



Kontrol Ustalığı Teorisi

Tuba Dursun Tuncel

Doğuş Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktoranı

tubadursun@yahoo.com; ORCID: 0009-0007-0367-2370

Serhat Yüksel

Doğuş Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, ORCID: 0000-0003-3933-0544

Özet

Bu makalenin konusu, Kontrol Ustalığı Teorisi (KUT) hakkında bilgi vermek ve terapist ile hasta arasındaki terapötik ilişkiyi KUT perspektifinden incelemektir. KUT her bir hasta için vaka formülasyonu sağlayan, kırk yıldan bu yana ampirik olarak test edilmiş, kullanışlı, teorileri kesen bir yaklaşım sunar. Bu teori, psikopatolojinin kökenleri konusunda ve hastaların psikoterapide sorunlarının üstesinden gelmek için nasıl çalıştığına dair bilgi sunan bir psikopatoloji ve psikoterapi teorisidir. KUT aynı zamanda, terapistlik yolunda ilerlemeyi sağlayan ufuklar açar. KUT'un ana kavramları olan hastanın patojenik inançları, bilinçdışı planı, ve terapisti test etme yöntemleri ve terapistin bu testlere karşı yanıt verebilirliği bu makalenin temel konularıdır.

Anahtar Kelimeler: Kontrol Ustalığı Teorisi, Plan Formülasyon Yöntemi

Control Mastery Theory

Abstract

The subject of this article is to provide information about Control Mastery Theory (CMT) and to review the therapeutic relationship between therapist and patient from the perspective of CMT. CMT offers a useful, transtheoretical approach that provides case formulation for each patient, empirically tested for over forty years. This theory is a theory of psychopathology and psychotherapy that offers insight into the origins of psychopathology and how patients work in psychotherapy to overcome their problems. At the same time, CMT opens horizons that enable progress on the path of becoming a therapist. The main concepts of KUT including the patient's pathogenic beliefs, his unconscious plan, and the patient's testing methods and the therapist's responsiveness to these tests, are the main topics of this article.

Key Words: Control Mastery Theory, Plan Formulation Method

Giriş

Kontrol Ustalığı Teorisi (KUT) her bir hasta için vaka formülasyonu sağlayan, kırk yıldan bu yana ampirik olarak test edilmiş kuram ötesi bir yaklaşımdır. Bireyin travmatik çocukluk yaşantıları yoluyla gelişen olumsuz inançlarının olduğu önermesini kabul etmektedir. Bu teori, psikopatolojinin kökenleri konusunda ve hastaların sorunlarının üstesinden gelmek için psikoterapide nasıl çalıştığına dair bilgi sunmaktadır. KUT; psikopatoloji ve psikoterapötik süreçlerin zihinsel, bütüncül, bilişsel-dinamik ilişkiselliğine dair bir teoridir (Weiss, 1993). Zihinsel işlevsellik çerçevesindeki bu teorinin amacı gerçekliğe uyum sağlamanın terapi içinde ve yaşamdaki yollarını açıklmaktır. İnsanoğlu bilinçsizce pek çok şey yapabilir. Bu teoriye göre hastalar, sorunlarını ve travmalarını çözmek için bilinçdışı bir motivasyona sahiptir (Leonardi ve ark., 2022; Gazzillo ve ark., 2020). KUT, hastaların sorunlarını çözmek, kendilerini semptomlardan kurtarmak ve tatmin edici bir ilişki veya anlamlı bir kariyer gibi yaşam hedeflerini iyi olma duygusuyla takip etmek için hem bilinçli hem de bilinçdışı olmak üzere yüksek düzeyde motive olduklarını varsaymaktadır (Silberchatz, 2017). Bu teori, hem bireyin kendisi ve başkaları ile ilgili olmak üzere; mutsuz eden, etkin ve tatmin edici bir yaşam sürmeyi engelleyen, işlevsiz, olumsuz inançlar gelişmesi hem de bu sağlıksız psikolojik duruma uyum sağlamaya çalışılması üzerinde durmaktadır (Silberchatz, 2017). Teorinin merkezinde iki önemli kavram vardır: birincisi, insanların savunmaları üzerinde bilinçdışı bir kontrole sahip olmaları; ikincisi, sorunlara ve davranışlara hakim olma konularında bir ustalığı sağip olma ile ilgili bilinçdışı arzudur. KUT, hastaların patojenik inançlarını çürütmek ve istenen hedeflere ulaşmak için bilinçdışı bir planla terapiye başladıklarını öne sürmüştür. Psikoterapide terapistin görevi; hastanın problemlerini çözmek için hastanın bilinçdışı planını anlamak ve sorunları çözmeye yönelik planları uygulamasına yardımcı olmaktır (Rappoport, 2002). KUT, psikoterapinin süreci ve sonucu hakkında psikoterapide değişim mekanizmalarının daha iyi anlaşılmasını ve terapötik etkinliğin en üst düzeye çıkarılmasını amaçlayan araştırmalarla desteklenmiştir (Curtis ve Silberschatz, 2007).

Patojenik İnanç

KUT; hastaların sorunlarının acımasız, korkutucu, bilinçdişı, uyumsuz inançlardan kaynaklandığını varsaymaktadır. Kuramda "patojenik" olarak adlandırılan bu inançlar, hastanın işlevselliğini ve hastanın yüksek derecede uyumlu hedefler peşinde koşmasını engellemektedir. Hastalar; hem bu inançlardan muzdariptir hem de patojenik inançlarını çürüterek, travmalarının üstesinden gelmek hem de kendilerine bilinçdişında yasakladıkları hedefleri takip etmek için oldukça motivedir (Weiss, 1991).

Her patojenik inanç, sağlıklı ve uyum sağlayıcı bir hedefin peşinde koşma ile önemli bir ilişkiyi veya refahı koruyarak güvenlik duygusunu koruma ve sürdürme ihtiyacı arasındaki çatışmadan kaynaklanır. Çünkü özgün olarak bir hedefin peşinden gitmek bilinçdişındaki tehlike sezisi ile bağlantılıdır. Tehlike hem içsel (örneğin kaygı, korku, utanç, suçluluk) hem de dışsal (örneğin, sitem edilme, önemli bir kişinin sevgisini kaybetme, sevilen bir kişiye zarar verme) olabilir. Patojenik şemalar (duygusal ve davranışsal kalıplar arasında dolaşan patojenik inançlar) acımasız olma eğilimindedir ve sağlıklı hedefleri takip etme veya bu hedeflerin tadını çıkarma becerisini kısıtlar (Aafes-van Doorn ve ark., 2020; Gazzillo, 2022).

Hastalar, psikopatolojilerinin altında yatan patojenik inançları, genellikle erken çocukluk döneminde, ebeveynleri ve kardeşleriyle yaşadıkları travmatik deneyimler yoluyla geliştirirler. Gerçeklik ve ahlakla ilgili olan bu inançlar son derece güçlü olabilir. Bunun nedeni, bebek ve küçük çocuk için ebeveynlerin, bebeğin veya küçük çocukların hayatta kalabilmek için ihtiyaç duyduğu mutlak otoriteler olmalarıdır. Bu yüzden de küçük çocuklar, ebeveynlerine olan çok önemli bağlarını sürdürmek için oldukça motive olurlar (Gazzillo ve ark., 2019).

Weiss'in patojenik inanç kavramı, Piaget'nin şemata kavramı, Beck'in şemaları ve depresif bilişler, Safran ve Segal'in kişilerarası şemaları, Bowlby'nin çalışma modeli" ve Stern'in RIG'leri ("representations of interactions that have been generalized" [genelleştirilmiş etkileşim temsilleri]) gibi diğer bilişsel ve kişilerarası kavramlara benzemektedir (Foreman,1996).

Plan ve Antiplan (Plan Karşıtı) Müdahale

KUT, bilişsel ve evrimsel psikolojideki çağdaş gelişmelerle büyük ölçüde uyumlu olan birkaç temel varsayıma sahiptir (Bargh, 2019; Leonardi ve ark., 2021). Zihinsel işleyiş kapsamındaki bu varsayımlardan biri; gerçekliğe uyum sağlamak, sağlıklı hedefler peşinde koşmak, sorunları çözmek ve travmaların üstesinden gelmektir. İkincisi, bu tür faaliyetler (örneğin, hedef belirleme, davranışları planlama, gerçeği değerlendirme, karar verme) örtük veya bilinçsiz bir işleyiş düzeyinde gerçekleştirilebilir. İnsanlar, bilinçdışının etkisinde gerçekleri düşünüp değerlendirir, kararlar alıp planlar, yapar ve uygular. Anılar, güdüler, duygular ve fikirler gibi zihinsel içerikleri tehlikeli buldukları sürece bilinçdışında savuştururlar. Ancak, bilinçdışındaki bu içerikleri güvenli bir şekilde deneyimleyebileceklerine karar verdiklerinde, bilinç düzeyine gelmesine izin verirler (Silberchatz, 2017). Bu bağlamda hasta, psikoterapiye bir bilinçdışı plan ile gelir.

Hasta terapiye geldiğinde bilinçdışı planını (bazı durumlarda kısmende olsa bilinç düzeyinde olabilir) ve kendi terapisinde nereye gitmek istediğini terapistle belirtir. Bilinçdışı plan genellikle geniş/yaygın, belirsiz bir şekilde organize edilmiştir ve planlanmamış bir fırsatçılığa sahiptir. Bilinçdışı plan terapistin kişiliğini ve değişen yaşam koşullarını hesaba katar. Örnek olarak, 'bir kişinin başkalarıyla daha yakın bağlar geliştirebilmek için reddedilme korkusunun üstesinden gelmeyi planlaması' verilebilir (Silberchatz, 2017).

Terapi boyunca hastalar, patojenik inançları değiştirmek ve hedeflerine ulaşmak için terapistle birlikte çalışırlar. Hasta psikoterapi ortamını, hastanın çocukluk çağı patojenik inançları üzerinden psikoterapistin test edildiği bir deneme ortamı gibi kullanır (Foreman, 1996). Terapisti test ederek ve terapistin testlerini geçeceğini umarak, patojenik inançlarını çürütmeye çalışır (Weiss,1990). Ayrıca hastalar, patojenik inançlarının yanlış olduğunu ve davranış için zayıf bir rehber olduğunu fark etmek için terapist müdahalelerini ve yorumlarını kullanır. Terapistin görevi, hastaların patojenik düşüncelerini çürütme çabalarında, problemlerini çözmek için hastanın bilinçdışı planını anlamak ve bunu gerçekleştirimesine yardımcı olmaktır (Rappoport, 2002).

Plan karşıtı bir müdahale (bir yorumlama), hastaların bilinçdışı planlarını gerçekleştirme çabalarını sekteye uğratabilecek bir müdahaledir. Örneğin, daha bağımsız olmaya çalışan bir hasta, bağımlılığından korktuğu şekilde yorumlanarak engellenebilir.

Başarılı olan müdahalelere plan yanlısı müdahaleler adı verilirken, hastanın patojenik bir inancın doğrulandığını algıladığı müdahaleler plan karşıtı olarak kabul edilir (Weiss, 1993).

Test

Testler, terapistin tepkisinden ya da cevabından bir şeyler öğrenmek amacıyla, hasta tarafından sıklıkla örtülü veya bilinçdışı olarak güdülenmiş motive olmuş deneme eylemleri ve iletişimlidir (Gazzillo ve ark., 2022). Weiss (1993), terapisti test etmenin terapide hastanın travmatik geçmişinin farkına varmasına, patojenik inançları hakkında netleşmesine ve patojenik inançlardan kaynaklanan semptomlar ve engellemelerin kendisinin ve başkalarının daha doğru versiyonlarıyla değiştirilmesine ve böylece kendisini özgürleşmesine olanak tanıyan güvenlik koşullarını oluşturduğunu ileri sürmüştür. (Foreman,1996). Bu yüzden hastanın iletişiminin test etme boyutunu anlamak için hastanın hedeflerini, patojenik inançlarını, travmalarını ve tercih ettiği test stratejilerini bilmek çok önemlidir (Curtis ve Silberschatz, 2007).

KUT'a göre iki test türü vardır. Bunlar, aktarım testleri ve pasif- aktif testlerdir. Bu testler terapistle ilişkide ortaya çıkan ve süren patojenik inançları çürütmeyi sağlayan bir deneyim fırsatı sunmaktadır. Aktarım testinde, terapideki kişi çocukluk yaşantısından gelen travmatize edici tepkiyi tetikleyen davranışların aynısını gösterirken, pasiften aktife geçiş testlerinde terapideki hasta bilinçli yada bilinçdışı olarak çocukluk çağı travmalarının dramatize edilmiş halini tekrar canlandırabilir. Bu durum terapistin hastanın çocuklukta yaşadıklarına araştırmasını sağlar (Foreman, 1996).

Orijinal psikanalitik yapıda aktarım, terapist ile hasta arasında gerekli güvene dayalı bir ilişki kurmanın sayısız direnç ve zorluk biçimlerinden biri olarak anlaşılmaktadır (Raune ve ark., 1997). Weiss'in aktarıma bakış açısı Freud'unkinden farklıdır. Weiss ve arkadaşlarına (1986) göre hasta, travmatik ebeveyn davranışını tetiklediği görüşüne göre davranışları yeniden üreterek aktarım yapmaktadır. Weiss, hem pasifi aktife aktarmanın hem de pasifi aktife dönüştürmenin tüm hastalar tarafından gerçekleştirildiğini: "Pasifi aktife dönüştürürken [travmatik deneyimi roller tersine dönerek tekrarlar; Aktarırken bunu doğrudan tekrarlar" şeklinde belirtmektedir (Weiss ve Sampson, 1986; Foreman, 1996). Erken psikanalitik literatür, karşı aktarımı, hastanın iletişimine

yanıt olarak terapistte ortaya çıkan, ancak terapistin kendi çatışmalardan etkilenen ve bu nedenle başarılı tedaviye potansiyel bir engel teşkil eden duygular olarak tanımlamıştır (Holmes, 2014). Kavram o zamandan buyana genişlemiş olup, farklı teorik yönelimlerde karşıaktarım; dar anlamda terapistin deneyimlediği zorlayıcı duygusal tepkilere atıfta bulunarak ve daha geniş anlamda terapistte terapide uyandırdığı duyguların aralığı olarak artık kabul edilmektedir (Gabbard, 2020).

Terapistin duygusal tepkilerini anlamlandırmanın bir yolu, psikoterapide hastaların test davranışlarının rolünü düşünmektir. Terapistlerin duyguları, bu tür testlerle, özellikle hastanın terapisti koruyan veya terapötik çerçevenin sınırlarını zorlayan dramatik davranışları söz konusu olduğunda harekete geçebilir. Çünkü hastaların test etme davranışı fazlasıyla öznel, bazen yoğun ve ani, bazen de örtük olabilmektedir (Silberchtz,2017). Klinisyenlerin duygularının hastalarının durumlarını yansıtabileceği kişilik işleyişi, seanslar sırasında terapistle ilişki kurma yollarıyla oluşmaktadır (Colli ve ark., 2022). Örneğin, hastaların narsisistik sorunları, terapistin güvensizlik duygusu ve yetersizlik duygusu dahil olmak üzere, terapistin öfke, korku ve geri çekilme duygularını uyandırma eğilimindedir (Genova ve Gazzillo, 2018). Terapist bir hastanın testini geçecek şekilde yanıt verdiğinde, hastanın genellikle daha düşük düzeyde endişeli, daha düşük düzeyde depresif, terapötik sürece daha fazla dahil olduğunu; daha içgörülü ve hedeflerinin peşinden gitmek için daha motive olduğunu göstermiştir (Gazzillo ve ark., 2019; Silberschatz, 2017). Tersine, terapist bir testte başarısız olduğunda, hasta daha endişeli ve depresif hale gelebilir ve hastanın terapötik sürece daha az dahil olması, konuyu değiştirmesi, susması veya kafasının karışması ile terapi hedeflerinden uzaklaşması beklenebilir. Bu yüzden de terapi çıkmaza girebilir (Gazillo ve ark. 2019).

Rehberlik

KUT'ta terapist hastanın testlerini geçtiğinde hasta kişilerarası ilişkilerinde daha pozitif hale gelmekte ve duyguları üzerinde daha etkin olmaktadır (Silberschatz ve ark., 1986; Silberschatz ve Curtis, 1993). Hasta, terapistini test ederken seans içinde rehberlik yapmaktadır. Rehberlik terimi, hastanın neye ihtiyacı olduğunu terapistin anlamasına yardımcı olacak bilgileri sağlamak üzere hastanın sergilediği davranış, tutum ve iletişim bileşenlerini ifade etmektedir. Bu, doğrudan

Kontrol Uсталığı Teorisi

ve açık iletişim yoluyla olabileceği gibi, paradoksal davranışlara kadar belirsiz mesajlar aracılığıyla da gerçekleşebilir. Genel olarak hastalar bilinçdışı planlarının bileşenlerinin ne kadar farkında olursa, o kadar net ve anlaşılır rehberlik iletişimi sağlayabileceklerdir. Bunun nedeni insanların zihinsel ve duygusal yaşamlarını kontrol edebilmeleridir. Bireyin zihinsel içeriğe ve süreçlerine erişimi algılanan güvenlikle bağlantılıdır (Bugas ve Silberchatz, 2000).

Rehberlik faaliyetleri hastanın planıyla tutarlı olan ifadeler ve davranışlardır; özünde genellikle terapistte çok yoğun duygular uyandırmazlar (Gazzillo, 2016).

Bilinçdışı Suçluluk

KUT'a göre suçluluk patolojide önemli bir rol üstlenebilmektedir. İrrasyonel suçluluğu destekleyen patojenik inançlar, çocuğun travmatik ortam ve olaylara uyum sağlama ihtiyacından dolayı çocuklukta ortaya çıkmaktadır. Çocuğun yanlış görülen davranışları arasında çağrışımı kolaylaştırarak büyüme ve tümgüçlü düşüncelerinden etkilenebilmektedir (Gazzillo ve ark, 2018).

Bilinçdışı suçluluk şu şekilde açıklamaktadır:

Ebeveynlerine olan bağlılıklarının ve ebeveynleriyle olan ilişkilerinde edindikleri patojenik inançların gücü, terapistte patojenik inançlarından vazgeçmeye çalışan yetişkinlerin genellikle ebeveynlerine karşı sadakatsiz hissettikleri gözlemiyle farkedilir ve gösterilir. Erişkin hastalar, anne babalarından öğrendikleri uyumsuz inanç ve davranışlardan vazgeçerek, hayatın güzelliklerine anne babalarından daha fazla yönelerek anne babalarını geride bıraktıklarına inanıyorlarsa, ebeveynlerine karşı suçluluk deneyimleri beklenebilir (Silberchatz, 2017).

Plan Formülasyon Yöntemi

Plan Formülasyon Yöntemi, Caston (1977,1986) tarafından geliştirilen Plan Teşhis Yöntemi'nden doğmuştur. Mount Zion Psikoterapi araştırma grubu (1986) tarafından geliştirilen Plan Formülasyon Yöntemi, hastanın sadece açık ve gizli sorunlarını değil aynı zamanda terapiye

yönelik belirlenmiş ve belirlenmemiş hedefleri, bu hedeflere ulaşmak için olası engelleri ve dirençleri, ayrıca hastanın sorunları çözmek için terapide nasıl çalışılacağını kapsamaktadır. Plan Formülasyon Yöntemi'nin güvenilir, kolay öğretilbilir ve psikanalitik ve psikanalitik olmayan psikoterapilerin farklı biçimlerine uygulanabilir olduğu ileri sürülmektedir (Curtis ve Silberschatz, 1991). Ayrıca, psikoterapötik sürece ilişkin farklı teorilerin klinik açıdan anlamlı karşılaştırmalarında da kullanılabilir (Curtis ve ark., 1988; Rosenberg ve ark., 1986). Sadece hastanın açık sorunlarını ve bilinçdışı dirençlerini değil, aynı zamanda hastanın belirtilmiş ve belirtilmemiş psikoterapi hedeflerini de tanımlar. Hastanın sorunları çözmek için terapide nasıl çalışacağına dayalı formülasyon geliştirmeye yönelik bu yöntemin, güvenilir, kolay öğretilbilir ve psikanalitik ve psikanalitik olmayan psikoterapilerin farklı biçimlerine uygulanabilir olduğu savunulmaktadır (Curtis ve Silberschatz, 1991).

Sonuç

Bir terapi sırasında, terapist, hastanın bir zamanlar hissettiği hislerin benzerlerini, hastanın bir zamanlar arzuladığı hisleri, travmatik figürlerin yaşadığı hisleri ve hastanın yaşayacağı hislerin benzerlerini deneyimleyebilir. Bu duygulanımlar hastanın hedeflerini, patojenik inançlarını ve travmalarını içeren planının formüle edilmesi ile birlikte, terapistin hastanın sunabileceği test türlerini tahmin etmesine yardımcı olabilir. Bu şekilde, terapistin, ortaya çıkan duygusal tepkilere bir şekilde hazırlıklı olmasına, bunların anlamlarına ve hastanın o anda ihtiyaç duyduğu tepki türlerine odaklanmasına olanak tanıyabilir [\[SY1\]](#)(Gazzillo ve ark., 2022).

KUT perspektifinden, terapistin duyguları hastanın testleriyle iç içe geçmiş olabilir; bu durum, hastanın patojenik inançları çürütme ve terapötik hedeflere ulaşma çabasının bir parçasıdır. Terapistin duygularının hastanın testleri ile iç içe geçmiş olması, hastanın problemlerinin çözülmesi için hastanın bilinçdışı planının terapist tarafından anlaşılması bağlamında önemlidir (Rappoport,A, 2002). Terapist, bu duyguların rehberliğinde hastanın testinden geçebilir ve hastanın patojenik inançları therapist üzerinden güçsüzleşmeye başlar. Hastalar terapistin testleri geçtiğini deneyimlediğinde ve/veya onlara plan yanlısı yorumlar önerdiğinde, anında ilerleme

Kontrol Ustalığı Teorisi

kaydederler ve daha cesur ve daha anlayışlı hale gelirler (Caston, 1986, Fretter 1984; Silberschatz, 1986; Salberschatz, Fretter ve Curris) , 1986, Salberschatz ve Curtis, 1993)

Özetle her hasta, amacına ulaşmak, daha iyi olabilmek , patojenik inançlarını çürütmek, travmalarıyla baş etmek, testlerini geçmek, ihtiyaç duyduğu içgörüye ulaşmak için bilinçdışı bir planla terapiye gelir (Curtis ve Silberschatz, 2007; Gazzillo, Dimaggio ve Curtis, 2019). Bu yüzden KUT, terapist hasta ilişkisinin terapötik süreç ve terapötik ittifak açısından anlaşılmasında ufuk açıcı bir teoridir. KUT'un özellikle farklı kuramsal yaklaşımlara yönelik ampirik çalışmalarla daha çok desteklenmesi, terapi ortamında düzelme/iyileşme sürecinin daha açık bir şekilde anlaşılmasına katkı sunacaktır.

Kaynakça

Adler, G. (1980). Transference, real relationship and alliance. *The International Journal of Psycho-Analysis*; London Vol.61, (Jan 1, 1980): 547.

Aafes-van Doorn, K., Kamsteeg, C., & Silberschatz, G. (2020). Cognitive mediators of the relationship between adverse childhood experiences and adult psychopathology: A systematic review. *Development and Psychopathology*, 32(3), 1017–1029.

Bargh, J. (2017). *Before you know it: The unconscious reasons we do what we do*. New York: Simon & Schuster.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy Research and Practice*, 16(3), 252–260.

Bugas, J., & Silberschatz, G. (2000). How patients coach their therapists in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(1), 64–70. <https://doi.org/10.1037/h0087676>.

Caston, J. (1977). Manual on how to diagnose the plan. In J. Weiss, H. Sampson, J. Caston, & G. Silberschatz. *Research on the psychoanalytic process: 1. A comparison of two theories about analytic neutrality* (Bulletin No. 3, pp. 15-21). San Francisco: The Psychotherapy Research Group, Department of Psychiatry, Mount Zion Hospital and Medical Center.

Caston, J. (1986). The reliability of the diagnosis of the patient's unconscious plan. In J. Weiss, H. Sampson, & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research* (pp. 241-255). New York: Guilford Press.

Colli, A., Gagliardini, G., & Gullo, S. (2022). Countertransference responses mediate the relationship between patients' overall defense functioning and therapists' interventions. *Psychotherapy Research*, 32(1), 45–58. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1884768>

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

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 10–17. doi:10.1037/a0025749 .

Foreman, S. A. (1996). The significance of turning passive into active in control mastery theory. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(2), 106-121.

Gabbard GO. *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A BASIC TEXT*. 3rd Edn. American Psychiatric Association Publishing (2017). doi: 10.1176/appi.books.9781615371471.

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. Patients' Tests and Clinicians' Emotions: A Clinical Illustration. *J Contemp Psychother* 52, 207–216 (2022).

Gazzillo, F., Toward a More Comprehensive Understanding of Pathogenic Beliefs: Theory and Clinical Implications. *Journal of Contemporary Psychotherapy* (2023) 53:227–234.

Gazzillo, F.; Gorman, B.; De Luca, E.; Faccini, F.; Bush, M.; Silberschatz, G.; Dazzi, N. Preliminary Data about the Validation of a Self-Report for the Assessment of Interpersonal Guilt: The Interpersonal Guilt Rating Scales–15s (IGRS-15s). *Psychodyn Psychiatry* 2018, 46, 23–48.

Genova, F., & Gazzillo, F. (2018). Personality organization, personality styles, and the emotional reactions of treating clinicians. *Psychodynamic Psychiatry*, 46(3), 357–392. <https://doi.org/10.1521/pdps.2018.46.3.357>.

Greenson R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanal. Q.* 34, 155–179 [PubMed]

Greenspan, S., & Cullander, C. (1975). A systematic metapsychological assessment of the course of an analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 23, 107–138. <https://doi.org/10.1177/000306517502300106>

Holmes, J. (2014). Countertransference in qualitative research: a critical appraisal. *Qualitative Research*, 14(2), 166–183. doi:10.1177/1468794112468473

Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 292–299

Hatcher, R. L. (2015). Interpersonal competencies: Responsiveness, technique, and training in psychotherapy. *American Psychologist*, 70, 747–757.

Horvath, A. O. (2006). The alliance: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy; Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 258–263.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D.(2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*,48, 9–16

Leonardi, J., Gazzillo, F., & Dazzi, N. (2021). The adaptive unconscious in psychoanalysis. *International Forum of Psychoanalysis*. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2021.1893382>

Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92–116). New York: Brunnel/Mazel.

Rappoport, A. 2002. How psychotherapy works: The concepts of control-mastery theory. *Bulletin of the American Academy of Clinical Psychology*, 8(2), 10-14.

Raue PJ, Goldfried MR, Barkham M. The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *J Consult Clin Psychol.* 1997;65(4):582–587.

Ruane, J. and Todd, J. (1996) *The Dynamics of Conflict in Northern Ireland: Power, Conflict and Emancipation* (Cambridge: Cambridge University Press).

Rosenberg, S. E., Silberschatz, G., Curtis, J. T., Sampson, H., & Weiss, J. (1986). A method for establishing the reliability of statements from psychodynamic case formulations. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1454-1456.

Safran, J. D. (1990). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: I. Theory. II. Practice. *Clinical Psychology Review*, 10(1), 87–122. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90108-M](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90108-M)

Safran, J. D., & Muran, J. C. (1995). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Session: Psychotherapy in Practice*, 1, 81–92.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447–458. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.447>

Safran, J. D., & Muran, J. C. (1998). *The therapeutic alliance in brief psychotherapy: General principles*. Washington, DC: American Psychological Association.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000a). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000b). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 233–243. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2)

Silberschatz, G. & Curtis, J. (1993). Measuring the therapist's impact on the patient's therapeutic progress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 401-411.

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

Silberschatz, G. (2017). Control-Mastery Theory. In book: *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, 1-8.

Sullivan, D. (1994) Measuring the Degree of Internationalization of a Firm. *Journal of International Business Studies*, 25, 325-342. <https://doi.org/10.1057/palgrave.jibs.8490203>

Weiss J, Sampson H, and Mount Zion Psychotherapy Research Group: *The Psychoanalytic Process*. New York, Guilford, 1986.

Weiss, R. S. (1991). The attachment bond in childhood and adulthood. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 66–76). Tavistock/Routledge.

Weiss, J. (1993b). *How Psychotherapy Works: Process and Technique*. New York: Guilford Press.

Zetzel E. R. (1956). Current concepts of transference. *Int. J. Psychoanal.* 37, 369–375.