

I nodi della conoscenza: disconferma e senso di sicurezza nella relazione terapeutica

di Anna Sicolo

1 L'organizzazione della conoscenza e la dimensione di "sicurezza"

Da molti anni, è sempre più evidente come l'individuo sia organizzato psichicamente in modo coerente con il raggiungimento di mete specifiche bio-psico-sociali; in particolare, l'essere umano ha bisogno di adattarsi al proprio ambiente e, per farlo, ha bisogno di padroneggiare i propri traumi, programmare i propri obiettivi, prevedere le conseguenze di un'azione e regolarsi di conseguenza. Questa condizione di padronanza è necessaria all'adattamento alla realtà e, per poter vivere tale dimensione, l'individuo ha bisogno di sperimentare un senso di *sicurezza*, ha bisogno cioè di riportare al minimo le probabilità, le sensazioni e le situazioni che lo riconducono ad un senso di pericolo e di allarme.

Indubbiamente, l'imprevedibilità, ossia non avere conoscenza né riuscire ad ipotizzare cosa potrebbe accadere in diverse situazioni relazionali, mette a dura prova il senso di sicurezza, inficiando quindi sia il senso di padronanza sia di conseguenza un buono e sano adattamento. Per questo motivo, fin da piccolo l'essere umano costruisce una serie di conoscenze piuttosto affidabili sul mondo con cui è in contatto, conoscenze che una volta costruite, verranno generalizzate e costituiranno la mappa di sé e del mondo necessaria a muoversi e agire.

Questo insieme di informazioni e conoscenze nasce e si declina nel terreno della relazione, a partire dai primi vagiti. Dai primi vagiti comincia la costruzione di significati e conoscenze: i bisogni semplici di un neonato legati a

fame, freddo, scomodità, desiderio di vicinanza\calore oppure dolore sono manifestati esplicitamente in modo da sollecitare nel caregiver una risposta che sia in grado di intercettare il bisogno e di rispondervi, dando un senso di calore e sicurezza. Se la risposta del genitore sarà sufficientemente congrua e appagante, il bambino tenderà a ripetere quel segnale aspettandosi quel tipo di risposta. Comincerà quindi a costruire delle conoscenze più o meno affidabili su di sé, su di sé con l'altro (per esempio nelle richieste) e sul mondo. Inoltre, l'individuo per poter sperimentare le proprie emozioni, identificarle ed elaborarle ha bisogno di sentirsi "al sicuro", ha bisogno cioè di sentirsi sufficientemente al riparo per poter comprendere ed attraversare stati emotivi ed elaborare sentimenti senza inibirli, poiché percepiti come pericolosi e minacciosi.

2. Le Credenze

Le prime informazioni che l'individuo tenderà ad organizzare sono sensazioni corporee che costruiranno mappe motorie e procedurali, successivamente mappe verbali organizzate gerarchicamente nei livelli di conoscenza implicita ed esplicita. Questo processo di costruzioni di significati è descritto in più modi e probabilmente trova la più chiara definizione nel concetto di "credenze" di Weiss: l'insieme di convinzioni e di idee che orientano la persona nel mondo e le permettono di fare previsioni, le credenze sono le organizzatrici della percezione della *realtà*, orientano il comportamento e sono fortemente influenzate dalla *dimensione morale* del gruppo di appartenenza familiare e sociale. Si costruiscono, appunto, passo dopo passo fin dalla nascita e sono determinate da esperienze reali vissute nelle relazioni con

gli adulti significativi (garanti della sopravvivenza), sono costruite sia nella “relazione” con l’altro significativo sia nell’ “osservazione” degli adulti di riferimento, osservazione delle loro reazioni, dei loro comportamenti e delle loro verbalizzazioni sul mondo; questo insieme di informazioni costituiscono per il bambino la rappresentazione di ciò che è il mondo, di ciò che è reale e di come le cose devono essere, pertanto le credenze assumono un valore rigido, normativo e morale. Per il principio dell’economia della mente, teso a garantire il miglior adattamento con il minor costo, l’individuo selezionerà nell’ambiente informazioni utili a confermare le credenze (attenzione selettiva e bias di conferma).

3 Credenze Patogene e Tentativi di disconferma

La relazione con, e l’osservazione dell’altro fin dai primi momenti di vita, quindi, diventano il terreno in cui germogliano le nostre credenze. I segnali più potenti ed orientanti della relazione sono indubbiamente le emozioni - come ci sentiamo con l’altro in una determinata situazione. Se un bimbo molto piccolo sperimenta che alla sua richiesta di vicinanza (per esempio mossa da un’emozione di paura) la madre reagirà quasi sistematicamente spaventandosi ed evitando di avvicinarsi, quel bambino a partire dal ripetersi questa esperienza, potrebbe costruire dentro di sé una credenza di questo tipo: *se mi spavento (se provo paura), se sono vulnerabile, se chiedo aiuto...l’altro starà male e si allontanerà da me*. Pertanto, per lui sarà particolarmente complicato organizzare una richiesta di vicinanza a una persona per lui affettivamente significativa poiché l’aspettativa in base alla sua credenza sarà di compromettere la relazione stessa. Inoltre, l’emozione di paura non verrà elaborata come stato mentale

vivibile poiché non troverà organizzazione nella relazione: le sensazioni corporee ed emotive rimarranno fenomeni sperimentati come problematici e disorganizzanti, la funzione emotiva “sociale” fallirà puntualmente nella risposta spaventata ed evitante della madre. Sarà quindi probabile che le situazioni successive caratterizzate da paura e senso di vulnerabilità personale indurranno in quell’individuo stati mentali problematici senza la possibilità di attraversare e superare quella situazione e quel vissuto. Di conseguenza, il nostro individuo può nel corso dello sviluppo e nella vita adulta avere difficoltà a raggiungere mete sane se queste implicano determinati vissuti non elaborati, e non potendo sperimentare un buon grado di sicurezza non potrà accedere alle funzioni mentali superiori necessarie a padroneggiare la realtà.

Inoltre, quel bimbo dovrà escogitare dei modi per adattarsi e ottenere il benvolere del genitore e queste strategie, funzionali nella condizione traumatica, diventeranno successivamente strategie disfunzionali al raggiungimento di mete sane e saranno causa di sofferenza nella vita adulta: l’individuo può essere sia compiacente nei confronti dei genitori traumatici sia ribellarsi e di conseguenza autopunirsi, può altresì indentificarsi con i genitori traumatici o contro-identificarsi con loro.

A partire da come si strutturerà la sua strategia (adattiva ai tempi del trauma interpersonale), si declinerà uno stile personale piuttosto coerente teso a fronteggiare situazioni che richiamano quella condizione. Nel corso degli anni, proverà il desiderio di vicinanza e, pur di appagarlo, tenterà (anche se con fatica) di disconfermare quella credenza che è **patogena** poiché impedisce il raggiungimento di una meta sana: ottenere vicinanza e conforto nella relazione quando sperimenta un senso di vulnerabilità.

Pertanto, i traumi relazionali sono generatori di credenze patogene che possiamo descrivere come credenze che inducono emozioni e vissuti problematici qualora l'individuo tende al raggiungimento di mete sane, impedendo di fatto di conseguire lo scopo e aumentando notevolmente il livello di sofferenza. Le condizioni di sviluppo traumatico creano specifiche credenze patogene su noi stessi, sul nostro "stare" in relazione con l'altro, sul mondo e sulle norme morali, e possono essere definite come credenze disadattive: un insieme di conoscenze che, per il loro significato, impediscono all'individuo di raggiungere mete sane e adattive.

Ma in che modo impediscono questo raggiungimento? Quando una specifica meta sana (agganciata a uno specifico vissuto traumatico) viene posta, il raggiungimento di essa è inibito poiché l'individuo sperimenta emozioni dolorose, contrastanti o talvolta disorientanti, e per evitare queste sensazioni spiacevoli e disadattive l'individuo può evitare di raggiungere queste mete frustrando molti scopi di vita, obiettivi importanti e sperimentando un forte senso di sofferenza. Le mete sane sono adattive e desiderate, pertanto il bisogno dell'individuo sarà quello di tentare di conseguirle, nonostante la sofferenza creata dalla credenza patogena. Questo senso di sofferenza spingerà gli individui nel corso della vita a vari tentativi (consci o inconsci) di disconferma delle credenze patogene che verranno quindi messe alla prova, e l'individuo proverà a raggiungere un senso di padronanza e adattamento circa i propri desideri e i propri scopi sani al fine di poter sperimentare piacere e appagare i propri bisogni. Ricordiamo, però, che come tutte le credenze anche quelle patogene vengono costruite in tempi precoci e sono quindi spesso agganciate a sistemi di significato e di conoscenza implicita nell'organizzazione procedurale dell'architettura della mente. Dunque, è particolarmente difficile disconfermarle

anche perché intrise dell'autorità che il bambino attribuisce ai genitori, a ciò che insegnano in termini di valori e a ciò che il bimbo stesso osserva. Le credenze patogene contribuiscono quindi a garantire un senso di appartenenza al nucleo familiare, pena una terrificata sensazione di diversità e di slealtà e un conseguente senso di colpa interpersonale. Inoltre, muoversi contro una propria credenza patogena implica un rischio notevole e nel caso delle credenze traumatiche ancora più significativo: gli individui hanno organizzato le credenze patogene per proteggersi da pericoli gravi come quello di perdere la relazione con i caregiver.

Quindi, le credenze patogene possono essere definite come credenze disadattive - un insieme di conoscenze che impediscono all'individuo di raggiungere mete sane e adattive.

Le credenze patogene nascono, come le altre, nella dimensione interpersonale: vissuti traumatici continuativi o episodi traumatici forti e singoli possono generare questo tipo di credenze.

I **traumi da stress**, implicano la ripetitività durante lo sviluppo di determinati stili ed elementi relazionali tra l'individuo e gli adulti significativi di riferimento, che hanno la caratteristica di rispondere in maniera incongruente ai bisogni del bambino o di proporre i propri bisogni in maniera disfunzionale. La risposta rigida, imprevedibile o ripetitivamente incongruente del caregiver rispetto al bisogno del bambino può generare un vissuto di paura per la propria incolumità o per l'incolumità dei propri cari, un vissuto di allarme e attivazione neurovegetativa che non ritrova riparo né organizzazione nella relazione con l'adulto. L'individuo sarà sopraffatto da sentimenti angosciosi.

Traumi da shock: situazioni, fatti imprevisti che generano la forte sensazione di pericolo per se stessi o per i proprio cari (malattie, incidenti, catastrofi, crolli economici ecc.).

Gli episodi e le esperienze traumatiche che non trovano riparo o organizzazione dei vissuti, tenderanno a costituirsi come esperienze rilevanti e condizioneranno le mappe dell'individuo.

Il tentativo di mettere in discussione la credenza patogene per ridurre il proprio carico di sofferenza e sentirsi liberi di raggiungere i propri obiettivi sani implica uno sforzo considerevole e un certo coraggio. Nonostante questo, l'individuo procede in tentativi di disconferma poiché motivato ad ottenere un sollievo dalla sofferenza emotiva, è teso ad appagare i suoi bisogni e procede, affacciandosi inconsciamente all'ipotesi di uno scenario alternativo che gli permetta di sentirsi meglio e di raggiungere obbiettivi desiderati.

4 Accenni alla CMT

A partire da una robusta struttura teorica e da numerose evidenze di ricerca empirica, la Control Mastery Theory individua nella relazione terapeutica il fattore di cambiamento più importante: il terapeuta può aiutare il paziente a stare meglio, alleviare le sue sofferenze a partire dalla comprensione del suo specifico **piano inconscio**. Il terapeuta CMT vivrà la relazione con il paziente in un assetto modellato sulle specifiche esigenze di quel paziente in quel momento: dovrà offrirgli quel tipo di esperienza relazionale in grado di disconfermare le credenze patogene affinché possa essere possibile per lui raggiungere mete sane. La posizione del clinico nella relazione terapeutica, rispetto a specifici vissuti, deve essere diversa da quella assunta dai genitori

traumatici e diversa dalla posizione assunta dal paziente nella relazione traumatica, spinto comunque a conservare la vicinanza con l'altro significativo. Dovrà in altre parole, proporre uno scenario relazionale alternativo e percorribile. La terapia si centra, quindi, sul comprendere le esigenze del paziente, cosa ci sta chiedendo, validarlo nella sua difficoltà e sostenerlo nella sua spinta a voler stare meglio. Il terapeuta dovrà aiutarlo a leggere con consapevolezza le proprie credenze patogene generatrici di sofferenza e a disconfermarle nella relazione stessa. Il clinico con il suo peculiare atteggiamento e con tutti i suoi strumenti può muoversi a disconferma delle credenze ed a partire dalla conoscenza del piano inconscio del paziente, che sofferente avrà la motivazione a stare meglio e proporrà delle messe alla prova delle credenze patogene per poter raggiungere mete piacevoli e sane. La CMT definisce queste messe alla prova come TEST. Per il clinico, superare i test implica la lettura di quel particolare momento terapeutico alla luce del piano del paziente e muoversi in maniera alternativa rispetto alle strategie nate e sviluppate nel momento traumatico, fornendo quindi un'esperienza trasformativa. Più il paziente comincerà a sperimentare un senso di sicurezza nella relazione, più sarà disposto a disconfermare le credenze che gli arrecano dolore e ostacoli, e di conseguenza più si sentirà sicuro più tenterà di cambiare poiché sarà più abile nell'utilizzare flessibilità psichica e funzioni cognitive superiori per adattarsi meglio alla realtà.

5. Tipi di test ed Esempi Clinici

La CMT individua tre principali strategie di testing associate alle quattro strategie interpersonali sopra accennate (compiacenza, ribellione,

identificazione e controidentificazione); per comprendere il tipo o i tipi di test a cui il paziente ci sottopone è importante aver compreso le sue credenze patologiche principali ed aver formulato un buon piano del paziente. Inoltre, la comprensione del tipo o dei tipi di test che i pazienti fanno nei diversi momenti della relazione terapeutica dipenderà anche dalla capacità di lettura dei propri stati interni da parte del terapeuta. I vissuti controtransferali, la lettura delle emozioni e degli stati mentali del terapeuta saranno fondamentali per identificare i test e rispondere in maniera congruente al piano, offrendo quindi scenari alternativi e non traumatizzati. Il superamento dei test può indurre un miglioramento dello stato clinico del paziente.

Test di Transfert: il paziente vuole comprendere se il terapeuta reagirà in modo simile al genitore traumatizzante; nei *test di transfert per compiacenza* il terapeuta dovrà rassicurarlo sul fatto che la sua compiacenza verso la credenza patogena non è necessaria ed è controproducente al suo benessere. Nei *test di transfert per ribellione* il terapeuta dovrà validare la ribellione alla credenza ed ai genitori traumatici.

Il terapeuta in questo tipo di test, tende a sentirsi comunque in un assetto di guida quasi genitoriale.

Test di capovolgimento da passivo in attivo: il paziente si identifica o contro-identifica con il genitore traumatico e dà al terapeuta il ruolo di figlio, capovolgendo i ruoli. Il paziente, in un test da passivo-in-attivo per compiacenza tratterà il terapeuta nel modo in cui si è sentito trattato e per il clinico sarà fondamentale non sentirsi traumatizzato e attraversare quella modalità rimanendo in piedi e rendendo il vissuto percorribile. Il paziente potrà

osservare come il terapeuta può gestire quel vissuto indotto, in maniera flessibile e modulata senza sentirsi travolto e bloccato, in poche parole anche attraverso l'osservazione il paziente può notare come l'altro sostenga senza per forza agire le emozioni e di conseguenza come sia percorribile e padroneggiabile quel tipo di vissuto.

In questo caso, il vissuto controtransferale del terapeuta sarà vicino al vissuto di un bambino nella relazione traumatica: può sperimentare sensazioni confuse oppure umilianti, colpevolizzanti, il terapeuta può sentirsi spaventato o investito da un senso di inefficacia ed impotenza.

Viceversa, in un test da passivo-in-attivo per ribellione il paziente tratterà il clinico come avrebbe voluto essere trattato nella sua infanzia, sperando che al clinico questo faccia piacere e che possa trarne beneficio.

Test Osservativi: l'atteggiamento, i movimenti, lo stile del terapeuta ed il clima relativo alle sedute e allo studio vengono percepiti e osservati dal paziente, il quale vuole essere implicitamente rassicurato sulla diversità del terapeuta dai genitori e sulla possibilità di intercettare qualità e caratteristiche che il paziente vorrebbe sviluppare per poter stare meglio.

Il terapeuta può osservare alcuni elementi che segnalano il movimento di testing: vissuto controtransferale caratterizzato da emozioni forti o distoniche rispetto all'assetto emotivo solito vissuto con quel paziente; tendenza ad agire del terapeuta, a fare...a muoversi quasi frettolosamente in conseguenza di richieste o comportamenti del paziente; insolita disregolazione emotiva del paziente, movimenti autodistruttivi, ma anche repentini cambiamenti della

relazione terapeutica o improvvisi cambiamenti nel setting (salto di sedute, continue richieste di cambiamenti, ecc.)

6. Esempi Clinici

Carlo è un giovane uomo di 32 anni, medico. Arriva in terapia poiché soffre di attacchi di panico e forte ansia tutte le volte che deve produrre a lavoro in quanto parte dal presupposto che verrà fortemente criticato e “scoperto” come incompetente, allora spesso si ritrova ad avere un comportamento da “galletto” che lo conduce ad una forte autocritica. Inoltre, ha una compagna alla quale tiene molto, in particolare sente forte la responsabilità di occuparsi dei bisogni di lei, si descrive come un fidanzato ideale che ha una parola d’onore e nonostante sia faticoso, sente giusto e opportuno che a lei non manchi nulla nella relazione. Questa dimensione di coppia scatena però forti sensi di colpa tutte le volte che Carlo nota una bella donna, quando si sofferma a fantasticare di trasferirsi oppure quando qualcosa non va nella coppia. I sensi di colpa lo assalgono poiché ritiene sleale avere certi pensieri e non sentirsi sempre disponibile, anzi scontento e insoddisfatto, ansioso e con un forte senso di costrizione.

La madre di Carlo è una donna umile e fortemente depressa, ha nel corso della vita sofferto molto dei successi politici e professionali del marito poiché era terrorizzata che questo successo mettesse in difficoltà i compaesani o i suoi familiari. Ha comunicato chiaramente ai figli il proprio dolore, il fatto che erano loro a “tenerla in vita” e che quando sarebbero diventati grandi avrebbe concluso la sua missione. Il padre, anche lui partito da umili origini, aveva ottenuto successo come medico e uomo politico riscattandosi dal suo percorso

d'infanzia, ne era fiero e voleva garantire ai figli tutto l'aiuto possibile, ragione per cui loro si sentivano "coperti" a scuola, in paese e nel sociale dal suo successo e dalla sua importanza. Questo aveva portato Carlo a non avere contezza e percezione stabile circa le sue capacità intellettuali e la sua bravura, e Carlo non poteva mostrarsi preoccupato poiché il padre spesso spingeva i figli alla fierezza e al mostrarsi forti nel mondo, pena l'irraggiungibilità del successo o dei traguardi lavorativi.

Un giorno Carlo arriva in terapia molto spaventato da una guardia assegnatagli in reparto, è agitato e mi dice che era arrivato il momento che tutti avrebbero scoperto quanto fosse incompetente e che non si sentiva affatto un medico, che si sentiva costretto ed insicuro e forse avrebbe dovuto cambiare turno. Risposi con molta autenticità che il fatto che lui fosse un medico non era in discussione ed era una realtà insindacabile, e che comprendevo la sua ansia come collegata al timore di fare una brutta figura, ma questo non era in contraddizione col suo essere medico, e che provare paura non significava non essere capace di sostenere la guardia, infatti non ero assolutamente preoccupata per come sarebbe andata la notte dal punto di vista professionale. Alla seduta successiva, Carlo mi raccontò che si era accorto "che proprio fesso non era", la guardia era andata bene e aveva ritirato il tesserino all'ordine il giorno dopo, nonostante potesse ritirarlo già da 3 anni.

Qualche mese dopo, Carlo comincia a chiedermi di spostare alcuni orari, e nei messaggi di scambio, dopo il mio "ok Ci vediamo alle" lui non rispondeva più, presentandosi direttamente all'appuntamento concordato. Questo mi colpì poiché il suo stile era tendenzialmente estremamente gentile e preoccupato di comportarsi bene con me. Non dissi nulla e andammo avanti così per circa 4 o 5 sedute.

Dopo un mese, mi raccontò che durante un weekend al mare con la compagna aveva scelto di rimanere fuori al balconcino dell'albergo per rilassarsi senza andare al mare sentendosi in diritto di rimanere a riposare, e aveva scoperto che per la compagna non era un problema non scendere e rimanere lì con lui oppure andare sola. Questo evento lo tranquillizzò molto nella relazione e da lì in poi si sentì meno oppresso e frustrato.

La mia restituzione sul weekend fu che aveva sperimentato di potersi muovere sui suoi bisogni senza che questo implicasse automaticamente ferire l'altro - se non sono sempre focalizzato sui bisogni dell'altro, allora l'altro soffrirà (senso di colpa da responsabilità), un po' come quando mi aveva chiesto gli spostamenti di orario per sue esigenze senza per forza doversi mostrare dispiaciuto o preoccupato per quello che avrei potuto provare. Probabilmente era un test di transfert per ribellione della credenza patogena (se mi occupo dei miei bisogni tu soffrirai e starai male): non mi sono mostrata risentita o dispiaciuta per le richieste di spostamento, li ho accolti ritenendo legittime le sue esigenze.

L'episodio della guardia credo sia descrivibile come un test di transfert per compiacenza alla credenza "Se ho paura, allora non sarò in grado di essere capace e verrò umiliato" (tema bluff): probabilmente nella mia risposta "capisco che ha paura di fare brutta figura ma lei è un medico e questo è un fatto, non sono preoccupata per la sua guardia", ha disconfermato la credenza patogena secondo la quale mostrare paura è una prova di incapacità personale.

Questo esempio è invece un episodio personale di drop out della mia prima terapia, episodio che solo ora, con questa esperienza formativa, sono riuscita a risignificare alla luce delle credenze patologiche e dei test. Avevo circa 25 anni, ero in terapia da un anno, ed eravamo in una fase in cui volevo liberarmi da una

relazione che durava da circa 2 anni con un ragazzo particolarmente antipatico ai miei e con una personalità, norme e valori completamente opposti a quelli della mia famiglia. Mia madre, scultrice ex anarchica...lui leggermente antiquato, rigido e maschilista. Ero particolarmente afflitta: quando salivo a casa dei miei col giovanotto mi sentivo fiera e sfidante, ma qualche minuto dopo vivevo un sentimento di slealtà e tradimento verso la mia famiglia che mi faceva sperimentare un forte senso di colpa e “pena” verso i miei familiari. Discutevo con la terapeuta, su come fossi comunque molto arrabbiata coi miei perché mi sentivo giudicata e criticata, che loro riuscivano a farmi sentire sbagliata senza dirmelo poiché operavo scelte diverse nella mia vita, che mi sentivo diversa e che questo avrebbe distrutto i miei. Ero anche molto dispiaciuta perché non vi era nulla di esplicito e quindi non avevo uno spazio di confronto e finivo col fare discussioni inutili e rovinare il clima familiare come al solito - questo mi deprimeva molto facendomi sentire in colpa e non meritevole del loro affetto. Dopo alcuni minuti di silenzio per me interminabili, la terapeuta mi disse che ad oggi si fermava spesso a riflettere sulla sua relazione con la madre e alla luce del momento attuale (si stava separando dal marito) aveva compreso che la madre aveva visto giusto sull'ex marito. Ci salutammo normalmente, la settimana successiva arrivai in seduta dicendo di apprezzare il lavoro fatto fino a quel momento e aggiungendo che avrei voluto provare a camminare da sola, interrompendo di fatto la terapia. La terapeuta accettò, rimanendo a disposizione se avessi voluto riprendere.

Credo ad oggi che sia accaduto questo: quando raccontavo del mio senso di colpa e del mio senso di slealtà verso i miei genitori per aver tradito le loro norme e le loro aspettative, forse cercavo una disperata disconferma della mia credenza patogena “se mi muovo in maniera autonoma e assecondando i miei

bisogni, ti tradirò e ne soffrirai irrimediabilmente” o ancora “se non mi occupo di renderti felice, ne soffrirai”, di conseguenza sperimentavo un forte senso di colpa da slealtà. La risposta della terapeuta fu in questo senso anti-plan poiché confermò queste credenze patogene. Inoltre, quando arrivai in seduta successiva probabilmente stavo proponendo un test di transfert per compiacenza alla credenza patogena per cui dovevo mostrarmi leale alle persone care per non ferirle.

Bibliografia

- Curtis & Silberschatz (2005) *The assessment of pathogenic beliefs*
- De Luca E. Genova F. Gazzillo F. (a cura di), *Esplorazioni teorico-cliniche - Il Primo anno del CMT-IG* Control Mastery Theory Italian Group
- Gazzillo F. 2016, *Fidarsi dei pazienti. Introduzione alla Control-Mastery Theory*, Raffaello Cortina Editore
- Liotti G. Farina B. 2011, *Soiluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa* Raffaello Cortina Editore
- Silberschatz (2005) *The Control Mastery Theory*
- Weiss J. 1999, *Come funziona la psicoterapia* Bollati Boringhieri Editore