

7 Il Metodo del CCRT-LU¹

7.1 Introduzione

Il grande volume di materiale che viene portato alla luce nel corso di un trattamento psicoanalitico deve essere ridotto a quanto è più significativo. Gli eventi non sono significativi di per sé, ad ogni modo: viene conferita importanza ad essi. Ciò che un analista considera significativo nel processo analitico dipende dal criterio di significatività che lui o lei applicano al corso del processo psicoanalitico. Una concezione del processo sarà maggiormente differenziata o più esplicita di un'altra, tuttavia come premessa fondamentale nessun trattamento può essere portato avanti a meno che il terapeuta sia in possesso di modelli concettuali di percorsi di terapia che suggeriscano modi di procedere e criteri di valutazione. Un trattamento psicoanalitico può essere caratterizzato in un gran numero di modi. Freud ha paragonato il processo analitico ad un gioco di scacchi ed ha fatto delle analogie tra le attività dell'archeologo, del pittore e dello scultore e quelle dell'analista. Il lavoro di Freud, tuttavia, non fornisce una concezione definita del processo al di là dello specificare una fase iniziale, di mezzo e finale (Glover, 1955). Ad oggi il numero di modelli coerenti del processo psicoanalitico rimane modesto (Thomä, Kächele, 1987). Nell'*Ulm Process Model*² (Thomä, Kächele, 1987; Kächele, 1988), la terapia psicoanalitica è concepita come una terapia focale continua e temporalmente illimitata con un cambiamento, e con un focus variabile, sviluppato interattivamente. La sequenza dei foci è considerata come una conseguenza di uno scambio inconscio fra i bisogni del paziente e le risorse dell'analista. Il paziente può fare diverse "offerte" in un determinato periodo di tempo, ma è soltanto l'attività di selezione dell'analista che può avere come conseguenza la formazione di un focus. Il lavoro reciproco di paziente e analista su un focus conduce ad ulteriori aree di concentrazione che non sarebbero state possibili senza il precedente lavoro. Quando il primo focus è stato elaborato, si guadagna l'accesso ad un secondo; l'esplorazione approfondita del secondo focus può a sua volta permettere di rivisitare il primo focus in un senso qualitativamente nuovo.

Le "offerte" tematiche fatte dal paziente possono essere intese nei termini di quanto French chiamava "conflitti focali", che rappresentano costellazioni di conflitto

¹ Adattato da: Albani C, Pokorny D, Blaser G, König S, Thomä H, Kächele H (2003) Study of a Psychoanalytic Process using the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) Method according to the Ulm Process Model. *European Psychotherapy* 4: 11-32.

Trad. it. Angela Caldarera, Simona Muzzetta

² N.d.Tr.: il Modello di Processo di Ulm

infantili inconscie (tematizzate da French come "conflitti nucleari"): in altre parole esse sono le soluzioni generate sotto la pressione del problema attuale. French, tuttavia, è rimasto con un problema irrisolto: "ancora, cercare il conflitto focale del paziente è un'arte intuitiva che non può completamente essere ridotta a delle regole." (French, 1958, p.101) .

Il metodo del Tema Relazionale Conflittuale Centrale messo a punto da Lester Luborsky (Luborsky, 1977; Luborsky, Albani e Eckert, 1992; Luborsky e Crits-Christoph, 1988) offre una via per operationalizzare questi conflitti focali e contrali. Lo scopo del presente studio è studiare quanto sia efficace il metodo del Tema Relazionale Conflittuale Centrale (CCRT) nel descrivere il corso terapeutico di un trattamento psicoanalitico secondo l'Ulm Process Model.

7.2 Stato attuale della ricerca e scopo dello studio

Anche se un numero considerevole e una grande varietà di studi sono stati condotti con il metodo CCRT (Luborsky et al. 1999), fino ad oggi sono stati molto pochi a seguire corsi di terapia con il metodo CCRT. Gli studi a noi noti sono relativi a terapie a breve termine (Albani, Pokorny, Dahlbender, Kächele, 1994; Anstadt, Merten, Ullrich, Krause, 1996; Grabhorn, Overbeck, Kerhof, Jordan, Mueller, 1994; Luborsky, Crits-Cristoph, Friedman, Mark, Schaffler, 1991).

Che si sappia non ci sono state finora ricerche su terapie psicanalitiche a lungo termine con l'utilizzo del metodo CCRT. Lo scopo del nostro studio esplorativo era descrivere con il metodo CCRT il corso delle 517 ore di psicoanalisi della paziente Amalie. Un obiettivo che guidava lo studio era il determinare se ed in che forma l'Ulm Process Model possa essere dimostrato in un trattamento psicoanalitico.

7.3 Descrizione clinica della paziente Amalie

Per la descrizione e valutazione clinica facciamo nuovamente riferimento alla nostra descrizione introduttiva.

In questa sede ripetiamo soltanto la descrizione sistematica dei temi di transfert poiché saranno usati in questo studio come punto di ancoraggio clinico.

Tabella 1

Configurazioni Cliniche di Transfert

Configurazioni cliniche di transfert	Fase della terapia	Numeri delle sedute
Analisi come confessione	I	1-5
Analisi come test	II	26-30
La madre cattiva	III	50-54
L'offerta di sottomissione e la sfida segreta	IV	76-80
La ricerca di norme da sé	V	100-104
Il padre deludente e l'impotenza della figlia	VI	116-120
Il freddo, distante padre e l'iniziale desiderio di identificazione	VII	151-155
Ambivalenza nella relazione con il padre	VIII	176-180
Il padre come seduttore o come giudice morale	IX	202-206
Lui mi ama – Lui non mi ama	X	226-230
Neanche un padre può creare un figlio maschio a partire da una ragazza	XI	251-255
La sensazione dei lacci del grembiule ³	XII	276-280
La povera vergine ed il re ricco	XIII	300-304
Timore del rifiuto	XIV	326-330
Amore impotente per il padre potente e gelosia per sua moglie	XV	351-355
Separazione attiva e abbandono rifiutato	XVI	376-380
Scoperta delle proprie capacità critiche, riconoscimento delle mancanze dell'analista, nuovo tentativo di commiato	XVII	401-404, 406
La figlia tenuta con la mano sinistra – rivalità con il primogenito per la madre	XVIII	426-430
Astio per l'analista che dà generosamente e il venire fuori da questa prospettiva	XIX	445-449
L'arte dell'amore è tollerare l'amore e l'odio	XX	476-480
Padroneggiare il commiato: aver elaborato la fantasia orale-aggressiva sull'analista	XVI	501-505
Sinfonia dell'addio: il ritorno di molti timori e scoperta di molti cambiamenti	XVII	513-17

Non è difficile "inventare" tali descrizioni, anche da persona inesperta che legge le sedute trascritte. E' infatti ancora un procedimento minuzioso: i testi in primo luogo sono letti e riletti con la massima cura da due studenti di medicina (AS, BS), che poi

³ N.d.Tr.: l'autore fa riferimento al modo di dire "essere attaccato alle gonne della propria madre".

preparano un estratto che, a sua volta, viene controllato da due psicoanalisti (HK, RH). Come forma di ricerca qualitativa, il prodotto che ne risulta sta finalmente acquistando un maggior rispetto (Frommer, Rennie, 2001). Fin dall'inizio, il metodo del Tema Relazionale Conflittuale Centrale ha occupato una posizione privilegiata fra la valutazione qualitativa e la quantificazione esatta. Ora volgiamo lo sguardo alla prima applicazione di questo metodo ad una terapia psicoanalitica.

7.4 Il Metodo CCRT

Il metodo CCRT permette di mostrare i modelli interiorizzati di relazione. È basato su un'analisi di episodi narrativi delle esperienze relazionali del paziente. Dato che questi "episodi relazionali" sono il fondamento del metodo, il primo passo è quello di identificarli. Vengono quindi determinati tre tipi di componenti: *desideri*, *bisogni* ed *intenzioni* (componente W); *risposte dell'oggetto* (componente RO); e *risposte del soggetto* (componente RS). Vengono categorizzate le risposte positive e negative. Inizialmente, la formulazione delle categorie è mantenuta il più vicina possibile al testo ("formulazione fatta su misura"). Poiché le attuali categorie e clusters standard americani del metodo sono state criticate più di una volta (Albani et. al, 1999), è stata intrapresa una riformulazione delle strutture categoriali del metodo CCRT (Albani et. al, 2002).

Diversamente dal vecchio sistema, è stata introdotta nella componente del desiderio una dimensione direzionale che mette in evidenza se l'attività viene dall'oggetto o dal soggetto (WO - "che cosa desidero che l'oggetto faccia per me" ed i WS - "che cosa desidero fare per l'oggetto (o per me stesso)". Questa aggiunta si è dimostrata rilevante negli studi iniziali.

Contrariamente alle vecchie categorie, la struttura del sistema riformulato ha una logica coerente ad esso (Pokorny et. al, 2003): tutte e tre le dimensioni sono codificate in base alla stessa lista di predicati, che è gerarchicamente strutturata. Le risposte dell'oggetto e del soggetto sono analoghe e c'è un'analogia completa fra i desideri e le risposte sia dell'oggetto che del soggetto (per esempio cluster A "che è attento verso qualcuno": WO "l'altro dovrebbe essere attento verso di me"; WS "io voglio essere attento verso l'altro"; RO "l'altro è attento"; RS "io sono attento verso l'altro").

Nella riformulazione che ne risulta c'è una lista di predicati per un totale di 119 sottocategorie raggruppate in 30 categorie, che a loro volta sono raggruppati in 13 clusters. Nel presente studio, la valutazione è stata fatta sul livello delle sottocategorie, mentre i risultati sono stati presentati al livello dei cluster (per i nomi dei clusters si veda la Tabella 2).

Il Tema Relazionale Conflittuale Centrale (CCRT) è *composto dal desiderio più frequente, dalla risposta dell'oggetto più frequente e dalla risposta del soggetto più frequente*.

7.5 Campione e statistiche

I dati sono forniti dai trascritti delle sedute di questo trattamento psicoanalitico completamente audioregistrato, che sono accessibili dalla Ulmer Textbank. E' stato effettuato un campionamento temporale sistematico dei trascritti selezionando blocchi di 25 sedute consecutive con un intervallo di 25 sedute tra un blocco e l'altro. Nel presente studio abbiamo valutato solo il primo e l'ultimo blocco di tempo, designati in questa sede come fasi della terapia e numerati con numeri Romani. Questi erano le sedute 1-30 e 510-517. In aggiunta, partendo dalla cinquantesima seduta, sono stati analizzati blocchi composti generalmente da cinque sedute ad intervalli di 50 sedute⁴. Quando si trovava che un blocco non conteneva almeno dieci episodi relazionali, venivano aggiunte ulteriori sedute fino a che si raggiungeva un minimo di dieci episodi relazionali. Il nostro campione include 11 dei 22 blocchi disponibili ma contiene 92 sedute.

La valutazione delle sedute è stata effettuata secondo un ordine randomizzato da un esperto valutatore del CCRT sul livello delle sottocategorie. Le sottocategorie non venivano assegnate ai cluster finché non veniva intrapresa una valutazione statistica.

Grazie al nostro ricco database, è stato possibile analizzare non solo le frequenze assolute ma anche la complessa struttura dei dati. Su una tabella di contingenza bidimensionale, la variabile "fase della terapia" viene messa a confronto con una delle variabili del CCRT (desiderio, risposta dell'oggetto e risposta del soggetto). Secondo l'ipotesi nulla, le frequenze osservate delle dimensioni individuali sono note (per esempio, i cluster desiderio e le fasi della terapia), e si assume che le due dimensioni siano indipendenti, e cioè che le distribuzioni di frequenza delle componenti del CCRT siano le stesse in tutte le fasi della terapia. L'ipotesi alternativa, quindi, è che alcune categorie si presentino più frequentemente in alcune fasi della terapia di quanto ci si potrebbe aspettare dalle frequenze osservate delle dimensioni individuali.

Questa ipotesi dell'omogeneità delle fasi della terapia è in primo luogo testata globalmente per mezzo del *Test generalizzato di Fisher* (metodo Monte-Carlo).

Nella fase esplorativa seguente, utilizzando un classico test di Fisher, a una via, vengono determinate le categorie del CCRT che si presentano più frequentemente di quanto atteso in una particolare fase della terapia. Quindi vengono presentate le categorie con la frequenza più alta assoluta come pure le categorie più-frequenti-di-quanto-atteso. (Albani et. al., 1994; Pokorny et. al., 2003).

⁴ N.d.A.: La descrizione del campione del testo trascritto di Amalie X (Kächele, Schinkel et al., 1999) è basata su 22 blocchi trascritti di cinque sedute ciascuno, selezionati ad intervalli di 25 sedute. Le sedute qui analizzate con il metodo CCRT sono state selezionate da metà delle sedute disponibili. Per amore di chiarezza e per mantenere la connessione con gli altri studi di Ulm, abbiamo scelto anche in questa sede la numerazione 1-22. Quindi le fasi della terapia qui esaminate sono quelle con numerazione dispari

7.6 Risultati

Attendibilità della valutazione del CCRT

La valutazione del CCRT è stata effettuata da un valutatore esperto. Al fine di verificare l'attendibilità e di evitare l'inerzia del valutatore, durante il processo di valutazione è stata selezionata una seduta a caso dagli 11 blocchi valutati per essere esaminata da un secondo valutatore. In questo noi abbiamo seguito l'approccio di Luborsky, Diguer (1990).

Nel *primo step*, è stato verificato il grado di accordo nell'individuazione degli episodi relazionali, essendo il criterio una concordanza in sette linee all'inizio e sette linee alla fine di un episodio. La percentuale di accordo è stata del 72% per l'inizio di un episodio e del 69% per la fine di un episodio. Negli episodi relazionali la cui individuazione era concorde, l'accordo riguardante l'oggetto dell'episodio ha raggiunto il 99%.

Nel *secondo step* gli episodi relazionali erano noti, e il grado di accordo nell'individuazione dei componenti è stato verificato sulla base di un criterio di sette parole all'inizio e alla fine di un componente. Il grado di accordo all'inizio e alla fine di un componente è arrivato al 76% per i desideri, 96% e 95% per le risposte dell'oggetto e 94% e 96% per le risposte del soggetto.

Nel *terzo step*, le componenti erano già date e venne verificato il grado di accordo relativo all'assegnazione alle categorie standard e alla valutazione della valenza delle risposte. Il grado di accordo riguardante la valenza delle risposte era pari ad un coefficiente kappa .78. Per l'assegnazione alle categorie standard (al livello di cluster) il coefficiente kappa medio era .68 (W .58, RO .60, RS .70).

Risultati della valutazione del CCRT

Nelle 92 ore, nel complesso sono stati trovati 579 episodi relazionali, contenenti 806 desideri, 986 risposte dell'oggetto e 1103 risposte del soggetto. L'indice positivo (numero di risposte positive rispetto alla somma delle risposte positive e negative) raggiunse il 15.1% per le risposte dell'oggetto e 23.9% per le risposte del soggetto.

La tabella 2 presenta una sintesi della distribuzione di frequenza delle categorie sul livello cluster.

Tabella 2

Distribuzione di frequenza delle variabili del CCRT: desideri relativi all'oggetto (WO), desideri relativi al soggetto (WS), risposte dell'oggetto (RO) e risposte del soggetto (RS) (frequenze relative in %, n=579 episodi relazionali)

Cluster	WO n=518	WS n=288	RO n=986	RS n=1103
A Partecipare a	46.3	12.5	4.2	3.3
B Supportare	26.6	4.9	5.1	2.4
C Amare/sentirsi bene	14.3	19.8	4.4	6.0
D Essere auto-determinata	10.0	27.1	6.9	7.2
E Essere depressa	0	0	.3	6.4
F Essere insoddisfatta/spaventata	0	0	1.7	24.2
G Essere determinata dagli altri	0	.3	5.3	15.3
H Essere arrabbiato/antipatica	0	0	4.7	15.5
I Essere inaffidabile	0	.3	19.3	.1
J Rifiutare	0	8.7	19.2	6.1
K Soggiogare	.2	6.2	13.6	1.4
L Contrariare/Attaccare	0	2.8	7.3	1.4
M Chiudersi in sé stessa	2.5	17.4	8.2	10.7

Il Tema Relazionale Conflittuale Centrale (CCRT, categorie più frequenti tra tutte) per l'intera terapia è come segue:

WO: gli altri dovrebbero essere attenti verso di me (WO C1 A),
 WS: voglio essere auto-determinata (WS C1 D),
 RO: gli altri sono inaffidabili (RO C1 I),
 RS: sono insoddisfatta, spaventata (RS C1 F).

La tabella 3 presenta le categorie tipiche per ogni fase della terapia.

Tabella 3 Tema Relazionale Conflittuale Centrale (CCRT) nel corso della terapia (frequenze assolute/relative in % in relazione a quella data fase della terapia)

Categorie con la più alta frequenza assoluta	Categorie più frequenti di quanto atteso*
Fase della Terapia I, sedute 1-30, n=30	
WO C1 A "Gli altri dovrebbero essere attenti" (112/55)	WO C1 A "Gli altri dovrebbero essere attenti" (112/55)
WS C1 D "Voglio essere auto-determinata" (42/37)	WS C1 D "Voglio essere auto-determinata" (42/37)
RO C1 J "Gli altri mi rifiutano" (82/84)	RO C1 J "Gli altri mi rifiutano" (82/84)
RS C1 F "Sono insoddisfatta, spaventata" (116/27)	RO C1 G "Gli altri sono deboli" (24/7)
	RS C1 F "Sono scontenta, spaventata" (116/27)
	RS C1 G "Sono determinata dagli altri" (77/18)

7 Studio di un Processo Psicoanalitico utilizzando il Metodo del Tema Relazionale Conflittuale Centrale (CCRT) secondo l'Ulm Process Model

	RS Negative	335/82
Fase della Terapia III, sedute 50-55, n=5		
WO C1 A “Gli altri dovrebbero essere attenti” (9/41) WS C1 M “Desidero chiudermi in me stessa” (4/21) RO C1 J “Gli altri mi rifiutano” (10/20) RS C1 F “Sono insoddisfatta, spaventata” (11/26)		RO C1 F “Gli altri sono insoddisfatti, spaventati” (4/8) RS C1 C “Mi sento bene” (7/16)
Fase della Terapia V, sedute 100-104, n=5		
WO C1 B “Gli altri dovrebbero supportarmi” (12/44) WS C1 C “Vorrei amare e sentirmi bene” (5/36) RO C1 I “Gli altri sono inaffidabili” (12/23) RS C1 F “Sono insoddisfatta, spaventata” (25/42)		WO C1 B “Gli altri dovrebbero supportarmi” (12/44) RO C1 M “Gli altri si chiudono in loro stessi” (9/18) RS C1 F “Sono insoddisfatta, spaventata” (25/42)
Fase della Terapia VII, sedute 151-157, n=7		
WO C1 A “Gli altri dovrebbero essere attenti” (7/78) WS C1 J “Voglio rifiutare gli altri” (3/43) RO C1 I “Gli altri sono inaffidabili” (6/27) RS C1 F “Sono insoddisfatta, spaventata” (6/37)		WS C1 J “Voglio rifiutare gli altri” (3/43) RO Negative 22/100
Fase della Terapia IX, sedute 202-206, n=5		
WO C1 A “Gli altri dovrebbero essere attenti” (8/33) WS C1 M “Desidero chiudermi in me stessa” (4/31) RO C1 I “Gli altri sono inaffidabili” (11/26) RS C1 F “Sono insoddisfatta, spaventata” (11/22)		WO C1 D “Gli altri dovrebbero essere auto-determinati” (6/25) RO C1 D “Gli altri sono auto-determinati” (7/16)
Fase della Terapia XI, sedute 251-255, n=5		
WO C1 A “Gli altri dovrebbero essere attenti” (7/33) WS C1 A “Voglio essere attenta verso gli altri” (4/67) RO C1 I “Gli altri sono inaffidabili” (7/27) RS C1 F “Sono insoddisfatta, spaventata” (10/32)		WS C1 A “Voglio essere attenta verso gli altri” (4/67)
Fase della Terapia XIII, sedute 300-304, n=5		
WO C1 A “Gli altri dovrebbero essere attenti” (6/40) WS C1 M “Desidero chiudermi in me stessa” (3/43) RO C1 J “Gli altri mi rifiutano” (6/23) RS C1 F “Sono insoddisfatta, spaventata”		

7 Studio di un Processo Psicoanalitico utilizzando il Metodo del Tema Relazionale Conflittuale Centrale (CCRT) secondo l'Ulm Process Model

(9/36)	
Fase della Terapia XV, sedute 351/355, n=5	
WO C1 A “Gli altri dovrebbero essere attenti” (19/54) WS C1 M “Desidero chiudermi in me stessa” (5/36) RO C1 I “Gli altri sono inaffidabili” (14/25) RS C1 H “Sono arrabbiata, antipatica” (17/28)	WS C1 K “Voglio soggiogare gli altri” (3/21) RS C1 H “Sono arrabbiata, antipatica” (17/28)
Fase della Terapia XVII, sedute 401-404, 406, n=5	
WO C1 C “Gli altri dovrebbero amarmi” (7/30) WS C1 J “Voglio rifiutare gli altri” (2/50) RO C1 J “Gli altri mi rifiutano” (12/27) RS C1 G “Sono determinata dagli altri” (9/25)	WO C1 C “Gli altri dovrebbero amarmi” (7/30)
Fase della Terapia XIX, sedute 445-449, n=5	
WO C1 B “Gli altri dovrebbero supportarmi” (17/33)	WO C1 C “Gli altri dovrebbero amarmi” (13/25)
WS C1 C “Vorrei amare e sentirmi bene” (11/37)	WS C1 C “Vorrei amare e sentirmi bene” (11/37)
RO C1 I “Gli altri sono inaffidabili” (25/23)	RO C1 M “Gli altri si chiudono in loro stessi” (18/17)
RS C1 F “Sono insoddisfatta, spaventata” (28/23)	RS C1 M “Mi chiudo in me stessa” (25/20) RS Negative 42/91
Fase della Terapia XXI, XXII, sedute 501-517, n=17	
WO C1 A “Gli altri dovrebbero essere attenti” (40/45) WS C1 D “Voglio essere auto-determinata” (20/33) RO C1 I “Gli altri sono inaffidabili” (46/21) RS C1 H “Sono arrabbiata, antipatica” (45/19)	WS C1 L “Voglio contrariare, attaccare gli altri” (5/8) RS C1 H “Sono arrabbiata, antipatica” (45/19) RS C1 D “Sono auto-determinata” (37/16) RS C1 J “Rifiuto gli altri” (23/10) RS Positive 87/37

*Test di Fisher, a due code, p .05, W: n=806, RO: n=986, RS: n=1103

Come background necessario per la discussione seguente, sarà d'aiuto fornire una descrizione clinica dettagliata e sistematica della terapia e delle sue sezioni tematiche. La richiesta per una tale presentazione, che supera di gran lunga tutti i requisiti consueti per le storie del caso, è stata fatta da Kächele (1981) e potrebbe adesso essere soddisfatta rendendo la presentazione disponibile in tutti i dettagli desiderati su Internet (<http://sip.medizin.uni-ulm.de/psychotherapie>).

Utilizzando la distinzione di French tra “conflitti nucleari” e “conflitti focali”, noi siamo riusciti a stabilire che attraverso tutte le fasi del trattamento si rende evidente un tema di base in ognuna delle categorie più frequenti della procedura CCRT:

Il desiderio di Amalie per l'attenzione (WO C1 A) e per il supporto (WO C1 B) da parte degli altri; la sua esperienza degli altri come rifiutanti (RO C1 J) e inaffidabili (RO C1 I); e la sua insoddisfazione e ansietà (RS C1 F). I desideri relativi al soggetto sono distinti per ognuna delle fasi della terapia.

Le categorie più frequenti di quanto atteso sono caratterizzate dai temi che distinguono la particolare fase della terapia dalle altre fasi.

La **fase iniziale I della terapia** (sedute 1-30) è caratterizzata principalmente dal desiderio di Amalie di ricevere attenzione benevola da parte degli altri (WO C1 A). Parla dei suoi colleghi, da cui si sente "usata" come "pattumiera" (RO C1 J) ma con i quali non può parlare dei suoi problemi. Amalie invidia le sue colleghe donne per i loro rapporti. Lei si sente insicura rispetto ai suoi allievi (RS C1 G), pensando che loro la considerino come una vecchia zitella (RO C1 J), e ci sono dei conflitti in cui non si sente sostenuta come si deve dal suo direttore (RO C1 G). Descrive suo padre come una persona sensibile, timorosa ed inaccessibile (RO C1 J, RO C1 G) ed è insoddisfatta dei loro rapporti distanti ed irritabili (WO C1 A). Segue un episodio relazionale con suo padre:

P: ...per esempio, quando arrivo a casa, in automobile, lui neanche si affaccia. So dai miei colleghi che loro hanno padri molto più vecchi, e sollevano e portano in casa le loro borse, e così via, e lui neppure viene. Così quando vado a casa, e magari mia madre apre la porta, poi potrei andare nella stanza da bagno o da qualche altra parte, o mi sto togliendo il mio cappotto e restare in piedi nell'ingresso, lui non viene, non si muove. Oppure entro nel soggiorno e lui starà seduto nell'altra stanza, capisce, lui per un qualche motivo non riesce a fare un passo verso una persona...⁵

Rispetto ai suoi fratelli lei si sente inferiore e non viene considerata seriamente, o da loro oppure dalla famiglia nel complesso. Lei fa un discorso sulla sua dipendenza dalle norme della Chiesa, dalle opinioni degli altri e da sua madre, benché sua madre sia l'unica a cui parli. D'altra parte, Amalie ha la sensazione di aver bisogno di essere disponibile per la madre e prova sensi di colpa quando si distacca da lei:

P: ...a volte ho realmente bisogno della mia Domenica semplicemente, bene, ed allora ci sarà qualcosa che io dovrò fare di nuovo, e poi capisce, i miei genitori, loro vengono spesso a trovarmi, sa, mia madre mi telefonerà e poi dirà, allora, lei semplicemente dirà: "Arriviamo" ed io semplicemente non sono mai riuscita tuttavia a dire, "per favore non fatelo. Non voglio che lo facciate.", o "non funzionerà" o...

Il suo desiderio di cambiare è espresso nel suo desiderio di autonomia (WS C1 D), che risulta dalla sua esperienza di sé stessa come dipendente e debole, incapace di porre dei limiti e scontenta. Per questa fase della terapia, l'alta proporzione di risposte negative da parte della paziente stessa è particolarmente caratteristica.

Nella *nona seduta*, Amalie riporta il primo episodio relazionale con l'analista (su un totale di solo quattro episodi nella fase iniziale):

⁵ N.d.A.: Trascritto della Ulmer Textbank.

P: ... (pausa). Sa, comunque oggi io ero così terribilmente, sono così spaventosamente stanca, l'ho detto precedentemente, e poi oggi davvero non ho avuto tempo di tirare il fiato da ieri. Tutta la sera stavo – ecco, ho avuto in visita una studentessa, che voleva qualcosa e così io non sono riuscita a prestare attenzione, ma comunque ho iniziato a realizzare alcune cose ieri ed in quanto... Sicuramente in un certo senso era anche finito, e quello che mi resta come domanda è sempre la stessa cosa. Benissimo, ora lo vedo, ma che cosa io sia tenuta a fare e come si suppone che questo proceda e, e e che cosa, io realmente non intendevo dire questo, no.

T: Con gli studenti e il problema di dare i voti, intende, se si suppone che questo vada avanti?

P: No, intendo in questa sede, come si suppone che questa cosa proceda, quando sono sdraiata qui e le dico qualcosa e provo a capirla e lei a ricapitolare, poi naturalmente alcune cose diventano chiare e nondimeno allora mi chiedo, cosa sia tenuta a fare con ciò, questo era quanto mi passava per la testa, e questo era ciò che non volevo dire, perché in qualche modo esso, perché, continuo a chiedermi, se lo riconosci, fino a che punto puoi guidare le tue azioni con questo.

T: come procederà

P: e come procederà, certo, questa era la vera domanda. In un certo qual modo al momento l'ho vissuto come un insulto a lei, e quindi non avrei potuto dirlo.

Questo episodio illustra la descrizione della configurazione clinica di transfert in queste fasi della terapia: l'analista come padre confessore ed esaminatore, di fronte a cui Amalie è attenta, riservata ed incerta, ma inizia anche ad accettare l' "autorità". La cosa impressionante è che Amalie riporta una moltitudine di episodi relazionali nelle sedute iniziali (in media 11 episodi per seduta), che dalla prospettiva clinica ha senso: nella fase iniziale, la relazione terapeutica è stabilita e il materiale biografico occupa un maggiore spazio.

Nella **III fase della terapia** (sedute 50-55) Amalie descrive episodi che principalmente riflettono il suo desiderio di chiudersi in sé stessa (WS C1 M), che lei infatti ha successo nell'attuare nella relazione con sua madre e con il fratello minore. L'episodio seguente con sua madre dà un quadro della descrizione clinica di questa fase della terapia come "la madre cattiva", ma mostra anche che Amalie esplora tipologie alternative di comportamento:

P: No, altrimenti nel fine settimana realmente ho uh; bene sì naturalmente mia madre ha telefonato ancora e vuole, e vorrebbe davvero molto che io, uh, andassi il prossimo fine settimana, o piuttosto vorrebbe venire, ma le ho detto che non ero ancora sicura di quali fossero i miei programmi e le ho chiesto se poteva per favore aspettare, voglio dire, due o tre settimane fa io avrei veramente, semplicemente, detto, o diciamo quattro settimane fa, uh vieni per favore ed ho spesso detto, sì per piacere vieni, anche quando non sarebbe stato affatto comodo per me e vedo proprio ora che, che, uh sarebbe perfettamente ok da sola, che io, uhm, non ho proprio

bisogno di diventare così, così nervosa tutto il tempo perché ora, ora sto seduta qui tutta da sola e così via e naturalmente sarebbe bello, non sedere tutta sola in quel modo tutto il tempo ebbene non è sempre, ma una gran quantità di tempo di sicuro ma, uhm, io potrei dedicare molto di più a questo, non che io non fossi solita leggere prima o che non facessi questo o anche quello, ma semplicemente mi sento meglio rispetto a ciò, uhm, posso sinceramente dire.

Amalie si sta sentendo meglio e sta vivendo momenti di auto-conferma (lei torna a guidare da sola, fare le passeggiate, dipinge di nuovo; RS C1 C), anche se ci sono dei confronti con i genitori dei suoi allievi.

Il suo rapporto con l'analista inoltre sta diventando un argomento più frequente (nel 17% degli episodi). Lei richiede risposte anziché il silenzio dall'autorità professionale (RO C1 J) e vorrebbe anche dare le proprie interpretazioni.

La **fase V della terapia** (sedute 100-104) è specialmente contrassegnata dal desiderio di sostegno di Amalie (WO C1 B). Lei sente che il suo direttore la sta giudicando ed è discriminante contro di lei a causa della sua terapia (RO C1 J). Lei sta anche esprimendo il suo desiderio che l'analista le dia risposte chiare e che sia aperto ed onesto con lei. Lei sperimenta l'analista come la "persona più importante" (il 38% degli episodi trattano dell'analista), ma si sente rifiutata da lui. E' incerta su chi lui sia e su cosa lui pensi di lei e si lamenta del suo cambiare argomento e del suo mantenere le regole segrete (RO C1 M).

P: Sa, giusto questo affare con il mio capo, è giunto realmente a dimostrare quanto sia difficile, uh, che cosa tu faccia di te stesso con l'auto-valutazione, e la valutazione che altri fanno di te, che tu puoi sempre in un qualche modo percepire o vedere, per tenere l'equilibrio là, quando due di loro sono in disaccordo. Ed è lì che io sento che tu sei qualcuno che io possa assumere, uhm, - giusto, io semplicemente sento - è semplicemente qualcosa come la fiducia, e tuttavia, dopo tutto ecco perché sono corsa alla fonte, in realtà io non sono corsa in libreria, ma io, io volevo leggerlo, perché vede io continuo a voler conoscere chi è lei, e uh, lei, lei non puoi fare a meno chiederti in continuazione "Quindi, chi è questa persona in cui stai riponendo la tua fiducia, e, e che genere di idea lui si sta facendo di te" - e, intendo, tutte quelle cose di cui già abbiamo parlato,

T: uhm-hmm.

P: sono tornate a me con forza - perché - naturalmente io voglio sapere: che genere di uomo è costui, che ha una professione come quella e una moglie che ha anche una professione simile, uh, tutto quello, che è in qualche modo importante. E poi quando lei, se posso metterla in questo modo, a me sembra che cambi argomento, allora non posso che chiedermi: "perché, perché lui sta cambiando argomento - è imbarazzato - bene, perché lui è imbarazzato da ciò?" - o è che lui vuole che io sia indipendente, ok, giusto. Questo, naturalmente, deve avere a che fare con ciò. Ma, io semplicemente penso che sia un modo di andare per vie diverse. Intendo, se mi fido

di una persona, naturalmente sono in un certo modo dipendente – grazie a Dio, direi e, e ancora allo stesso tempo devo...

T: uhm -hmm.

P: ho semplicemente bisogno - almeno qui – di sentire che ho il diritto di valutarla, chi è lei e chi sono io - o piuttosto non l'ho espresso abbastanza bene – chi è lei – mi colpisce come cosa davvero importante, che, uh, perchè mi ascolta, giusto, è un'altra di quelle domande. Perchè lo fa? Che cosa è l'interesse verso una persona?

T: uhm-hmm.

P: Cosa c'è dietro ciò?

Secondo la valutazione con il metodo CCRT, “la ricerca di norme *per sé*” della paziente, che era identificato come un tema nella descrizione clinica, sembra avvenire in due modi: da una parte nell'accettare con i suoi desideri insoddisfatti di sostegno, ma anche nel suo confronto ed identificazione con l'analista.

Il desiderio di Amalie di rifiutare lei stessa gli altri (WS C1 J) diventa importante soltanto nella **fase VII della terapia** (sedute 151-157). Amalie è insoddisfatta (RS C1 F) e sta considerando la possibilità di entrare in un convento. Di fianco alla sua relazione con suo padre (che è l'oggetto di interazione in quattro dei quattordici episodi di questa fase), il focus di queste sedute è la relazione terapeutica (il terapeuta è l'oggetto in sei dei quattordici episodi di questa fase). Da un lato lei ha paura di chiedere anche troppo all'analista; dall'altro lato lei critica le sue interpretazioni e trova, per esempio, che non ride abbastanza. Durante una visita dei suoi genitori lei è scontenta del fatto che suo fratello più giovane è il favorito (WO C1 A), riportando ricordi della sua perenne invidia per il fratello. In nessun'altra fase Amalie ritrae le risposte degli altri così negativamente come in questa fase.

Il desiderio che altri dovrebbero essere auto-determinati (WO C1 D), caratteristica della **fase IX della terapia** (sedute 202-206), è diretto in gran parte al suo direttore, che si lascia manipolare (RO C1 I) da una collega con cui Amalie è in rivalità e a cui si sente inferiore (RO C1 D). Dal suo analista, Amalie desidera una risposta diretta alla sua preoccupazione che lei possa aver causato a se stessa un danno con la masturbazione. Lei la riceve (con un po' di ritardo), processo nel quale il terapeuta (per il transfert del padre) diventa seduttore e giudice morale, come evidenzia la descrizione clinica.

Nella **fase XI della terapia** (sedute 251-255), Amalie riesce per la prima volta ad avere un appuntamento con un collega maschio (WS C1 A). Lei desidera essere in grado di parlare apertamente della sessualità con sua madre (WO C1 A), richiamando i suoi cauti tentativi di interrogare sua madre, e si interroga sulla vita sessuale di sua madre. Amalie vuole capire cosa succede in analisi – lei partecipa a delle conferenze di psicoterapeuti e legge pubblicazioni del suo analista, ma non trova risposte, è

incapace di comprendere molte cose e si sente inferiore all'analista (RS C1 F). La descrizione clinica della fase XI della terapia, “neanche un padre può creare un figlio maschio a partire da una ragazza”, riflette fortemente la concezione terapeutica dell'analista, che si focalizza sull'invidia del pene della paziente. La valutazione del metodo CCRT, d'altra parte, mostra tutta l'apertura (nuova) di Amalie (“io voglio essere attenta verso gli altri”) in questa fase della terapia – sia nel modo in cui lei forma le sue relazioni sia nel modo in cui confronta la sua personale sessualità e femminilità mentre fa dei passi verso sua madre.

Durante un'interruzione di tre settimane nella **fase XIII della terapia** (sedute 300-304), Amalie decide di pubblicare un annuncio personale su un giornale e riceve parecchie risposte a cui lei a sua volta risponde. Lei ha paura di come l'analista potrà reagire a questo (WO C1 A), temendone i rimproveri (RO C1 J):

P: ...nelle settimane che è stato via o non reperibile, eh, io improvvisamente ho avuto la sensazione di poter “nuotare da me” a questo punto. E quindi venne la mia decisione che io non sarei definitivamente andata in vacanza con i miei genitori questa estate, che io avrei fatto qualcosa da sola. Io ho risposto a questo annuncio personale ed ho deciso di pubblicarne uno io stessa. E ciò è in realtà quello che io non volevo raccontarle perché avevo paura che lei mi interrogasse in lungo e in largo e allora poi si sarebbe arrabbiato e avrebbe detto, e poi ero terribilmente spaventata di che cosa sarebbe successo dopo e naturalmente ho trasferito quel timore, ma ancora sta seduto giù là come una forza primordiale, che lei faccia una terribile faccia arrabbiata e comunque in effetti non lo proibirebbe, lei direbbe, "così tutto è stato per nulla, lei non ha capito niente, e questo trattamento in questa sede si traduce semplicemente nel suo fare ciò che vuole", è questo che penso.

Il fatto che il suo fratello più giovane abbia riconosciuto il suo annuncio sul giornale rafforza il suo desiderio di proteggere se stessa dall'interferenza e dai giudizi dei suoi fratelli e dei suoi genitori (WS C1 M), anche intensificando la sua insoddisfazione e i sentimenti d'inferiorità, come emerge chiaramente nell'immagine della “povera vergine” data nella descrizione clinica.

Nella **fase XV della terapia** (sedute 351-355), Amalie è disturbata (RS C1 H) da alterazioni esterne (il dipartimento del suo analista si è spostato, c'è un nuovo studio per la terapia, e proviene del rumore di un cantiere). Lei si sente non protetta dall'analista (WO C1 A) e gelosa dei suoi figli (RS C1 H):

P: ...che vi siate spostati qui soltanto per rendervi più facile portare i vostri figli a scuola.

T: Cosa intende con più facile?

P: Poiché continuo a immaginare che i vostri bambini ora andranno a scuola in Hochsträß e uh, ed inizialmente ciò mi ha resa, spiego, veramente furiosa.

Lei si sente messa sotto pressione sia dal suo analista sia da suo padre e pensa che ci siano delle aspettative che deve soddisfare. Nella sua scuola, Amalie ha confronti con i genitori e con il suo direttore (WS C1 K), in cui lei è in grado di adottare un'atteggiamento più attivo e si difende (RS C1 H). Il suo desiderio (irrealizzato) per l'attenzione dell'analista e la sua rabbia nella insoddisfazione di esso sono anche espressi nella descrizione clinica: "amore impotente per il padre potente e invidia di sua moglie".

Nella **fase XVII della terapia** (sedute 401-404), l'analista riceve un bouquet di fiori che reca molteplici simbolismi. Il bouquet era in realtà destinato ad un corrispondente che aveva risposto al successivo annuncio di Amalie. Allo stesso tempo sono scuse per il giudizio negativo dell'analista da parte del nipote di Amalie, che conosce l'analista dalle conferenze e con la cui critica verso l'analista Amalie in parte si identifica (come anche diventa chiaro nella descrizione clinica). Amalie inoltre si identifica con i fiori, temendo che l'analista non si prenderà cura di loro adeguatamente (WO C1 C).

P: Trovo sempre davvero meraviglioso quando qualcuno sa come prendersi cura dei fiori. La maggior parte della gente li prende e li ficca come un palo nella terra, e li lascia nel vaso finché non seccano. No, sa, questi specialmente hanno cominciato ad appassire ed ho pensato uh-oh,

T: Non ho capito, stava dicendo?

P: Stavano cominciando ad appassire l'ultima volta.

T: Loro,

P: Loro, I fiori hanno cominciato ad appassire.

T: I fiori esatto.

P: Esatto e così ho pensato, oh, lui sta facendo qualcosa di sbagliato, questo non dovrebbe accadere. E così naturalmente oggi ero molto felice che lei, che lei avesse capito tutto, come dare loro la giusta quantità di acqua e di nutrimento.

Tramite la sua corrispondenza con vari uomini, Amalie esplora la sua relazione con gli uomini e richiama l'aria di superiorità di suo fratello e la mancanza di conferme che aveva vissuto con suo padre (RO C1 J):

P: non era mai un clima di affermazione, era sempre, come tutto quanto mi torna indietro, oh Dio. Era sempre, se volevo essere una ragazza, venivo fermata e se volevo, mi ricordo una volta, indossavo i pantaloni da sci e mio padre allora disse "Non è che io ho tre figli maschi, vorrei chiederti, non a tavola, vai a cambiarti." Così ho desiderato di essere un ragazzo o di fingere che non fosse così importante. Era sempre una cosa così esclusiva, i ragazzi, ho avuto sempre la sensazione che i miei fratelli, nonostante il legame che io avevo con il mio fratello più giovane, facessero un lavoro migliore per sostenersi l'un l'altro e, e stavano insieme. In un qualche modo facevano comunella alle mie spalle. Dopotutto loro erano gli uomini

ed erano giusti ed erano in maggioranza. Predestinati dall'eternità all'eternità. Non so, era semplicemente in quel modo. Un'attaccabrighe e una bugiarda, questo è quello che ero, giusto e ok, sì. Ho la sensazione che loro stessero sempre a guardare per vedere che cosa sarebbe venuto da ciò. Volevano sapere giusto esattamente che cosa era diverso e che cosa sarebbe venuto da ciò. Ed allo stesso tempo lo sapevano sempre in anticipo, che cosa sarebbe venuto da ciò. Loro semplicemente conoscevano tutto meglio sempre.

La **fase XIX della terapia** (sedute 445-449) riflette le esperienze ambivalenti di Amalie nel suo primo rapporto con un uomo. Lei desidera una relazione intima, intensa ed anche sessualmente soddisfacente (WO C1 C, WS C1 C), ma non è sicura dell'affetto del suo partner (che è ancora legato alla sua ex moglie ed inoltre ha anche altri rapporti) ed è insoddisfatta per la sua distanza (RO C1 M, RO C1 I, RS C1 M).

P: ...e allora ha detto, 'ascolta, quando giungi alle conclusioni, sai, la nostra relazione non giustifica una cosa tale, di base tu non hai alcun diritto, uh, hmm, di tenermi fuori da altre relazioni. Sarebbe una cosa differente se noi desiderassimo creare una famiglia ed avere bambini, allora sarebbe sbagliato andare in giro con altre donne, ' questo è più o meno quello che lui ha detto, e ripensandoci è stato per me uno shock terribile. E allora quando mi ha telefonato lunedì, io avevo pensato che non avrei richiamato fino a giovedì, se lui voleva qualcosa, lasciarlo fare, e poi quando lui ha telefonato il lunedì, proprio come avevo immaginato,

T: in primo luogo lui ha desiderato mettere fine a ciò il lunedì,

P: lunedì ho toccato il fondo in assoluto

T: hmm

P: Ho pensato, devo veramente mettere fine a questo. E al telefono ero assolutamente di ghiaccio e non ho detto una parola in più ma poi naturalmente ha chiamato ancora per le pillole. Così quindi abbiamo parlato. Ed è che quando probabilmente lui ha avuto l'impressione che io stessi per mettere fine a ciò, lui probabilmente ha avvertito qualcosa. Non so. Non so. Effettivamente io non ho mai detto "Basta". E non ho mai detto "non toccarmi ancora" o qualcosa di simile. Sì, esatto, certamente noi, oh noi abbiamo così, parlato così tanto al telefono.

Insicurezza, dubbi sul suo essere fisicamente attarante e colpa per il suo non riuscire ad essere all'altezza dell'idea di moralità di sua madre sono i tratti principali del sentire la vita da parte di Amalie, come diventa chiaro nell'alta proporzione delle risposte negative in questa fase. Di nuovo, la descrizione clinica e la valutazione del CCRT sono in contrasto: mentre la descrizione clinica principalmente dà risalto alla relazione ambivalente di Amalie con il suo analista (odio diretto per l'analista che dà generosamente, ed un incipiente girare le spalle a questa aspettativa), il CCRT si focalizza sulle sue nuove esperienze di relazione al di fuori della relazione terapeutica.

Nelle **fasi conclusive XXI e XXII** (sedute 501-517) della sua terapia, Amalie è principalmente occupata dall'accettare l'esperienza della sua ultima relazione e di una nuova che è in arrivo, benché lei emozionalmente si senta ancora fortemente legata al suo partner precedente (WO C1 A). Attivati da un invito della sua nemica per eccellenza ad un ritrovo di classe, forti sentimenti di astio si sono risvegliati in Amalie, ma lei riesce ad accettarli (WS C1 L). Nella sfera professionale, malgrado una particolare sfida con due tirocinanti che lei vive come molto arrivate lei è capace di affermare la propria volontà (WS C1 D) ed è fiera di questo (RS C1 D, RS C1 J, RS C1 H). La conclusione dell'analisi e la separazione dall'analista sono i temi fondamentali di questa fase.

T: ...voglio dire, c'è un'idea, un'idea che lei abbia su quale sia quale sia il mio modo, la mia idea di arrivare alla fine ?

P: Questa è facile per me. La mia è abbastanza audace. Ho semplicemente pensato che lei si sareste adattata a me.

T: um-hmm.

P: Ed era giusto che in queste ultime sedute ho ottenuto quella sensazione. Era davvero la sensazione che, sì naturalmente, farà ciò cosa desidero. Mentre precedentemente, c'era questo modo di trascinare, mi sentivo come se fossi trascinata da un guinzaglio ed avevo la sensazione, lui non capisce nulla, lui ha un certo genere di sua idea peculiare di come finire. Naturalmente non me lo dirà, cosicché io non lo sappia. Ed era come un vero trascinarsi. Ed ora, credo da circa tre o quattro sedute, non sto conteggiando, la mia idea è come le ho spiegato prima. Semplicemente funzionerà in quel modo. Mi siederò nel mio guscio, e i frutti arriveranno. Come le ho detto.

T: Um-hmm

P: Semplicemente mi alzerò e andrò, e questo mi è piaciuto così tanto che ho pensato, non c'è niente che lui potrà fare se non andare avanti. Questo fatto che non è esattamente la sua idea delle cose, e se trova qualcosa di più tematico, questo è un suo problema. Perché ci sarà sempre qualcosa da trovare....

La cosa che colpisce è il gran numero di risposte positive di Amalie nella fase conclusiva. La descrizione clinica parla di un "sinfonia di addio: il ritorno di molte paure e la scoperta di molti cambiamenti"; e questo è fortemente evidente nella valutazione del CCRT nella fase conclusiva, che illustra la libertà di azione appena acquisita da Amalie.

7.7 Discussione

Nel quadro del nostro studio è diventato per la prima volta possibile, esaminare una terapia psicoanalitica a lungo termine con il metodo CCRT durante il suo corso. Così, messo a confronto con gli studi precedenti di casi singoli usando il metodo CCRT, esso offre il campione più completo fino ad oggi.

Il numero relativamente grande di risposte del soggetto rispetto ad altri studi CCRT potrebbe essere dovuto al fatto che questa era una terapia psicoanalitica ed il paziente è stato particolarmente incoraggiato a riflettere sui propri sentimenti e pensieri. Il risultato della valutazione con il metodo CCRT sottolinea la valutazione clinica del successo della terapia e sostiene i risultati degli studi precedenti fatti su questo materiale. Sebbene le risposte negative degli oggetti e della paziente ancora predominino nella fase finale della terapia, si evidenzia un aumento significativo nelle risposte positive del paziente. La paziente inoltre ha descritto le risposte degli oggetti come più positive alla conclusione della terapia, ma questi cambiamenti non potrebbero essere dimostrati statisticamente. La componente "desideri relativi al soggetto e risposte del soggetto" rivela che nel corso della terapia, la paziente è riuscita ad espandere la sua libertà di azione ed acquisire nuove competenze, e che i suoi sintomi depressivi sono diminuiti. L'aumento individuato da Neudert ed altri (1987a) nei sentimenti positivi di auto-valutazione e nella diminuzione di sentimenti negativi di auto-valutazione nel corso della terapia si armonizzano ai cambiamenti di contenuto delle risposte del soggetto nel presente studio. Inoltre, il chiaro aumento nelle risposte positive della paziente stessa supporta ulteriormente questi risultati. A partire dalla fase VII della terapia Amalie è nella posizione di percepire ed esprimere desideri aggressivi e a partire dalla fase XV della terapia questo acquisisce rilevanza nell'azione. In particolare quando è confrontato con i sentimenti dominanti di insoddisfazione e paura all'inizio della terapia, il cambiamento di Amalie diventa evidente.

A fianco di un tema di base manifestato in ognuna delle categorie di frequenza più alta ("conflitto nucleare"), ognuna delle fasi della terapia ha anche mostrato le categorie tipiche che caratterizzano i foci tematici nel senso dei "conflitti focali" di French e che potrebbero essere operazionalizzate con il metodo CCRT. Così il metodo CCRT permette di strutturare il materiale in base al contenuto.

Essendo confinato al materiale narrativo, il metodo CCRT manifesta una limitazione quando confrontato con la descrizione clinica, in particolare all'inizio delle fasi: mentre la descrizione clinica delle prime due fasi è focalizzata sul significato del trattamento ("Analisi come Confessione", "Analisi come Test"), il metodo CCRT può avere accesso a tali aspetti solo attraverso episodi relazionali con l'analista. Tali episodi in particolare, comunque, sono raramente riportati da Amalie all'inizio della terapia.

A differenza della descrizione clinica, che usa un linguaggio metaforico per evidenziare un tema secondo la valutazione soggettiva dei giudici, lo studio delle fasi della terapia con il metodo CCRT rende possibile un'analisi dei temi più differenziata (e meno soggettiva), come si vede nella III fase della terapia. Nella descrizione clinica, la "madre cattiva" acquista una parte centrale, mentre nella valutazione CCRT emergono altri aspetti: "mi sento bene" (per quanto riguarda la libertà di azione della paziente acquisita/riconquistata di recente). Mentre la descrizione clinica è limitata alla configurazione di transfert, il metodo del CCRT permette di accedere agli aspetti interpersonali all'interno ed all'esterno della relazione terapeutica. Sia la forza così come i limiti del CCRT derivano dall'essere confinati ai report della

paziente stessa sulle esperienze relazionali. In altre parole, la ricerca resta limitata a quelle esperienze relazionali che la paziente ha percepito e verbalizzato. Il metodo non fornisce un modo per includere materiale inconscio (a parte gli schemi ripetitivi che i pazienti - spesso inconsciamente - seguono nel descrivere il corso delle relazioni) o di valutare i meccanismi di difesa. Quindi la valutazione rimane molto vicina al materiale clinico, benché rifletta i processi intrapsichici nelle descrizioni delle interazioni.

Per mezzo del metodo CCRT possono essere verificati dei paralleli tra le descrizioni della paziente della sua reazione col terapeuta e con altri oggetti. Quindi il metodo rende possibile cogliere aspetti strutturali del concetto clinico di transfert. Tuttavia, il transfert interattivo in corso al momento non entrerà nella valutazione.

Sebbene il metodo sia definito il “Tema Relazionale *Conflittuale* Centrale”, Luborsky lascia il concetto di conflitto non chiarito. Conflitti nel senso analitico tra desiderio e difesa, tra diversi sistemi o livelli o tra pulsioni (Laplanche, Pontalis, 1972) non vengono colti dal metodo. La componente del desiderio rende possibile descrivere conflitti tra due desideri che si presentano simultaneamente e che si escludono a vicenda. Potrebbe essere più accurato dire che il CCRT coglie il tema del desiderio più frequente senza rivelare immediatamente il conflitto ad esso associato. Quindi il CCRT dovrebbe piuttosto essere inteso come un indicatore per cogliere il conflitto del paziente. D'altra parte, i conflitti interpersonali sono registrati con grande chiarezza e differenziazione nella forma degli schemi desiderio-risposta. L'interazione in corso, comunque, non è colta; e neanche vengono analizzate le funzioni comunicative e interattive della narrazione all'interno della interazione terapeutica.

Con il metodo CCRT in sé non è possibile chiarire come si sono verificati i cambiamenti terapeutici. Nei loro studi, Crits-Christoph e altri (Crits-Christoph, Barber, Kurcias, 1993; Crits-Christoph, Cooper, Luborsky, 1998) hanno dimostrato una connessione tra l'“accuratezza” delle interpretazioni del CCRT del terapeuta e il successo della terapia.

Oggi è un fatto incontestato che la qualità della relazione terapeutica è di importanza critica per il successo della terapia. Nel complesso, la relazione della paziente con il suo terapeuta sembra essere stata soddisfacente e positiva per lei – nessun'altra relazione è descritta con una così alta percentuale di risposte positive verso l'oggetto dell'interazione.

Il presente studio dimostra che il CCRT rende possibile cogliere aspetti interpersonali del processo psicoanalitico clinicamente rilevanti, dal punto di vista del paziente, che convalidano l'Ulm Process Model. Il contributo dell'analista, comunque, è riflesso soltanto nei racconti della paziente riguardanti la sua relazione col terapeuta. L'uso del metodo CCRT contempla la strutturazione del materiale clinico, lo sviluppo di ipotesi cliniche e il controllo sul focus terapeutico durante il corso della terapia. Il metodo si apprende facilmente per l'applicazione clinica, ed il tempo richiesto per formulare le connessioni psicodinamiche per uso clinico è minimo, così che il metodo può accompagnare il trattamento dall'inizio alla fine.