

La rilevazione empirica del modello relazionale centrale: il metodo del CCRT

Carola Modica, Manuela Chiara Sacchi, Gerd Blaser, Michael Geyer, Dan Pokorny, Horst Kaechele, Cornelia Albani

Abstract

Il metodo del Tema Relazionale Conflittuale Centrale (CCRT) fornisce delle indicazioni operative per descrivere i modelli di relazione dei pazienti. Dopo l'illustrazione di un esempio di siglatura, vengono discussi alcuni dei più recenti contributi della ricerca con il metodo del CCRT, inclusi quelli derivanti dall'applicazione del nuovo sistema riformulato CCRT-LU. Infine, vengono presentati gli aspetti critici del metodo e viene esaminata la sua rilevanza clinica.

CCRT method provides an operative guide to describe patients' relationship patterns. After the illustration of a rating example, the article introduces some recent researches with CCRT method, including those with the new reformulated system CCRT-LU. Finally, the method is critically evaluated and discussed from a clinical point of view.

Introduzione: riferimenti teorici e metodologici

Il metodo del Tema Relazionale Conflittuale Centrale (Luborsky, 1977; Luborsky, Kaechele, 1988; Luborsky, Crits-Christoph, 1990, 1998; Luborsky, Albani, Eckert, 1992) fornisce delle indicazioni operative per descrivere i modelli di relazione interiorizzati. Il CCRT prevede una procedura di giudizio clinico guidato finalizzata all'analisi degli aspetti ricorrenti delle narrative dei pazienti sulle loro esperienze interattive. L'obiettivo è quello di estrarre dalle narrative degli aspetti invarianti, che corrispondono al modello relazionale centrale, definito come “ il programma o lo schema¹ che ogni persona adotta nel condurre le relazioni” (Luborsky, 1992a, p. 15).

Il metodo può essere utilizzato per la diagnosi del modello di relazione più ricorrente del paziente, che risulta rigidamente ripetitivo e quindi maladattivo. Sulla base di tale diagnosi è possibile, in

¹ Gli schemi possono essere definiti come “ attrattori, cioè strutture potenziali, implicite... [che comprendono] tracce mnestiche di eventi... che hanno un andamento continuo e una sensibilità contesto-dipendente “ (Casonato, 2003; p. 12). Blatt e Lerner (1983) individuano l'origine degli schemi di relazione nell'interiorizzazione di relazioni significative precoci, che esitano nello stabilizzarsi di strutture intrapsichiche del Sé e degli altri, che modellano le relazioni interpersonali successive.

seguito, monitorare l'andamento del trattamento e la presenza di cambiamenti successivi. In ambito terapeutico, il metodo può essere utilizzato anche come guida per formulare interpretazioni accurate del pattern di relazione centrale, che risultano essere connesse al buon esito del trattamento (Crits-Christoph, Cooper, Luborsky, 1988) e per l'individuazione del focus del trattamento; un approccio basato sul CCRT, nell'ambito della psicoterapia breve orientata in senso psicodinamico, è descritto da Luborsky (1984, 1992d) e da Book (1998).

Il concetto di script² nella formulazione di Tomkins (1979) viene considerato da Luborsky (1992a, pagg. 18-19) un concetto analogo a quello di modello relazionale centrale. Tomkins (1992) sostiene che “gli scripts appresi vengono generalizzati per potere interagire con un insieme di scene” (p. 77) e si differenziano dai copioni di capacità abituali in quanto non implicano un vantaggio informativo ma determinano un'enfasi dell'informazione: “un singolo affetto è diretto in maniera innata ad enfatizzare i propri attivatori all'interno di una singola scena transitoria” (p. 77).

Mallinckrodt (2002) suggerisce un parallelo tra il metodo del CCRT e la teoria dell'attaccamento, evidenziando che “le narrative del CCRT forniscono una ‘via regia’ per valutare i modelli di attaccamento di un cliente dal momento che il metodo coglie tutti e quattro gli aspetti di lavoro, vale a dire: i ricordi autobiografici, le aspettative su di sé e sugli altri, le strategie per raggiungere gli obiettivi e le strategie per regolare la frustrazione quando gli obiettivi non sono raggiunti” (p. 24). Quindi, pur innestandosi su un differente orizzonte teorico, il modello relazionale centrale rilevato per mezzo del metodo del CCRT risulta affine al modello operativo interno della teoria dell'attaccamento, descritto da Fonagy et al. (1999) come un insieme di strutture cognitive latenti che emergono da esperienze sociali e, una volta presenti, filtrano tali esperienze in un modo che minimizza la probabilità di cambiamento spontaneo.

Sul piano clinico, Luborsky (1977) riconosce una stretta connessione tra il modello relazionale centrale e la capacità del paziente di strutturare una relazione di alleanza con il terapeuta: “la relazione con il terapeuta è parte di un insieme di aspettative dagli oggetti, che è caratteristico della persona” (p. 390); l'alleanza, quindi, può essere considerata interna a un modello di relazione più generale che riguarda “la prontezza del paziente a sentirsi aiutato dalle altre persone, così come si

² Schank e Abelson (1977) a proposito del concetto di script sostengono che “noi usiamo una conoscenza specifica per interpretare e partecipare agli eventi in cui ci siamo ritrovati molte volte. Una conoscenza specifica e dettagliata ci permette di potere elaborare meno informazioni e porre meno domande a proposito di eventi sperimentati di frequente” (p. 37). Lo script risulta quindi come una forma generalizzata di *pre*-conoscenza di un contesto particolare, come per esempio lo ‘script del ristorante’ (Schank e Abelson, 1977, p. 42), che implica le modalità che il soggetto adotta per prevedere, interpretare, rispondere e controllare le scene.

sente aiutato dal terapeuta“ (Luborsky, Crits-Christoph, 1992a, p. 15). Il concetto che Luborsky considera più simile al modello sotteso al CCRT è quello di transfert di Freud (1912), inteso come una predisposizione del paziente a trasferire sulla persona dell’analista, ma anche su altre persone, gli affetti suscitati nell’infanzia dall’oggetto genitoriale originario (prototipo). Tuttavia, “la questione relativa a quanto il modello di relazione centrale rilevato per mezzo del CCRT corrisponda al concetto clinico di transfert, rimanda a una serie di discussioni in cui la nozione di transfert è stata rivisitata (...) concludiamo pertanto che il metodo rilevi degli aspetti strutturali del concetto clinico di transfert“ (Albani, 2002, p. 52). Tale metodo si riferisce infatti più propriamente al piano interpersonale e conscio e non si propone lo studio delle dinamiche conflittuali intrapsichiche (Albani, Kaechele et al., 2003).

Da un punto di vista operativo, gruppi di ricerca differenti si sono posti l’obiettivo di mettere a punto degli strumenti attendibili per la rilevazione empirica del modello relazionale centrale. Ciascun metodo presenta delle peculiarità derivanti dalla definizione operativa di modello relazionale che viene adottata e dagli aspetti di tale modello che vengono di volta in volta considerati più salienti. Nella tabella seguente (tab. 1) sono presentati sinteticamente i dati relativi ad alcuni dei metodi più noti in questo ambito.

Tab. 1 - Metodi empirici per la rilevazione dei modelli di relazione		
Autori	Metodo	Descrizione
Benjamin 1974	SASB Structural Analysis of Social Behaviour	Viene utilizzata per descrivere le associazioni e i conflitti del paziente e si applica dopo avere suddiviso il testo in singole unità di pensiero (ciascuna costituita da soggetto, verbo ed eventuali proposizioni subordinate). Per ciascun messaggio viene stabilito il referente (di solito un’altra persona) e avviene una valutazione combinata rispetto a tre dimensioni indipendenti: <ul style="list-style-type: none"> - Focus (che può essere transitivo, intransitivo o intrapsichico). - Interdipendenza (concepita come un continuum tra la completa interdipendenza e la sottomissione). - Affiliazione (concepita come un continuum tra gli estremi dell’attenzione amichevole e il distanziamento ostile).
Luborsky 1977	CCRT Core Conflictual Relationship Theme	(vd. Paragrafo seguente).
Weiss, Sampson et al. 1986 (Caston 1977)	PD Plan Diagnosis (in seguito: Plan Formulation Method)	Sviluppato nell’ambito del modello di terapia di Weiss, il metodo consente di ottenere una formulazione del caso basata sulle componenti seguenti: gli obiettivi che il paziente si prefigge di raggiungere con il trattamento; gli ostacoli interiori (credenze patologiche) che si frappongono nel raggiungimento degli obiettivi; le modalità di messa alla prova del terapeuta da parte del paziente, volte alla confutazione delle credenze patologiche e gli insight del paziente.
Mardi Horowitz 1979	CA Configurational Analysis (in seguito: Role Relationship Models Configuration)	I dati vengono analizzati in funzione di tre aspetti, fra loro connessi: stati, modelli relazionali e informazioni. In particolare, l’analisi delle relazioni avviene secondo l’approccio della Configurazione dei modelli relazionali di ruolo (RRMC), che offre un modello per la comprensione dei conflitti intrapsichici e interpersonali e che si basa su cinque elementi: ruoli e tratti degli schemi del Sé, schema della persona oggetto, obiettivi di ciascuno, risposta dell’altro, reazioni del Sé.

Teller, Dahl (Dahl 1988; Dahl Teller 1994; Teller Dahl 1981)	FRAMES Frame Analysis, Fundamental Repetitive And Maladaptive Emotional Structures	Una <i>frame</i> è una sequenza ricorrente di eventi (agire, percepire, credere, conoscere, provare sentimenti...), che rappresenta i desideri e le convinzioni significative di una persona. Vengono proposti tre metodi per identificare tali eventi nel loro ordine sequenziale: un primo basato sulle narrative, un secondo basato sulle generalizzazioni induttive del paziente e infine il terzo, che si avvale dell'osservazione dei comportamenti di gioco nei bambini.
Gill, Hoffman 1982	PERT Patient's Experience of Relationship with Therapist	La codifica delle comunicazioni esplicitamente rivolte alla relazione e degli eventi interattivi attuali fornisce la base per decodificare le allusioni camuffate e implicite alla relazione terapeutica, da parte del paziente. Il sistema prevede inoltre una componente che valuta in che misura gli interventi del terapeuta affrontano i principali aspetti, espliciti o latenti, dell'esperienza del paziente rispetto alla relazione con il terapeuta.
Schacht et al. 1984; Schacht, Henry 1994	SASB-CMP Dynamic Focus (in seguito: Cyclic Maladaptive Pattern)	Fornisce le informazioni per individuare il focus del trattamento, che poi coincide con un ciclo maladattivo autoperpetuantesi. Le componenti, molto simili a quelle del CCRT, sono: atti del Sé, aspettative degli altri, atti conseguenti degli altri verso il Sé e atti conseguenti del Sé verso il Sé. Il sistema è stato successivamente integrato con la SASB.
Kiesler et al. 1985	IMI Impact Message Inventory	Consente di valutare gli schemi di relazione interpersonale sia dei pazienti, che dei terapeuti nei confronti dei pazienti (sulla base di 'resoconti di controtransfert'). Le valutazioni vengono ricavate dalle descrizioni di sentimenti, tendenze all'azione e attribuzioni cognitive evocate nel soggetto da un'altra persona; i comportamenti interpersonali vengono così valutati sulla base di quindici scale che corrispondono a singole categorie di comportamenti.
Bond, Shevrin 1986	Clinical Evaluation Team	Sulla base di interviste diagnostiche trascritte e dei test psicologici somministrati, al clinico viene richiesto di descrivere l'esperienza e la comprensione conscia da parte del paziente dei sintomi e di riportare le proprie ipotesi riguardo il conflitto inconscio. Tale metodo consente ampia libertà, in quanto è il clinico a decidere il peso relativo da attribuire alle comunicazioni (e alle omissioni) del paziente; è previsto comunque un confronto con il gruppo degli altri valutatori, finalizzato al raggiungimento di una formulazione comune.
Maxim 1986	SPLASH Seattle Psychotherapy Language Analysis Schema	Metodo limitato all'ambito della ricerca, lo SPLASH consente una descrizione dell'interazione che evidenzia i cambiamenti in relazione alle differenti situazioni terapeutiche. Le brevi unità in cui viene scomposto il testo, sono codificate secondo il parlante (paziente o terapeuta), il numero di riga e altre cinque componenti: l'oggetto della discussione; gli affetti; gli impulsi; le strategie di adattamento; il messaggio interpersonale.
Perry 1991	ICF Idiographic Conflict Formulation Method	Organizza le ipotesi psicodinamiche attorno a quattro elementi chiave: desideri e paure (conscie e inconscie), effetti sintomatici e di fuga derivanti dai desideri e dalle paure, vulnerabilità legate a <i>stressors</i> specifici, e livelli ideali di adattamento nei conflitti. Si dispone di una lista standardizzata di desideri e paure.
Leonard Horowitz 1989	CRF Consensual Response Formulation	La videoregistrazione dell'intervista clinica viene sottoposta a un gruppo di clinici, ciascuno dei quali sviluppa una propria formulazione del caso. Le unità di pensiero (in cui viene scomposta ciascuna formulazione) che risultano più frequenti diventano parte della 'formulazione consensuale'.
Crits-Christoph et al., 1990	QUAINT Quantitative Analysis of Interpersonal Themes	Progressivamente sviluppato modificando alcune caratteristiche essenziali del CCRT, le tre componenti W, RO e RS sono siglate mediante un numero di categorie standard inferiore e derivate dalla SASB. Ogni tema interpersonale viene valutato rispetto a tutte le categorie secondo una scala a cinque gradi, ottenendo un profilo completo su tutte le categorie, dal quale si può evincere il peso che ciascun tema relazionale riveste per quel paziente.

Gruppo di lavoro – OPD 1996	OPD Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata	Sistema diagnostico articolato in cinque assi: Asse I (Vissuto di malattia e presupposti per il trattamento), Asse II (Relazioni), Asse III (Conflitti), Asse IV (Struttura) e Asse V (Disturbi mentali e psicosomatici). La diagnosi relazionale attraverso l'Asse II mette in evidenza l'interazione reciproca di transfert e controtransfert, poiché “comprende sia la formulazione del comportamento relazionale abituale del paziente così come viene osservato dal ricercatore, sia l'annotazione di come il clinico sperimenta il comportamento relazionale del paziente e la sua reazione” (Gruppo di lavoro OPD, 2002, pp. 25-26). La logica sottostante a tale modalità di valutazione è stata derivata dal CCRT.
-----------------------------	--	---

Tabella 1: presentazione e descrizione sintetica dei principali strumenti per la rilevazione empirica del modello relazionale centrale.

Dal CCRT al Sistema di Predicati riformulato CCRT-LU

Il metodo del CCRT viene applicato prevalentemente ai trascritti delle sedute di psicoterapia ed è volto all'analisi del contenuto delle narrative dei pazienti.

Luborsky si è reso conto che per le proprie inferenze sul pattern di transfert si basava principalmente sui racconti che i pazienti facevano delle loro relazioni interpersonali, ossia sugli ‘episodi relazionali’³ (RE, *Relationship Episode*).

Da tale materiale, secondo Luborsky, possono essere ricavate delle informazioni cruciali che rispondono ai quesiti seguenti (Luborsky, Crits-Christoph, 1988b):

1. Quali sono i principali desideri, bisogni o intenzioni del paziente?
2. Come reagiscono gli altri?
3. Qual'è la risposta del sé?

In maniera corrispondente, negli episodi relazionali raccontati dai pazienti vengono identificate e le parti del testo in cui il paziente riferisce specificamente:

1. le proprie intenzioni, aspettative, bisogni o desideri (componente W, *Wish*),
2. la risposta dell'altro (componente RO, *Response of the Object*),
3. la risposta del soggetto (componente RS, *Response of the Subject*).

Pokorny et al. (2003) suggeriscono di valutare la dimensione del desiderio (W), differenziando secondo due ‘sottodimensioni’, in modo da ottenere un'analisi più affinata e significativa dal punto di vista clinico:

- WO, desideri riferiti all'oggetto (“vorrei che l'altro sia/faccia...”);
- WS, desideri riferiti al soggetto (“vorrei fare/essere...”).

³ “Un RE [episodio relazionale] è parte di una seduta e si presenta nella forma di un episodio narrato relativamente delimitato sulle relazioni con gli altri o con se stessi” (Luborsky, Kaechele, 1988, p. 25).

Il valutatore esprime con una breve formula, usando le proprie parole, il contenuto del desiderio (W, o secondo la nuova impostazione WO e WS), della risposta dell'altro (RO) e della risposta del soggetto (RS) che sono espresse nella narrativa del paziente. Ciascuna di queste formulazioni 'su misura' viene in seguito riformulata attraverso un linguaggio standardizzato di descrittori, che nel recente sistema di Predicati CCRT-LU (Albani et al., 2002c; traduzione e adattamento it. a cura di Vicari et al., 2003), empiricamente fondato, ha trovato la sua versione più esaustiva e attendibile (Albani et al., 2002a; Kaechele, Albani et al., 2003).

I passaggi descritti vengono ripetuti su almeno dieci episodi relazionali, in modo tale da codificare con le tre componenti una serie di narrative relazionali di un paziente; in seguito, per ciascuna componente viene eseguito il calcolo delle frequenze, al fine di individuare i predicati più frequenti, corrispondenti al desiderio, alla risposta dell'altro e alla risposta del soggetto.

Il risultato finale, il CCRT, corrisponde a "una semplice affermazione che contiene tre componenti: un'affermazione del desiderio del paziente (W) nel contesto di una relazione, una risposta da parte dell'altro (RO), reale o anticipata, rispetto al desiderio, e una seguente risposta dal soggetto (RS)" (Book, 1998; p. 23).

Utilizzare il CCRT: un esempio di siglatura

L'esempio⁴ che segue, tratto da un caso-campione, illustrerà i principali aspetti operativi del metodo del CCRT (Luborsky, 1998).

Il primo passo per la siglatura del CCRT consiste nella localizzazione degli episodi relazionali all'interno dei trascritti delle sedute; nell'esempio illustrato vengono presentati un episodio relazionale già delimitato e i passaggi necessari per la sua siglatura.

Nell'esempio, durante la seduta di psicoterapia, la paziente racconta alcuni aspetti della relazione con il padre che possono essere considerati nel complesso un episodio relazionale (RE):

Paziente: "...personalmente vorrei avere una certa distanza da lui, dargli poca importanza. Mi irrita enormemente, quando è da tre giorni che abbiamo chiuso radicalmente, tutto mi irrita, sia che mi parli, sia che non parli con me. E io non posso proprio essere calma con lui, assolutamente no. Allora sono impertinente, proprio così, ma qualche volta mi dispiace per lui, e penso, in nome di Dio, cosa può ancora cambiare in lui."

Di fronte a un episodio relazionale come questo, il valutatore dovrebbe:

⁴ Testo tratto dalla Ulm-Textbank (Mergenthaler, Kaechele, 1994).

1. sottolineare nel testo ogni unità di pensiero siglabile come desiderio, risposta dell'altro o risposta del soggetto;
2. identificare il *tipo* di W, RO o RS espresso dal paziente ed esprimerlo attraverso le proprie parole, astraendo dalla specificità dell'evento (categorie su misura);
3. trovare il predicato standard che più si avvicina al contenuto della formulazione su misura, tra quelli inclusi nel Sistema di Categorie CCRT-LU (Albani et al., 2002c; traduzione e adattamento it. a cura di Vicari et al., 2003);
4. per le risposte (RO e RS) occorre indicare se siano positive, negative o indeterminate, in funzione della loro corrispondenza al desiderio del paziente. Per esempio, se il desiderio del paziente (componente W) è sentirsi vicino all'altro e l'altro è rifiutante, la risposta dell'altro viene considerata negativa (NRO).

Sulla base di tali indicazioni, l'episodio relazionale riportato viene codificato nel modo illustrato (fig. 1). Tali passaggi vengono eseguiti (e, se necessario, ripetuti e perfezionati) su almeno dieci episodi relazionali del paziente; infine, sulla base del conteggio delle frequenze, viene estratto il CCRT del paziente.

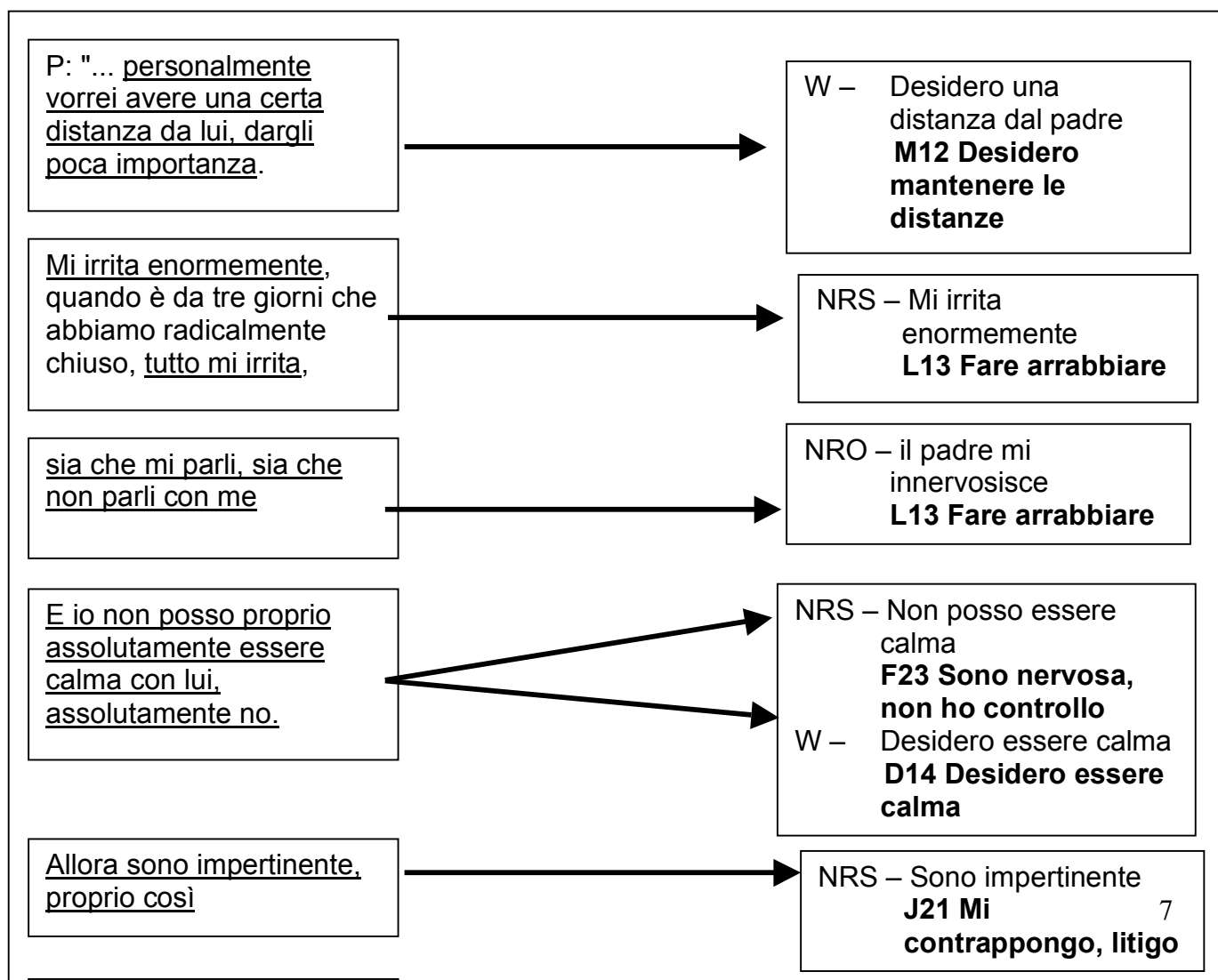


Figura 1: Nei riquadri a sinistra sono sottolineate le parti dell'episodio relazionale (RE) che rappresentano le sei unità di pensiero siglabili come singole componenti del CCRT. Sulla destra sono esplicitate le componenti (in stampatello maiuscolo) e, per le risposte dell'altro e del soggetto, viene valutata la valenza positiva/negativa (le siglature NRO e NRS indicano che in questo caso tutte le risposte sono negative). Di fianco all'indicazione della componente, viene riportata la formulazione su misura e di seguito, in neretto, il predicato standard corrispondente. Quest'ultimo è preceduto da una sigla costituita da una lettera e da due numeri, che si riferiscono alla posizione occupata da quello specifico predicato all'interno del Sistema di Predicati CCRT-LU.

I risultati della ricerca con il metodo del CCRT

Il metodo del Tema Relazionale Conflittuale Centrale, a partire dalla sua prima versione del 1977, è stato utilizzato in numerose ricerche, sia in America che in Europa; a questo proposito, la *CCRT newsletter* del 1999⁵ includeva 180 ricerche in corso e circa 80 pubblicazioni.

Le ricerche con il CCRT possono essere suddivise in due grandi filoni (Luborsky et al., 1999): da una parte, quelle riguardanti il perfezionamento del metodo stesso; dall'altra, quelle basate sui risultati raggiunti attraverso l'applicazione del metodo.

Viene di seguito approfondito quest'ultimo filone, con una panoramica su alcune delle principali ricerche clinicamente rilevanti, effettuate negli ultimi anni con il metodo del CCRT. Viene proposta una suddivisione metodologica, basata sulla differenziazione tra gli studi sul caso singolo e quelli relativi a gruppi di pazienti.

Studi CCRT sul caso singolo

Il caso da cui è stato tratto l'esempio sopra citato (vd. fig. 1) è stato utilizzato per realizzare i primi studi con il metodo del CCRT su una psicoterapia psicoanalitica a lungo termine, basati su un

⁵ a cura di Luborsky, Dahlbender, Cierpka e Kaechele.

campione molto ampio. Si tratta del trattamento della paziente Amalie X, della durata di 517 sedute, che è stato integralmente audio-registrato e trascritto. Sulla base di tale materiale è stato possibile utilizzare il metodo del CCRT all'interno di tre progetti di ricerca differenziati.

Nel primo, uno studio sull'*outcome*, è stato compiuto un confronto tra le prime e le ultime sedici sedute, per verificare in che modo l'esito positivo del trattamento si esprimesse attraverso il CCRT (Albani et al., 2000a; Albani et al., 2000b).

In entrambi le fasi analizzate, Amalie 'desidera essere amata e compresa' (W Cluster 6) e 'gli altri la respingono' (RO Cluster 5); alla fine del trattamento, al sentimento di 'impotenza' (RS Cluster 6) subentra quello di 'delusione e depressione' (RS Cluster 7). Tuttavia, sono le categorie standard specifiche che compongono i CCRT della fase iniziale e della fase finale a rivelare una risposta del soggetto (RS) profondamente diversa⁶: se inizialmente Amalie reagiva ai conflitti interpersonali con un vissuto di 'impotenza' (RS Categoria Standard 17), alla fine del trattamento tali vissuti distruttivi verso di sé vengono eterodiretti e la paziente riconosce la propria rabbia (la Categoria Standard RS 21 'mi sento arrabbiata' varia dal 19,4% al 37%).

Anche gli altri parametri del CCRT confermano il cambiamento intervenuto nella paziente: per esempio l'Indice di Pervasività mostra una riduzione significativa del desiderio di essere amata e capita (dal 39,6% al 28,7%); inoltre, alla fine del trattamento per la prima volta compaiono il desiderio di avere una relazione romantica (W Categoria Standard 33) e quello di contrastare l'altro (W Cluster 2), indicando una propensione più attiva da parte della paziente nelle relazioni. In maniera corrispondente, l'espressione di desideri più passivi (essere capita, rispettata e accettata) si riduce e aumenta il desiderio di piacere all'altro. A livello della componente RS, i sentimenti di incapacità e dipendenza (RS Categorie Standard 16, 17) alla fine del trattamento sono espressi più raramente. Si verifica anche un aumento significativo dell'autocontrollo e della fiducia in sé e, coerentemente a questo, è stata riscontrata una diminuzione dei vissuti di impotenza, paura e vergogna, che rappresentano il nucleo della sintomatologia depressiva che Amalie presentava all'inizio del trattamento. Anche l'indice di Positività mostra che alla fine del trattamento, le risposte del sé e dell'altro sono più positive (soprattutto quelle del sé), mentre decresce il numero di risposte negative (soprattutto per quanto riguarda le risposte del sé).

⁶ La lista di predicati utilizzata in questa ricerca è quella di Barber et al. (1990), che prevede un raggruppamento delle categorie standard in un numero gruppi (cluster) più ristretto, in modo da agevolare la procedura di siglatura. Tuttavia, alcune categorie risultano eterogenee rispetto al cluster in cui sono state inserite.

Nello studio sul caso-campione dello Studente (Albani et al., 1994), in psicoterapia psicodinamica breve della durata di 28 sedute, i ricercatori si sono avvalsi di strategie di analisi dei dati innovative. Rispetto agli studi consueti con il metodo del CCRT, in questo è stato messo in discussione il principio di Luborsky secondo cui “ ‘ciò che è più frequente, è centrale’, ossia i modelli di relazione rari, ma possibilmente rilevanti dal punto di vista clinico non vengono considerati “ (Albani, 2002; p. 20). Questa ricerca costituisce un esame empirico del concetto di transfert in quanto è stato possibile dimostrare “ quali delle persone biograficamente importanti si ritrovano nel transfert “ (Albani, Geyer et al., 2003, p. 394).

Il modello CCRT prevalente in questo caso clinico (ossia il modello determinato dalle frequenze assolute più elevate) rivela una valenza negativa:

- Desidero essere vicino e accettare gli altri (W Cluster 5; n = 47)
- Gli altri mi rifiutano e sono contro di me (RO Cluster 5; n = 99)
- Mi sento deluso e depresso (RS Cluster 7; n = 62).

Tale modello riflette degli aspetti significativi delle relazioni del paziente con il padre e anche con il terapeuta, infatti “è possibile identificare nella somiglianza dei modelli di relazione con il padre e con il terapeuta, il transfert di padre, che si è manifestato sul clinico“ (Albani, Geyer et al., 2003, p. 394).

Tuttavia, è stato ricavato un altro modello CCRT meno frequente ma dotato di consistenza e in cui il desiderio di ricevere attenzione del paziente è soddisfatto:

- Desidero essere amato e compreso (W Cluster 6; n = 43)
- Gli altri mi comprendono (RO Cluster 8; n = 8)
- Mi sento rispettato e accettato (RS Cluster 3; n = 16).

Quest’ultimo modello di relazione a valenza positiva può essere compreso come l’espressione di una relazione oggettuale più positiva e che rappresenta una risorsa per il paziente, che lo esprime in alcuni episodi relazionali con la fidanzata e un suo insegnante. Secondo Albani (2002), “anche questo modello è tipico per il paziente, non per le frequenze assolute più elevate, ma è tipico in quanto rappresenta una concretizzazione dei desideri del paziente“ (p. 22).

Sul caso di Amalie, tali strategie di analisi dei dati sono state applicate in due studi differenti ma che si basano su uno stesso campione di sedute molto ampio⁷. Tali ricerche, sono mirate ad approfondire questioni più vicine al processo terapeutico e riflettono due progetti di ricerca differenti:

⁷ Il campione è costituito da 92 sedute, appartenenti alla fase iniziale (1-30) e finale (510-517); inoltre, a cominciare dalla cinquantesima seduta, sono stati analizzati blocchi di cinque sedute, a intervalli di 50 sedute. Complessivamente sono stati individuati 579 episodi relazionali, contenenti 806 desideri, 986 risposte dell’oggetto e 1103 risposte del soggetto (Albani, Pokorny et al., 2003, pp. 16-17).

- 1) In uno (Albani et al., 2002b) sono stati esaminati i modelli CCRT-LU nelle varie fasi in cui è stato suddiviso il trattamento della paziente (vd. fig. 2).
- 2) Nell'altro studio sono stati invece ricavati dei modelli CCRT-LU per ciascuno dei partner interattivi più spesso citati dalla paziente (vd. fig. 3); sono stati quindi esaminati i modelli di relazione con il direttore, i confessori, l'analista e l'ex-partner (Albani et al., 2002d).

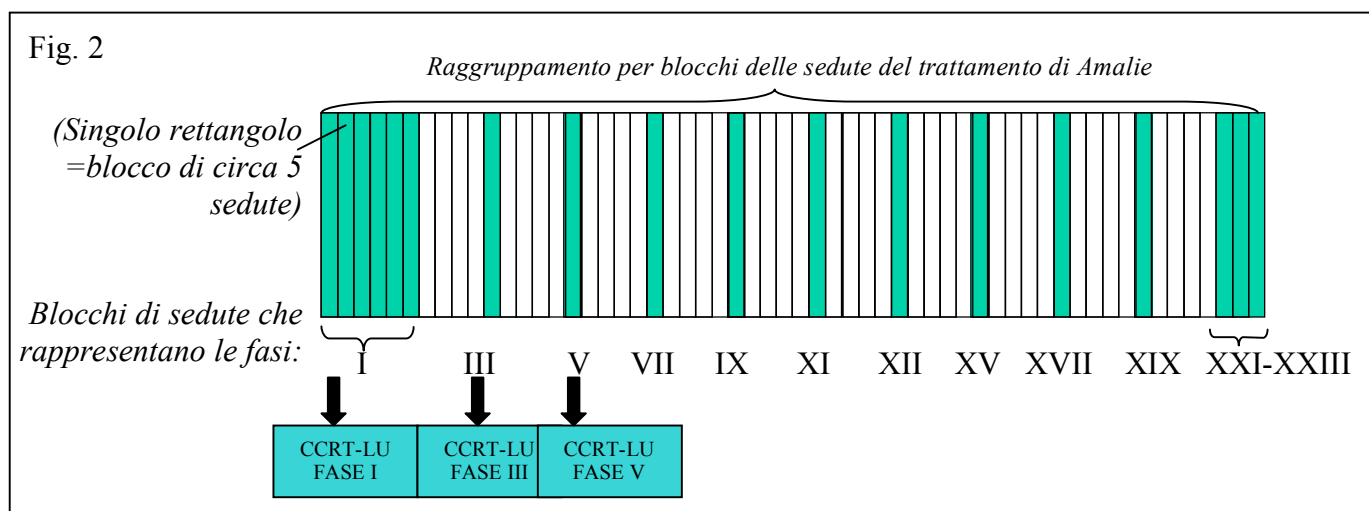


Figura 2. Ogni singolo rettangolo rappresenta un blocco circa 5 sedute, mentre i rettangoli colorati corrispondono ai blocchi sedute incluse nel campione. Ciascun blocco (o assemblamento di blocchi) di sedute del campione corrisponde a una specifica fase del trattamento, da cui è stato ricavato un CCRT-LU fase-specifico.

Rettangolo in neretto =
Sottocampione di episodi
relazionali(R.E.) con uno
specifico partner
interattivo

Ogni singolo rettangolo corrisponde a circa cinque sedute del trattamento
(i rettangoli colorati corrispondono ai blocchi di sedute incluse nel campione)

Fig. 3

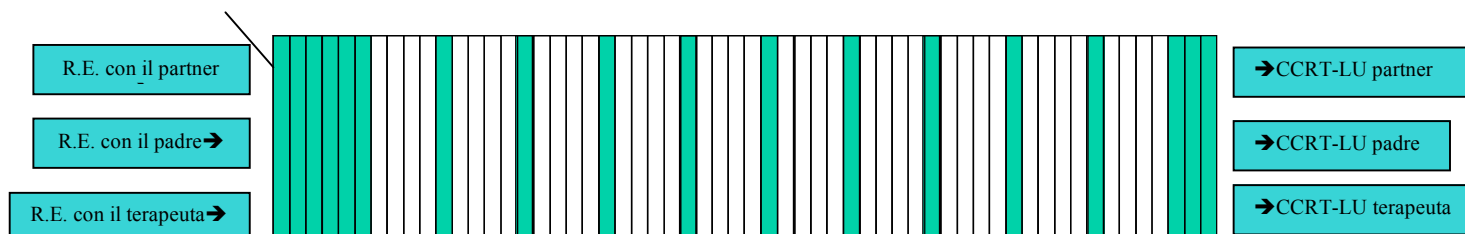


Figura 3. Per questo studio è stato utilizzato il medesimo piano di campionamento di sedute dello studio rappresentato in Fig. 2; tuttavia i singoli sottocampioni da cui sono stati ricavati i CCRT-LU specifici non riflettono più una suddivisione temporale del trattamento, ma una suddivisione trasversale per oggetti relazionali, indipendente dal momento specifico in cui un particolare partner interattivo venga di volta in volta menzionato dalla paziente.

Globalmente, il modello di relazione CCRT-LU di Amalie (riferito all'intera terapia) è il seguente:

- WO: Gli altri dovrebbero interessarsi a me (WO Cluster A),
- WS: Desidero essere autodeterminata (WS Cl D),
- RO: Gli altri sono inaffidabili (RO Cl I),
- RS: Sono insoddisfatta, ho paura (RS Cl F).

Considerando invece le singole fasi in cui il trattamento è stato suddiviso, si ottengono 22 CCRT-LU 'fase-specifici'; relativamente al rapporto fra questi ultimi e il CCRT-LU riferito all'intero trattamento, Albani, Pokorny, et al. (2003) indicano che “ in tutte le fasi del trattamento si manifesta un tema di base in ciascuna delle più frequenti categorie della procedura CCRT...[tuttavia,] in ciascuna fase della terapia, i desideri riferiti al soggetto [WS] si differenziano. Le categorie con una frequenza maggiore rispetto a quella attesa sono caratterizzate da temi che distinguono una particolare fase della terapia dalle altre” (p. 21). Infatti, gli Autori aggiungono che “Oltre a un tema di base manifestato attraverso le categorie con le più alte frequenze assolute ('nuclear conflict'), tutte le fasi della terapia mostravano anche delle categorie tipiche che caratterizzano i foci tematici nel senso della nozione di 'focal conflicts' di French e che possono essere operazionalizzati attraverso il metodo del CCRT. Pertanto il metodo del CCRT rende possibile strutturare del materiale sulla base dei contenuti” (Albani, Pokorny, et al., 2003, p. 29).

I risultati di tale studio rappresentano un supporto empirico del modello di processo di Ulm (Kaechele, 1988; Thomae, Kaechele, 1987), secondo il quale la terapia psicoanalitica è concettualizzata come una terapia a focus variabile senza limiti temporali prefissati. Nel modello di processo di Ulm, si ipotizza che le fasi che scandiscono un trattamento terapeutico coincidano con i

temi focali affrontati durante il trattamento (Kaechele, 1988, p. 67); in questa cornice si inserisce l'intento dello studio di Albani, Pokorny et al. (2003), che ha mostrato l'utilità del CCRT-LU come procedura per delineare i temi conflittuali emersi nel corso dell'analisi di Amalie.

Analogamente, nello studio sugli oggetti relazionali della paziente (Albani et al., 2002d), emerge che i singoli profili oggetto-specifici si differenziano solo parzialmente dal modello CCRT generale: “i desideri di Amalie verso tutti gli oggetti sono caratterizzati dai temi dell'interesse (WO A) e del sostegno (WO B). I desideri riferiti al soggetto [WS] si differenziano chiaramente. Nei confronti dei teologi Amalie desidera soprattutto raggiungere l'indipendenza, mentre gli episodi relazionali con il partner e l'analista sono caratterizzati dall'ambivalenza – da una parte Amalie desidera interessarsi all'analista (WS A) e amare il partner (WS C), dall'altra lei desidera allontanarsi (WS M1). Le reazioni dell'oggetto sono in tutti gli episodi relazionali di rifiuto – il partner e il direttore sono descritti in tutti gli episodi come inaffidabili (RO I), il partner anche come critico (RO J2), i teologi come dominanti (RO K), l'analista come rifiutante (RO J) e distante (RO M1). Amalie descrive le proprie reazioni nella maggior parte dei casi come di insoddisfazione e di paura (RS F), e, nei confronti del direttore e dei teologi sperimenta anche il senso di colpa (RS F1), si ritira nella relazione con il partner (RS M)” (Albani et al., 2002d, p. 231).

Come nello studio precedentemente citato (Albani et al., 2002b), la specificità di ciascun oggetto relazionale risulta più marcata quando si osservano le categorie che hanno una frequenza superiore a quella attesa. Seguendo tale approccio, possono essere delineati dei modelli relazionali meno pervasivi, ma abbastanza consistenti e che contengono dei temi nuovi e meno prototipici per la paziente. Per esempio, in relazione al terapeuta le maggiori differenze dal modello più frequente si rilevano a livello delle risposte del soggetto: Amalie, accanto ai vissuti di ansia (RS F2), che comunque permangono, descrive anche di sentirsi autodeterminata (RS D), fiera e autonoma (RS D2), sostiene di sentirsi bene (RS C) e di provare fiducia e allegria (RS C3).

Il metodo del CCRT è stato utilizzato anche per una ricerca sui sogni raccontati durante una psicoterapia psicoanalitica a lungo termine di 330 sedute (Albani et al., 2001); si tratta del caso di Franziska X, sofferente di una nevrosi d'angoscia con tratti fobici e ossessivi. In primo luogo è stato dimostrato che “il metodo del CCRT può essere utilizzato per esaminare il contenuto manifesto dei sogni. I sogni di questa paziente riguardano le relazioni con gli altri e vengono espressi (parzialmente) nella forma di episodi relazionali” (Albani et al., 2001, p. 293), in quanto le descrizioni delle relazioni sognate non sono neutrali, ma bensì risultano impregnate di aspetti

affettivi. Questo studio ha prodotto alcuni risultati interessanti, in riferimento a tutte e tre le componenti del CCRT:

1. Per quanto riguarda i desideri (W), esiste una corrispondenza (a livello dei Cluster) tra quelli espressi nelle narrative e nei sogni. Tuttavia, i desideri a contenuto sessuale vengono espressi solamente nei sogni e nei primi episodi relazionali raccontati dopo un sogno (presumibilmente attraverso associazioni elaborate a partire dai sogni).
2. La risposta dell'altro (RO) nelle narrative è di rifiuto e distanziamento, mentre nei sogni Franziska avverte l'interesse dell'altro nei propri riguardi.
3. La risposta del soggetto (RS), in maniera corrispondente a quanto evidenziato per la componente RO, nelle narrative risulta caratterizzata dall'ansia, mentre nei sogni prevale un vissuto di benessere e la paziente afferma di sentirsi rispettata.

Tali risultati potrebbero essere in parte spiegati in riferimento ad alcune specificità del caso esaminato: per esempio, la paziente Franziska X tende a fare dei sogni molto vicini ai resti del giorno (probabilmente a causa di una capacità di sublimazione limitata); inoltre, il fatto che nella vita sperimenti la propria sessualità solo sotto l'effetto dell'alcool e con uomini sconosciuti, potrebbe spiegare la presenza del tema della sessualità solo in una dimensione onirica o nelle associazioni.

Studi CCRT su gruppi di pazienti

In ambito clinico, una diagnosi più o meno formalizzata degli aspetti disfunzionali del modello relazionale del paziente può rivelarsi molto utile dal momento che i disturbi psichici sono in ogni caso anche disturbi di relazione. Tuttavia, i risultati presenti in letteratura sul legame tra la gravità del disturbo del paziente e la valenza del modello relazionale non sono univoci (vd. Crits-Christoph, Luborsky, 1998; Greyner, Luborsky, 1998); pertanto, l'obiettivo di una delle ricerche condotte con il metodo del CCRT è stato quello di analizzare tale legame su un campione di interviste a 266 pazienti (Albani, Benninghofen et al., 1999).

Il CCRT è stato utilizzato per rilevare la valenza della risposta, che può essere positiva (quando la risposta dell'altro o del soggetto sono coerenti con i desideri e le aspettative del paziente) o negativa (nel caso in cui tale corrispondenza non si realizzi); per valutare la severità sintomatica del disturbo dal punto di vista del paziente, è stata utilizzata la *Symptom Checklist-90-R* (SCL-90-R; Derogatis, 1977; Franke, 1995), mentre l'*Impairment Score* (IS; Schepank, 1995) ha consentito una valutazione analoga dal punto di vista del clinico; infine, attraverso la scala GAF (*Global Assessment of Functioning*; American Psychiatric Association, 1989) è stato valutato il funzionamento psicologico, sociale e occupazionale del paziente.

Tra i risultati a cui i ricercatori sono pervenuti, i principali sono:

1. “ maggiore è la gravità, tanto più negativamente le pazienti sembrano descrivere le proprie risposte e quelle dei loro partner interattivi negli episodi relazionali “ (Albani et al., 1999, p. 460). In particolare, sono state stabilite alcune significative correlazioni tra la sensibilità interpersonale, la gravità della depressione, l’ideazione paranoide e il numero delle risposte dell’altro e del sé negative.
2. La gravità del disturbo risulta essere connessa sia alla valenza della risposta del soggetto (risultato che conferma lo studio di Crits-Christoph e Luborsky, 1998), che alla valenza della risposta dell’altro (come già mostrato nello studio di Grenyer e Luborsky, 1998); in tal modo, la ricerca presentata “ va al di là di essi dimostrando la connessione di entrambe le risposte dagli altri e dal sé “ (Albani et al., 1999, p. 462).

Dal momento che la gravità dei disturbi psichici è quindi connessa al modello relazionale centrale, potremmo ipotizzare che dopo un trattamento psicoterapeutico di successo si possano rilevare alcune modificazioni di tale modello. Per verificare questa ipotesi, Albani, Brauer et al. (2000) hanno condotto su un campione di trentanove pazienti di sesso femminile, delle interviste REP (*Relationship Episode Paradigm*), prima dell’inizio di un trattamento integrato psicodinamicamente orientato e alla fine dello stesso. Tale intervista, ormai considerata uno strumento utile per la rilevazione del CCRT, ha permesso di ricavare per ciascuna paziente due CCRT, che sono stati quindi confrontati. Dall’indagine è emerso che i due CCRT si differenziavano in riferimento agli aspetti seguenti:

1. la componente di risposta del soggetto (RS): “le pazienti alla fine della terapia descrivono in maggiore misura l’autocontrollo e la sicurezza in sé. Mostrano maggiore comprensione per gli altri, ma si sentono anche insicure. Si sentono meno deluse e depresse, incapaci, non amate e felici” (Albani, Brauer et al., 2001, p. 166). Il Cluster in cui rientrano il maggior numero di risposte del sé all’inizio e anche alla fine del trattamento è ‘mi sento delusa e depressa’ (RS Cluster 7), ma nelle seconde interviste, si riscontra una riduzione statisticamente significativa della pervasività di tale risposta.
2. l’indice di positività, che aumenta sia per le risposte dell’altro che per quelle del sé, raggiungendo la significatività statistica solo per queste ultime.
3. l’identità del partner interattivo: “Alla fine della terapia gli amici vengono menzionati più spesso come partner interattivi (inizio della terapia 19,1%, fine della terapia 35,8%, Wilcoxon –Test, $p \leq .001$, bidirezionale), mentre i familiari compaiono meno frequentemente negli

episodi relazionali (inizio della terapia 44,2%, fine della terapia 35,1%, Wilcoxon –Test, $p \leq .05$, bidirezionale).” (Albani, Brauer et al., 2001, p. 166).

4. la tipologia di episodi relazionali, che alla fine della terapia sono diventati meno generici, arricchendosi di maggiori riferimenti a eventi concreti: “ Si suppone che in seguito al trattamento, gli schemi di relazione ‘generalizzati’ siano stati messi in discussione a favore di esperienze relazionali nuove e concrete” (Albani, Brauer et al., 2001, p. 169).

I risultati del CCRT, in questa indagine, sono stati incrociati con quelli di un altro test somministrato alle stesse pazienti, il Questionario sul cambiamento del vissuto e del comportamento (VEV) di Zielke e Kopf-Mehnert (1978), volto a rilevare il successo della terapia dal punto vista del paziente. Da tale analisi, è emerso che quanto più le pazienti esprimano desideri (W) di indipendenza e affermazione e sperimentino se stesse (RS) come indipendenti all’inizio della terapia, tanto più in seguito valuteranno l’esito del trattamento come positivo. L’analisi della correlazione tra la componente RO all’inizio della terapia e il questionario per la valutazione del trattamento ha prodotto risultati in parte ambigui: la descrizione iniziale dell’altro come ‘cattivo’ è associata a una valutazione successiva più negativa del risultato trattamento; tuttavia, una percezione iniziale dell’altro come ‘non rispettoso’ nei propri confronti risulta correlarsi in seguito a una valutazione positiva del trattamento. Tale ambiguità potrebbe essere solo apparente, in quanto una descrizione dell’altro come ‘cattivo’ implica una valutazione completamente negativa e una conseguente sfiducia pervasiva nell’altro, mentre la percezione dell’altro come non rispettoso nei propri confronti esprime una valutazione più differenziata e mirata.

Per quanto concerne la fine del trattamento, le categorie del CCRT che risultano connesse alla valutazione positiva del trattamento sono l’espressione del desiderio (W) di indipendenza, la descrizione dell’altro (RO) come dipendente e meno distanziante e la descrizione di sé (RS) come dominanti e rispettate.

In una ricerca successiva, Albani, Villmann et al. (2001) si sono posti l’obiettivo di compiere un’analisi del modello relazionale centrale, differenziata in funzione del partner interattivo. Sono state trascritte settanta interviste REP (*Relationship Episode Paradigm*) di pazienti (donne) con disturbi nevrotici, che sono state codificate con il metodo del CCRT. Gli episodi relazionali sono stati suddivisi in sotto-campioni, da cui sono stati ricavati CCRT oggetto-specifici, relativi:

- Agli episodi relazionali con il padre;
- Agli episodi relazionali con la madre;
- Agli episodi relazionali con gli uomini;
- Agli episodi relazionali con le donne.

Tale studio ha evidenziato che nei confronti del padre e della madre il modello relazionale centrale più frequentemente espresso è lo stesso:

- W: Desidero essere amata e compresa (dal padre/dalla madre);
- RO: Il padre/la madre mi rifiuta;
- RS: Mi sento delusa e depressa.

Tale modello relazionale centrale corrisponde a quello che nel complesso di tutti gli episodi relazionali considerati risulta prevalente.

Tuttavia, negli episodi relazionali con le donne e con gli uomini si presenta un modello differente rispetto a quest'ultimo. Dall'analisi con il CCRT degli episodi relazionali con gli uomini e le donne, emerge un modello comune, che risulta più positivo rispetto al modello relazionale con i genitori:

- W: Desidero essere vicina alle donne/agli uomini e accettarli (negli episodi relazionali con gli uomini è altrettanto frequente il desiderio di essere amata e compresa);
- RO: Le donne/gli uomini mi rifiutano;
- RS: Mi sento rispettata e accettata (negli episodi relazionali con le donne è altrettanto frequente la risposta del soggetto 'mi sento delusa e depressa').

Questi risultati possono essere integrati con ulteriori osservazioni. Per quanto riguarda la figura materna, ad esempio, la risposta del soggetto (RS) 'mi sento impotente' appare più frequentemente rispetto agli episodi relazionali il padre; la madre (RO), rispetto alle altre donne, viene descritta più di frequente come 'arrabbiata' e 'rifiutante'. Coerentemente, le pazienti sentono di piacere più spesso alle altre donne piuttosto che alle loro madri, e le altre donne si differenziano dalle madri in quanto vengono descritte più frequentemente come 'forti' e 'comprehensive'. Negli episodi relazionali con gli uomini compare più spesso rispetto a quelli con le donne, la risposta dell'oggetto (RO) 'gli piaccio'.

Ma soprattutto, gli episodi relazionali con gli uomini mostrano un significativo contrasto rispetto a quelli con il padre. A livello della risposta dell'oggetto (RO), mentre il padre viene più spesso descritto come 'controllante', gli uomini sono percepiti come più 'interessati' e 'comprensivi'; inoltre, nei confronti degli uomini, le risposte delle pazienti (RS) sono caratterizzate da una più frequente 'disposizione ad aiutare', dal sentirsi 'rispettate e accettate' e da un vissuto di 'autocontrollo e sicurezza in sé'.

Sulla base di tali dati, gli Autori propongono alcune riflessioni clinicamente rilevanti: “ sorprende dal punto di vista clinico, che gli episodi relazionali con la madre e il padre non si differenzino, poiché in un campione omogeneo per genere di giovani donne ecc. ci si potrebbe aspettare anche una problematica dell'identità nell'ambito dell'identità psicosessuale, che [una volta consolidata, invece] consentirebbe una rappresentazione della relazione con la madre differente rispetto a quella con il

padre. Ma potrebbe anche essere proprio l'espressione della psicopatologia e di una triangolazione risolta solo in maniera parziale, a far sì che nella descrizione della relazione verso la madre e il padre non avvengano differenziazioni; invece, nei confronti di entrambi, vengono espressi desideri passivo-dipendenti, che nel vissuto delle pazienti vengono frustrati da entrambi i genitori e le pazienti reagiscono in maniera depressiva “ (Albani, Villmann et al., 2001, p. 51).

Come per le ricerche sul caso singolo precedentemente presentate, anche in questo caso il confronto dei modelli relazionali con oggetti differenti permette di esaminare alcuni aspetti strutturali (non processuali) del concetto di transfert. La ripetizione delle esperienze relazionali passate nelle relazioni attuali viene confermata in questo studio dalla similarità dei modelli di relazione tra madre e donne e tra padre e uomini. Tuttavia, non si tratta di un cliché che si ripropone in maniera totalmente stereotipica e invariante: sebbene le categorie espresse più di frequente nei confronti dei genitori siano utilizzate spesso anche negli episodi relazionali con le donne e gli uomini, nei confronti di questi ultimi si configurano temi almeno in parte nuovi, che si differenziano da quelli che definiscono il ‘prototipo genitoriale’. Questo aspetto viene interpretato come “un indice di risorse interpersonali, nel senso che le pazienti sono capaci di una più flessibile rappresentazione relazionale e sono aperte ad altre nuove esperienze rispetto a quelle con i genitori “ (Albani, Villmann et al., 2001, p. 51).

Uno studio successivo ha mostrato la specificità delle rappresentazioni delle relazioni con i genitori nei pazienti psiconevrotici, rispetto a un campione non-clinico (Albani, Reulecke et al., 2002). La somministrazione del ‘Questionario sul comportamento educativo genitoriale ricordato’ (FEE, Schumacher et al., 1999) ha infatti evidenziato che i pazienti ricordano i propri genitori come più rifiutanti e meno calorosi rispetto al campione non-clinico. Sono state dimostrate delle connessioni tra le descrizioni degli episodi relazionali con la madre e con il padre e le rispettive rappresentazioni esaminate con il questionario sopra citato. In particolare, delle tre scale⁸ che raggruppano i ventiquattro item del FEE, la scala ‘Disapprovazione e punizione’ ha rivelato alcuni significativi legami con le componenti del CCRT.

Per quanto riguarda il padre, quanto più disapprovante e punitiva emerge la sua immagine dal questionario FEE, tanto più spesso negli episodi relazionali con lui le pazienti riferiscono il desiderio (W) di avere controllo e di prendere distanza dal padre, mentre risulta meno frequente il desiderio di ricevere il suo aiuto. La scala ‘disapprovazione’ del questionario FEE risulta essere connessa con alcune risposte dell’oggetto (RO) del CCRT, come ‘controllante’, ‘cattivo’, ‘rifiutante’, poco ‘disposto ad aiutare’, e con le risposte del soggetto (RS) ‘ostacolarlo e ferirlo’ e sentirsi ‘impotenti’.

⁸ Le altre due scale sono: ‘Calore emotivo’ e ‘Iperprotezione e controllo’.

Rispetto alla figura materna, si ottengono risultati analoghi ma con alcune differenziazioni: nei confronti della madre, con alti valori nella scala 'disapprovazione', il desiderio di 'essere amata' e la propria risposta (RS) come di 'ansia' vengono espressi più frequentemente, mentre la madre (RO) viene descritta meno spesso come 'forte' e 'comprensiva'. Al contrario, quando si ottengono alti valori sulla scala 'Calore emotivo' per la madre, le pazienti esprimono più raramente il desiderio di essere amate dalla madre, mentre aumenta il desiderio di riceverne l'aiuto. In questo caso, la madre viene descritta meno spesso come 'controllante', 'cattiva', 'rifiutante', e più spesso come 'comprensiva' e 'disposta ad aiutare'. In maniera corrispondente, le pazienti si sentono più spesso 'disposte ad aiutare', 'rispettate' e più raramente 'poco ricettive' e 'deluse'.

Note critiche sul metodo del Tema Relazionale Conflittuale Centrale

Il CCRT, al di là degli aspetti linguistici e transculturali, presenta diverse questioni critiche intrinseche al metodo stesso. In primo luogo, sebbene sia possibile considerare le narrative come un prodotto del contesto e dalla relazione in cui vengono emergono, l'applicazione del CCRT determina la perdita del contesto in cui emergono i significati individuali. In altri termini, vengono analizzati i contenuti e i dati biografici raccontati, ma non viene presa in esame la funzione comunicativa delle narrative in relazione al preciso momento del processo terapeutico in cui sono raccontate. Pertanto, il legame tra l'episodio relazionale narrato e il processo *attuale* di relazione transferale nell'interazione terapeutica resta inesplorato. Inoltre, l'applicazione del CCRT non permette di cogliere i contenuti inconsci e, dal momento che la fonte di dati è costituita solo dagli episodi relazionali, non è indagato ciò che accade *tra* gli episodi relazionali.

Per quanto nel CCRT sia decisivo ciò che viene raccontato frequentemente, i fattori che influenzano cosa e come il paziente racconta, restano trascurati; tale annotazione critica viene riportata anche nel *Report* del *Research Committee* dell'IPA (2001, p. 214), secondo cui il CCRT rimane una misura dell'effetto terapeutico e non costituisce una misura del processo, in quanto non spiega come i pazienti (e i loro CCRT) cambino. Tuttavia, con l'approccio alla ricerca con il CCRT adottato dal gruppo di Lipsia-Ulm (Albani, Pokorny, Blaser, Gruniger, Konig, Marschke, Geissler, Korner, Geyer, Kaechele), il raggio di azione di tali ricerche si è notevolmente allargato rispetto all'idea originaria di Luborsky, iniziando a fornire alcune indicazioni anche sul processo terapeutico, in una maniera principalmente descrittiva (*Research Committee* IPA, 2001, p. 216).

D'altra parte, operazionalizzare un concetto astratto (come quello di modello relazionale centrale), ossia renderlo empiricamente rilevabile, richiede necessariamente una selezione dei dati da valutare che implica una qualche forma di riduzionismo.

Un'altra questione critica riguarda la valutazione del CCRT in pazienti gravi poiché la capacità di raccontare episodi relazionali completi può essere significativamente limitata nei pazienti maggiormente compromessi.

Gli ulteriori punti critici del metodo (Albani, Kaechele et al., 2003), possono essere così sintetizzati:

1. nel tema relazionale centrale non rientrano i modelli più rari e i singoli andamenti oggetto-specifici⁹;
2. i criteri di costruzione adottati per le categorie del CCRT sono suscettibili di molteplici critiche (Albani, Villmann et al., 1999).

Il lavoro del gruppo di ricerca di Lipsia-Ulm è stato in parte rivolto a produrre una risposta a tali criticità, sia attraverso la riformulazione dell'intero sistema categoriale del CCRT (2002d), sia svolgendo le prime ricerche su campioni estesi, in cui il CCRT viene analizzato nel corso delle varie fasi terapeutiche e in funzione dei diversi partner interattivi.

Sebbene il metodo si chiami 'Tema Relazionale *Conflittuale* Centrale', Luborsky non specifica il concetto di conflitto a cui si riferisce (Albani, Kaechele, et al., 2003). Potremmo comunque sostenere che questo metodo rilevi soprattutto i conflitti a livello interpersonale, evidenziando le differenze tra i desideri del soggetto e le reazioni degli altri. Il CCRT rende evidenti i conflitti tra due desideri contrastanti, ma non si propone lo studio delle dinamiche conflittuali intrapsichiche e inconsce. Ciò che può sfuggire alla consapevolezza e che viene invece rilevato dal metodo è la pervasività dei temi relazionali. Il CCRT, comunque, si riferisce più propriamente al piano interpersonale e conscio: il tipo di materiale su cui si basa – le narrative – viene infatti necessariamente filtrato dalla consapevolezza del paziente.

Rilevanza clinica del metodo del Tema Relazionale Conflittuale Centrale

⁹ Sulla necessità di considerare una varietà di pattern di transfert, Connolly, Crits-Christoph et al. (1996), sostengono che il trattamento supportivo-espressivo di Luborsky consideri un unico pattern, cioè il più pervasivo, come la causa delle difficoltà del paziente. Tale pattern diventa uno dei principali foci del trattamento supportivo-espressivo di Luborsky, nonostante egli riconosca comunque l'esistenza di altri pattern paralleli ad esso. Analogamente, Albani et al. (1994), hanno sostenuto che il concetto di 'più frequente' dipende dalle categorie usate; cioè, se le categorie hanno un alto livello di generalità, avranno necessariamente una maggiore frequenza, in quanto potranno descrivere più eventi. Inoltre, la rilevazione dei modelli relazionali che si manifestano più raramente può essere significativa dal punto di vista clinico-terapeutico, soprattutto quando hanno valenza positiva (e prevedono quindi il soddisfacimento del desiderio del soggetto).

Nella sua rilettura di Loewald, Mitchell (2000) fornisce un quadro coerente dei legami tra i disturbi psichici e il modello relazionale conflittuale: "...la durezza delle esperienze e delle relazioni traumatiche precoci è probabilmente la causa più diffusa della sofferenza umana. (...) la profondità della lealtà verso gli oggetti precoci dolorosi (...) che noi incontriamo più e più volte nell'analisi e nella vita in genere è sconcertante. (...) Le identificazioni primarie sono così adesive perché un confine tra me e i miei oggetti esiste solo al livello di organizzazione conscia del processo secondario; a livello del processo primario, io *sono* i miei oggetti ..." (p. 62).

Per l'impostazione di un buon lavoro terapeutico, appare quindi rilevante la comprensione del modello relazionale centrale del paziente, che consente di integrare una diagnosi basata esclusivamente sulla classificazione sintomatologica. Anche Gabbard (2002) concorda sulla rilevanza di una diagnosi relazionale: "Come risultato finale della valutazione psicodinamica, il clinico ha delle informazioni sulle relazioni interpersonali del paziente in tre contesti: relazioni dell'infanzia, aspetti reali e transferali della relazione tra il paziente e il clinico che ha condotto il colloquio, e relazioni attuali al di fuori del rapporto paziente-terapeuta. (...) Le informazioni sulle relazioni interpersonali del paziente dicono anche molto sulla natura delle relazioni oggettuali interne del paziente" (p. 83). La diagnosi del modello relazionale centrale può essere ripetuta nel corso del trattamento, consentendo il monitoraggio e la rilevazione di eventuali cambiamenti all'interno dei modelli di relazione; in tal modo, anche la tecnica psicoterapeutica potrebbe essere orientata in funzione degli aspetti maladattivi specifici del modello relazionale del paziente, rilevati all'inizio del trattamento e nel corso dello stesso.

Una parte consistente della letteratura attuale descrive il processo terapeutico in analogia con i sistemi dinamici (per esempio: Caspar, 1998; Stern, 2001). Secondo tali impostazioni, i cambiamenti duraturi hanno luogo solo quando c'è una trasformazione in una parte importante dell'intero sistema, da cui può cominciare una ricostruzione del sistema stesso. Quando tali trasformazioni si verificano all'interno della relazione terapeutica, dovrebbero essere descritte negli episodi relazionali, inizialmente magari come eventi rari, che poi però dovrebbero ripetersi anche in altre relazioni esterne alla terapia. Anche in questa prospettiva, il CCRT si rivela uno strumento utile, in quanto offre la possibilità di rintracciare non solo i modelli relazionali abituali e più pervasivi, ma anche quelli più rari, ma rilevanti dal punto di vista del cambiamento terapeutico.

Il CCRT fornisce delle descrizioni delle modalità di relazione interpersonale che si prestano a fornire un supporto per le inferenze sulle relazioni interiorizzate, in quanto potremmo pensare che l'oggetto interno tenda a una sua attualizzazione in quello esterno. Negli studi sull'efficacia della

terapia presentati, si è potuto rilevare che la componente del CCRT che registra i maggiori cambiamenti in seguito al trattamento psicoterapeutico sia la risposta del soggetto (RS), in termini di contenuto, di riduzione della pervasività e di aumento della positività. Le altre due componenti del CCRT, spesso, non subiscono grandi variazioni con la fine del trattamento, ma ciò non implica che l'esito del trattamento sia stato parziale. Un modello relazionale tratto da un campione non-clinico presenta comunque delle ambivalenze nei confronti dell'oggetto e anche una prevalenza delle risposte negative dell'altro (Kaechele et al., 2003). Dal punto di vista psicodinamico, la presenza di tali aspetti conflittuali appare comprensibile, in quanto solo un oggetto interno scisso e idealizzato potrebbe trovare una sua attualizzazione in un oggetto relazionale esterno descritto come totalmente 'buono'.

Il metodo del CCRT, volto alla comprensione di ciò che accade nella relazione, consente quindi l'operazionalizzazione delle strutture relazionali nella forma di relazioni desiderate/agite; esso si basa sulle narrative relazionali e permette una diagnosi psicopatologicamente rilevante degli aspetti interpersonali. Rispetto all'attendibilità del metodo, la concordanza tra i giudici che valutano le stesse sedute separatamente si è dimostrata sufficiente ed è aumentata ancora attraverso l'utilizzo delle categorie standardizzate. Il nuovo sistema di categorie CCRT-LU, elaborato dal gruppo di ricerca di Lipsia-Ulm, rende possibile un'analisi del materiale in tempi più brevi e fornisce risultati differenziati dal punto di vista contenutistico. Tale sistema è stato sviluppato su un'ampia base empirica¹⁰; inoltre, i risultati empirici ottenuti sono stati integrati con alcuni concetti teorici ricavati dalla letteratura contemporanea in materia. Data la doppia derivazione, empirica e teorica, il sistema di predicati riformulato CCRT-LU risulta esaustivo e si presta a costituire un linguaggio comune per descrivere i modelli d'interazione, anche quelli ricavati attraverso metodi differenti.

Bibliografia

ALBANI C., POKORNY D., DAHLBENDER R. W., KAEHELE H. (1994), *Von Zentralen Beziehungs-Konflikt-Thema (ZBKT) zu Zentralen Beziehungsmustern (ZBM)- Eine methodenkritische Weiterentwicklung der Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt-Thema*, Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 44, pp. 89-98

ALBANI C., BENNINGHOFEN D., BLASER G., CIERPKA M., DAHLBENDER R., GEYER M., KOERNER A., POKORNY D., STAATS H., KAEHELE H. (1999), *On the connection between affective evaluation of recollected relationship experiences and the severity of the psychic impairment*, Psychotherapy Research, 9 (4), 1, pp. 452-467

¹⁰ il materiale clinico comprendeva più di 800 sedute psicoterapeutiche o colloqui, per un totale di più di 400 soggetti

ALBANI C., VILLMANN T., VILLMANN B., GEYER M., POKORNY D., BLASER G., KAECEHELE H. (1999) *Kritik der kategorialen Strukturen der Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas (ZBKT)*, Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 49, pp. 408-421

ALBANI C., BLASER G., THOMAE H., KAECEHELE H. (2000a), *La fine dell'analisi di Amalie, una ricerca con il metodo del tema relazionale conflittuale centrale (CCRT)*, Psicoterapia Psicoanalitica, 19, 1, pp. 27-37

ALBANI C., BLASER G., THOMAE H., KAECEHELE H. (2000b), *Amalie's endliche Analyse – eine Untersuchung mit der Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt Themas*, in Albani, 2002a, cap. 5, pp. 1-11

ALBANI C., BRAUER V., BLASER G., POKORNY D., KORNER A., VILLMANN T., GEYER M., KAECEHELE H. (2000), *Sind Beziehungsmuster in stationärer integrativer Psychotherapie veränderbar?*, Gruppentherapie Gruppendynamik, 36, pp. 156-173

ALBANI C., KUENAST B., POKORNY D., BLASER G., KAECEHELE H. (2001), *Beziehungsmuster in Träumen und Geschichten über Beziehungen in einem psychoanalytischen Prozess*, Forum Psychoanal., 17, pp. 287-296

ALBANI C., VILLMANN T., BLASER G., KOERNER A., REULECKE M., POKORNY D., GEYER M., KAECEHELE H. (2001), *Zentrale Beziehungsmuster im Vergleich verschiedener Objekte*, Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 51, pp. 46-54

ALBANI C. (2002), *Beziehungsstrukturen in der psychotherapeutischen Prozessforschung – Operationalisierung und klinische Relevanz*, Habilitationsschrift, Medizinischen Fakultät, Universität Leipzig

ALBANI C., REULECKE M., KORNER A., BLASER G., GEYER M., POKORNY D., KAECEHELE H. (2002), *Erinnertes elterliches Erziehungsverhalten und Zentrale Beziehungsmuster bei Psychotherapiepatientinnen*, Psychotherapie Forum, 9, pp. 162-171

ALBANI C., POKORNY D., BLASER G., GRUENIGER S., KONIG S., MARSCHKE F., GEISLER I., KORNER A., GEYER M., KAECEHELE H. (2002a), *Re-formulation of CCRT-categories*, Psychotherapy Research, 12 (3), pp. 319-338

ALBANI C., POKORNY D., BLASER G., KONIG S., GEYER M., THOMAE H., KAECEHELE H. (2002b), *Die Untersuchung eines psychoanalytischen Prozesses mit der Methode des Zentralen Beziehungs-konflikt Themas nach dem Ulmer Prozessmodell*, Intersubjetivo, Madrid, 4, pp. 43-65

ALBANI C., POKORNY D., BLASER G., GRUENIGER S. (2002c), *Deutsche Version des reformulierten ZBKT-Kategoriensystems CCRT-LU*, in appendice ad Albani C., 2002a; traduzione e adattamento italiano, a cura di VICARI A., FABI G., CLEMENTEL C., GOTTARELLI L., CASONATO M. (2003) *Predicati del sistema di categorie CCRT-LU*, Psicoterapia, 27, pp. 41-43

ALBANI C., POKORNY D., BLASER G., KONIG S., THOMA H., KAECEHELE H. (2002d), *Zur empirischen Erfassung von Übertragung und Beziehungsmuster*, Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 52, pp. 226-235

Modica C., M. Sacchi GB, M. Geyer, D. Pokorny, H. Kaechele, C. Albani, M. Casonato (2005) La Rilevazione Empirica del Modello Relazionale Centrale: il Metodo del CCRT. *Psicopatologia Cognitiva* 2: 37-51.

ALBANI C., GEYER M., KAEICHELE P., POKORNY D. (2003), *Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte*, Psychotherapeut, 48, pp. 388-402

ALBANI C., POKORNY D., BLASER G., KONIG S., THOMA H., KAEICHELE H. (2003), *Study of a Psychoanalytic Process using the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT), Method according to the Ulm Process Model*, European Psychotherapy, vol. 4, 1, pp. 11-32

ALBANI C., KAEICHELE H., POKORNY D., MODICA C., SACCHI M. C. (2003), *Modelli relazionali e conflitti relazionali*, Psicoterapia, 27, pp. 7-18

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1989), dt. Wittchen H. U., Sass H., Zaudig M., Koehler K., *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-III-R)*, Weinheim, Beltz

BARBER J.P., CRITS-CHRISTOPH P., L. LUBORSKY (1990) *A guide to the CCRT standard categories and their classification*, in Luborsky L., Crits-Christoph P. (Eds.), *Understanding transference: the Core Conflictual Relationship Theme Method*. (I ed., pp. 37-50), Basic Books, NY; tr. italiana, 1992, *Guida alle categorie standard del CCRT e alla loro classificazione*, in Luborsky L., Crits-Christoph P., *Capire il transfert*, Raffaello Cortina editore, Milano, pp. 57-70

BENJAMIN L. (1974), *Structural Analysis of Social Behavior*, Psychological Review, 81, pp. 392-425

BLATT S. J., LERNER (1983), *Investigations on the psychoanalytic theory of object relations and object representations*. In: J. Masling (Ed.), *Empirical studies of psychoanalytic theories*, Vol. 1 (pp. 189-249), Analytic Press, Hillsdale, NJ

BOND J. A., SHEVRIN H. (1986), *The clinical evaluation team method*, unpublished manuscript, University of Michigan, Ann Arbor

BOOK H. E. (1998), *How to practice Brief Psychodynamic Psychotherapy – The Core Conflictual Relationship Theme Method*, American Psychological Association, Washington, DC

CASONATO M. (2003), *Immaginazione e metafora: Psicodinamica, psicopatologia, psicoterapia*, Ed. Laterza, Roma-Bari

CASPAR F. M. (1998), *A connectionist view of psychotherapy*, in: STEIN D., LUDIK J. (Eds.) *Neural Networks and psychopathology*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 88-131

CASTON J. (1977), *Manual on how to diagnose the plan*, in Weiss J., Sampson H., Caston J., Silberschatz G. (Eds.), *Research in the psychoanalytic process – a comparison of two theories about analytic neutrality*, the Psychotherapy Research Group, Department of Psychiatry, Mt. Zion Hospital and Medical Center, San Francisco, pp. 15-21

CONNOLLY, CRITS-CHRISTOPH P. et al. (1996) *Varieties of transference patterns in psychotherapy*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 64, 6, pp. 1213-1221

CRITS-CHRISTOPH P., COOPER A., LUBORSKY L. (1988), *The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, pp. 490-495

CRITS-CHRISTOPH P., DEMOREST A., CONNOLLY M. B. (1990), *Quantitative assessment of interpersonal themes over the course of psychotherapy*, *Psychotherapy*, 27, pp. 513-521

CRITS-CHRISTOPH P., LUBORSKY L. (1998), *Changes in CCRT Pervasiveness during Psychotherapy*, in Luborsky L., Crits-Christoph P. (1998), *Understanding Transference: the Core Conflictual Relationship Theme*, second edition, APA, Washington DC (pp. 151-164)

DAHL H. (1988), *Frames of mind*, in H. Dahl, H. Kaechele, H. Thoma (Eds.), *Psychoanalytic process research strategies*, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo, pp. 51-66

DAHL H., TELLER V. (1994), The characteristics, identification, and applications of FRAMES, *Psychotherapy Research*, 4, pp. 253-276

DEROGATIS L. R. (1977), *SCL-90. Administration, scoring and procedures. Manual for the revised version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*, Baltimore, Johns Hopkins University Press

FONAGY P., STEELE M., STEELE H., LEIGH T., KENNEDY R., MATTOON G., TARGET M. (1999), *Attaccamento, Sé Riflessivo e disturbi borderline*. In C. Riva Crugnola (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*, (pp. 231-281), Raffaello Cortina Editore, Milano

FRANKE G. (1995), *Die Symptom-check-Liste (SCL-90-R) von Derogatis-Deutsche Version-Manual*, Göttingen, Beltz Test GmbH

FREUD S. (1912), *Dinamica della traslazione*, in *Opere 1905-1921*, Newton and Compton, Roma

Gabbard G. O. (2000), *PSICHIATRIA PSICODINAMICA*, III ED., RAFFAELLO CORTINA, MILANO

GILL M., HOFFMAN I. Z. (1982), *A method for studying the analysis of aspects of patient's experience of the relationship in psychoanalysis and psychotherapy*, *Journal American Psychoanalytical Association*, 30, pp. 137-167

GRENYER B. F. S., LUBORSKY L. (1998), *Positive versus negative CCRT patterns*, in Luborsky L., Crits-Christoph P. (1998), *Understanding Transference: the Core Conflictual Relationship Theme*, second edition, APA, Washington DC

GRUPPO DI LAVORO OPD (2002), *Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata – Presupposti teorici e applicazioni cliniche*, Masson, Milano

HOROWITZ L. M., STRAUSS B., KORDY H. (1994), *Das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme*, Deutsche Version (IIP-D), Beltz-Test, Weinheim

HOROWITZ M.J.(1979), *States of mind: analysis of change in psychotherapy*, Plenum Press , New York, London

KIESLER D. J., ANCHIN J. C., PERKINS M. J., CHIRICO B. M., KYLE E. M., FEDERMAN E. J. (1985), *The impact message inventory: form II*, Consulting Psychology Press, Palo Alto

Modica C, M. Sacchi GB, M. Geyer, D. Pokorny, H. Kaechele, C. Albani, M. Casonato (2005) La Rilevazione Empirica del Modello Relazionale Centrale: il Metodo del CCRT. *Psicopatologia Cognitiva* 2: 37-51.

KAECHELE H. (1988) *Clinical and scientific aspects of the Ulm process model of psychoanalysis*, The International Journal of Psycho-Analysis, vol. 69, pp. 65-73

KAECHELE H., ALBANI C., POKORNY D. (2003), relazione alla conferenza *Fifty years of psychoanalytic research in Transference*, 10-13 Luglio 2003, Lviv, Ucraina

LUBORSKY L. (1977), *Measuring a pervasive structure in Psychotherapy: the Core Conflictual Relationship Theme*, in N. Freedman e S. Grand, *Communicative Structures and Psychic Structures*, Plenum Press, New York

LUBORSKY L. (1984), *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for Supportive-Expressive Treatment*, Basic Books, New York

LUBORSKY L., KAECHELE H. (1988), *Der zentrale Beziehungskonflikt- Ein Arbeitsbuch*, PSZ-Verlag, Ulm

LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P. (1988b), *The Assessment of Transference by the CCRT Method*, in Hartvig Dahl, Horst Kächele e Helmut Thomä (Eds.), *Psychoanalytic Process Research Strategies*, Springer-Verlag, Heidelberg

LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P. (1990), *Understanding Transference: the Core Conflictual Relationship Theme Method*, APA, Washington DC (tr. It., a cura di S. Freni, 1992, Raffaello Cortina Editore, Milano),

LUBORSKY L., ALBANI C., ECKERT R. (1992), *Manual zur ZBKT Methode (deutsche Uebersetzung mit Ergaenzungen)*, Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, Diskjournal, 188

LUBORSKY L. (1992a), *Primi sviluppi dell'idea di tema relazionale conflittuale centrale*, in Luborsky L., Crits-Christoph P. (a cura di), *Capire il transfert*, pp. 15-27, Raffaello Cortina editore, Milano

LUBORSKY L. (1992d), *Applicazioni cliniche quotidiane del CCRT*, in Luborsky L., Crits-Christoph P. (a cura di), *Capire il transfert*, pp. 257-269, Raffaello Cortina editore, Milano

LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P. (1998), *Understanding Transference: the Core Conflictual Relationship Theme*, second edition, APA, Washington DC

LUBORSKY L., DIGUER L., KAECHELE H., DAHLBENDER R., WALDINGER R., FRENI S., KRAUSE R., FREVERT G., BUCCI W., DROUIN M., FISCHMANN T., SEGANTI A., WISCHMANN T., HORI S., AZZONE P., POKORNY D., STAATS H., ZOBEL H., GRENYER B., SOLDZ S., ANSTADT T., SCHAUENBURG H., BENNINGHOVEN D., STIGLER M., TCHESNOVA I. (1999), *A guide to the CCRT's Methods, Discoveries and Future*, consultabile su Internet alla pagina <http://sip.medizin.uni-ulm.de/abteilung/projekte/CCRT/ccrtmain.html>

MALLINCKRODT B. (2002), *Attaccamento, Competenze sociali, sostegno sociale, e processi interpersonali nella psicoterapia*, Ricerca in Psicoterapia, 5, n. 1-2, pp. 3-43

MAXIM P. (1986), *The Seattle psychotherapy language analysis schema*, University of Washington Press, Seattle

Modica C, M. Sacchi GB, M. Geyer, D. Pokorny, H. Kaechele, C. Albani, M. Casonato (2005) La Rilevazione Empirica del Modello Relazionale Centrale: il Metodo del CCRT. *Psicopatologia Cognitiva* 2: 37-51.

MERGENTHALER, E., KAEICHELE, H. (1994), *Die Ulmer Textbank*, Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 44, 29-35

MITCHELL S. (2000), *Il modello relazionale, dall'attaccamento all'intersoggettività*, Raffaello Cortina, Milano

PERRY C. (1991) *Assessing psychodynamic patterns using the idiographic conflict formulation (ICF) method*, in: Miller N., Luborsky L., Docherty J. (Eds.), *Doing research on psychodynamic therapy*, Basic Books, New York, pp. 276-306

POKORNY D., BLASER G., VICARI A., GEYER M., KAEICHELE H., C. ALBANI (2003), *Struttura logica del sistema di categorie CCRT riformulato: Teoria e applicazione ad un caso singolo*, Psicoterapia, 27, pp. 19-30

Research Committee IPA (2001) *Ulm-Leipzig-Goettingen studies of transference patterns using the CCRT method*, in Peter Fonagy et al. (Eds.), *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*, Second Edition, International Psychoanalytical Association, New York-London

SCHACHT T. E., BINDER J., STRUPP H. H. (1984), *The Dynamic Focus*, in: Strupp H. H., Binder J. (Eds.), *Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy*, Basic Books, New York, pp. 65-109

SCHACHT T. E., HENRY W. P. (1994), *Modelling recurrent relationship patterns of interpersonal relationship with structural analysis of social behaviour: the SASB-CMP*, Psychotherapy Research, 4, pp. 208-221

SCHANK R., ABELSON R. (1977), *Scripts, Plans, Goals and Understanding*, Erlbaum, Hillsdale, New Jersey

SCHEPANK H. (1995), *Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)*, Göttingen, Beltz Test GmbH

SCHUMACHER J., EISEMANN M., BRAEHLER E. (1999), *Rückblick auf die Eltern: der Fragebogen zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten (FEE)*, Diagnostika – Zeitschrift für Psychologische Diagnostik und Differentielle Psychologie, 45, pp. 194-204

STERN D. N., BRUSCHWEILER-STERN N., HARRISON A. M. et al. (2001), *Die Rolle des Impliziten Wissens bei der therapeutischen Veränderung*, Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 51, pp. 147-152

TELLER V., DAHL H. (1981), *The framework for a model of psychoanalytic interference*, paper presented at the Seventh International Joint Conference on Artificial Intelligence

THOMAE H., KAEICHELE H. (1987), *Psychoanalytic Practice - I Principles*, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Paris, London, Tokyo

TOMKINS S. (1979), *Script theory: Differential magnification of affects*, in Howe H. E. Jr., Dienstbier R. A. (Eds.), *Nebraska Symposium on Motivation*, vol. 26, University of Nebraska Press, Lincoln

Modica C, M. Sacchi GB, M. Geyer, D. Pokorny, H. Kaechele, C. Albani, M. Casonato (2005) La Rilevazione Empirica del Modello Relazionale Centrale: il Metodo del CCRT. *Psicopatologia Cognitiva* 2: 37-51.

TOMKINS S. (1992), *Affect Imagery Consciousness, Volume IV: Cognition: Duplication and Transformation of Information*, Springer Publishing Company, New York

WEISS J., SAMPSON H. and the Mt. Zion Psychotherapy Research Group (1986), *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation and empirical research*, Guilford Press, New York

ZIELKE M., KOPF-MEHNERT C. (1978), *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens*, Weinheim

Modica C, M. Sacchi GB, M. Geyer, D. Pokorny, H. Kaechele, C. Albani, M. Casonato (2005) La Rilevazione Empirica del Modello Relazionale Centrale: il Metodo del CCRT. *Psicopatologia Cognitiva* 2: 37-51.