Malamuth, 1995) in cui vi è un partner molto richiedente e l'altro ritirato, predicono una diminuzione della soddisfazione coniugale nell'arco di 2,5 anni. Per spiegare la variabilità di tale pattern, sono state postulate tre diverse teorie in letteratura:

1. Le teorie delle *differenze individuali* (si veda Holley et al., 2010), secondo cui la variabilità del pattern avrebbe a che fare con il diverso tipo

di socializzazione e reattività psicologica esistente tra femmine e maschi, per cui tipicamente le femmine tendono ad assumere ruoli più richiedenti e i maschi ruoli più evitanti;

2. La teoria *strutturale del conflitto* (Heavey et al., 1993), che, al contrario, sostiene che tali pattern sono determinati a seconda del partner che desidera maggiormente il cambiamento (*demand*) e di conseguenza l'altro partner assumerà il ruolo più evitante rispetto a tale cambiamento;

3. Teorie delle *strutture sociali* (si veda Holley et al., 2010) secondo cui gli uomini sono più abili delle donne nello strutturare relazioni in accordo con i propri desideri, a causa dello sbilanciamento di potere tra i due generi presente nella società. Gli uomini sarebbero più portati ad evitare il conflitto, quindi, al fine di mantenere lo *status quo*.

Uno studio condotto da Crenshaw e colleghi (2021) ha individuato alcuni elementi che sembrerebbero a supporto delle teorie strutturali e sociali.

Un contributo rilevante allo studio sulla gestione della conflittualità di coppia proviene dal clinico e ricercatore John Gottman (1994, 1999), studioso delle coppie per oltre quarant'anni, i cui studi confermano l'ipotesi presente in letteratura secondo cui tutte le coppie incappano in dinamiche conflittuali, e differiscono sulla base della modalità di gestione del conflitto. Nello specifico, Gottman e collaboratori (Buehlman, Gottman e Katz, 1992; Gottman e Levinson, 1992), nel comparare coppie ad alto funzionamento con coppie a basso funzionamento, hanno notato che le coppie che mostravano livelli più alti di soddisfazione e funzionamento (le coppie cosiddette *regolate*, Holman e Jarvis, 2003) presentavano almeno cinque interazioni positive per ogni interazione negativa, al contrario delle

coppie meno funzionali che mostravano quantità di interazioni positive decisamente minori (Gottman, 1994). A partire da tale studio, Gottman identifica i “Quattro cavalli dell’Apocalisse” (*ibidem*, 2014 p.110), ovvero quei comportamenti negativi che conducono ad esiti relazionali disfunzionali. I quattro “cavalli” sono (*ibidem*, 2014):

1. *Criticismo*, ovvero esprimere lamentele rispetto ai difetti del partner;
2. *Disprezzo*, ovvero insultare e deridere l’altro con atteggiamento di superiorità;
3. Assumere un *atteggiamento difensivo*, quindi porsi nel ruolo di vittima;
4. *Ritiro o ostruzionismo*, ovvero ritirarsi dal partner con cui si sta interagendo.

Inoltre, Gottman (1993) ha individuato dei prototipi di “coppie litiganti” che spesso esitano nel divorzio. Naturalmente, essendo le dinamiche interpersonali di coppia profondamente complesse, l’intento dell’autore è stato quello di creare dei modelli che descrivono caratteristiche generali del modo in cui i partner gestiscono il conflitto per permettere ai ricercatori di condurre studi e ai clinici di formulare un piano terapeutico più efficace possibile. In particolare, l’autore suddivide le coppie ad *alta stabilità* (*irascibili, validanti e evitanti del conflitto*) e a *bassa stabilità* (*ostili e ostili/distaccate*). Rispetto alle coppie ostili, sono coppie che tendono a litigare di più direttamente e in cui si attivano maggiormente emozioni negative intense, si evidenzia colpevolizzazione e scambi giudicanti così come conversazioni caratterizzate da atteggiamenti difensivi, contestazioni verbali e disgusto. Le coppie ostili/distaccate tendono ad essere meno coinvolte

emotivamente, meno inclini all'ascolto ma comunque aggressive (Cohen e Levite, 2012).

Altro dato interessante che emerge dai suoi studi è che le interazioni di coppia sono abbastanza stabili nel tempo, motivo per cui si potrebbe persino predire se una relazione funzionerà o meno; infatti, sembrerebbe che alcune coppie non riescono mai completamente a risolvere le loro aree di conflitto o, per dirla in altri termini, continueranno a litigare negli anni per le stesse tematiche, con la conseguenza che tali interazioni finiscono per cristallizzarsi sotto forma di problemi relazionali basati su, ad esempio, differenze di personalità tra i partner (Driver e Gottman, 2004) o diverse preferenze nello stile di vita o nei bisogni (Gottman, 2014).

Le teorie di Gottman sulle coppie felici e infelici sono state replicate in diversi studi, così come il suo metodo per aiutare le coppie a superare i loro problemi relazionali (vedi Davoodvandi et al., 2018; Delatorre e Wagner, 2019; Garanzini et al., 2017). Secondo l'autore, in psicoterapia occorre aiutare le coppie a costruire modi più efficaci per gestire i conflitti. A tal fine, i partner devono diventare capaci di comunicare senza incolpare l'altro, trovare compromessi, comprendere i fattori personali che portano a leggere qualsiasi evento o interazione in modo distorto e affidarsi a ciò che ha alimentato il loro legame all'inizio. Poiché il conflitto costruttivo è associato a una migliore qualità della relazione, nel setting terapeutico è utile aiutare le coppie a contenere e limitare il conflitto distruttivo, piuttosto che cercare di porsi come obiettivo quello di eliminare tutti i conflitti e i disaccordi (Hawkins e Erickson, 2015).

In generale, a partire da quanto esposto, sembrerebbe che uno degli obiettivi della terapia sia aiutare la coppia a modificare il modo in cui ciascun membro vede

l'altro e la relazione. Così come autori di stampo sistemico hanno sottolineato, infatti, uno dei fattori che più contribuisce ad alimentare i conflitti è la presenza di una visione distorta e giudicante o di aspettative negative sul partner (Framo, 1970; Whiting, 2008).

Ulteriori studi (Gordon e Chen, 2016) hanno confermato che quando, durante una discussione, i membri della coppia sono in grado di esprimere il proprio punto di vista e di sentirsi ascoltati e accuditi dal partner, i conflitti non portano a conseguenze negative per la relazione, confermando così la differenza ipotizzata tra conflitto costruttivo e conflitto distruttivo.

## **1.6 Metodologia per lo studio della conflittualità nelle coppie**

### **1.6.1 Strumenti di valutazione del conflitto**

Come sottolineato da Snyder e colleghi (2005), l'assessment delle dimensioni di coppia è un processo che ha delle differenze rispetto al percorso di valutazione del singolo paziente. La valutazione della coppia, infatti, prevede che il focus sia proprio sulle caratteristiche della relazione, mentre gli aspetti più individuali e sociali dovrebbero essere valutati in un secondo momento.

Gli autori (Snyder et al., 2005) propongono una panoramica sui principali strumenti di valutazione evidence-based della conflittualità di coppia e di tutti quei domini che sembrano contribuire ad alimentare il distress tra i partner. Tali strumenti prevedono interviste, metodi osservazionali (che saranno approfonditi nel paragrafo successivo), self-report e clinician report. In questo articolo, inoltre, vengono proposte una serie di domande che potrebbero rivelarsi utili al clinico che si trova a valutare la conflittualità di coppia, la mancanza di strategie

di problem-solving e il relativo distress relazionale. Queste domande possono essere integrate con altri strumenti di valutazione e permettono al clinico di avere una “fotografia” dello stato della coppia al momento della consultazione e una visione articolata della problematica che presenta. Nello specifico, secondo Snyder, Heyman e Haynes (2005) le domande utili da porsi sono:

1. *Quanto sono frequenti e intensi i conflitti di coppia? Quanto durano, e quanto tempo ci impiegano i partner per raggiungere l'escalation negativa rispetto alle discussioni più importanti?* Per esplorare questi temi, possono rivelarsi utili sia l'osservazione comportamentale sia le misure di self-report. Le misure più comunemente utilizzate sono il *Communication Pattern Questionnaire* (CPQ; Crenshaw et al., 2017) e lo *Styles of Conflict Inventory* (SCI; Metz, 1993). Per osservare invece il modo in cui i partner tentano di risolvere il conflitto, potrebbe essere utile dare come istruzione ai partner di discutere di un problema e osservare come si svolge l'interazione (per un approfondimento, si veda paragrafo successivo);

2. *Quali sono solitamente le cause del conflitto?* Solitamente, le aree maggiormente implicate riguardano la gestione dei figli e dei legami extrafamiliari, delle finanze, la sfera sessuale e le faccende domestiche (Snyder, Heyman e Haynes, 2005). Gli strumenti di valutazione che possono essere integrati al colloquio clinico sono l'*Areas of Change Questionnaire* (ACQ; Weiss e Birchler, 1975), l'*Areas of Change Checklist* (Gottman, 1999) e il *Marital Satisfaction Inventory – Revised* (MSI-R; Gasbarrini e Snyder, 2019).

3. *Quai sono le risorse o aree di vulnerabilità dei partner che nell'identificazione dei problemi e delle strategie di risoluzione del conflitto? Sono presenti dinamiche di potere? I partner si offrono supporto a vicenda?* Per osservare questi aspetti, sono stati sviluppati delle procedure in cui i partner dovevano collaborare per risolvere un compito e si osservava quali comportamenti, se di supporto o meno, venivano messi in atto (per esempio, Bradbury, Rogge e Lawrence, 2001; Cutrona, 1996).

In generale, nel corso del tempo, sono stati sviluppati numerosi strumenti per valutare la conflittualità di coppia. Ad esempio, Christensen e colleghi (2017) hanno messo a punto il *Communication Patterns Questionnaire-Revised*, un questionario di 7 item che aveva l'obiettivo principale di misurare la capacità di comunicazione all'interno della coppia. Nello specifico, i risultati dell'analisi fattoriale indicano una soluzione a tre fattori: comunicazione costruttiva e due scale di richiesta/ritiro.

Canary, Cunningham e Cody (1988) hanno concentrato i loro studi sulla gestione della conflittualità anche in contesti di violenza, con lo scopo di validare la *Episode-Specific Conflict Tactics Scale*. L'idea degli autori è che gli obiettivi, il genere e il locus of control siano fattori che influenzano le strategie di comportamento adottate dai partner durante il conflitto. Nello studio condotto per indagare tale ipotesi, gli episodi conflittuali sono stati categorizzati sulla base dei tipi di obiettivi, che erano proattivi o reattivi. Inoltre, è stata sviluppata una misura del locus of control del conflitto (CLOC) per valutare il grado di orientamento interno o esterno dei partner durante gli scambi conflittuali. I risultati hanno rivelato che le donne erano più propense degli uomini a usare strategie di critica personale e di rabbia, mentre gli



uomini erano più propensi a usare tattiche di negazione. Inoltre, l'aver un locus of control interno era associato positivamente alle strategie di integrazione, mentre un locus of control esterno era associato positivamente con strategie di evitamento e sarcasmo.

Zacchilli, Hendrick e Hendrick (2009) hanno ideato uno strumento definito *Romantic Partner Conflict Scale* (RPCS), alla cui base c'è l'idea che, all'interno delle relazioni interpersonali, il conflitto sia inevitabile. La scala è composta da 39 item, ciascuno valutato su una scala Likert a 5 punti e comprende sei sottoscale: Compromesso, Evitamento, Reattività interattiva, Separazione, Dominanza e Sottomissione. I punteggi delle scale sono risultati correlati con la comunicazione, la soddisfazione, il rispetto, l'amore e gli atteggiamenti sessuali.

Mannarini e colleghi (2017) hanno cercato, attraverso uno studio condotto su 405 coppie, di elaborare una scala monodimensionale per la valutazione della gestione del conflitto concentrandosi in particolare su cinque aspetti rilevanti del conflitto: competizione, collaborazione, evitamento, atteggiamento accomodante e compromesso. I risultati hanno confermato l'esistenza di una singola dimensione latente, definita dagli autori *Conflict Management Scale* consistente di 8 item, che valuta accuratamente il modo in cui i partner gestiscono il conflitto.

In un interessante studio, Sanford (2010) si pone l'obiettivo di validare il *Conflict Communication Inventory* - un questionario sviluppato per valutare lo stile di comunicazione durante il conflitto in un contesto specifico (Sanford, 2010) - confrontando la validità predittiva a breve termine delle valutazioni effettuate da codificatori addestrati con la validità predittiva a breve termine delle scale self-report e partner-report del Conflict Communication Inventory. Dai risultati emerge

come la validità predittiva dei rater osservatori era alta; tuttavia, il dato più interessante è che anche i punteggi della validità predittiva a breve termine delle scale partner-report risultavano alti e statisticamente indistinguibili dai punteggi delle valutazioni degli osservatori. Al contrario, i livelli di validità predittiva delle scale self-report risultavano decisamente inferiori rispetto ai livelli dei rater osservatori. Backer-Fulghum e Sanford (2015) hanno condotto uno studio volto a indagare quanto i ricercatori e i clinici possono ottenere resoconti validi e attendibili delle interazioni conflittuali da parte dei partner al di fuori di un contesto di laboratorio su un campione di 269 coppie. I risultati supportano, in generale, la validità dei resoconti rispetto alle interazioni conflittuali quotidiane, ancora di più se i racconti sono condivisi da entrambi i partner.

Ulteriori aspetti che possono essere utili in una fase valutativa e che si sono mostrati fattori connessi alla conflittualità di coppia (Snyder, Heyman e Haynes, 2005) sono ad esempio: l'approfondimento delle cognizioni relazionali (ad esempio l'attenzione selettiva o il tipo di attribuzioni agli eventi relazionali) (Sillars, Roberts, Leonard e Dun, 2000), il distress individuale, gli affetti e le emozioni prevalenti nella relazione (Gottman, 1999).

Infine, uno strumento self-report particolarmente utilizzato nella clinica e nella ricerca è la *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; Spanier, 1976; 2001); la DAS si pone l'obiettivo di valutare l'adattamento generale di ciascun partner alla relazione di coppia e la percezione soggettiva della qualità del rapporto. Nello specifico, è composta da quattro sottoscale che indagano: il consenso diadico, ovvero il grado di accordo/disaccordo tra due partner rispetto alla gestione dei compiti quotidiani; la soddisfazione diadica, che valuta il grado di tensione all'interno della relazione

e il grado di felicità/infelicità percepito nella relazione; l'espressione affettiva, ossia il grado di soddisfazione rispetto alle dimostrazioni di affetto, inclusa l'area della sessualità; e infine la coesione diadica, che ha a che fare con il grado di condivisione di attività, interessi e obiettivi.

### **1.6.2 Osservazione comportamentale**

L'osservazione comportamentale del modo in cui le coppie affrontano i conflitti costituisce un punto focale della ricerca sulle relazioni intime, utile per migliorare le tecniche terapeutiche. La metodologia più utilizzata in ambito di ricerca consiste nella selezione di argomenti da discutere tra i partner. In particolare, la procedura prevede che i ricercatori chiedano ai partner di discutere un problema relazionale irrisolto al fine di suscitare comportamenti conflittuali (ad esempio, Gordon e Chen, 2016). Uno studio da Williamson e colleghi (2013) condotto su 402 coppie sposate, ha esaminato l'associazione tra due dimensioni - la difficoltà percepita del problema e l'argomento discusso - e la loro associazione con la positività, la negatività e l'efficacia delle strategie comunicative. In linea con l'idea che la strategia comunicativa sia significativamente correlata al contenuto della discussione, è emerso che i partner assumevano un comportamento più negativo quando discutevano di un problema che i mariti consideravano più difficile da affrontare. Le tre dimensioni della positività, negatività ed efficacia variavano in funzione dell'argomento della discussione, indicando che alcuni argomenti suscitavano una comunicazione più funzionale o disfunzionale di altri. Questi risultati confermano l'idea che non è importante solo il modo in cui le coppie comunicano rispetto ai problemi, ma anche l'argomento di discussione e dunque l'idea che la

comunicazione tra partner è un modo per affrontare i problemi (Williamson et al., 2013).

Uno studio condotto da Crenshaw e colleghi (Crenshaw et al., 2021) ha introdotto, all'interno della metodologia di ricerca, il *presupposto dell'importanza relativa*, ovvero il presupposto secondo cui ogni partner è più interessato o preoccupato del proprio argomento di quanto non lo sia l'altro, e viceversa. Il presupposto dell'importanza relativa deve essere soddisfatto affinché gli argomenti siano distinguibili gli uni dagli altri negli studi in cui ogni partner seleziona un argomento da discutere, ed è una condizione necessaria per trarre conclusioni chiare sugli effetti dell'argomento scelto, sulle differenze di genere nelle coppie di sesso misto e sugli effetti del conflitto sull'interazione. Tali studi confermerebbero l'idea che, durante una discussione, se i partner sono in grado di esprimere il proprio punto di vista e si sentono ascoltati, è possibile evitare conseguenze negative per la relazione (Gordon e Chen, 2016; Overall et al., 2014).

Un interessante studio di Lucas-Thompson, George e Quinn-Sparks (2016), ha ampliato la metodologia utilizzata nell'osservazione comportamentale del modo in cui le coppie gestiscono i conflitti. Gli autori sono partiti dall'osservare che nella maggior parte degli studi, veniva chiesto ai partner di discutere rispetto ad un argomento per loro rilevante, passato o ricorrente. Poiché però le coppie si trovano spesso ad affrontare fattori di stress nuovi nel corso delle loro relazioni, poteva essere utile sviluppare uno strumento per valutare le risposte a fattori di stress non familiari, per capire come le coppie rispondono e gestiscono gli stressor nuovi rispetto a quelli ricorrenti. Hanno quindi sottoposto le coppie a due step: nel primo veniva dato loro un compito standardizzato di discussione (in cui le coppie

riproponevano discussioni avute nel passato) e in seguito venivano sottoposte al Timed Reconstruction of Unseen Structures Together Task (TRUST task; una procedura durante la quale le coppie devono lavorare insieme ad un compito non familiare). I risultati mostrano che il nuovo fattore di stress elicitato dal TRUST task elicitava gli stessi comportamenti conflittuali del compito standardizzato, ad eccezione dell'uso della minaccia alla relazione. Tuttavia, durante il TRUST task le coppie mostravano livelli inferiori di comportamenti conflittuali negativi (come insulti, ritiro, ecc.) e livelli maggiori di comportamenti conflittuali positivi (come sostegno reciproco, problem-solving). Quest'ultimo risultato è in linea con le ipotesi teoriche secondo cui i conflitti ricorrenti spesso fanno sentire le coppie bloccate in dinamiche ripetitive (Gottman e Silver, 2000); ciò significa che le coppie possono essere in grado di impegnarsi in una gamma più ampia di strategie comportamentali positive in risposta a un fattore di stress nuovi piuttosto che a fattori più familiari che innescano conflitti ripetuti (Lucas-Thompson, George e Quinn-Sparks, 2016).

Oltre a decidere come selezionare gli argomenti di discussione, i ricercatori dovrebbero stabilire il numero di argomenti. Concentrandosi sul conflitto, in genere si chiede ai partner di discutere o di un solo argomento, deciso di comune accordo (ad esempio, Lemay, 2014) o di due argomenti, uno per ogni partner (ad esempio, Heavey et al., 1993). Selezionare due argomenti risulta vantaggioso in quanto consente a ciascun partner di discutere un argomento di proprio interesse e si basa su modelli concettuali che suggeriscono un comportamento diverso a seconda di chi ha sollevato l'argomento o di quanto sia importante per ciascun partner (*ibidem*, 1993), ed è una procedura che si raccomanda maggiormente rispetto alla selezione

di un unico argomento (Heyman, 2001). L'utilizzo di due argomenti e l'aggiunta di un controllo procedurale, come la randomizzazione e il bilanciamento dell'ordine degli argomenti di conversazione, permette inoltre ai ricercatori di andare oltre la semplice osservazione, estrapolando le possibili cause o motivazioni dei comportamenti che variano a seconda di quale coniuge ha selezionato l'argomento di discussione (ad esempio, Heavey et al., 1993).

Dall'analisi della letteratura empirica, si evidenzia quindi un'importanza centrale che i ricercatori hanno conferito all'analisi degli specifici argomenti capaci di innescare il conflitto, le modalità attraverso cui questo è gestito, e l'influenza dei ruoli di genere – senza considerare le coppie dello stesso sesso. Ampio spazio è stato dato anche al modo attraverso cui le coppie comunicano durante le interazioni conflittuali (Gordon e Chen, 2016; Gottman, 2014). Al contrario, come accennato nel paragrafo precedente, nelle teorie psicoanalitiche e sistemiche viene posta maggiore enfasi sulle specifiche dinamiche intrapsichiche e relazionali che conducono i pattern a confliggere in modo disfunzionale.

## ***Capitolo 2: La Control-Mastery Theory e la sua applicazione alla terapia di coppia con focus sul conflitto***

### **2.1 Control-Mastery Theory: aspetti teorici del modello**

La Control-Mastery Theory (CMT; Gazzillo, 2021; Silberschatz, 2005; Weiss, 1993; Weiss et al., 1986) è una teoria cognitivo-dinamica di matrice relazionale del funzionamento mentale, della psicopatologia e del processo terapeutico. In accordo con tale modello, l'essere umano è in grado di esercitare un certo grado di controllo cosciente e inconscio sui propri processi mentali seguendo quello che viene definito un principio di sicurezza (Fiorenza, Santodoro et al., 2023) e sono intrinsecamente motivati ad adattarsi alla realtà, gestire traumi e risolvere problemi. Inoltre, secondo la CMT, l'essere umano è capace di svolgere le stesse funzioni mentali superiori che solitamente sono eseguite a livello cosciente, come valutare la realtà circostante, stabilire obiettivi, sviluppare e mettere alla prova credenze, prendere decisioni ecc. L'ipotesi del funzionamento mentale superiore (HMFP; Weiss et al., 1986) è supportata anche da numerosi studi provenienti dalla tradizione dell'Infant Research, dalla psicologia evolutivista e cognitiva (Leonardi et al., 2021) e trae le sue origini a partire dagli ultimi scritti di Freud (1926, 1940).

Per adattarsi alla realtà, fin dall'inizio della vita l'individuo ha bisogno di stabilire e mantenere dei legami sufficientemente sicuri e stabili con gli altri significativi, a cominciare dai caregiver e fratelli. E deve sviluppare un sistema di credenze circa la realtà e la moralità che possa guidare il comportamento. Queste credenze possono essere cosce, esplicite e verbalizzate, oppure inconse, implicite, emotive e procedurali. Esse "permettono" all'individuo di memorizzare

le contingenze nella relazione con l'ambiente, in particolare quello interpersonale e, poiché si sviluppano in età infantile e adolescenziale nel rapporto con le figure familiari più prossime, risentono del funzionamento mentale tipico di quell'età e della relazione che intercorre con tali figure.

La CMT sottolinea come, innanzitutto, ogni bambino, poiché dipende dai genitori, ha bisogno di sentirli e rappresentarli come figure forti, protettive, giusti e buoni. Per far questo, i bambini osservano attentamente come questi si comportano, cosa amano o disprezzano, che tipo di richieste implicite o esplicite avanzano, come si aspettano che il bambino reagisca o risponda in determinate situazioni. Inoltre, il bambino ha bisogno di sentire che i genitori stanno bene con lui: ne deriva che, in condizioni di conflitto, sarà portato a pensare che lui ha torto e loro ragione, arrivando a credere di essere causa della loro sofferenza o emozioni negative, e farà di tutto per cercare di farli stare meglio (Gazzillo, 2022). Oltretutto, per i bambini il modello genitoriale non coincide soltanto con come la realtà è, ma anche come dovrebbe essere: la realtà familiare e la moralità coincidono. Ne deriva che il modo in cui è trattato dai genitori diventerà per il piccolo il modo in cui merita di essere trattato, così come il modo in cui i genitori trattano gli altri diventerà il modo in cui gli altri meritano di essere trattati (*ibidem*, 2022).

I bambini sono anche egocentrici: essi hanno difficoltà ad osservare la realtà da un punto di vista diverso dal proprio, e sono portati erroneamente a pensare che quello che succede all'interno del loro ambiente relazionale dipenda da loro. Da non tralasciare che i bambini possiedono un pensiero illogico, magico, che è caratterizzato da immaturità cognitiva e processi di attribuzione causale erronei. L'aspetto più interessante, tuttavia, risiede nel fatto che a differenza di quanto



sostenuto da molte delle teorie pulsionali classiche (per esempio, Klein, 1935, 1946) i bambini fin da piccolissimi hanno motivazioni prosociali e altruistiche, soffrono del dolore delle persone care e tendono a sentirsene responsabili. Un esempio quotidiano può aiutare a comprendere quanto esposto teoricamente finora: si immagini un bambino che torna a casa dopo essere stato tutto il giorno a scuola, e trova sua madre innervosita e arrabbiata. La prima domanda che il bambino si farà in modo piuttosto spontaneo è: “Cosa ho fatto di sbagliato per farla arrabbiare?”. Questa breve vignetta mostra bene come il bambino non tenga conto, nel trovare una spiegazione al malessere materno, del fatto che lui ha passato la giornata fuori; pertanto, risulta difficile immaginare che abbia potuto fare qualcosa per far arrabbiare la madre. Si evince però come le modalità di pensiero siano: “io ho sicuramente fatto qualcosa per far star male qualcuno; per questo, dovrò fare qualcosa per alleviare la sofferenza a mia madre”.

Secondo la CMT, sintomi, inibizioni e più in generale la psicopatologia deriva dalle *credenze patogene*. Per credenze patogene si intendono quelle credenze che associano al perseguimento di un obiettivo sano, piacevole, evolutivo il verificarsi di un pericolo, interno o esterno, per sé o per gli altri significativi o per relazioni importanti, e suscitano emozioni negative come tristezza, vergogna o colpa qualora l'individuo persegua tali obiettivi (Weiss, 1992). Le credenze patogene si sviluppano in età evolutiva per adattarsi ad un ambiente traumatico o a esperienze avverse, che la CMT suddivide in traumi da *shock* e da *stress* (Fimiani et al., 2020). I traumi da shock sono situazioni singole specifiche, improvvise e intense che fanno sentire la persona in grave pericolo; i traumi da stress sono tutte quelle situazioni ripetitive, di natura relazionale in cui il soggetto individua il nesso tra

perseguimento dei propri obiettivi e situazioni di pericolo. Secondo la teoria, una situazione si può considerare traumatica nel momento in cui mette a repentaglio il senso di sicurezza di un individuo in modo acuto, cronico o sistematico (*ibidem*, 2020).

La CMT evidenzia tre diverse modalità con cui il bambino può entrare in rapporto con le figure di riferimento:

- La *compiacenza* (compliance) rispetto agli insegnamenti ed esempi dei genitori;
- La *ribellione* verso gli insegnamenti e l'esempio dei genitori, a cui si associano però intensi vissuti di colpa e autopunizione;
- *L'identificazione* con i genitori.

La compiacenza si verifica nel momento in cui il bambino agisce come i genitori si aspettano che lui agisca (o sia). È chiaro qui il bisogno di vicinanza e amore che muove il bambino, il quale ha bisogno di avere vicino i suoi caregiver e sapere che questi stiano bene. La ribellione esprime un parziale riconoscimento dei propri bisogni, nonostante i genitori facessero vivere l'appagamento di tali bisogni come qualcosa di sbagliato o pericoloso. Tuttavia, sebbene la ribellione di per sé possa essere funzionale, la componente autopunitiva che ne consegue spesso risulta disfunzionale per il bambino, in quanto l'aver "disobbedito" ai desideri e aspettative genitoriali fa sentire il bambino in colpa, per cui inconsciamente deve punirsi. L'identificazione con i genitori traumatici è un modo per acquisire una sorta di padronanza del trauma, per cui è come se avallando e condividendo il comportamento dei genitori potesse sentirsi più in controllo e più vicino a loro ed è

espressione del bisogno del bambino di sentire che i propri genitori siano buoni e abbiano ragione (Gazzillo et al., 2019a; Gazzillo, 2021a).

Molte delle credenze patogene sostengono sensi di colpa interpersonali (Bush, 2005; Gazzillo et al., 2019). La CMT ha individuato cinque classi di credenze patogene che alimentano specifici sensi di colpa interpersonali: il *senso di colpa del sopravvissuto*, che si basa sulla credenza che avere più successo, capacità, fortuna, salute ecc. dei propri cari possa farli soffrire o sentire umiliati; il *senso di colpa da separazione/slealtà*, che ha che fare con l'idea (patogena) che separarsi, differenziarsi e diventare autonomi rispetto ai propri cari li ferirebbe; il *senso di colpa da responsabilità onnipotente*, derivante dalla credenza per cui si ha il dovere e il potere di rendere felici gli altri, di mettere i bisogni altrui al primo posto altrimenti ci si sentirebbe egoisti; il *senso di colpa da burdening*, che deriva dalla credenza che i propri bisogni e problemi siano eccessivamente pesanti per gli altri e infine il *senso di colpa da odio di sé*, che ha a che fare con il sentimento di essere intrinsecamente sbagliati, cattivi, inetti, non meritevoli di amore, cura, stima e attenzione. Quest'ultimo senso di colpa è associato a una condanna non tanto di qualcosa che si fa, quanto di qualcosa che si è, andando a intaccare la sfera più profonda del valore personale e dell'autostima. Numerose ricerche infatti (Faccini et al., 2020; Gazzillo et al., 2021b; Leonardi et al., 2020; Leonardi, Gazzillo e Dazzi, 2022) hanno mostrato come il senso di colpa da odio di sé sia tra tutti quello più associato allo sviluppo di psicopatologia grave, come disturbi di personalità, depressione maggiore, disturbi d'ansia, dipendenza da sostanze e disturbi dell'area sessuale. Da questo punto di vista, inibizioni, sintomi e tratti di personalità problematici possono essere compresi alla luce del tentativo delle persone di

prevenire il riattarsi del trauma e di evitare o mitigare il senso di colpa inconscio che deriverebbe dal credere di aver danneggiato qualcuno di importante (Faccini et al., 2020).

Data la natura costringente e dolorosa delle credenze patogene e il fatto che si pongono come ostacoli al raggiungimento di obiettivi sani e piacevoli, le persone sono fortemente motivate a disconfermarle; per tali ragioni, cercheranno di metterle alla prova nelle loro relazioni importanti (inclusa quella terapeutica). La messa alla prova delle credenze patogene è definita *testing*. Per *test*, la CMT intende comunicazioni, atteggiamenti e comportamenti (inconsci) messi in atto dalla persona (o paziente) con lo scopo di disconfermare le proprie credenze patogene ed incrementare il senso di sicurezza. Attraverso il *testing* le persone, seppure inconsciamente, ricercano attivamente delle esperienze che possano favorire la disconferma delle loro credenze patogene e quindi l'elaborazione dei traumi che le sottendono (Gazzillo et al., 2019b). Infatti, superare i test dei pazienti contribuisce alla disconferma delle loro credenze patogene (Novak et al., 2022).

Secondo la CMT esistono due principali strategie di *testing*: test di *transfert* e test *da passivo in attivo*. Nel test di *transfert*, la persona si aspetta e spera che l'altro risponda diversamente dal genitore traumatizzante, che lo sostenga cioè nel perseguimento dei suoi obiettivi adattivi, rassicurandolo circa il timore che questo possa danneggiare o ferire l'altro. Una persona può testare nel *transfert* comportandosi come se la credenza patogena che vuole disconfermare sia vera, oppure tentando di sfidare tale credenza. La prima modalità rappresenta un test di *transfert per compiacenza* alla credenza patogena, mentre la seconda rappresenta un test di *transfert per non compiacenza* (o *ribellione*). Prendiamo ad esempio una

donna che durante la sua infanzia ha vissuto con dei genitori sempre troppo occupati e preoccupati di risolvere i problemi finanziari familiari, per cui dedicavano poco tempo a lei e ai suoi problemi. Questa donna potrebbe aver sviluppato la credenza patogena per cui i suoi bisogni sono troppo pesanti per gli altri o comunque non sono importanti. In terapia, potrebbe mettere alla prova tale credenza patogena minimizzando i suoi problemi, evitando di parlare di ciò che la fa stare male, oppure saltando le sedute, sperando che il/la terapeuta la incoraggi a condividere ciò che sente e si mostri interessato ad ascoltarla. Al contrario, potrebbe parlare a lungo di ciò che l'angoscia, reclamando il diritto di sentirsi ascoltata e supportata, sperando che il terapeuta rimanga disponibile, accolga la sua necessità e non la faccia sentire pesante.

Anche nei test da passivo in attivo la persona può agire in compiacenza o meno con la credenza patogena, ma, in questo caso, il paziente assumerà il ruolo del genitore potenzialmente traumatizzante e porrà il terapeuta nel ruolo del sé traumatizzato. Nel test da passivo in attivo per compiacenza con la credenza patogena la persona si identifica con il caregiver traumatizzante e tratterà l'altro con le stesse modalità vissute in passato come traumatiche. Tornando all'esempio precedente, una donna che sente che i propri bisogni appesantiscono gli altri potrebbe iniziare a far sentire in colpa il/la terapeuta qualora quest'ultimo avanzi delle richieste o ha delle necessità (ad esempio, spostare la seduta), nella speranza che il/la terapeuta si mostri fermo nel difendere i propri bisogni, senza turbarsi. Nel test da passivo in attivo per non compiacenza (o ribellione), al contrario, la persona tratta l'altro nel modo in cui avrebbe voluto essere trattata, sperando che l'altro legittimi tale comportamento e indirettamente legittimi i bisogni infantili non

riconosciuti (Gazzillo, Kealy e Bush, 2022; Gazzillo, Bush e Kealy, 2022). La donna dell'esempio precedente potrebbe mostrarsi molto aperta e supportiva rispetto ai bisogni del/della terapeuta, ad esempio accettando con serenità spostamenti di orario o seduta. In questo modo, osservando come l'altro risponde ai test da passivo in attivo, la persona può cominciare a disconfermare le sue credenze patogene.

Esistono poi i *test osservativi*, o *test covert*: tramite questa modalità, il paziente di fatto non fa nulla attivamente per suscitare nel terapeuta una risposta, ma si limita appunto ad osservare il comportamento di quest'ultimo per disconfermare le sue credenze patogene.

Esistono degli indicatori guida per l'individuazione dei test che possono rivelarsi utili al terapeuta. Da un certo punto di vista, possiamo dire che tutto ciò che facciamo o diciamo all'interno di una relazione importante contiene una dimensione di test (Gazzillo, 2022). Weiss (1993) sottolinea però che molto probabilmente un paziente sta testando quando:

- 1- Suscita nel terapeuta emozioni intense o inusuali rispetto a quelle normalmente sperimentate con lui o altri pazienti;
- 2- Il clinico si sente spinto ad agire dalle comunicazioni, atteggiamenti o comportamenti del paziente;
- 3- Esagera e/o si comporta in modo più illogico o autodistruttivo del solito.

Inoltre, è possibile che nei test da passivo in attivo, il terapeuta possa sperimentare sensazioni di confusione, umiliazione, maltrattamento, impotenza, preoccupazione eccessiva, proprio in virtù del ruolo "infantile" in cui il paziente lo

ha posto. Invece, nei test di transfert, poiché assume il ruolo del genitore, il terapeuta ha più una sensazione di controllo e forza rispetto al paziente (Gazzillo, 2022).

Un modo per capire se un test è stato passato o meno è osservare le reazioni immediate del paziente dopo la risposta del terapeuta al test. Quando un test è superato, il paziente si rilassa, è più associativo, porta materiale ed è più fiducioso rispetto alla possibilità di risolvere i propri problemi. Questo avviene perché disconfermare una credenza patogena permette al paziente di sentirsi al sicuro, riduce le aspettative negative e le emozioni di paura, ansia, colpa e depressione connesse. Numerosi studi infatti hanno confermato tali ipotesi per cui superare i test in terapia conduce ad un miglioramento immediato del paziente (Fimiani et al., 2022).

La CMT evidenzia la motivazione adattiva inconscia delle persone di voler stare meglio attraverso la terapia, affermando che queste giungono in psicoterapia con un piano (generalmente) inconscio per raggiungere i propri obiettivi sani, disconfermare le credenze patologiche (attraverso i test) e gestire i traumi (Weiss, 1998). Questo piano, più o meno articolato, contiene le aree su cui i pazienti vorrebbero lavorare e il modo attraverso cui vorrebbero portare avanti tale lavoro. Ne deriva che il compito del terapeuta è quello di supportare il piano del paziente attraverso comunicazioni, interpretazioni e atteggiamenti che sono *pro-plan*.

È stata validata empiricamente una procedura standardizzata per formulare il piano dei pazienti, il Metodo per la Formulazione del Piano (PFM; Curtis e Silberschatz, 2022; Gazzillo, Bush e Kealy, 2022). Questa procedura si rivela utile per identificare gli obiettivi del paziente, quali ostacoli ne impediscono il

raggiungimento e come il paziente lavorerà in terapia, ed è stato inoltre validato anche per diversi setting terapeutici, compresi quelli di coppia (per una revisione, si veda Curtis & Silberschatz, 2022; Rodomonti et al., 2022). Le componenti del piano del paziente includono:

- Gli *obiettivi* sani ed evolutivi del paziente;
- Le *credenze patogene* che ostacolano il raggiungimento degli obiettivi;
- I *traumi* che hanno contribuito allo sviluppo delle credenze patogene;
- I *test*, ovvero le modalità attraverso cui il paziente potrà tentare di disconfermare le sue credenze patogene;
- Gli *insight*, ossia il tipo di consapevolezza o esperienze che sarebbero utili che il paziente avesse.

Pertanto, il PFM riflette gli assunti di base della CMT, mentre le sue componenti sono comuni alla maggior parte degli approcci alla formulazione dei casi psicoterapeutici. Il piano del paziente è quindi simile a una "tabella di marcia" che guida il clinico verso la comprensione di ciò che deve essere compreso di uno specifico paziente, e fornisce dunque un trattamento assolutamente caso-specifico (Gazzillo, Curtis e Silberschatz, 2022).

L'ottima affidabilità della PFM è stata dimostrata in diversi studi che hanno preso in considerazione terapie a lungo e a breve termine condotte in diversi contesti (programmi di ricerca, studi privati, ospedali e contesti clinici) e con pazienti trattati secondo diversi modelli teorici, con differenze minime connesse al livello di esperienza con il metodo o all'esperienza clinica dei giudici che hanno valutato il



piano di un paziente. Ci sono stati anche studi che hanno attestato la validità della PFM per quanto riguarda il suo impatto sugli interventi del terapeuta e sui progressi del paziente in psicoterapia. In particolare, sembra che quanto più gli interventi del terapeuta sono "accurati", cioè supportano il piano del paziente, tanto più è probabile che il paziente faccia progressi nella terapia. Questi studi supportano l'ipotesi che una buona formulazione del piano aiuti a identificare i fattori utili a comprendere la psicopatologia del paziente e che, quando un terapeuta agisce in accordo con il piano del paziente, sia il processo che l'esito della terapia ne beneficeranno (vedi Fimiani et al., 2022; Silberschatz, 2017).

## **2.2 La Control-Mastery Theory e la terapia di coppia**

I costrutti della CMT possono essere applicati anche ai setting di coppia (Rodomonti et al., 2020; Zeitlin, 1991). In linea con altri approcci alla terapia coniugale (Epstein e Zheng, 2017; Lebow, 2019), si ipotizza una causalità circolare tra le credenze, le esperienze emotive e i comportamenti di entrambi i partner. Le relazioni di coppia, data la loro stabilità e l'intenso coinvolgimento emotivo, possono considerarsi un campo privilegiato entro il quale mettere alla prova e disconfermare le proprie credenze patogene; inoltre, nella situazione in cui i partner fallissero i test, questi 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, andando a creare dei cicli di messa alla prova e superamento/fallimento delle credenze patogene. Tali considerazioni risultano in linea con quanto affermato dagli autori precedentemente citati, 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; Guerriero e Zavattini, 2015; Lyons-Ruth et al., 1999; Main, Hesse e Goldwyn, 2008).

### **2.2.1 Modalità di scelta del partner**

Zeitlin (1991) mette 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*.

A tal proposito, l'autore individua e descrive le modalità che, più o meno consapevolmente, orientano la scelta del partner. Queste sono solitamente suddivise a seconda *che implicino o meno la ripetizione di situazioni traumatiche o di gratificazioni dell'infanzia* dei partner. Naturalmente, gli individui che tendono ad attuare una ripetizione dei traumi infantili all'interno delle relazioni intime sono più a rischio di ritraumatizzazione, dal momento che agiscono in compiacenza alle proprie credenze patogene e vanno più facilmente incontro a dinamiche conflittuali.

Le modalità di scelta maggiormente associate alla presenza di conflitti di coppia sono quelle che avvengono *per ripetizione*: è possibile che uno o entrambi i partner attivino dinamiche che hanno a che fare con le polarità *attivo/passivo*, in cui entrambi si chiedono reciprocamente di assumere un ruolo. Ad esempio, una persona che tende a prendersi cura degli altri troverà qualcuno che ha bisogno di essere accudito, oppure una persona abusante cercherà inconsciamente qualcuno

che è stato abusato, e così via. Nella scelta per ripetizione rispetto agli oggetti infantili spesso sono implicati, secondo Zeitlin, il senso di colpa da separazione/slealtà, il senso di colpa del sopravvissuto e il senso di colpa edipico.

Nello specifico, i partner possono scegliersi per *ripetizione rispetto ai propri oggetti transferali*: questo è il 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. La contraddizione tra piani è uno "stato" di coppia che implica diversi gradi di ritraumatizzazione; a volte può diventare uno stato cronico e costante, altre volte si può verificare in circostanze specifiche, ad esempio quando i partner non riescono a valutare il livello di sicurezza rispetto ad un certo tema; altre volte può rappresentare inconsciamente un test che la coppia sta facendo al terapeuta. In entrambi i casi, vi sono sia componenti traumatiche che di test.

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 poiché il trauma viene agito sull'altro anziché subito passivamente.

Esistono poi delle modalità di scelta basate sulla *non ripetizione* delle esperienze passate; in questo caso, i partner evitano attivamente di ritrovarsi in situazioni traumatiche e scelgono di non identificarsi con gli oggetti transferali. I rapporti che si possono creare a partire da tali premesse sono di diversi tipi.

Innanzitutto, è possibile che la scelta del partner sia basata sulla *similarità delle credenze patogene*; in questo caso, i partner possono da una parte sentire che

disconfermare le proprie credenze patogene sia troppo pericoloso, pertanto evitano di farlo (elevata compiacenza), oppure possono sentire che condividere delle aree problematiche con il partner aumenti la possibilità di sentirsi capiti ed essere sostenuti nel lavoro di disconferma (bassa compiacenza).

La similarità si può manifestare nella *polarizzazione* o nella *condivisione* delle credenze patogene.

Nel primo caso, le credenze patogene di ogni partner occupano i poli un concetto. Ad esempio, rispetto al concetto di *forza*, un partner può avere la credenza patogena secondo cui deve essere forte mentre l'altro ha la credenza patogena secondo cui non deve essere forte. Diversamente dal caso dominatore/sottomesso, in questa configurazione non c'è una richiesta esplicita all'altro di interpretare un determinato ruolo nella relazione. In altri termini, è la situazione nota come “gli opposti si attraggono”, ed è più semplice che i partner possano superarsi i reciproci test di transfert.

Nel caso di *credenze patogene condivise* ci sono maggiori possibilità di disconferma delle credenze patogene tramite l'empatia, ma si verifica una maggior contraddizione tra piani e spesso delle configurazioni del tipo attivo/passivo (tipo A; Zeitlin, 1991). Le coppie possono anche condividere lo stesso “polo” di una credenza patogena polarizzata (tipo B); in quel caso, si verifica una minor pressione interpersonale poiché non si verificano comportamenti del tipo passivo/attivo. La distinzione tra tipo A e tipo B è fondamentale soprattutto rispetto all'attività di testing. Nel tipo A, ad esempio, nei casi di partner fortemente traumatizzati in cui sono presenti tematiche da odio di sé è possibile che nel tentativo di disconfermare le proprie credenze patogene rispetto al sentire di non meritare rispetto e cura dagli

altri, si verificano delle escalation negative in cui entrambi, fallendo il test dell'altro e testando da passivo in attivo per compiacenza, riproporrà dinamiche svalutanti e traumatizzanti per l'altro. Il terapeuta, suggerisce Zeitlin, deve intervenire per interrompere il ciclo di ritraumatizzazione e gestire la contraddizione tra piani. Mantenendo l'esempio precedente, nei matching di tipo B, come accennato in precedenza, la contraddizione tra piani è meno frequente nei test di transfert, poiché si verifica una pressione interpersonale minore (rispetto ai test da passivo in attivo per compiacenza del tipo A) e quindi le possibilità di ricreare situazioni traumatiche sono più rare. Naturalmente, in entrambe le situazioni, i partner possono testare il terapeuta come se fosse una persona unica, così come avviene nelle psicoterapie individuali, per esempio attraverso un test di transfert per compiacenza per vedere se il terapeuta li considera troppo danneggiati e compromessi. Il terapeuta dovrebbe disconfermare tale credenza patogena condivisa mostrandosi accogliente e non giudicante; in questo modo, attraverso un'esperienza vicaria, entrambi i partner sentiranno il loro test superato.

Zeitlin evidenzia poi modalità più sane di scelta del partner che generano vissuti meno conflittuali, ovvero la scelta sulla base di *credenze patogene diverse*, una forma più stabile e complementare di relazione. In questo caso, uno o entrambi i partner decidono inconsciamente di realizzare i propri obiettivi attraverso un'esperienza vicaria all'interno di una relazione non conflittuale (polo della rinuncia); all'altro polo, quello della speranza, i partner sentono inconsciamente di poter disconfermare le proprie credenze patogene attraverso modalità di testing sane.

La scelta sulla base dell'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 risultano essere sicuramente le modalità di scelta più sane. Nel primo caso, come sostiene l'autore, uno o entrambi i partner sono in grado di non ripetere, all'interno del rapporto di coppia, situazioni traumatiche e funzionano "come se" non ci fossero credenze patogene coinvolte. Nel secondo caso, piuttosto raro (Zeitlin, 1991), i partner sono in grado di vivere il loro rapporto con gioia, entusiasmo e spontaneità.

Di seguito una tabella che sintetizza le modalità di scelta del partner così come teorizzato da Zeitlin:

Modalità di scelta per ripetizione rispetto a situazioni traumatiche	Ripetizione rispetto a oggetti transferali	
	Identificazione con oggetti transferali	
Modalità di scelta per non ripetizione rispetto a situazioni traumatiche	Similarità rispetto alle credenze patogene	Condivisione credenze patogene
		Polarizzazione credenze patogene
	Credenze patogene diverse	
	Evitamento rispetto agli oggetti transferali	
	Non compiacenza rispetto alle credenze patogene	
	Aree libere da conflitti	

### 2.2.2 Il testing di coppia

Zeitlin si è occupato, inoltre, di approfondire le modalità di testing di coppia. A partire dalle descrizioni dei test nelle terapie di gruppo (Cooper, Gustafon e Dawson, 1986), egli sostiene che all'interno del contesto della coppia l'attività di testing si mostra più complessa rispetto ai contesti individuali.

Quando una coppia *condivide la stessa credenza patogena*, forma un'alleanza inconscia e coopera per testare il terapeuta; in questo caso, se la risposta del terapeuta è pro-plan passerà entrambi i test dei partner (processo di *testing di coppia*), disconfermando le loro credenze patogene.

Nelle situazioni di *esperienza vicaria*, un partner testa il terapeuta mentre l'altro, che condivide la stessa credenza patogena, beneficia indirettamente di un'eventuale risposta pro-plan data al test effettuato dal partner attivo.

Nei casi di *contraddizione tra piani*, una risposta pro-plan per un partner coincide con una anti-plan per l'altro, e spesso il terapeuta si sente pressato a schierarsi con l'uno o con l'altro. La gestione della contraddizione tra piani è la maggiore difficoltà per un terapeuta che lavora con le coppie e una delle principali cause di conflitto tra i partner. Infine, può accadere che il paziente testi il proprio partner; in tale condizione, come vedremo meglio in seguito, il fallimento reciproco dei test cui i partner si sottopongono conduce alla genesi di circoli viziosi relazionali.

Così come per le terapie individuali, anche per i 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, sviluppare nuove modalità di interazione e accedere a degli insight utili alla comprensione delle dinamiche disfunzionali e dei conflitti.

### **2.2.3 Piano di coppia e processo terapeutico**

Nei primi incontri con le coppie l'obiettivo principale del terapeuta, così come avviene nei setting individuali, è quello di far sentire al sicuro i partner, superare i

test di coppia e adottare una posizione intermedia tra i partner. In prima istanza, Zeitlin (1991) suggerisce di cominciare con un'esplorazione delle dinamiche del rapporto che, unitamente ai test iniziali fatti dalla coppia, può fornire informazioni utili per cominciare a fare le prime ipotesi rispetto a diversi punti che l'autore mette in evidenza: (1) il livello ottimale di attività, direttività e flessibilità del terapeuta; (2) la gestione degli affetti; (3) il mantenimento dei confini nel tempo; (4) la gestione della trasparenza del terapeuta; (5) l'atmosfera generale ottimale che favorisca la collaborazione.

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, che genera insoddisfazione e dà vita a quelli che la CMT definisce *circoli viziosi relazionali* (Fiorenza, Crisafulli et al., 2023; Rodomonti et al., 2023, 2022; Zeitlin, 1991). I circoli viziosi relazionali sono pattern rigidi e ripetitivi che derivano dal fallimento dei partner nel superare i reciproci test, finendo per confermarsi a vicenda le rispettive credenze patogene, incrementare conflitti e sofferenza e diminuire la soddisfazione diadica. In linea con questa prospettiva, le coppie sperimentano conflittualità cronica e distress quando i partner sistematicamente falliscono i test cui si sottopongono reciprocamente. I circoli relazionali possono essere rappresentati come segue: immaginiamo il partner 1 che testa la credenza patogena A con il partner 2; tale test, però, attiva la credenza patogena B nel partner 2. Il partner 2 quindi testa il partner 1 sulla credenza patogena B, fallendo il test del partner 1. Tale fallimento fa sì che il partner 1 fallisca a sua volta il test del partner 2; entrambi i partner, quindi, testeranno di nuovo l'altro e così via. Quello che ne



deriva, quindi, è un'escalation negativa della capacità di mutua regolazione affettiva, un fallimento nella comunicazione efficace e un collasso del senso di sicurezza. Ad esempio: supponiamo che il partner 1 voglia testare, attraverso un test di transfert per non compiacenza, la credenza patogena secondo cui ha il dovere di prendersi sempre cura delle persone care a discapito dei propri bisogni (responsabilità onnipotente). Per far questo, comincia a uscire spesso con gli amici, trascorrendo molto tempo fuori casa. Il partner 2, d'altra parte, ha sviluppato nel corso del suo sviluppo la credenza patogena per cui non merita attenzioni e cura da parte degli altri (odio di sé). L'atteggiamento del partner 1, apparentemente disinteressato, potrebbe essere letto dal partner 2 come la conferma della sua credenza patogena connessa all'odio di sé (esce con gli amici, mi lascia da sola, non merito attenzioni). Per disconfermare tale credenza patogena allora, il partner 2 testa nel transfert per ribellione, cominciando a mostrarsi ferita e diventando molto richiedente. Questo comportamento confermerà la credenza patogena del partner 1 secondo cui deve preoccuparsi del benessere delle persone care e renderle felici; in questo modo, il partner 2 fallisce il suo test. A questo punto, il partner 1 testerà ancora più forte la sua credenza, diventando ancora più disinteressato e meno attento ai bisogni del partner 2, confermando nuovamente la credenza patogena del partner 2 e perpetuando il circolo vizioso relazionale. Così come avviene in terapia, questi fallimenti sistematici nella disconferma delle credenze patogene incrementa nella coppia sentimenti di ansia e depressione, riduce il coinvolgimento reciproco nella relazione e il benessere di coppia. Al contrario, quando una coppia è in grado di risolvere un conflitto, poiché le credenze patogene di entrambi i partner sono disconfermate, aumenterà sia il benessere individuale che di coppia.

La CMT sostiene che all'interno di una relazione di coppia stabile entrambi i partner possiedono caratteristiche e atteggiamenti che consentono la disconferma delle reciproche credenze patogene, provvedendo ad un modello di ruolo più positivo. Esiste infatti un'altra classe di dinamiche circolari, definite circoli virtuosi relazionali (Fiorenza, Crisafulli et al., 2023; Rodomonti et al., 2020), che hanno a che fare con le risorse che la coppia possiede per far fronte alle difficoltà. Essi rappresentano, in altre parole, il motivo per cui i partner si sentono al sicuro e vogliono stare insieme, e sono il risultato della capacità di entrambi di disconfermarsi a vicenda le proprie credenze patogene.

Attraverso i colloqui congiunti e individuali, il clinico deve cercare di individuare i traumi principali di coppia da cui sono state sviluppate le credenze patogene condivise e che impediscono il raggiungimento degli obiettivi sani. Inoltre, individuate le credenze patogene, è opportuno prevedere i test cui potrà essere sottoposto e, ancor più importante, i test che i partner si sottopongono reciprocamente e che, fallendo, determinano circoli viziosi relazionali e conflittualità cronica. È importante, come suggerisce Zeitlin (1991), osservare anche la qualità dell'interazione. Specialmente nelle sedute congiunte, il terapeuta deve indagare la storia della coppia, farsi raccontare quando si sono conosciuti, che cosa li ha fatti innamorare, che cosa non apprezzano dell'altro, oltre a indagare l'area dell'intimità e della sessualità. Inoltre, Zeitlin sostiene l'utilità per il terapeuta di raggruppare le credenze patogene della coppia utilizzando una terminologia familiare, come ad esempio rifiuto/accettazione, trascuratezza/protezione, fiducia/sfiducia, dominanza/sottomissione, eccetera (ibidem, 1991).

La motivazione al cambiamento, cioè capire se i partner sono davvero interessati a modificare lo stile di interazione, le risorse (circoli virtuosi) su cui poter far leva durante la terapia, il grado di compiacenza e aderenza rispetto alle credenze patogene sono tutti aspetti fondamentali da mettere a fuoco all'inizio di una psicoterapia (Zeitlin, 1991). Allo stesso tempo, è possibile anche che l'obiettivo della coppia non sia quello di modificare aree di disfunzionalità o sofferenza, ma sia quello di potersi separare: in questo caso, la terapia dovrà servire ad aiutare i partner a sviluppare modalità sane e non distruttive di condurre tale processo. Inoltre, la presenza di un'alleanza terapeutica tra i partner e tra la coppia e il terapeuta è senza dubbio un fattore terapeutico fondamentale (*ibidem*, 1991) e per far questo, in ottica CMT, è importante che i pazienti si sentano al sicuro, sentano superati i test e siano aiutati a ottenere livelli maggiori di insight.

Dal momento che la CMT può essere applicata al lavoro con le coppie, è stato sviluppato e validato empiricamente un adattamento del Metodo per la Formulazione del Piano specifico per la terapia di coppia. La Formulazione del Piano di Coppia (PFMC; Rodomonti et al., 2022) funge da guida al terapeuta nella comprensione degli interventi che possono essere utili alla coppia per raggiungere i propri obiettivi, disconfermare le credenze patogene, rompere i circoli viziosi relazionali e rafforzare quelli virtuosi. Per formulare il piano della coppia, le linee guida (*ibidem*, 2022) suggeriscono di fare una prima seduta congiunta con entrambi i partner, e una/due sedute individuali con ciascun partner.

Il piano di coppia consiste in sei sezioni:

- Gli *obiettivi condivisi* sani e adattivi che la coppia vuole raggiungere;

- Le *credenze patogene, individuali e di coppia*, che impediscono alla coppia di raggiungere i loro obiettivi;
- I *traumi, individuali e di coppia*, ovvero tutte quelle esperienze che hanno condotto alla formazione delle credenze patogene (per traumi di coppia si intendono quegli eventi che, interpretati alla luce delle credenze patogene individuali, contribuiscono a rinforzare le dinamiche disfunzionali della coppia);
- I *circoli viziosi relazionali*;
- I *circoli virtuosi relazionali*;
- Gli *insight relazionali* che sarebbero utili alla coppia raggiungere per stare meglio.

Nel lavoro clinico, lo scopo della terapia è interrompere i circoli viziosi relazionali, aiutando i partner a divenire consapevoli del significato e delle origini di tali dinamiche, e rinforzare i circoli virtuosi relazionali, ovvero la forza e le risorse della coppia. Inoltre, così come per la terapia individuale, è importante che il terapeuta superi i test cui la coppia e ciascun partner lo sottopone, in modo da avviare il processo di disconferma delle credenze patogene e al fine di fornire ai partner un'esperienza emotiva correttiva in un clima di sicurezza relazionale.

Come accennato precedentemente, la Formulazione del Piano di Coppia è stata validata empiricamente da una ricerca di Rodomonti e colleghi (2022) in un campione di quindici coppie. Il punteggio globale di accordo tra giudici calcolato con il coefficiente di correlazione intraclassa (ICC) è di .82, con il punteggio più basso di .69 e il più alto di .90. Inoltre, in linea con l'ipotesi di una relazione significativa tra gli interventi pro-plan del terapeuta e l'outcome del trattamento,

alcuni risultati preliminari (Rodomonti et al. 2022) su un sotto-campione di tre coppie suggeriscono che se il terapeuta – indipendentemente dal suo approccio teorico- supporta il piano della coppia, sia a livello individuale che di coppia, si osserva un miglioramento nell’adattamento diadico (misurato con la DAS) e nel benessere individuale (misurato con l’OQ-45.2), a conferma dei precedenti studi sulla psicoterapia individuale (Silberschatz, 2017).

Di seguito, verrà illustrato un esempio di formulazione del piano di coppia.

#### *Il caso di Elisa e Giacomo*

Elisa e Giacomo sono una coppia di circa quarant’anni, che richiedono una terapia di coppia a causa delle numerose discussioni e delle difficoltà nel trovare una linea comune nell’educazione dei figli. Il terapeuta è un esperto clinico psicodinamico con più di dieci anni di pratica post-training. Il piano di questa coppia è stato formulato, sulla base dei trascritti verbatim delle sedute, da quattro giudici indipendenti seguendo gli step indicati nella PFMC (Rodomonti et al., 2022). I coefficienti di inter-rater reliability variano tra .94 (rispetto agli obiettivi della coppia) e .55 (rispetto ai traumi di coppia), con un punteggio medio di .78. Il piano di Elisa e Giacomo è stato così formulato:

#### Obiettivi:

- Ridurre i conflitti
- Concordare una linea comune e complementare rispetto alla gestione dei figli
- Superare i rancori e le rivendicazioni rispetto a torti passati che Elisa sente di aver subito da Giacomo

Elaborare i traumi del passato relativi alle rispettive famiglie  
d'origine

- Dialogare in modo più efficace, senza ritirarsi né incalzare l'altro
- Riparare le rotture e i traumi del passato della loro coppia
- Riuscire a comunicare e comprendersi meglio
- Ricavarsi degli spazi di coppia al di fuori della famiglia
- Riuscire a godere dei momenti felici

### Ostacoli:

Credenze patogene condivise:

- Non sono degno/a di amore, cura e protezione (odio di sé)
- Se fossi felice e soddisfatto/a farei arrecherei un danno alle persone a me care che hanno invece avuto una vita di sofferenza (sopravvissuto)
- Se non mi occupassi degli altri prima che di me stessa, questi ultimi ne soffrirebbero molto (responsabilità onnipotente)

Credenza patogena di Elena:

- Se mi lamentassi delle ingiustizie che subisco o chiedessi aiuto sarei un peso per gli altri (burdening)

### Traumi:

- Elisa è cresciuta con una madre fredda e un padre che alternava scatti d'ira a momenti di condivisione con lei; inoltre, ha sempre sentito che, rispetto alla madre e alla sorella, lei fosse la preferita del padre. Queste esperienze hanno fatto sì che si sviluppasse in lei un senso di colpa del

sopravvissuto, poichè sentiva che le attenzioni particolari che riceveva dal padre causavano sofferenza nella madre e nella sorella. Inoltre, Elisa, non è mai stata protetta dalla sua famiglia, né dai litigi dei genitori né dalle loro difficoltà economiche e veniva spesso rimproverata e umiliata rispetto ai suoi insuccessi scolastici. Queste esperienze ripetute hanno portato Elisa a credere di non essere degna di amore, cura e protezione (senso di colpa di odio di sé) e che se avesse manifestato i suoi bisogni, le sue richieste e le sue emozioni, gli altri ne sarebbero stati sopraffatti (senso di colpa da burdening) e feriti perché era lei a doversi prendere cura di loro (senso di colpa di responsabilità onnipotente).

□ Giacomo è cresciuto con una madre psichiatrica che, durante la sua infanzia, è stata soggetta a diversi ricoveri e crisi. Il padre era un uomo debole e sia lui che il fratello maggiore si sono sempre sentiti inadeguati e sopraffatti dalla vergogna rispetto alla condizione della madre. Queste esperienze hanno contribuito a far sviluppare in Giacomo la convinzione di dover mettere da parte i propri bisogni per prendersi cura di quelli dei genitori e del fratello (senso di responsabilità onnipotente). Inoltre, la malattia della madre ha contribuito alla sua paura di poter anch'egli essere malato e mentalmente instabile (un riflesso del senso di colpa di sopravvissuto: essere malati fa paura, ma essere sani sembra "sbagliato e ingiusto" perché gli altri sono malati). Intorno ai 12 anni, Giacomo ha iniziato a soffrire di attacchi di panico e ricorda che a sua madre "non importava" e che non era "ben accetto" da nessuno della sua famiglia. Da

queste esperienze, ha sviluppato la convinzione di non essere degno di amore, cura e protezione (senso di colpa per l'odio di sé).

### Traumi di coppia

Fino a quando Lorenzo (il primogenito della coppia) non ha compiuto 13/14 anni, Giacomo è stato assente come padre, delegando la responsabilità della famiglia e dell'educazione dei figli a Elisa, rimanendo assorbito dai problemi della propria famiglia d'origine e, in particolare, dal rapporto con la madre. Il secondo figlio è arrivato dopo una gravidanza difficile e molto difficile da gestire, per cui la coppia ha dovuto rinunciare alle uscite al ristorante e a qualsiasi altro tipo di divertimento. Pensare a quel periodo scatenò in Elisa un forte senso di inadeguatezza come madre e un senso di colpa in Giacomo, poiché sentì di non essere stato in grado di prendersi cura dei figli a causa della sua ansia.

### Circoli viziosi relazionali:

□ I litigi di Elisa con i figli, le sue rigidità e i suoi scatti d'ira scatenano in Giacomo un senso di allarme e preoccupazione che lo spingono a fare qualcosa per spegnere il conflitto (compiacenza alla responsabilità onnipotente). Questo atteggiamento turba ulteriormente Elisa, che si sente sminuita nei suoi bisogni e non supportata (conferma della sua credenza patogena legata al senso di colpa da burdening e responsabilità onnipotente). Elisa, quindi, si fa carico di tutto in modo rigido e severo e la sua stanchezza, rabbia e insoddisfazione confermano in Giacomo la convinzione di non



essere in grado di far star bene le persone che ama (conferma della sua responsabilità onnipotente).

□ Giacomo, quando è in vacanza con i bambini, non riesce a godersela e spesso si isola, assorbito com'è dai problemi della madre (compiacenza al senso di colpa del sopravvissuto). Elisa vive questo come un nuovo tipo di abbandono e di trascuratezza (conferma del suo senso di colpa da odio di sè) e reagisce arrabbiandosi (ribellandosi così all'odio di sè), incolpando Giacomo, e ciò conferma la sua credenza di essere colpevole di aver abbandonato la famiglia e di essere incapace di prendersi cura degli altri (conferma responsabilità onnipotente).

□ Quando Elisa si dedica molto all'educazione del figlio, con il quale è profondamente identificata, cerca di fornirgli un genitore diverso da quelli trascuranti che ha avuto (test da passivo in attivo per non compiacenza sul senso di colpa da odio di sè), e chiede a Giacomo di darle una mano (test di transfert per ribellione sul senso di colpa da burdening). Giacomo, a causa della sua responsabilità onnipotente, non è in grado di adottare con i figli lo stesso atteggiamento severo di Elisa, e quindi vive le richieste della moglie come una pressione a conformarsi al suo modello, e si ribella facendo le cose a modo suo. Elisa, quindi, si sente contraddetta e sola (conferma del senso di colpa da burdening) e si ribella arrabbiandosi e accusando Giacomo, confermando la sua paura che Elisa non riconosca ed accetti i suoi metodi educativi.

Circoli viziosi relazionali:

Giacomo vede in Elisa una persona che ha sofferto come lui, se non di più, una persona con cui costruire qualcosa di soddisfacente; una persona che, a differenza di sua madre, può essere felice quando lui è felice (il che disconferma il senso di colpa del sopravvissuto di Giacomo e l'odio di sé, il burdening e il senso di colpa del sopravvissuto di Elisa). Giacomo crede che Elisa sia in grado di capirlo e nei primi anni di matrimonio si sente legittimato da lei a dedicarsi agli studi e alla laurea e a pensare a se stesso (il che disconferma la sua responsabilità onnipotente). Elisa accoglie Giacomo, lo ascolta e comprende la sua triste storia, disconfermando la sua convinzione di non essere degno di essere amato e compreso (odio di sé).

Insight relazionali:

□ Entrambi i partner dovrebbero comprendere che quando Giacomo si preoccupa eccessivamente dei problemi e dei bisogni della sua famiglia d'origine, è perché è cresciuto con dei genitori che percepiva come deboli, malati e bisognosi, che gli hanno fatto credere che fosse suo dovere prendersi cura di loro. Parallelamente, Elisa vive il distacco di Giacomo come un altro abbandono e come una conferma della sua mancanza di valore e del suo non diritto a chiedere aiuto o a condividere i pesi e le gioie della vita, a causa delle sue esperienze infantili con i genitori;

□ Entrambi i partner dovranno capire che Giacomo non è in grado di dire "no" ai figli perché sente di dover assecondare le richieste degli altri, come ha imparato a fare nel rapporto con i genitori; e dovranno capire che Elisa ha difficoltà ad accettare compromessi con l'atteggiamento meno

rigido del marito come genitore, perché sente di poter essere una madre migliore della propria madre solo affermando regole chiare, stabilendo confini genitoriali definiti e assumendo una funzione genitoriale ferma e decisa;

□ Entrambi i partner potrebbero aver bisogno di capire che fanno fatica a godersi i momenti felici perché si sentono in colpa ad essere più felici della loro famiglia d'origine.

In conclusione, la CMT concettualizza la conflittualità cronica di coppia come il ripetersi di circoli viziosi relazionali, ovvero come esito di tentativi inconsci falliti dei partner di creare una condizione di sicurezza relazionale al fine di disconfermare le proprie credenze patogene. I circoli viziosi relazionali rappresentano quindi l'incapacità cronica dei partner di superare i reciproci test, ricreando così situazioni traumatiche simili a quelle sperimentate nell'infanzia. Il fatto che i partner cerchino di disconfermare le proprie credenze patogene nella relazione di coppia, dimostra la speranza che la loro relazione attuale, percepita come traumatica alla luce delle esperienze passate, possa avere un finale migliore.

Seppure con alcune differenze, la concezione del conflitto di coppia in ottica CMT è compatibile con le teorie che considerano le interazioni disfunzionali come esito di deficit della comunicazione (si veda, ad esempio, Crenshaw et al., 2021; Framo, 1992; Watzlawick et al., 1967). Infatti, il termine circolo vizioso si riferisce nello specifico all'idea di processi comunicativi disfunzionali che si autoperpetuano, impedendo ai partner di capire i bisogni l'uno dell'altro. Inoltre, tale costrutto è in linea con le teorie che riconoscono l'influenza (e il bisogno di

padroneggiare) dei traumi relazionali infantili nella gestione del conflitto adulto (si veda, ad esempio, Fisher e Crandell, 2001). Alla base dei circoli viziosi, infatti, si pongono le credenze patogene inconsce sviluppate nelle relazioni passate traumatiche con caregiver e fratelli; ciò che accade è che ciascun partner cerca di disconfermarle tramite l'aiuto dell'altro (si veda Clulow, 2011; Siegel, 2020). Inoltre, le ipotesi della CMT sono in linea con quelle teorie che supportano l'importanza terapeutica degli insight (si veda Fraenkel, 2019) e con quelle teorie che enfatizzano la centralità delle esperienze emotive correttive e il supporto delle risorse della coppia (Fisher, 2002). Questi aspetti sono dimostrati dall'idea che sta alla base del circolo virtuoso, ovvero che quando un test viene superato, questo genera un'esperienza emotiva di disconferma delle credenze patogene che impediscono il raggiungimento dei obiettivi sani, rafforzando così il legame tra i due partner.

Appare evidente, dalla breve disamina della letteratura presentata sul conflitto di coppia, l'importanza che questo aspetto ha nello studio e nella terapia delle relazioni romantiche. Tuttavia, risultano assenti in letteratura studi empirici condotti specificatamente a indagare i circoli viziosi relazionali da una prospettiva CMT. Nel tentativo di colmare, almeno in parte, questo divario, è stato condotto uno studio empirico volto a testare l'ipotesi che il conflitto cronico di coppia possa essere letto come la ripetizione e la cronicizzazione di circoli viziosi relazionali – quindi di test che i partner si sottopongono reciprocamente e che sistematicamente falliscono. L'ipotesi è che i circoli viziosi relazionali siano il fattore che maggiormente contribuisce alla sofferenza e insoddisfazione di coppia; allo stesso tempo, se riconosciuti, discussi e compresi in terapia, si può contribuire allo sviluppo di nuovi

insight relazionali, alla modifica dei circoli interattivi disfunzionali e alla costruzione di modelli di interazione più sani e funzionali (Fiorenza, Crisafulli et al., 2023).

### ***Capitolo 3: Conflitto cronico di coppia e circoli viziosi relazionali: uno studio empirico***

#### **3.1 Obiettivi e ipotesi della ricerca**

Data la centralità del circolo vizioso relazionale nelle dinamiche disfunzionali di coppia, la seguente ricerca si è proposta di verificare empiricamente la relazione sistematica tra la presenza di interazioni conflittuali all'interno delle sedute di psicoterapia di coppia e la presenza di circoli viziosi relazionali, intesi come il sistematico fallimento dei test cui i partner si sottopongono reciprocamente e che genera sofferenza e conflittualità nella coppia. Inoltre, è stata indagata l'attivazione dei sensi di colpa interpersonali durante le interazioni conflittuali: questo perché il senso di colpa interpersonale deriva da e sostiene molte delle credenze patogene che attivano i circoli viziosi relazionali. In particolare, durante gli scambi conflittuali ci si aspettava un'attivazione specifica del senso di colpa da odio di sé, il quale è connesso al sentimento di essere intrinsecamente sbagliati, privi di valore, non amabili. In linea con la letteratura empirica (Faccini et al., 2020; Kealy et al., 2021; Leonardi et al., 2020, 2022) che dimostra l'elevata associazione tra l'odio di sé e diverse forme di psicopatologia, è verosimile immaginare che tale senso di colpa rappresenti un fattore che contribuisce ampiamente all'attivazione e al mantenimento del circolo vizioso, innescando situazioni in cui entrambi i partner sentono di non essere meritevoli di amore e rispetto e non si aspettano di ricevere comprensione, sostegno ed empatia rispetto alla loro sofferenza.

L'intento è stato inoltre quello di verificare quali sistemi motivazionali interpersonali (Liotti e Monticelli, 2008; Liotti, Fassone e Monticelli, 2017) si

attivavano nei partner durante le interazioni conflittuali, poiché essi sono tendenze universali, biologicamente determinate e selezionate evolutivamente che, quando si attivano, organizzano il comportamento sociale, interpersonale ed emotivo (Liotti e Monticelli, 2008). Inoltre, la motivazione interpersonale, si manifesta tramite e soprattutto il linguaggio verbale (Liotti, Fassone e Monticelli, 2017); dunque, avendo a disposizione trascritti *verbatim* degli scambi comunicativi conflittuali tra i partner, è stato possibile rilevare alcuni indicatori dei processi motivazionali in atto.

Si ipotizzano quindi alti punteggi di inter-rater reliability (ICC) per quanto riguarda l'identificazione dei segmenti conflittuali rispetto a quelli non conflittuali, per le valutazioni dei test di coppia tramite il Patient Scale of Couple Testing, per le valutazioni dei sensi di colpa interpersonali tramite il Patient Interpersonal Guilt Rating Scale per le valutazioni dei sistemi motivazionali interpersonali tramite l'Interpersonal Motivation System Rating Scale.

Inoltre, si ipotizza:

1. la presenza di valutazioni più alte dei test di coppia da parte dei rater negli estratti classificati come “conflittuali” rispetto a quelli classificati come “non conflittuali”;
2. la presenza di valutazioni più alte dei sensi di colpa interpersonali negli estratti classificati come “conflittuali” rispetto a quelli classificati come “non conflittuali”, in particolare del senso di colpa da *odio di sé*;
3. la presenza di valutazioni più alte negli estratti classificati come “conflittuali” dei sistemi motivazionali dell'*attaccamento* e del *rango* rispetto a quelli classificati come “non conflittuali”.

## **3.2 Metodo**

### **3.2.1 Campione**

Il campione è stato lo stesso già utilizzato per la validazione empirica del Metodo per la Formulazione del Piano di Coppia (si veda Rodomonti et al., 2022) e consiste in trascrizioni verbatim delle prime due sedute di psicoterapia di 15 coppie che hanno richiesto una terapia di coppia in contesti sia pubblici che privati. Abbiamo deciso di valutare le prime due sedute di terapia di coppia sulla base dell'ipotesi che, in queste prime sedute, le interazioni delle coppie, non essendo state modificate in modo significativo dalla terapia, sarebbero state il più possibile simili alle interazioni che i partner sperimentano quotidianamente. Inoltre, secondo la CMT, poiché i pazienti quando ricercano una terapia sono intrinsecamente motivati a stare meglio, è nei primissimi colloqui che espongono in maniera più chiara, seppure inconscia, gli elementi del loro piano.

Come criteri di inclusione, le coppie dovevano vivere insieme, anche se non dovevano necessariamente essere sposate, e dovevano avere una relazione stabile da almeno due anni. Abbiamo selezionato le coppie non sulla base di una valutazione della sintomatologia o della diagnosi di uno o entrambi i partner, quanto più sulla base della sofferenza che la relazione di coppia arrecava a livello individuale o diadico e sulla generale mancanza di soddisfazione di coppia percepita da uno o entrambi i partner.

I criteri di esclusione erano: evidenza di psicosi, grave abuso di sostanze o compromissione organica del cervello in uno o entrambi i partner.



L'età media dei partecipanti era di 50,67 anni per gli uomini (DS = 8,05; range 39-70 anni) e 46,87 anni per le donne (DS = 10,40; range 31-72 anni). Tutte le coppie erano eterosessuali, italiane e con figli; lo status socio-economico dichiarato da due coppie era basso, in otto coppie medio e in cinque coppie alto. Dei 30 partner, solo 10 avevano avuto precedenti esperienze di psicoterapia individuale. Tuttavia, per questo studio, sono state analizzate soltanto 11 coppie, poiché le altre non hanno raggiunto un buon punteggio di affidabilità inter-rater per quanto riguarda l'identificazione dei segmenti conflittuali rispetto a quelli non conflittuali; di conseguenza, sono state escluse dalla ricerca.

### **3.2.2 Strumenti**

Al fine di elaborare i piani di ciascuna coppia, in una ricerca precedente condotta sullo stesso campione (Rodomonti et al., 2022) è stato utilizzato il Metodo di Formulazione del Piano di Coppia (PFMC; Rodomonti et al., 2022). Il PFMC è una procedura empiricamente validata per la formulazione del caso, la pianificazione e il monitoraggio delle terapie di coppia secondo la CMT, e segue le cinque fasi indicate da Curtis et al. (1994) per la formulazione del piano per i pazienti adulti. I risultati di questo studio hanno mostrato una buona affidabilità inter-rater per la formulazione del piano di ogni coppia (ICC medio = 0,82), attestando la validità della procedura.

Per l'identificazione dei segmenti conflittuali vs non conflittuali, i giudici hanno valutato un campione di 248 segmenti su una scala Likert a 5 punti creata ad hoc che andava da 0 (il segmento non è conflittuale) a 4 (il segmento è interamente conflittuale). Solo i segmenti con un punteggio medio  $\geq 3$  sono stati considerati

rilevanti e inclusi nell'analisi dei dati. Per questo motivo, su un totale di 248, solo 92 segmenti sono stati utilizzati nella ricerca.

Per valutare in che misura ciascuno dei segmenti precedentemente selezionati rappresentava un chiaro esempio di test, ossia i casi in cui un partner mette alla prova una credenza patogena nella relazione, è stata utilizzata la Patient Scale of Couple Testing (PSCT; Gazzillo e Fiorenza, 2021c). La PSCT è una versione rivisitata della Patient Scale of Key Test (cfr. Silberschatz et al., 1986) ed è valutata su una scala Likert a 5 punti che va da 0 (il partner non sta testando/il partner non sta confermando le credenze patologiche del partner) a 4 (il partner sta testando/il partner sta confermando le credenze patologiche del partner).

La Patient Interpersonal Guilt Rating Scale (PIGRS; Gazzillo e Fiorenza, 2021b) è una scala Likert a 5 punti che va da 0 (nessuna presenza di colpa interpersonale) a 4 (chiara presenza di colpa interpersonale) e si tratta di un adattamento ad hoc per valutare la presenza e l'intensità del senso di colpa interpersonale all'interno di segmenti di sedute di psicoterapia dell'Interpersonal Guilt Rating Scale-15 clinician report (IGRS15-c; Gazzillo, Gorman, et al., 2017), che è uno strumento breve compilato dal clinico per valutare clinicamente il senso di colpa interpersonale come concettualizzato nella CMT.

Infine, è stata utilizzata l'Interpersonal Motivation System Rating Scale (IMSRS; Gazzillo e Fiorenza, 2021a), una scala creata ad hoc per valutare la presenza e l'intensità dei sistemi motivazionali interpersonali secondo le descrizioni dei prototipi corrispondenti ai prototipi di IMS dell'Assessing Interpersonal Motivation in Transcripts (AIMIT; Fassone et al., 2016). Nel presente studio, per ogni prototipo, è stato chiesto ai rater di valutare, su una scala Likert a 5 punti,

quanto il segmento valutato assomigliasse a ciascuno dei prototipi, dove 0 era per nulla rappresentativo e 4 era pienamente rappresentativo.

### **3.2.3 Raters**

Lo studio ha coinvolto 11 giudici indipendenti, di cui 10 donne e 1 uomo, che hanno valutato le trascrizioni utilizzando le scale descritte nella sezione precedente e che sono stati divisi in quattro gruppi e assegnati alle diverse scale. La loro età media era di 33 anni (DS = 4,75; range 26-41 anni). Tre giudici avevano un dottorato di ricerca in psicologia dinamica e clinica e avevano completato la formazione in psicoterapia psicodinamica e/o sistemica con tre o più anni di esperienza clinica post-formazione; cinque avevano una laurea in psicologia clinica e una specializzazione in psicoterapia clinica e/o psicodinamica con tre o più anni di esperienza clinica post-formazione; tre avevano una laurea in psicologia clinica e stavano completando la loro formazione in psicoterapia psicodinamica. Inoltre, tutti i giudici, prima di partecipare allo studio, hanno completato un corso di 98 ore sulle basi teoriche e l'applicazione clinica della CMT fornito dal CMT-IG. Questo corso comprendeva 80 ore di formazione sulla formulazione del piano dei pazienti e sulla sua applicazione nella pratica clinica.

### **3.2.4 Procedura**

Utilizzando i piani di coppia già formulati nel precedente studio del nostro gruppo di ricerca (Rodomonti et al., 2022), la procedura è stata la seguente: (1) un giudice ha letto le trascrizioni e ha estrapolato un numero uguale di segmenti in cui la coppia presumibilmente interagiva in modo conflittuale e non conflittuale; questi

segmenti sono stati successivamente randomizzati e letti da due giudici indipendenti, ai quali è stato chiesto di identificare tutte le possibili circostanze in cui la coppia ha interagito in maniera conflittuale. Dalle trascrizioni sono stati estrapolati segmenti della stessa lunghezza identificati come conflittuali e non conflittuali. (2) Altri tre valutatori indipendenti, senza sapere a quale categoria fossero stati assegnati, hanno letto i passaggi e, sulla base dei piani di coppia, hanno valutato la presenza di test con il PSCT. (3) Altri tre valutatori, senza sapere a quale categoria appartenessero i segmenti, sulla base dei piani di coppia, hanno valutato la presenza dei cinque sensi di colpa interpersonale con il PIGRS. (4) Altri due valutatori, senza sapere a quale categoria appartenessero i segmenti, hanno utilizzato i piani di coppia per valutare la presenza dei sistemi motivazionali interpersonali con l'IMSRS.

### **3.2.5 Analisi Statistiche**

Sono state condotte analisi statistiche descrittive (media e deviazione standard) per tutte le variabili incluse nello studio. Per confrontare l'intensità e il superamento dei test nelle interazioni conflittuali vs non conflittuali e l'intensità del senso di colpa e dei sistemi motivazionali interpersonali presenti in queste due categorie di interazioni, sono state applicate le equazioni di stima generalizzate (GEE; Ziegler & Vens, 2010). Le equazioni di stima generalizzate (GEE) sono un'estensione dei modelli lineari generalizzati (GLM) e consentono di regolare le correlazioni tra le osservazioni. Uno dei principali punti di forza di tale metodo statistico è che non richiedono la corretta specificazione della distribuzione multivariata, ma solo della struttura della media. L'uso delle GEE ha permesso inoltre di controllare la varianza

specifica della coppia (within subject) nelle interazioni conflittuali e non conflittuali nella stessa terapia di coppia. La variabile indipendente utilizzata è stata la conflittualità vs non conflittualità delle interazioni, mentre la variabile dipendente è la presenza dell'attività di testing/conferma delle credenze patogene da parte dei partner. Tutte le analisi sono state eseguite con SPSS.26.

### 3.3 Risultati

Le tabelle 1, 2 e 3 presentano le statistiche descrittive di tutte le variabili incluse nello studio. Le medie e le deviazioni standard del livello di conflittualità dei segmenti conflittuali e non conflittuali sono, rispettivamente,  $M = 1,52$ ,  $DS = 1,02$  e  $M = .99$ ,  $DS = .85$ .

Tabella 1. Test e conferma delle credenze patogene – media e deviazione standard (N = 92 segmenti)

	M conflittuali	M non-conflittuali
Test credenze patogene (SHE*)	3.21 (ds. .69)	1.49 (ds. .95)
Conferma credenze patogene (SHE)	3.35 (ds. .56)	1.18 (ds. 1.05)
Test credenze patogene (HE**)	3.26 (ds. .52)	1.49 (ds. 1)
Conferma credenze patogene (HE)	3.23 (ds. .60)	1.24 (ds. 1.11)

\*SHE= partner femminile; \*\*He=partner maschile

Tabella 2. Sensi di colpa interpersonali— media e deviazione standard (N = 92 segmenti)

	M conflittuali	M non-conflittuali
Sopravvissuto (SHE)	.460 (ds. .56)	.195 (ds. .51)
Separazione/slealtà (SHE)	.343 (ds. .78)	.126 (ds. .45)
Responsabilità Onnipotente (SHE)	.764 (ds. .82)	.695 (ds. .94)
Odio di sè (SHE)	1.52 (ds. .91)	.729 (ds. .78)
Burdening (SHE)	1.56 (ds. .16)	.672 (ds. .84)
Sopravvissuto (HE)	.843 (ds. .86)	.655 (ds. .82)
Separazione/slealtà (HE)	.352 (ds. .85)	.160 (ds. .49)
Responsabilità Onnipotente (HE)	1.37 (ds. 1.25)	.879 (ds. .98)
Odio di sè (HE)	1.17 (ds. 1.16)	.695 (ds. .84)
Burdening (HE)	.274 (sd. .51)	.339 (sd. .50)

Tabella 3 Sistemi motivazionali interpersonali – media e deviazione standard

	M conflittuali	M non-conflittuali
Bisogno (attaccamento) (SHE)	2.529 (ds. 1.11)	1.094 (ds. 1.05)
Accudimento (SHE)	.426 (ds. .55)	.844 (ds. 1.17)
Rango (SHE)	2.779 (ds. .77)	.844 (ds. .78)
Sessuale (SHE)	.294 (ds. .72)	.344 (ds. .85)

Cooperativo (SHE)	.676 (ds. .55)	1.310 (ds. .78)
Gioco (SHE)	.073 (ds. .18)	.474 (ds. .85)
Sociale (SHE)	.176 (ds. .37)	.689 (ds. .83)
Bisogno (attaccamento) (HE)	1.632 (ds. 1.14)	1.077 (ds. 1.22)
Accudimento (HE)	.794 (ds. .98)	.870 (ds. 1.11)
Rango (HE)	2.779 (ds. .88)	.896 (ds. 1.01)
Sessuale (HE)	.191 (ds. .66)	.344 (ds. .75)
Cooperativo (HE)	.750 (ds. .54)	1.387 (ds. .87)
Gioco (HE)	.161 (ds. .34)	.603 (ds. 1)
Sociale (HE)	.289 (ds. .58)	0.728 (ds. .91)

---

Per quanto riguarda l'identificazione dei segmenti conflittuali rispetto a quelli non conflittuali valutato da due giudici indipendenti, abbiamo ottenuto un ICC medio pari a .72.

Abbiamo anche ottenuto buoni livelli di affidabilità inter-rater per le valutazioni dei test di coppia; l'ICC globale del PSCT valutato da tre giudici indipendenti su 92 segmenti di interazione tra i partner è stato di .80 per l'intensità dell'attività di test dei partner e di .85 per la conferma delle credenze patogene dei partner.

Anche i livelli di affidabilità inter-rater per le valutazioni del senso di colpa interpersonale si sono rivelati adeguati; l'ICC del PIGRS, valutato da tre giudici indipendenti su 92 segmenti di interazione tra i partner, è pari a .67, con un range compreso tra .26 e .86. In particolare, il senso di colpa del sopravvissuto valutato

nelle partner e il senso di colpa da burdening nei partner hanno mostrato punteggi di affidabilità inter-rater inferiori a .70; pertanto, non sono stati inclusi nell'analisi dei dati.

Infine, rispetto alla valutazione dei sistemi motivazionali interpersonali da parte dei tre giudici indipendenti su 92 segmenti di interazione tra i partner, abbiamo riscontrato livelli adeguati di affidabilità inter-rater; l'ICC globale degli IMRS è pari a .66, con un range compreso tra .43 e .83. In particolare, il sistema cooperativo e il sistema sociale hanno mostrato per entrambi i partner un ICC inferiore a .70; pertanto, non sono stati considerati nell'analisi dei dati. Questo dato è in linea con gli studi di validazione dell'AIMIT condotti da Liotti e colleghi (2017), i quali hanno riscontrato che il sistema collaborativo-paritetico tende a sovrapporsi in parte al sistema di gioco e affiliazione. Ciò dimostra che questi tre sistemi, i cui indicatori sono per alcuni versi comuni, sono molto connessi tra loro.

Per indagare la prima ipotesi, abbiamo eseguito delle GEE per confrontare la presenza e l'intensità dell'attività di test e del fallimento dei test nelle interazioni conflittuali rispetto a quelle non conflittuali. I risultati mostrano una maggiore presenza di attività di test e di conferma di credenze patogene nei segmenti classificati come conflittuali per entrambi i partner (Tabella 4). Non abbiamo riscontrato differenze nell'intensità dei test o nei fallimenti nel superamento dei test tra segmenti conflittuali e non conflittuali. In linea con la nostra prima ipotesi, la differenza tra le interazioni conflittuali e quelle non conflittuali risiedeva nella presenza di attività di testing delle credenze patogene in un partner e nel fallimento dell'altro partner nel superare tali test.



Tabella 4 Test e conferma delle credenze patogene (CP) – equazioni di stima generalizzate (N = 92 segmenti)

	Chi Quadro di Wald	gl	p.
MediaTest_SHE	.330	1	.565
MediaConfermaCP_HE	.304	1	.582
<sup>1</sup> MediaTest_SHE *			
MediaConfermaCP_HE	9.492	1	<b>.002</b>
MediaTest_HE	.648	1	.421
MediaConfermaCP_SHE	.127	1	.772
<sup>2</sup> MediaTest_HE *			
MediaConfermaCP_SHE	4.801	1	<b>.028</b>

Per valutare la seconda ipotesi, abbiamo eseguito delle GEE per confrontare l'intensità del senso di colpa interpersonale nelle interazioni conflittuali rispetto a quelle non conflittuali. La tabella 5 mostra una maggiore presenza di sensi di colpa interpersonali nelle interazioni conflittuali rispetto a quelle non conflittuali, ad eccezione dei sensi di colpa da responsabilità onnipotente per le partner. In altre parole, nei segmenti conflittuali, siamo stati in grado di trovare livelli più elevati di senso colpa da separazione/slealtà, odio di sé e senso di colpa da burdening nelle partner e livelli più elevati di senso di colpa del sopravvissuto, separazione/slealtà, responsabilità onnipotente e odio di sé nei partner. Parzialmente in linea con la

<sup>1</sup> Tale voce in tabella indica il circolo vizioso relazionale, in cui la partner testa la credenza patogena e il partner fallisce il test confermandole la credenza patogena.

<sup>2</sup> Circolo vizioso in cui il partner testa la credenza patogena e la partner fallisce il test confermandogli la credenza patogena.

nostra seconda ipotesi, la differenza tra i segmenti conflittuali e non conflittuali è stata riscontrata nella presenza dell'attivazione del senso di colpa interpersonale in entrambi i partner.

Tabella 5. Sensi di colpa interpersonali – equazioni di stima generalizzata (N = 92 segmenti)

	Chi Quadro di Wald	<i>gl</i>	p.
Separazione/slealtà (SHE)	21.448	1	<b>&lt;.001</b>
Responsabilità Onnipotente (SHE)	.160	1	.689
Odio di sè (SHE)	22.216	1	<b>&lt;.001</b>
Burdening (SHE)	40.861	1	<b>&lt;.001</b>
Sopravvissuto (HE)	5.650	1	<b>.017</b>
Separazione/slealtà (HE)	12.310	1	<b>&lt;.001</b>
Responsabilità Onnipotente (HE)	41.664	1	<b>&lt;.001</b>
Odio di sè (HE)	29.670	1	<b>&lt;.001</b>

Per indagare la terza ipotesi, secondo cui i sistemi di ricerca di care seeking (attaccamento) e rango erano più attivati nei segmenti classificati come conflittuali rispetto ai non conflittuali, abbiamo eseguito delle GEE per confrontare la presenza e l'intensità degli IMS nelle interazioni conflittuali vs non conflittuali. I risultati hanno parzialmente confermato la nostra ipotesi: infatti, possiamo osservare che il

sistema di rango si attiva maggiormente negli scambi conflittuali sia nelle partner ( $M_{\text{conflictual}}= 2,779$  vs  $M_{\text{non-conflictual}}= .845$ , Wald  $\chi^2 = 51,290$ ,  $p < .001$ ) che nei partner ( $M_{\text{conflictual}}= 2,779$  vs  $M_{\text{non-conflictual}}= .897$ , Wald  $\chi^2 = 24,942$ ,  $p < .001$ ), mentre il sistema di care seeking era più attivato solo nelle partner ( $M_{\text{conflictual}}= 2,529$  vs  $M_{\text{non-conflictual}}=1,095$ , Wald  $\chi^2 = 24,417$ ,  $p < .001$ ).

### **3.4 Discussione**

Data l'assenza di studi empirici che indagano il costrutto dei circoli viziosi relazionali da una prospettiva di CMT, lo scopo di questo studio è stato quello di valutare empiricamente l'ipotesi che la conflittualità cronica di coppia potesse essere intesa come la ripetizione di circoli viziosi relazionali. I risultati supportano le nostre ipotesi (Rodomonti et al., 2020; Zeitlin, 1991) secondo cui le interazioni conflittuali possono essere considerate come tentativi da parte di entrambi i partner di disconfermare le loro credenze patogene e creare un senso di sicurezza all'interno della relazione; tuttavia, i ripetuti fallimenti dei test da parte di ciascun partner causano escalation negative che possono portare a impasse e sofferenza all'interno della coppia, riducendo i livelli di benessere e soddisfazione diadica. Il compito fondamentale del terapeuta diventa quindi quello di disconfermare le loro credenze patogene superando i test (Fimiani et al., 2022). Nelle sedute di terapia di coppia, ciò implica l'identificazione e l'interruzione dei circoli relazionali disfunzionali al fine di aiutare i partner a migliorare la loro capacità di superare reciprocamente i test, e di creare quel livello di sicurezza relazionale che promuove la soddisfazione e il benessere. In questo modo è come se la coppia diventasse un campo terapeutico in cui i partner possono sperimentare sicurezza attraverso la capacità di ciascuno di

disconfermare le credenze patogene dell'altro, anche al di fuori del setting terapeutico.

Sebbene diverse metanalisi (per una disamina più approfondita si veda Roddy et al., 2020) abbiano dimostrato l'efficacia della terapia di coppia nel ridurre la conflittualità di coppia, il contributo specifico della CMT è l'idea che essere in grado di valutare e identificare, attraverso una buona formulazione del piano di coppia, i circoli viziosi relazionali, può essere utile al terapeuta per aiutare i partner a prendere coscienza delle loro credenze patogene e del modo in cui cercano di disconfermarle nella relazione. Chiarire tali dinamiche può consentire al terapeuta di disinnescare le emozioni negative, come la rabbia, il risentimento e la recriminazione, e promuovere una visione alternativa della realtà, nonché di aiutare la coppia a sperimentare nuove modalità relazionali più funzionali. È stato infatti osservato che se il terapeuta, qualunque sia il suo approccio teorico, sostiene il piano della coppia, i singoli partner e la coppia migliorano e la terapia progredisce (Rodomonti et al., 2022).

L'aspetto interessante che differenzia il modo di lavorare CMT con le coppie rispetto ad altri approcci è che la CMT non considera di per sé il conflitto come qualcosa di disfunzionale da eliminare, interrompere o evitare. Anche comportamenti conflittuali, distruttivi, e apparentemente esagerati dei partner sono letti comunque alla luce del tentativo sano e adattivo da parte dei membri della coppia di vedere disconfermate, all'interno della loro relazione romantica, le proprie credenze patogene. Così come rispetto all'attività di testing del paziente nella seduta individuale, l'idea di base è che le coppie cercano una terapia per stare meglio, perché hanno già provato – evidentemente in modo fallimentare - a mettere

alla prova le proprie credenze patogene all'interno del loro rapporto. Ritrovandosi quindi all'interno di impasse relazionali, che sono costringenti e fonte di sofferenza, la terapia (qualora l'obiettivo sano non sia quello di separarsi) è un'occasione che la coppia si dà per cercare di essere più felice. Così come per le terapie individuali, quindi, la CMT evidenzia come, anche nella terapia di coppia, ascoltare e fidarsi dei pazienti è un compito fondamentale del terapeuta.

Il secondo obiettivo dello studio è stato quello di valutare empiricamente la maggiore presenza dei sensi di colpa interpersonali nei segmenti classificati come conflittuali. I risultati rivelano che effettivamente, i sensi di colpa interpersonali sono maggiormente attivi durante le interazioni conflittuali rispetto a quelle non conflittuali. Questo dato è in linea con l'ipotesi CMT secondo cui il senso di colpa deriva e sostiene molte credenze patogene (Bush, 2005; Gazzillo et al., 2019) che causano circoli relazionali viziosi e conflitti all'interno delle relazioni. Questo perché le persone, nel tentativo di disconfermare e affrancarsi dalle proprie credenze patogene, sentendo di contravvenire ai dettami e mandati genitoriali, sperimentano un intenso vissuto di colpa che le porta a mettere in atto comportamenti autosabotanti e di autopunizione. Questo, insieme alla mancata disconferma delle credenze patogene, diviene una delle fonti di sofferenza che alimentano la conflittualità tra partner. Inoltre, sebbene avessimo ipotizzato una maggiore attivazione dell'odio di sé durante le interazioni conflittuali, i dati in parte lo hanno contraddetto. Infatti, sembra che tutti i sensi di colpa, ad eccezione della responsabilità onnipotente nelle partner, concorrano all'attivazione del test e del fallimento del test, sostenendo i circoli viziosi relazionali.

Infine, per quanto riguarda il terzo obiettivo, i dati confermano la nostra ipotesi che il sistema di rango sia coinvolto nel sostenere gli scambi conflittuali; tuttavia, il sistema di care seeking si attiverebbe solo nelle partner. Rispetto al sistema di rango, è verosimile ipotizzare che, all'interno di un'interazione conflittuale, configurazioni di dominanza e sottomissione, sentimenti di rabbia e frustrazione, si attivino e concorrano a perpetuare la conflittualità. Tuttavia, il fatto che il sistema di ricerca di cura si attivi soltanto nelle partner è un dato interessante poiché, anche se non del tutto in linea con le ipotesi, rafforza un modello piuttosto presente in letteratura, quello del demand/withdraw (Crenshaw et al., 2021), secondo cui, durante il conflitto, c'è un partner che si lamenta e fa richieste e un altro che si ritira per evitare il conflitto. Per spiegare la variabilità di questo modello, in letteratura sono state presentate teorie sulle differenze individuali (cfr. Holley et al., 2010) che affermano che, a causa della loro reattività fisiologica, le donne tendono tipicamente ad avere un ruolo più esigente e gli uomini più ritirato. I nostri dati infatti mostrano che il sistema di care seeking e l'attivazione del bisogno di vicinanza erano predominanti solo nelle partner.

### **3.5 Limiti e prospettive future**

Uno dei limiti principali della ricerca è sicuramente la numerosità del campione non particolarmente ampia (11 coppie). Inoltre, i conflitti di coppia che abbiamo potuto indagare erano limitati a quelli che si sono verificati o che sono stati raccontati durante la terapia di coppia. Ancora, i bassi punteggi di affidabilità inter-rater per il senso di colpa del sopravvissuto per le partner e il senso di colpa da burdening per i partner e per il sistema collaborativo e sociale ci hanno impedito di valutare il loro contributo rispetto al mantenimento dei circoli viziosi relazionali.

Tuttavia, poiché i dati confermano che i circoli viziosi, che causano conflittualità cronica all'interno delle relazioni intime, rappresentano il fallimento sistematico dei partner nel superare i loro test reciproci, possiamo ipotizzare che, nel lavoro clinico, se il terapeuta segue il piano della coppia, identifica le credenze patogene e supera e aiuta i partner a superare i loro test reciproci, questo può contribuire al miglioramento della coppia in terapia; cosa ancora più importante, può aiutare i partner a imparare a superare i test reciproci anche nella vita quotidiana, rafforzando quei circoli virtuosi che promuovono il benessere e la soddisfazione della coppia.

Ricerche future potrebbero prendere in considerazione di replicare lo studio utilizzando un campione più ampio. Inoltre, sarebbe interessante estendere le variabili da indagare e misurare, ad esempio, la capacità del terapeuta di superare i test di coppia in seduta e osservare se questi interventi pro-plan contribuiscono a superare i test, disconfermare le credenze patogene di coppia, fare sentire i partner al sicuro e quindi contribuire a interrompere i circoli viziosi relazionali.

I risultati ottenuti dal presente studio rappresentano sicuramente non un punto di arrivo, ma di partenza rispetto a ricerche future che potrebbero esplorare in maniera più sistematica e approfondita le complesse dinamiche di coppia che intervengono nella genesi e nel mantenimento dei circoli viziosi relazionali. Inoltre, ulteriori studi, attualmente in fase di progettazione, hanno come obiettivo quello di valutare la capacità intrinseca della coppia di instaurare circoli virtuosi relazionali; l'idea alla base è che le coppie possiedano la capacità di disconfermarsi a vicenda le proprie credenze patogene, rafforzando il legame e la soddisfazione di coppia.

## ***Conclusioni***

Le analisi statistiche condotte su 92 segmenti hanno mostrato dei buoni punteggi inter-rater per quanto riguarda tutte le valutazioni, ad eccezione del senso di colpa del sopravvissuto nelle partner del senso di colpa da burdening nei partner. Inoltre, i dati suggeriscono che nelle interazioni classificate come conflittuali vi è una maggiore presenza di attività di testing e conferma delle credenze patogene (quindi di circoli viziosi relazionali), confermando l'ipotesi centrale dello studio. Anche rispetto ai sensi di colpa, è stato osservato come nelle interazioni conflittuali vi sia una maggiore attivazione dei sensi di colpa interpersonali, ad eccezione del senso di colpa da responsabilità onnipotente nelle partner, confermando parzialmente la seconda ipotesi (non si è osservata infatti un'attivazione maggiore del senso di colpa da odio di sé, ma globalmente di tutti i sensi di colpa). Infine, parzialmente in linea con la terza ipotesi, i sistemi motivazionali maggiormente attivati durante le interazioni conflittuali, sono quelli relativi all'attaccamento nelle partner e al rango in entrambi i partner.

Seppure la ricerca è stata condotta su un campione relativamente ristretto, non permettendo pertanto la generalizzazione dei risultati, le implicazioni cliniche dell'individuare i circoli viziosi relazionali durante i colloqui con le coppie sono molteplici: innanzitutto, con l'ausilio di una buona formulazione del piano di coppia, il terapeuta può contribuire alla creazione di un clima di sicurezza relazionale, in cui è possibile aiutare i partner a consapevolizzare le credenze patogene singole e condivise che sottendono i circoli viziosi, al fine di aiutarli a comprenderli e interromperli e poter quindi raggiungere quegli obiettivi sani e realistici che prima erano ostacolati dalle credenze patogene. Questo consente



anche la gestione e minimizzazione dei sensi di colpa interpersonali e delle relative emozioni negative di rabbia, frustrazione e tristezza. Le ricadute cliniche di questi risultati, inoltre, suggeriscono che accrescere la capacità dei partner di riconoscere e superare i reciproci test e permettere a ciascun membro della coppia di assumere un atteggiamento che metta al sicuro l'altro, sono elementi di un buon esito del trattamento. Questi elementi favoriscono presumibilmente anche una maggiore possibilità di mantenere i risultati terapeutici stabili nel tempo. Sono delle dinamiche virtuose, infatti, che alimentano la creazione di maggiore intimità, amicizia e solidarietà nella coppia, fattori individuati come centrali per il buon esito dei trattamenti di coppia e la sua stabilità nel tempo (Gottman e Gottman 2015).

L'aspetto più importante e, da un certo punto di vista, peculiare della terapia di coppia, è l'idea che la relazione tra i partner possa diventare di per sé un campo terapeutico in cui disconfermare le credenze patogene: compito del terapeuta, infatti, è quello di aiutare i partner ad acquisire strumenti da utilizzare al di fuori della terapia, durante le interazioni quotidiane. In altri termini, il terapeuta deve far leva sulle risorse della coppia e favorire quei circoli virtuosi relazionali che alimentano la sicurezza nella relazione, permettono ai partner di vedere disconfermate le proprie credenze patogene e quindi di ricreare un clima di supporto reciproco.

## ***Bibliografia***

- Ackerman, N. W. (1970). Family psychotherapy today. *Family Process*, 9, 123–126. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1970.00123.x>
- Almeida, D. M., Wethington, E., & Chandler, A. L. (1999). Daily transmission of tensions between marital dyads and parent-child dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 61(1), 49-61. <https://doi.org/10.2307/353882>
- Andolfi, M., Angelo, C., & D'atena, P. (2000). *La terapia narrata dalla famiglia*. Raffaello Cortina, Milano.
- Attili, G. (2007). Attaccamento e costruzione evoluzionistica della mente: normalità, patologia, psicoterapia. In *Attaccamento e Costruzione Evoluzionistica della Mente* (pp. 1-427). Raffaello Cortina.
- Backer-Fulghum, L. M., & Sanford, K. (2015). The validity of retrospectively reported conflict interactions in couples. *Journal of Family Psychology*, 29(2), 253–262. <https://doi.org/10.1037/fam0000057>
- Baucom, D., Epstein, N., Kirby, J. and LaTaillade, J. (2015). Cognitive-behavioural couple therapy. In A. Gurman, J., Lebow and D. Snyder (eds), *Clinical handbook of couple therapy (5th ed.)*, (pp. 23–60). Guilford.
- Bayazit M., Mannix A. M. (2003). Should I stay or should I go? Predicting team members' intent to remain in the team. *Small Group Research*, 34, 290–321. <https://doi.org/10.1177/104649640303400300>
- Bednar, R. L., Burlingame, G. M., & Masters, K. S. (1988). Systems of family treatment: Substance or semantics?. *Annual Review of Psychology*, 39, 401-434. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.39.020188.002153>

- Beebe, B., & Stern, D. N. (1977). Engagement-disengagement and early object experiences. In *Communicative structures and psychic structures: A psychoanalytic interpretation of communication* (pp. 35-55). Springer US.
- Belsey, P. (1990). Couples therapy: Integrating the psychoanalytic and systems viewpoints. *Clinical social work journal*, *18*(2), 167-174.
- Benson, M. J., Buehler, C., & Gerard, J. M. (2008). Interparental hostility and early adolescent problem behavior: Spillover via maternal acceptance, harshness, inconsistency, and intrusiveness. *The Journal of Early Adolescence*, *28*(3), 428-454. <https://doi.org/10.1177/0272431608316602>
- Berkowitz, D. A. (1985). Selfobject needs and marital disharmony. *Psychoanalytic review*, *72*(2), 229-237.
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00758.x>
- Bisceglia, R., Cheung, C., Swinkin, E., & Jenkins, J. (2010). Family structure and children's mental health in Western countries. In M. E. Garralda & J.-P. Raynaud (Eds.), *Increasing awareness of child and adolescent mental health* (pp. 27–48). Jason Aronson.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *16*(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13–37). John Wiley & Sons.

- Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita, Vol. I: l'attaccamento alla madre*. Trad. it. Bollati Boringhieri, 1999.
- Bowlby, J. (1973). *Attaccamento e perdita, Vol. II: separazione dalla madre*. Trad. it. Bollati Boringhieri, 2000.
- Bowlby, J. (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. Cambridge University Press.
- Bowlby, J. (1980). *Attaccamento e perdita, Vol. III: perdita della madre*. Trad. it. Bollati Boringhieri, 2000.
- Bowlby, J. (1984). Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving systems. *The American Journal of Psychoanalysis*, 44(1), 9–27. <https://doi.org/10.1007/BF01255416>
- Bowlby, J. (1988). Dalla teoria dell'attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo. *Rivista di Psichiatria*, 2.
- Bradbury, T. N., Campbell, S. M., & Fincham, F. D. (1995). Longitudinal and behavioral analysis of masculinity and femininity in marriage. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(2), 328–341. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.2.328>
- Bradbury, T. N., Rogge, R., & Lawrence, E. (2001). Reconsidering the role of conflict in marriage. In A. Booth, A. C. Crouter, & M. Clements (Eds.), *Couples in conflict* (pp. 59–81). Erlbaum.
- Bray, J. H., & Jouriles, E. N. (1995). Treatment of marital conflict and prevention of divorce. *Journal of marital and family therapy*, 21(4), 461-473. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1995.tb00175.x>

- Broderick, C. B., & Schrader, S. S. (1981). The History of Professional Marriage and Family Therapy. In A. S. Gurman, & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of Family Therapy* (pp. 3-35). Brunner/Mazel.
- Broderick, C. B., & Schrader, S. S. (1991). The history of professional marriage and family therapy (pp. 3–40). In A.S. Gurman & D.P. Kniskern (eds.), *Handbook of family therapy* (Vol. 2). Brunner/Mazel.
- Bucci, W. (1997). *Psicoanalisi e scienza cognitiva. Una teoria del codice multiplo*. Trad. it. Giovanni Fioriti Editore, 2016.
- Buehlman, K. T., Gottman, J. M., & Katz, L. F. (1992). How a couple views their past predicts their future: Predicting divorce from an oral history interview. *Journal of Family Psychology*, 5(3-4), 295–318. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.5.3-4.295>
- Burch, B., & Jenkins, C. (1999). The interactive potential between individual therapy and couple therapy: An intersubjective paradigm. *Contemporary Psychoanalysis*, 35(2), 229-252.
- Bush, M. (2005). The role of unconscious guilt in psychopathology and in psychotherapy. In G. Silberschatz (Eds.), *Transformative relationships: The control mastery theory of psychotherapy* (pp. 43–66). Routledge.
- Byrne, M., Carr, A., & Clark, M. (2004). The efficacy of behavioral couples therapy and emotionally focused therapy for couple distress. *Contemporary family therapy*, 26, 361-387. <https://doi.org/10.1007/s10591-004-0642-9>
- Canary, D. J., Cunningham, E. M., & Cody, M. J. (1988). Goal types, gender, and locus of control in managing interpersonal conflict. *Communication Research*, 15(4), 426–446. <https://doi.org/10.1177/009365088015004005>

- Carr, A. (2019). Couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems: The current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41(4), 492-536. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12225>
- Castellano, R., Velotti, P., & Zavattini, G. C. (2010). *Cosa ci fa restare insieme? L'attaccamento e gli esiti nella relazione di coppia*. Il Mulino.
- Christensen, A. (1987). Detection of conflict patterns in couples. In K. Hahlweg & M. J. Goldstein (Eds.), *Understanding major mental disorders: The contribution of family interaction research* (pp. 250-265). Family Process.
- Christensen, A. (1988). Dysfunctional interaction patterns in couples. In P. Noller & M. A. Fitzpatrick (Eds.), *Perspectives on marital interaction* (pp. 31-52). Multilingual Matters.
- Christensen, A., & Heavey, C. L. (1999). Interventions for couples. *Annual review of psychology*, 50(1), 165-190.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D. H., & Simpson, L. E. (2004). Traditional Versus Integrative Behavioral Couple Therapy for Significantly and Chronically Distressed Married Couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 176-191. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.2.176>
- Chung, G. H., Flook, L., & Fuligni, A. J. (2009). Daily family conflict and emotional distress among adolescents from Latin American, Asian, and European backgrounds. *Developmental Psychology*, 45(5), 1406-1415. <https://doi.org/10.1037/a0014163>

- Cigoli, V., Gennari, M., Gozzoli, C., & Margola, D. (2005), L'incontro clinico con la coppia. Tra studio di risultanze e analisi del percorso di cura. *Interazioni*, 2005/1.
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.0022-2445.2004.00041.x>
- Clulow, C. (2011). Couple psychoanalysis and couple therapy: Context and challenge. *Couple and Family Psychoanalysis*, 1, 1–19.
- Cohen, O., & Levite, Z. (2012). High-conflict divorced couples: combining systemic and psychodynamic perspectives. *Journal of Family Therapy*, 34(4), 387-402. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00539.x>
- Cooper, L., Gustafson, J. P., & Dawson, C. (1986). Conflict in Group Therapy: The Management of Individual Differences. *Small group behavior*, 17(2), 217-227. <https://doi.org/10.1177/104649648601700206>
- Crane, C. A., Testa, M., Schlauch, R. C., & Leonard, K. E. (2016). The couple that smokes together: Dyadic marijuana use and relationship functioning during conflict. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(6), 686–693. <https://doi.org/10.1037/adb0000198>
- Crenshaw, A. O., Christensen, A., Baucom, D. H., Epstein, N. B., & Baucom, B. R. W. (2017). Revised scoring and improved reliability for the Communication Patterns Questionnaire. *Psychological Assessment*, 29(7), 913–925. <https://doi.org/10.1037/pas0000385>

- Crenshaw, A. O., Leo, K., Christensen, A., Hogan, J. N., Baucom, K. J. W., & Baucom, B. R. W. (2021). Relative importance of conflict topics for within-couple tests: The case of demand/withdraw interaction. *Journal of Family Psychology, 35*(3), 377–387. <https://doi.org/10.1037/fam0000782>
- Crohan, S. E. (1996). Marital quality and conflict across the transition to parenthood in African American and White couples. *Journal of Marriage and the Family, 58*(4) 933-944. <https://doi.org/10.2307/353981>
- Crowell, J., & Owens, G. (1996). Manual for the current relationship interview and scoring system. *Unpublished manuscript*.
- Crowell, J., & Waters, E. (2005). Attachment Representations, Secure-Base Behavior, and the Evolution of Adult Relationships: The Stony Brook Adult Relationship Project. In K. E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (pp. 223–244). Guilford Publications.
- Cummings, E. M., George, M. R., McCoy, K. P., & Davies, P. T. (2012). Interparental conflict in kindergarten and adolescent adjustment: Prospective investigation of emotional security as an explanatory mechanism. *Child Development, 83*(5), 1703–1715. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01807.x>
- Curtis, J. T., & Silberschatz, G. (2022). The plan formulation method. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (3 ed.) (pp. 88–112). Guilford Press.



- Curtis, J. T., Silberschatz, G., Sampson, H., & Weiss, J. (1994). The Plan Formulation Method. *Psychotherapy Research*, 4(3-4), 197–207. <https://doi.org/10.1080/10503309412331334032>
- Cutrona, C. (1996). *Social support in couples: Marriage as a resource in times of stress*. Sage.
- Damasio A.R. (1994). *L'errore di Cartesio*. Trad. it. Adelphi, 1995.
- Davis, S. D., & Piercy, F. P. (2007a). 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. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00030.x>
- Davis, S. D., & Piercy, F. P. (2007b). What clients of couple therapy model developers and their former students say about change, part II: Model-independent common factors and an integrative framework. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), 344-363. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00031.x>
- Davis, S. D., Lebow, J. L., & Sprenkle, D. H. (2012). Common factors of change in couple therapy. *Behavior Therapy*, 43(1), 36–48. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.01.009>
- Davoodvandi, M., Nejad, S. N., & Farzad, V. (2018). Examining the effectiveness of gottman couple therapy on improving marital adjustment and couples' intimacy. *Iranian journal of psychiatry*, 13(2), 135-141.
- Delatorre, M. Z., & Wagner, A. (2019). How do couples disagree? An analysis of conflict resolution profiles and the quality of romantic relationships. *Revista*

- Colombiana de Psicología*, 28(2), 91–108. <https://doi.org/10.15446/rcp.v28n2.72265>
- Diamond, N., & Marrone, M. (2003). *Attachment and intersubjectivity*. Whurr Publishers.
- Dicks, H. V. (1963). Object relations theory and marital studies. *British Journal of Medical Psychology*, 36(2), 125–129. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1963.tb01274.x>
- Dicks, H. V. (1967). *Tensioni coniugali*. Trad. it. Borla, 2005.
- Driver, J. L., & Gottman, J. M. (2004). Daily marital interactions and positive affect during marital conflict among newlywed couples. *Family process*, 43(3), 301–314. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2004.00024.x>
- Eagle, M. N. (2013). *Attaccamento e psicoanalisi*. Trad. It. Raffaello Cortina Editore.
- Edelman G.M. (1989). *Il presente ricordato: una teoria biologica della coscienza*. Trad. it. Rizzoli, 1991.
- Ellison, J. K., Kouros, C. D., Papp, L. M., & Cummings, E. M. (2016). Interplay between marital attributions and conflict behavior in predicting depressive symptoms. *Journal of Family Psychology*, 30(2), 286–295. <https://doi.org/10.1037/fam0000181>
- Epstein, N. B., & Zheng, L. (2017). Cognitive-behavioral couple therapy. *Current opinion in psychology*, 13, 142–147. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2016.09.004>

- Erel, O., & Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 118(1), 108–132. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.118.1.108>
- Faccini, F., Gazzillo, F., Gorman, B. S., De Luca, E., & Dazzi, N. (2020). Guilt, shame, empathy, self-esteem, and traumas: New data for the validation of the interpersonal guilt rating scale–15 self-report (IGRS-15s). *Psychodynamic Psychiatry*, 48(1), 79–100. <https://doi.org/10.1521/pdps.2020.48.1.79>
- Fassone, G., Lo Reto, F., Foggetti, P., Santomassimo, C., D'Onofrio, M. R., Ivaldi, A., Liotti, G., Trincia, V. & Picardi, A. (2016). A content validity study of AIMIT (Assessing Interpersonal Motivation in Transcripts). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(4), 319-328. <https://doi.org/10.1002/cpp.1960>
- Feeney, B. C. (2004). A Secure Base: Responsive Support of Goal Strivings and Exploration in Adult Intimate Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(5), 631–648.
- Feeney, J. A., & Karantzas, G. C. (2017). Couple conflict: Insights from an attachment perspective. *Current opinion in psychology*, 13, 60-64. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.017>
- Feeney, J., & Fitzgerald, J. (2019). Attachment, conflict and relationship quality: Laboratory-based and clinical insights. *Current opinion in psychology*, 25, 127-131. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.04.002>
- Fimiani, R., Gazzillo, F., Fiorenza, E., Rodomonti, M., & Silberschatz, G. (2020). Traumas and their consequences according to control-mastery theory. *Psychodynamic Psychiatry*, 48(2), 113–139. <https://doi.org/10.1521/pdps.2020.48.2.113>

- Fimiani, R., Gazzillo, F., Gorman, B., Leonardi, J., Biuso, G.S., Rodomonti, M., Mannocchi C., & Genova F. (2022) The therapeutic effects of the therapists' ability to pass their patients' tests in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 33(6), 1–14. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2157227>
- Fiorenza, E., Crisafulli, V., Carpentieri, R., De Luca, E., Di Filippo, C., La Stella, M., Leonardi, J., Mannocchi, C., Rodomonti, M., Rosi, L., Santodoro, M. & Gazzillo, F. (2023). Vicious Relational Circles and Chronic Couple Conflictuality: An Empirical Study. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s10879-023-09607-5>
- Fiorenza, E., Santodoro, M., Dazzi, N., & Gazzillo, F. (2023). Safety in control-mastery theory. *International Forum of Psychoanalysis*, 32(2), 1–12. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2023.2168056>
- Fischer, M. S., Baucom, D. H., & Cohen, M. J. (2016). Cognitive-behavioral couple therapies: Review of the evidence for the treatment of relationship distress, psychopathology, and chronic health conditions. *Family Process*, 55(3), 423-442. <https://doi.org/10.1111/famp.12227>
- Fisher, J., & Crandell, L. (2001). *Adult attachment and couple psychotherapy: the secure base in practice and research*. Brunner-Routledge.
- Fisher, R. (2002). *Experiential psychotherapy with couples: A guide for the creative pragmatist*. Zeig Tucker & Theisen Publishers.
- Forsyth D. R. (2009). *Group dynamics* (5th ed.). Brooks/Cole.
- Fraenkel, P., Markman, H., & Stanely, S. (1997). The prevention approach to relationship problems. *Sexual and Marital Therapy*, 12, 249–258.

- Framo, J. L. (1970). Symptoms from a family transactional viewpoint. *International Psychiatry Clinics*, 7(4), 125–171.
- Framo, J. L. (1976). Family of origin as a therapeutic resource for adults in marital and family therapy: You can and should go home again. *Family Process*, 15(2), 193–210.
- Framo, J. L. (1981). The integration of marital therapy with sessions with family of origin. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern (eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 133–158). Brunner/Mazel.
- Framo, J. L. (1989). How AFTA got started. *American Family Therapy Association Newsletter*, 37, 10–15.
- Framo, J. L. (1992). *Terapia intergenerazionale*. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, 1996.
- Freud, S. (1926). *Inibizione, sintomo e angoscia e altri scritti (1924-1929)*. In *OSF*, vol. 10, Bollati Boringhieri, 1978.
- Freud, S. (1940). *Compendio di psicoanalisi*. Trad. it. Bollati Boringhieri, 1980.
- Frost, D. M. (2012). The narrative construction of intimacy and affect in relationship stories: Implications for relationship quality, stability, and mental health. *Journal of Social and Personal Relationships*, 30(3), 247–269. <https://doi.org/10.1177/026540751245446>
- Garanzini, S., Yee, A., Gottman, J., Gottman, J., Cole, C., Preciado, M., & Jasculca, C. (2017). Results of Gottman method couples therapy with gay and lesbian couples. *Journal of marital and family therapy*, 43(4), 674-684. <https://doi.org/10.1111/jmft.12276>

- Gasbarrini, M.F., Snyder, D.K. (2019). Marital Satisfaction Inventory: Revised. In: Lebow, J.L., Chambers, A.L., Breunlin, D.C. (eds) *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8\\_399](https://doi.org/10.1007/978-3-319-49425-8_399).
- Gazzillo, F. (2021). *Fidarsi dei pazienti. Introduzione alla control-mastery theory*. Raffaello Cortina Editore.
- Gazzillo, F. (2022). Toward a more comprehensive understanding of pathogenic beliefs: Theory and clinical implications. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 53, 1–8. <https://doi.org/10.1007/s10879-022-09564-5>
- Gazzillo, F. (2023). *La Control-Mastery Theory nella pratica clinica*. Carocci Editore.
- Gazzillo, F., & Fiorenza, E. (2021a). *Interpersonal Motivation System Rating Scale (IMSR)* [Unpublished manuscript]. Sapienza University of Rome.
- Gazzillo, F., & Fiorenza, E. (2021b). *Patient Interpersonal Guilt Rating Scale (PIGR)* [Unpublished manuscript]. Sapienza University of Rome.
- Gazzillo, F., & Fiorenza, E. (2021c). *Patient Scale of Couple Testing (PSCT)* [Unpublished manuscript]. Sapienza University of Rome.
- Gazzillo, F., Bush, M., & Kealy, D. (2022). The plan formulation method from control mastery theory and management of countertransference. *Psychodynamic Psychiatry*, 50(4), 639–658. <https://doi.org/10.1521/pdps.2022.50.4.639>
- Gazzillo, F., Curtis, J., & Silberschatz, G. (2022). The plan formulation method: An empirically validated and clinically useful procedure applied to a clinical case of a patient with a severe personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 78(3), 409–421. <https://doi.org/10.1002/jclp.23299>

- Gazzillo, F., Dazzi, N., Kealy, D., & Cuomo, R. (2021). Personalizing psychotherapy for personality disorders: Perspectives from control-mastery theory. *Psychoanalytic Psychology*, 38(4), 266–278. <https://doi.org/10.1037/pap0000295>
- Gazzillo, F., Fimiani, R., De Luca, E., Dazzi, N., Curtis, J. T., & Bush, M. (2019). New developments in understanding morality: Between evolutionary psychology, developmental psychology, and control-mastery theory. *Psychoanalytic Psychology*, 37(1), 37–49. <https://doi.org/10.1037/pap0000235>
- Gazzillo, F., Genova, F., Fedeli, F., Curtis, J. T., Silberschatz, G., Bush, M., & Dazzi, N. (2019). Patients' unconscious testing activity in psychotherapy: A theoretical and empirical overview. *Psychoanalytic Psychology*, 36(2), 173–183. <https://doi.org/10.1037/pap0000227>
- Gazzillo, F., Kealy, D., & Bush, M. (2022). Patients' tests and clinicians' emotions: A clinical illustration. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 52(3), 207–216. <https://doi.org/10.1007/s10879-022-09535-w>
- Goldfien J. H., Robbennolt J. K. (2007). What if the lawyers have their way? An empirical assessment of conflict strategies and attitudes toward mediation styles. *Ohio State Journal on Dispute Resolution*, 22(2), 277–322.
- Goldklank, S. (2009). “The Shoop Shoop Song” A Guide to Psychoanalytic-Systemic Couple Therapy. *Contemporary Psychoanalysis*, 45(1), 3-25. <https://doi.org/10.1080/00107530.2009.10745984>
- Gordon, A. M., & Chen, S. (2016). Do you get where I'm coming from?: Perceived understanding buffers against the negative impact of conflict on relationship

- satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(2), 239–260. <https://doi.org/10.1037/pspi0000039>
- Gottman J.M., Levenson R.W. (2002). A two-factor model for predicting when a couple will divorce: exploratory analyses using 14-year longitudinal data. *Family Process*, 41(1), 83-96. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2002.40102000083.x>
- Gottman, J. M. (1993). The roles of conflict engagement, escalation, and avoidance in marital interaction: A longitudinal view of five types of couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(1), 6–15. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.1.6>
- Gottman, J. M. (1994/2014). *What predicts divorce?: The relationship between marital processes and marital outcomes*. Psychology Press.
- Gottman, J. M. (1999). *The marriage clinic. A scientific based marital therapy* W.W. Norton.
- Gottman, J. M., & Gottman, J. S. (2015). Gottman couple therapy. In A. S. Gurman, J. L. Lebow, & D. K. Snyder (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 129–157). The Guilford Press.
- Gottman, J. M., & Krokoff, L. J. (1989). Marital interaction and satisfaction: A longitudinal view. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 47–52. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.1.47>
- Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (1992). Marital processes predictive of later dissolution: Behavior, physiology, and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(2), 221–233. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.2.221>



- Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (2000). The timing of divorce: Predicting when a couple will divorce over a 14-year period. *Journal of Marriage and the Family*, 62(3), 737–745. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00737.x>
- Gottman, J. M., & Silver, N. (2000). *The seven principles for making marriage work: A practical guide from the country's foremost relationship expert*. Three Rivers Press.
- Gottman, J. M., Coan, J., Carrere, S., & Swanson, C. (1998). Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of Marriage and the Family*, 60(1), 5–22. <https://doi.org/10.2307/353438>
- Gottman, J., Gottman, J. S., Greendorfer, A., & Wahbe, M. (2014). An empirically based approach to couples' conflict. In P. T. Coleman, M. Deutsch, & E. C. Marcus (Eds.), *The handbook of conflict resolution: Theory and practice* (pp. 898–920). Jossey-Bass/Wiley.
- Greenberg, L. S., & Johnson, S. M. (1986). Emotionally focused couples therapy (pp. 253–278). In N.S. Jacobson & A.S. Gurman (eds.), *Clinical handbook of marital therapy*. Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused couple therapy*. Guilford Press.
- Greene, B. L. (1965b). Introduction: A multi-operational approach to marital problems (pp. 1–14). In B.L. Greene (ed.), *The psychotherapies of marital disharmony*. The Free Press.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis (pp. 199-224). In *Explorations in Psychoanalysis*. International University Press, 1978. <https://doi.org/10.1177/000306517902701S0>

- Guerin, P. J. (1976). Family therapy: The first twenty-five years (pp. 2–22). In P.J. Guerin (ed.), *Family therapy and practice*. Gardner Press.
- Guerriero, V., & Zavattini, G. C. (2015). Questioni d'amore: teoria dell'attaccamento e relazioni sentimentali. *Attaccamento e Sistemi Complessi*, 2(1), 27-44.
- Gurman, A. S. (1971). Group marital therapy: Clinical and empirical implications for outcome research. *International Journal of Group Psychotherapy*, 21(2), 174–189.
- Gurman, A. S. (1973). The effects and effectiveness of marital therapy: A review of outcome research. *Family Process*, 12, 145–170. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1973.00145.x>
- Gurman, A. S. (1981). Integrative marital therapy: Toward the development of an interpersonal approach (pp. 415–462). In S.H. Budman (ed.), *Forms of brief therapy*. Guilford Press.
- Gurman, A. S., & Burton, M. (2014). Individual therapy for couple problems: Perspectives and pitfalls. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(4), 470-483. <https://doi.org/10.1111/jmft.12061>
- Gurman, A. S., & Fraenkel, P. (2002). The history of couple therapy: A millennial review. *Family process*, 41(2), 199-260. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2002.41204.x>
- Gurman, A. S., & Kniskern, D. P. (1978a). Deterioration in marital and family therapy: Empirical, clinical and conceptual issues. *Family Process*, 17, 3–20. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1978.00003.x>

- Gurman, A. S., & Kniskern, D. P. (1978b). Research on marital and family therapy: Progress, perspective, and prospect (pp. 817–901). In S.L. Garfield & A.E. Bergin (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2 ed.). John Wiley & Sons.
- Gurman, A. S., Kniskern, D. P., & Pinsof, W. M. (1986). Process and outcome research in family and marital therapy (pp. 565–624). In A. Bergin & S. Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavioral change* (3 ed.). John Wiley & Sons.
- Gurman, A. S., Lebow, J. L., & Snyder, D. K. (Eds.) (2015). *Clinical handbook of couple therapy*. Guilford Publications.
- Gurman, A.S., Jacobson, N.S. (Eds.) (2002). *Clinical handbook of couple therapy* (3 ed.). Guilford Press.
- Hahlweg, K., & Markman, H. J. (1988). Effectiveness of behavioral marital therapy: Empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 440–447. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.3.440>
- Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. Grune & Stratton.
- Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy*. Jossey-Bass.
- Halford, W. K. (1998). The ongoing evolution of behavioral couples therapy: Retrospect and prospect. *Clinical Psychology Review*, 18(6), 613-633. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00022-1](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00022-1)
- Halford, W. K., Pepping, C. A., & Petch, J. (2016). The gap between couple therapy research efficacy and practice effectiveness. *Journal of marital and family therapy*, 42(1), 32-44. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1995.tb00175.x>

- Harwood, I. (2004). How the Psychoanalyst Working Primarily with One Person Can Make a Successful Couple Intervention; Or, Why Psychoanalysts Should Not Back Away from Working with Couples. *Psychoanalytic Inquiry*, 24(3), 387-405. <https://doi.org/10.1080/07351692409349090>
- Hawkins, A. J., & Erickson, S. E. (2015). Is couple and relationship education effective for lower income participants? A meta-analytic study. *Journal of family psychology*, 29(1), 59-68. <https://doi.org/10.1037/fam0000045>
- Heavey, C. L., Christensen, A., & Malamuth, N. M. (1995). The longitudinal impact of demand and withdrawal during marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 797–801. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.5.797>
- Heavey, C. L., Layne, C., & Christensen, A. (1993). Gender and conflict structure in marital interaction: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(1), 16–27. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.1.16>
- Heyman, R. E. (2001). Observation of couple conflicts: Clinical assessment applications, stubborn truths, and shaky foundations. *Psychological Assessment*, 13(1), 5–35. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.1.5>
- Holley, S. R., Sturm, V. E., & Levenson, R. W. (2010). Exploring the basis for gender differences in the demand-withdraw pattern. *Journal of Homosexuality*, 57(5), 666-684. <https://doi.org/10.1080/00918361003712145>
- Holman, T. B., & Jarvis, M. O. (2003). Hostile, volatile, avoiding, and validating couple-conflict types: An investigation of Gottman's couple-conflict

- types. *Personal Relationships*, 10(2), 267-282. <https://doi.org/10.1111/1475-6811.00049>
- Jacobson, N. S., & Addis, M. E. (1993). Research on couples and couple therapy: What do we know? Where are we going?. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(1), 85–93. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.1.85>
- Jacobson, N. S., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. Brunner/Mazel.
- Jacobson, N. S., & Martin, B. (1976). Behavioral marriage therapy: Current status. *Psychological Bulletin*, 83(4), 540–556. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.83.4.540>
- Jacobson, N.S., & Gurman A. S. (Eds.). (1986). *Clinical handbook of marital therapy*. Guilford Press.
- Jacobson, N.S., & Gurman, A.S. (eds.) (1995). *Clinical handbook of couple therapy* (2 ed.). Guilford Press.
- Jarboe S. C., & Witteman H. R. (1996). Intragroup conflict management in task-oriented groups: The influence of problem sources and problem analysis. *Small Group Research*, 27(2), 316–338. <https://doi.org/10.1177/10464964962720>
- Johnson, S. (1986). Bonds or bargains: Relationship paradigms and their significance for marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(3), 259–267. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1986.tb00652.x>
- Johnson, S. (1996). *The practice of emotionally focused marital therapy*. Brunner/Mazel.

- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1985). Emotionally focused couples therapy: An outcome study. *Journal of Marital and Family Therapy, 11*(3), 313-317. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1985.tb00624.x>
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1995). The emotionally focused approach to problems in adult attachment. In N.S. Jacobson & A.S. Gurman (eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (2 ed.) (pp. 121–146). Guilford Press.
- Johnson, S. M., Hunsely, J., Greenberg, L., & Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*(1), 67–79. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.1.67>
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, methods, and research. *Psychological Bulletin, 118*(1), 3–34. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.118.1.3>
- Kelly, A. B., Fincham, F. D., & Beach, S. R. H. (2003). Communication skills in couples: A review and discussion of emerging perspectives. In J. O. Greene & B. R. Burleson (Eds.), *Handbook of communication and social interaction skills* (pp. 723–751). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Klausli, J. F., & Tresch Owen, M. (2011). Exploring actor and partner effects in associations between marriage and parenting for mothers and fathers. *Parenting, 11*(4), 264-279. <https://doi.org/10.1080/15295192.2011.613723>
- Klein M. (1935). Contributo alla psicogenesi degli stati maniaco depressive. Trad. it. in *M. Klein Scritti 1921-1958*. Torino, Boringhieri, 1978.
- Klein, M. (1946). Note su alcuni meccanismi schizoidi. Trad. it. in *Scritti 1921-1958*. Torino, Boringhieri, 1978.

- Knobloch-Fedders, L. M., Critchfield, K. L., Boisson, T., Woods, N., Bitman, R., & Durbin, C. E. (2014). Depression, relationship quality, and couples' demand/withdraw and demand/submit sequential interactions. *Journal of Counseling Psychology, 61*(2), 264-279. <https://doi.org/10.1037/a0035241>
- 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.
- Kohut, H. (1971). *Narcisismo e analisi del sé*. Trad. it. Bollati Boringhieri, 1977.
- Kohut, H. (1977). *La ricerca del sé*. Trad. it. Bollati Boringhieri, 1982.
- Kohut, H. (1984). *La cura psicoanalitica*. Trad. it. Bollati Boringhieri, 1986.
- Krishnakumar, A., & Buehler, C. (2000). Interparental conflict and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Family relations, 49*(1), 25-44. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2000.00025.x>
- Kurdek, L. A. (1995). Assessing multiple determinants of relationship commitment in cohabiting gay, cohabiting lesbian, dating heterosexual, and married heterosexual couples. *Family Relations, 44*(3), 261-266. <https://doi.org/10.2307/585524>
- Lebow, J. L. (2019). Current issues in the practice of integrative couple and family therapy. *Family process, 58*(3), 610-628. <https://doi.org/10.1111/famp.12473>
- Lebow, J. L., & Gurman, A. S. (1995). Research assessing couple and family therapy. *Annual review of psychology, 46*(1), 27-57. <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.ps.46.020195.000331>
- Lemay, E. P., Jr. (2014). Accuracy and bias in self-perceptions of responsive behavior: Implications for security in romantic relationships. *Journal of*

- Personality and Social Psychology*, 107(4), 638–656. <https://doi.org/10.1037/a0037298>
- Leonardi, J., Fimiani, R., Faccini, F., Gorman, B. S., Bush, M., & Gazzillo, F. (2020). An empirical investigation into pathological worry and rumination: Guilt, shame, depression, and anxiety. *Psychology Hub*, 37(3), 31-42. <https://doi.org/10.13133/2724-2943/17229>
- Leonardi, J., Gazzillo F., & Dazzi N. (2021). The adaptive unconscious in psychoanalysis. *International Forum of Psychoanalysis*, 31(4), 201–217, <https://doi.org/10.1080/0803706X.2021.1893382>
- Leonardi, J., Gazzillo, F., & Dazzi, N. (2022). The adaptive unconscious in psychoanalysis. In *International Forum of Psychoanalysis*, 31(4), 201-217. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2021.1893382>
- Leone, C. (2008). Couple therapy from the perspective of self psychology and intersubjectivity theory. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 79. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.25.1.79>
- Leone, R. M., Jarnecke, A. M., Gilmore, A. K., & Flanagan, J. C. (2022). Alcohol use problems and conflict among couples: A preliminary investigation of the moderating effects of maladaptive cognitive emotion regulation strategies. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 11(4), 290–299. <https://doi.org/10.1037/cfp0000160>
- Leslie, G. R. (1964). Conjoint therapy in marriage counseling. *Journal of Marriage and the Family*, 65-71. <https://doi.org/10.2307/349379>



- Levite, Z., & Cohen, O. (2011). The tango of loving hate: couple dynamics in high-conflict divorce. *Clinical Social Work Journal*, 40(1), 46–55. <https://doi.org/10.1007/s10615-011-0334-5>
- Lewis, J. M. (2000). Repairing the bond in important relationships: A dynamic for personality maturation. *American Journal of Psychiatry*, 157(9), 1375-1378. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.9.1375>
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M., & Fosshage, J. L. (2011). *I sistemi motivazionali*. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, 2012.
- Liotti, G. (1994/2005). *La dimensione interpersonale della Coscienza*. Carocci Editore, Roma.
- Liotti, G., & Monticelli, F. (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G., Fassone, G., & Monticelli, F. (2017). *I sistemi motivazionali*. Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G., Fatina, B., Rainone, A. (2005). *Due terapeuti per un paziente*. Edizioni Laterza, Bari.
- Livingston, M. S. (1998). Conflict and aggression in couples therapy: A self psychological vantage point. *Family Process*, 37(3), 311–321. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1998.00311.x>
- Livingston, M. S. (2007). Sustained empathic focus, intersubjectivity, and intimacy in the treatment of couples. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 2(3), 315–338. <https://doi.org/10.1080/15551020701360603>.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that everyone has won and all must have

- prizes?. *Archives of general psychiatry*, 32(8), 995-1008.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>
- Lucas-Thompson, R. G., George, M. W., & Quinn-Sparks, A. R. (2016). Trust: An innovative tool for investigating marital conflict in response to a novel stressor. *Journal of Family Psychology*, 30(5), 625–632. <https://doi.org/10.1037/fam0000211>
- Lyons-Ruth, K., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L., Stern, D. N., & Tronick, E. Z. (1999). 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. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<282::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<282::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-O)
- MacIntosh, H. B. (2018). From application to approach: A systematic review of 50 years of psychoanalytic couple therapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 38(5), 331-358. <https://doi.org/10.1080/07351690.2018.1469898>
- MacLean, P. D. (1985). Brain evolution relating to family, play, and the separation call. *Archives of general psychiatry*, 42(4), 405-417. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790270095011>
- Madanes, C. (1980). Marital therapy when a symptom is presented by a spouse. *International Journal of Family Therapy*, 2(2), 120–136. <https://doi.org/10.1007/BF00924460>
- Main, M., Goldwyn, R., & Hesse, E. (2002). *Classification and scoring systems for the Adult Attachment Interview*. Berkeley, CA: University of California.

- 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* (pp. 31–68). The 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), 597–606. <https://doi.org/10.1037/fam0000512>
- Mannarini, S., Balottin, L., Munari, C., & Gatta, M. (2017). Assessing Conflict Management in the Couple: The Definition of a Latent Dimension. *The Family Journal*, *25*(1), 13-22. <https://doi.org/10.1177/10664807166666066>
- Manus, G. I. (1966). Marriage counseling: A technique in search of a theory. *Journal of Marriage and the Family*, *28*, 449–453. <https://doi.org/10.2307/349542>
- Markman, H. J., Renick, M. J., Floyd, F. J., Stanley, S. M., & Clements, M. (1993). Preventing marital distress through communication and conflict management training: A 4- and 5-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(1), 70–77. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.1.70>
- Martin, P. A. (1965). *Treatment of marital disharmony by collaborative therapy*. In B.L. Greene (ed.), *The psychotherapies of marital disharmony* (pp. 83–102). The Free Press.
- Matthews, L. S., Conger, R. D., & Wickrama, K. A. S. (1996). Work–family conflict and marital quality: Mediating processes. *Social Psychology Quarterly*, *59*(1), 62–79. <https://doi.org/10.2307/2787119>

- McCoy, K. P., George, M. R., Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2013). Constructive and destructive marital conflict, parenting, and children's school and social adjustment. *Social Development, 22*(4), 641-662.
- McCoy, K., Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2009). Constructive and destructive marital conflict, emotional security and children's prosocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(3), 270-279.
- Metz, M. E. (1993). *The styles of conflict inventory (SCI)*. Consulting Psychologists Press.
- Mikulincer, M., & Goodman, G. S. (Eds.). (2006). *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex*. Guilford Press.
- Minuchin, S. (1974), *Famiglie e terapia della famiglia* Trad. it. Astrolabio-Ubaldini Editore, 1977.
- Mittelman, B. (1948). The concurrent analysis of married couples. *Psychiatric Quarterly, 17*(2), 182–197.
- Morrill C. (1995). *The executive way. Conflict management in corporations*. The University Chicago Press.
- Napier, A. Y. (1978). The rejection-intrusion pattern: A central family dynamic. *Journal of marital and family therapy, 4*(1), 5-12.  
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1978.tb00491.x>
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (1998). *Family therapy: Concepts and methods*. Allyn & Bacon.
- Nielsen, A. C. (2017). Psychodynamic couple therapy: A practical synthesis. *Journal of Marital and Family Therapy, 43*(4), 685–699.  
<https://doi.org/10.1111/jmft.12236>

- Nielsen, A. C. (2019). Projective identification in couples. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 67(4), 593–624. <https://doi.org/10.1177/0003065119869942>
- Novak, A. N., Luedemann, J., & Andreas, S. (2022). When patients probe the analyst: Manifestations of patient testing and its complexity – An in-depth exploration of case examples of extant research. *International Forum of Psychoanalysis*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2022.2075564>
- Ogden, T. H. (1979). On projective identification. *International journal of psychoanalysis*, 60(3), 357-373.
- Ogden, T. H. (1994). *Soggetti dell'analisi*. Trad. it. Elsevier Masson, 1999.
- Oggins, J., Veroff, J., & Leber, D. (1993). Perceptions of marital interaction among Black and White newlyweds. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(3), 494–511. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.3.494>
- Olson, D. H. (1970). Marital and family therapy: Integrative review and critique. *Journal of Marriage and the Family*, 32, 501-538. <https://doi.org/10.2307/350249>
- Orbuch, T. L., Veroff, J., Hassan, H., & Horrocks, J. (2002). Who will divorce: A 14-year longitudinal study of black couples and white couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 19(2), 179-202. <https://doi.org/10.1177/0265407502192002>
- Overall, N. C., Girme, Y. U., Lemay, E. P., Jr., & Hammond, M. D. (2014). Attachment anxiety and reactions to relationship threat: The benefits and costs of inducing guilt in romantic partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(2), 235–256. <https://doi.org/10.1037/a0034371>

- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press.
- Pasch, L. A., & Bradbury, T. N. (1998). Social support, conflict, and the development of marital dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 219–230. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.2.219>
- Raffa, H., Sypek, J., & Vogel, W. (1990). Commentary on reviews of "outcome" studies of family and marital psychotherapy. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 12*(1), 65–73. <https://doi.org/10.1007/BF00891818>
- Rehman, U. S., Gollan, J., & Mortimer, A. R. (2008). The marital context of depression: Research, limitations, and new directions. *Clinical psychology review, 28*(2), 179-198. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.007>
- Ringstrom, P. A. (2008). Improvisation and mutual inductive identification in couples therapy: Commentary on paper by Susan M. Shimmerlik. *Psychoanalytic Dialogues, 18*(3), 390-402. <https://doi.org/10.1080/10481880802073553>
- Ringstrom, P. A. (2012). A relational intersubjective approach to conjoint treatment. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology, 7*(1), 85–111. <https://doi.org/10.1080/15551024.2011.606642>
- Ringstrom, P. A. (2014). *Psicoanalisi e terapia di coppia*. Trad. it. Giovanni Fioriti Editore, 2017.
- Roddy, M. K., Walsh, L. M., Rothman, K., Hatch, S. G., & Doss, B. D. (2020). Meta-analysis of couple therapy: Effects across outcomes, designs, timeframes, and other moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(7), 583–596. <https://doi.org/10.1037/ccp0000514>

- Rodomonti, M., Crisafulli, V., Angrisani, S., De Luca, E., Mazzoni, S., & Gazzillo, F. (2022). Description and first steps toward the empirical validation of the plan formulation method for couples. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 52(3), 227–236. <https://doi.org/10.1007/s10879-022-09534-x>
- Rodomonti, M., Crisafulli, V., Mazzoni, S., Curtis, J. T., & Gazzillo, F. (2020). The plan formulation method for couples. *Psychoanalytic Psychology*, 37(3), 199–206. <https://doi.org/10.1037/pap0000246>
- Rogge, R. D., & Bradbury, T. N. (1999). Till violence does us part: The differing roles of communication and aggression in predicting adverse marital outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 340–351. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.340>
- Sager, C. J. (1967). The conjoint session in marriage therapy. *American Journal of Psychoanalysis*, 27(2), 7139–146.
- Sager, C. J. (1981). Couples therapy and marriage contracts. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern (eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 85–130). Brunner/Mazel.
- Sager, C. J., Kaplan, H. S., Gundlach, R. H., Kremer, M., Lenz, R., & Royce, J. R. (1971). The marriage contract. *Family Process*, 10(3), 311–326.
- Sanford, K. (2010). Assessing conflict communication in couples: Comparing the validity of self-report, partner-report, and observer ratings. *Journal of Family Psychology*, 24(2), 165–174. <https://doi.org/10.1037/a0017953>
- Scharfe, E., & Bartholomew, K. (1994). Reliability and stability of adult attachment patterns. *Personal Relationships*, 1(1), 23–43.

- Scheinkman, M., & DeKoven Fishbane, M. (2004). The vulnerability cycle: Working with impasses in couple therapy. *Family Process*, *43*(3), 279-299. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2004.00023.x>
- Schulz, M. S., Waldinger, R. J., Hauser, S. T., & Allen, J. P. (2005). Adolescents' behavior in the presence of interparental hostility: Developmental and emotion regulatory influences. *Development and Psychopathology*, *17*(2), 489-507. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050236>
- 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. <https://doi.org/10.1111/jomf.12265>
- Selvini, M. P., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing—circularity—neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family process*, *19*(1), 3-12.
- Shadish, W. R., Montgomery, L. M., Wilson, P., Wilson, M. R., Bright, I., & Okwumabua, T. (1993). Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(6), 992–1002. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.6.992>
- Shah, A., Nagpal, A., V, M., & Rynjah, I. L. (2016). Combined couples' therapy: A qualitative study of individual and conjoint sessions. *Journal of Family Psychotherapy*, *27*(2), 99-108. <https://doi.org/10.1080/08975353.2016.1169019>
- Shem, S., Surrey, J., & Bergman, S. (1999). *We have to talk: Healing dialogues between women and men*. Hachette UK.



- Shimmerlink, S. M. (2008). The implicit domain in couples and couple therapy. *Psychoanalytic Dialogue*, 18(3), 371–389. <https://doi.org/10.1080/10481880802073546>
- Siegel, J. P. (2020). Digging deeper: An object relations couple therapy update. *Family Process*, 59(1), 10–20. <https://doi.org/10.1111/famp.12509>
- Silberschatz, G. (2005). *Transformative relationships: The control mastery theory of psychotherapy*. Routledge.
- Silberschatz, G. (2017). Improving the yield of psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 27(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1076202>.
- Sillars, A., Roberts, L. J., Leonard, K. E., & Dun, T. (2000). Cognition during marital conflict: The relationship of thought and talk. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17(4-5), 479-502. <https://doi.org/10.1177/0265407500174002>
- Smith, D. A., Vivian, D., & O'Leary, K. D. (1990). Longitudinal prediction of marital discord from premarital expressions of affect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 790–798. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.58.6.790>
- Snyder, D. K. (1999). Affective reconstruction in the context of a pluralistic approach to couple therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(4), 348–365. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.4.348>
- Snyder, D. K., Heyman, R. E., & Haynes, S. N. (2005). Evidence-based approaches to assessing couple distress. *Psychological Assessment*, 17(3), 288–307. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.3.288>

- Spanier, G. B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38(1), 15–28. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Spanier, G. B. (2001). *Dyadic adjustment scale (DAS): User's manual*. MHS.
- Stern, D. (2004). *Il momento presente*. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, 2005.
- Stolorow, R. D. (2005). The Contextuality of Emotional Experience. *Psychoanalytic Psychology*, 22(1), 101–106. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.22.1.101>
- Stuart, R. B. (1969). Operant-interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(6), 675–682. <https://doi.org/10.1037/h0028475>
- Stuart, R. B. (1980). *Helping couples change: A social learning approach to marital therapy*. Guilford Press.
- van de Vliert E., Euwema M. C. (1994). Agreeableness and activeness as components of conflict behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(4), 674–687.
- Van der Valk, I. E., Spruijt, A. P., De Goede, M. P. M., & Meeus, W. H. J. (2007). A longitudinal study on transactional relations between parental marital distress and adolescent emotional adjustment. *Adolescence*, 42(165), 115-136.
- Warmuth, K. A., Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2020). Constructive and destructive interparental conflict, problematic parenting practices, and children's symptoms of psychopathology. *Journal of Family Psychology*, 34(3), 301–311. <https://doi.org/10.1037/fam0000599>

- Watzlawick, P., Beavin, J. B., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*. Trad. it. Astrolabio, 1971.
- Weiss, J. (1992). The role of interpretation. *Psychoanalytic Inquiry*, 12(2), 296–313.  
<https://doi.org/10.1080/07351699209533897>
- Weiss, J. (1993). *Come funziona la psicoterapia*, trad. it. Bollati Boringhieri, 1999.
- Weiss, J. (1998). Patients' unconscious plans for solving their problems. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(3), 411–428.  
<https://doi.org/10.1080/10481889809539259>
- Weiss, J., Sampson, H., & Mount Zion Psychotherapy Research Group. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research*. Guilford Press.
- Weiss, R. & Birchler, G. (1975). *Areas of change*. Unpublished manuscript, University of Oregon.
- Wells, R. A., & Gianetti, V. J. (1986a). Individual marital therapy: A critical reappraisal. *Family Process*, 25, 43–51. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2002.41204.x>
- Wells, R. A., & Gianetti, V. J. (1986b). Rejoinder: Whither marital therapy? *Family Process*, 25, 62–65. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1986.00062.x>
- Whisman, M. A., & Snyder, D. K. (1997). Evaluating and improving the efficacy of conjoint couple therapy. In W.K. Halford & H.J. Markman (eds.), *Handbook of marriage and couples intervention* (pp. 679–693). John Wiley & Sons.
- Whitaker, C. (1989). *Midnight musings of a family therapist*. (M. O. Ryan, Ed.). W. Norton & Co.

- Whiting, J. B. (2008). The role of appraisal distortion, contempt, and morality in couple conflict: A grounded theory. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(1), 44-57. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00052.x>
- Wiebe, S. A., & Johnson, S. M. (2016). A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Family Process*, 55(3), 390-407.
- Willi, J. (1984). The concept of collusion: A combined systemic-psychodynamic approach to marital therapy. *Family process*, 23(2), 177-185. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1984.00177.x>
- Williamson, H. C., Hanna, M. A., Lavner, J. A., Bradbury, T. N., & Karney, B. R. (2013). Discussion topic and observed behavior in couples' problem-solving conversations: Do problem severity and topic choice matter? *Journal of Family Psychology*, 27(2), 330–335. <https://doi.org/10.1037/a0031534>
- Wills, R. M., Faitler, S. L., & Snyder, D. K. (1987). Distinctiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: An empirical analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(5), 685–690. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.5.685>
- Zacchilli, T. L., Hendrick, C., & Hendrick, S. S. (2009). The romantic partner conflict scale: A new scale to measure relationship conflict. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(8), 1073-1096. <https://doi.org/10.1177/0265407509347936>
- Zavattini, G. C., Pace, C. S., & Santona, A. (2010). Attaccamento adulto e matching di coppia [Adult attachment and couple matching]. *Infanzia e Adolescenza*, 9(1), 39–52.

Zeitlin, D. J. (1991). Control-mastery theory in couples therapy. *Family Therapy*, *18*(3), 201–203.

Ziegler, A., & Vens, M. (2010). Generalized estimating equations. *Methods of Information. Medicine*, *49*(5), 421–425.

***APPENDICE A - Patient Scale of Couple Testing (PSCT; Gazzillo & Fiorenza, 2021)***

Verranno presentati degli estratti di interazione tra partner; per facilitare la comprensione della dinamica e contestualizzarla, verranno inseriti anche gli interventi del terapeuta e alcune specifiche in rosso. Si chiede ai rater, sulla base del Piano di Coppia, di leggere i segmenti di interazione e valutare, su una scala Likert che va da 0 (“per niente”) a 4 (“del tutto”), il grado in cui ciascun partner sta mettendo alla prova le proprie credenze patogene e il grado in cui l’altro partner le sta confermando o meno.

1. **In che misura in questa interazione il partner “lei” sembra testare/mettere alla prova le proprie credenze patogene?**
  - a) 0 (PER NIENTE)
  - b) 1 (POCO)
  - c) 2 (ABBASTANZA)
  - d) 3 (MOLTO)
  - e) 4 (DEL TUTTO)
2. **In che misura in queste interazioni il partner “lei” sembra confermare le credenze patogene del partner “lui”?**
  - a) 0 (PER NIENTE)
  - b) 1 (POCO)
  - c) 2 (ABBASTANZA)
  - d) 3 (MOLTO)
  - e) 4 (DEL TUTTO)
3. **In che misura in questo segmento il partner “lui” sembra testare/mettere alla prova le proprie credenze patogene?**
  - a) 0 (PER NIENTE)
  - b) 1 (POCO)
  - c) 2 (ABBASTANZA)
  - d) 3 (MOLTO)

e) 4 (DEL TUTTO)

4. **In che misura in queste interazioni il partner “lui” sembra confermare le credenze patogene del partner “lei”?**

a) 0 (PER NIENTE)

b) 1 (POCO)

c) 2 (ABBASTANZA)

d) 3 (MOLTO)

e) 4 (DEL TUTTO)

***APPENDICE B – Patient Interpersonal Guilt Rating Scale (PIGRS;  
Gazzillo & Fiorenza, 2021)***

Verranno presentati degli estratti di interazione tra partner; per facilitare la comprensione della dinamica e contestualizzarla, verranno inseriti anche alcune comunicazioni del terapeuta e alcune specifiche in rosso. Si chiede ai rater, sulla base del Piano di Coppia, di leggere i segmenti di interazione e valutare, su una scala Likert che va da 0 (“per niente”) a 4 (“del tutto”), il grado in cui ciascun partner sta mettendo credenze patogene relative al:

- sentimento che avere più successo in termini lavorativi, relazionali o in termini di qualità, fortuna, ricchezza ecc. possa far soffrire o far sentire umiliate le persone care

*(Senso di colpa del sopravvissuto)*

- sentimento secondo cui qualsiasi forma di autonomia, separazione o diversità, che sia essa in termini fisici, o di mentalità, valori, ideali ecc. rispetto alle persone care arrecherà gravi danni e sofferenze a queste persone

*(Senso di colpa da separazione/slealtà)*

- convinzione di essere egoisti e far soffrire le persone care se non ci si occupa del loro benessere (Senso da responsabilità onnipotente)

- sensazione di essere intrinsecamente sbagliati, inadeguati, cattivi e la convinzione di non meritare amore, rispetto, cura e considerazione dagli altri *(Senso da odio di sé)*

- convinzione che se si manifestassero i propri bisogni, i propri desideri o il proprio modo di essere più autentico gli altri ne sarebbero appesantiti *(Senso di colpa da burdening)*



**1. In che misura il partner “lei” sembra mettere alla prova le sue credenze connesse al:**

- Senso di colpa del sopravvissuto  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)
- Senso di colpa da separazione/slealtà  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)
- Senso di colpa da responsabilità onnipotente  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)
- Senso di colpa da odio di sé  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)
- Senso di colpa da burdening  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)

**2. In che misura il partner “lui” sembra mettere alla prova le sue credenze connesse al:**

- Senso di colpa del sopravvissuto  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)
- Senso di colpa da separazione/slealtà  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)
- Senso di colpa da responsabilità onnipotente  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)
- Senso di colpa da odio di sé  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)
- Senso di colpa da burdening  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)

***APPENDICE C - Interpersonal Motivation System Rating Scale (IMSRs;  
Gazzillo & Fiorenza, 2021)***

Verranno presentati degli estratti di interazione tra partner; per facilitare la comprensione della dinamica e contestualizzarla, verranno inseriti anche alcune comunicazioni del terapeuta e alcune specifiche in rosso. Si chiede ai rater, sulla base del Piano di Coppia, di leggere i segmenti di interazione e valutare, su una scala Likert che va da 0 (“per niente”) a 4 (“del tutto”), il grado in cui ciascuna descrizione prototipica è rappresentativa del segmento analizzato:

- *Bisognoso/a*: la persona desidera ricevere aiuto, conforto, rassicurazione, sostegno, vicinanza protettiva, cure. Tende a sentirsi e a descriversi come fragile, a disagio, insicuro/a, sofferente (emotivamente o fisicamente), in pericolo, spaventato/a. Per ricevere aiuto prova a chiederlo, o si mostra dipendente, o a volte piange. Teme la solitudine, l’abbandono, il rifiuto, la separazione, la perdita del/della partner. Protesta e soffre quando sente che il/la partner è disattento/a alle sue richieste, che non può o non vuole prendersi cura di lui/lei. Per reazione a volte si isola, oppure si impone di essere autosufficiente o cerca di minimizzare il proprio disagio. Il suo obiettivo è ottenere aiuto, protezione e sicurezza dal/dalla partner.

- *Accudente*: prova compassione e tenerezza per la sofferenza, fragilità e solitudine del/della partner. Si preoccupa per le difficoltà e per i pericoli che può correre. È altruista e sensibile ai bisogni del/della partner; pertanto, si sente spinto/a a fare tutto il possibile per offrire rassicurazione, sostegno, protezione, consiglio, cure. Per prendersi cura del/della partner arriva anche ad arrabbiarsi (se l’altro/a rifiuta l’aiuto), oppure a fare cose di

nascosto e a mentire, ma a fin di bene. Quando non riesce a fare abbastanza per l'altro, si sente impotente e in colpa. Il suo obiettivo è offrire il proprio aiuto e conforto al/alla partner.

- *Competitivo/a*: per conquistare la supremazia e il diritto al primato il/la competitivo/a diventa sfidante: dà giudizi, fa confronti, stabilisce gerarchie, assegna meriti e demeriti, dà torto e ragione, dice ciò che è giusto e ciò che è sbagliato; può criticare, deridere o minacciare per intimorire il/la partner. Di fronte al/alla partner che si pone come dominante, il/la competitivo/a sfidante tende a litigare, contrastare, opporsi e ribellarsi; rivendica il proprio diritto a essere rispettato/a e a non fare ciò che l'altro vuole. Quando conquista la posizione dominante, si sente orgoglioso/a e vincente e può provare disprezzo per lo/la sconfitto/a. Tende a dare ordini e comandare. Quando invece viene sottomesso/a, si sente inferiore, perdente, svilito/a, umiliato/a e indegno/a. Teme che l'altro possa umiliarlo, punirlo/a o approfittarsi di lui/lei. Il suo obiettivo è stabilire chi è in una posizione di superiorità rispetto all'altro.

- *Sensuale*: del/della partner nota quanto è attraenti o sexy, a volte facendo allusioni o commenti di carattere sessuale (positivi o negativi). Adotta comportamenti e atteggiamenti seducenti e sessualmente provocanti. È interessato/a al sesso e ne parla spesso. Mostra forti tendenze alla gelosia nei confronti del/della proprio/a partner. Il suo obiettivo è stabilire relazioni con una componente sessuale.

- *Collaborativo/a*: con il/la partner si pone su uno stesso piano, senza rivalità. È disposto/a a condividere apertamente i suoi pensieri e intenzioni.

Allo stesso modo è curioso/a e aperto/a verso le cose che il/la partner sottopone alla sua attenzione. Si impegna a raggiungere un obiettivo comune insieme al/alla partner, lavorando fianco a fianco. Basa il rapporto su un senso di equità e reciprocità, usa spesso la parola “noi” riferendosi al/alla partner. Per potere collaborare è disponibile a stabilire patti e accordi e si impegna affinché siano rispettati; quando non è d'accordo lo dice chiaramente. Il suo scopo è perseguire degli obiettivi comuni insieme al/alla partner, collaborando da pari a pari.

- *Giocos/a:* è sempre disponibile al gioco e allo scherzo; può essere ironico/a e persino provocatorio/a, ma sempre in modo benevolo. Con il/la partner ama ridere, fare battute, raccontare storie divertenti. Tende a cogliere il lato comico e umoristico delle situazioni, preferisce sdrammatizzare anziché prendere troppo sul serio sé stesso/a o le situazioni. Il suo scopo è stabilire con il/la partner rapporti basati sul gioco, sul divertimento e sulla fantasia.

- *Socievole:* prova nei confronti del suo gruppo (famiglia, colleghi, collettività) un forte senso di appartenenza, di affinità, di lealtà. Ama fare cose insieme al suo gruppo per il piacere di stare insieme. Il suo obiettivo è far parte di un gruppo, o di una collettività più vasta di persone simili tra loro.

**1. In che misura il partner “lei” sembra essere descritta dal prototipo:**

- Bisognosa:  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)
- Accudente:  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)

- Competitiva:  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)
- Sensuale:  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)
- Collaborativa:  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)
- Giocosa  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)
- Socievole:  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)

**2. In che misura il partner “lui” sembra essere descritto dal prototipo:**

- Bisognoso:  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)
- Accudente:  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)
- Competitivo:  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)
- Sensuale:  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)
- Collaborativo:  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)
- Giocoso:  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)
- Socievole:  
0 (PER NIENTE) 1 (POCO) 2 (ABBASTANZA) 3 (MOLTO) 4 (DEL TUTTO)