

LA FINE DELL'ANALISI DI AMALIE. UNA RICERCA CON IL METODO DEL TEMA RELAZIONALE CONFLITTUALE CENTRALE (CCRT)

Cornelia Albani, Gerd Blaser, Helmut Thomä e Horst Kächele

Introduzione

Nella parte conclusiva della trentunesima lezione della *Nuova serie di lezioni* (1933) Freud dichiara che l'intenzione della psicoanalisi è:

“in definitiva di rafforzare l'Io, di renderlo più indipendente dal Super-io, di ampliare il suo campo percettivo e perfezionare la sua organizzazione, così che possa annettersi nuove zone dell'Es. Dove era l'Es, deve subentrare l'Io”¹

Come obiettivi di un trattamento psicoanalitico Freud postulava una completa capacità di soddisfacimento libidico e di prestazione socio-lavorativa, basate sulla teoretica assunzione di una normalità psichica (Freud 1937). Hoffer (1950), Ticho (1967) e Thomä & Kächele (1985) indicano come scopo principale del trattamento psicoanalitico anche la conquista della capacità di autoanalisi, in altre parole lo stabilirsi dell'analisi infinita nell'analisi finita (in seguito a una identificazione con le funzioni dell'analista). Hoffer (1950) sottolinea inoltre la riorganizzazione della difesa attraverso il processo psicoanalitico. Grunberger (1958) considera come scopo di tale processo una maturazione che conduce al ripristino dell'equilibrio narcisistico, il quale a sua volta si evidenzia in un miglioramento dell'autostima. Ticho (1972) individua l'obiettivo di un trattamento psicoanalitico nei cambiamenti dell'Io. Firenstein (1982) segnala i seguenti criteri per una psicoanalisi con esito positivo: miglioramento sintomatico, cambiamento strutturale, costanza d'oggetto affidabile nei rapporti e il raggiungimento dell'equilibrio fra pulsioni, Super-io e strutture di difesa. Weiss e Fleming (1980) sostengono inoltre che i pazienti, dopo un processo psicoanalitico efficace, vivono in modo meno conflittuale e più indipendente, hanno maggiore fiducia in se stessi e dimostrano una maggiore capacità di sublimazione, di pensiero processuale secondario e di un esame critico della realtà.

Nell'ambito di questo lavoro si tratterà di verificare fino a che punto il metodo del tema relazionale conflittuale centrale, messo a punto da Lester Luborsky (Luborsky 1977; Luborsky e Kächele 1988; Luborsky et al. 1992; Luborsky & Crits Christoph 1990, 1998), consenta la descrizione di un successo terapeutico di un trattamento psicoanalitico.

Stadio della ricerca e formulazione dell'ipotesi

Nonostante la presenza di diversi studi con il metodo del tema relazionale conflittuale centrale, finora sono ben pochi i lavori che si occupano di rappresentare il successo terapeutico. Crits-Christoph e Luborsky (1988) hanno dimostrato, confrontando studi effettuati prima e dopo

¹ Freud, Introduzione alla psicoanalisi - Nuova serie di lezioni in Opere 1930-1938 Vol. XI p.190 , 1979 Editore Boringhieri, Torino

un'esperienza terapeutica su 33 pazienti, una riduzione delle componenti di reazione negative, correlata a una diminuzione dei sintomi. In una ricerca di Strauss et al. (1955) è stato provato il significato predittivo delle variabili-CCRT per il successo terapeutico. I sottogruppi, costituiti in base al successo terapeutico su un totale di 19 pazienti affette da un disturbo alimentare, si differenziavano per le relative categorie-CCRT più frequenti all'inizio del trattamento. Per i 24 pazienti affetti da un disturbo di ansia e oggetto di uno studio di Hartung (1991) si è ridotta nel corso della terapia la parte di desideri "dipendenti". Sulla base delle reazioni del soggetto si è dimostrato che i pazienti, dopo la terapia, perseguono i loro obiettivi in modo più coerente e sono più capaci di fronteggiare i conflitti. Grenyer e Luborsky (1996) hanno sviluppato una "Mastery Scale" per la rilevazione del superamento dei conflitti relazionali e hanno potuto dimostrare che una quota più alta di "Mastery" è collegata alla riduzione dei sintomi e a un più alto livello generale di funzionalità.

Finora non esistono che pochi studi sistematici che indagano i percorsi terapeutici con il metodo CCRT. Nel caso delle due ricerche a noi note, si tratta di terapie brevi (Albani 1994, Grabhorn 1994). Per quanto ne sappiamo non esistono finora descrizioni del processo di trattamenti psicoanalitici più lunghi con lo stesso metodo. Lo scopo di un progetto di ricerca esauriente è la descrizione con il metodo CCRT dello svolgimento di un trattamento psicoanalitico di un totale di 517 ore della paziente Amalie. Il presente lavoro presenta i risultati del confronto fra la prima e l'ultima fase della terapia e svolge la funzione di lavoro preliminare all'indagine del processo. La nostra intenzione è di indagare se e come si possa descrivere il successo terapeutico di questo trattamento psicoanalitico con tale metodo. I risultati degli studi già esistenti lasciano presumere come espressione di un trattamento di successo le seguenti modifiche delle variabili del metodo nel confronto degli episodi relazionali delle prime e delle ultime ore di trattamento:

- Aumento delle componenti di reazioni positive
- Riduzione della "pervasiveness" delle componenti del metodo (numero degli episodi relazionali, che contengono queste componenti, riferite a tutti gli episodi relazionali).
- Comparsa di nuovi temi alla fine della terapia rispetto all'inizio.
- I desideri e i sentimenti rimossi diventano consapevoli: alla fine del trattamento i desideri sono espressi più direttamente e lo spettro dei desideri della paziente diviene più ampio nel corso del trattamento.
- Si allarga il campo di azione della paziente, ovvero le reazioni del soggetto si modificano fra i due momenti temporali di misurazione.
- La paziente diviene più capace di relazioni, compaiono cioè "nuovi oggetti", con i quali siano possibili esperienze relazionali più soddisfacenti.

Con il metodo non sono rilevabili la capacità di autoanalisi, l'aumento della capacità di sublimazione e la riorganizzazione delle difese.

Descrizione clinica della paziente Amalie

La paziente, una donna di 35 anni, nubile, con un'attività lavorativa, era giunta in terapia in seguito a episodi depressivi sempre più gravi. Tutta la sua esistenza e la sua posizione sociale come donna erano state condizionate dall'età della pubertà dalle sgradevoli conseguenze di una virilizzazione dovuta a irtsutismo idiopatico, che si era dimostrato incurabile e al quale la paziente aveva cercato invano di adattarsi. Le difficoltà di autostima, derivanti anche da tale fattore, la mancata identificazione femminile e l'insicurezza sociale avevano reso difficili i rapporti personali e impedito alla paziente di intraprendere rapporti stretti con l'altro sesso. Il trattamento psicoanalitico per un totale di 517 ore è stato giudicato positivamente sia nella valutazione clinica

sia nei test psicologici. (Per una descrizione clinica dettagliata vedere Thomä & Kächele 1997, p. 104 e seguenti).

Studi empirici sui cambiamenti terapeutici nel corso della psicoanalisi di Amalie

Le 115 ore dell'analisi di Neudert et al. (1987a) hanno dimostrato un aumento dell'autostima e una riduzione della disistima nel corso del trattamento. Neudert et al. (1987b) hanno studiato il cambiamento della "sofferenza" della paziente nel corso del trattamento rilevando una riduzione sia dei danni da essa conseguenti, sia del sentimento di abbandono e di impotenza dinanzi alla stessa. Il confronto delle prime e delle ultime 8 ore in riferimento alle variabili "insight emotivo" (Hohage & Kubler 1987) ha dato alla fine della terapia valori significativamente più alti sulle scale "accesso emotivo" ed "esperienza vissuta".

Metodo

Metodo-CCRT

Il metodo CCRT è considerato uno dei più affermati modelli internazionali per lo studio della relazione e dispone di un'ampia base empirica. Esso si basa sull'analisi di episodi narrativi di un paziente e sulle sue esperienze di relazione. Come base fungono i cosiddetti episodi relazionali, che vengono identificati in un primo stadio. Si determinano così tre tipi di componenti: desideri, bisogni, intenzioni (componenti W, *wish*), reazioni dell'oggetto (componenti RO) e reazioni del soggetto (componenti RS). Si stabilisce una differenza fra i desideri espressi direttamente dal paziente (desideri espliciti) e desideri scoperti dall'analista (desideri impliciti). Le reazioni vengono iscritte in categorie e si parla di reazioni positive e negative. In tal senso, la valenza delle reazioni dell'oggetto si riferisce al risultato della reazione dal punto di vista del paziente, se essa è servita alla soddisfazione di un desiderio è positiva, altrimenti è negativa. La valutazione delle reazioni del soggetto segue la valenza emotiva della reazione. Dapprincipio si tenta di mantenere il contenuto delle categorie il più possibile fedele al testo. In una fase successiva, si assegnano a queste formulazioni delle categorie standard (Crits-Christoph & Demorest 1988), raggruppate in 8 *cluster* (Barber et al. 1990). Dal desiderio di volta in volta più frequente, dalla reazione dell'oggetto più frequente e dalla reazione del soggetto più frequente si stabilisce il cosiddetto tema relazionale conflittuale centrale (CCRT).

Disegno sperimentale

Come database valgono le trascrizioni delle prime e delle ultime 16 ore del trattamento psicoanalitico per un totale di 517 ore. La valutazione delle ore è avvenuta in una successione casuale da parte di due analisti supervisor del metodo con un'esperienza pluriennale alle spalle. Per via del linguaggio della paziente evidentemente mutato e per la presenza di temi differenti nei contenuti non è stato possibile evitare che i supervisor riconoscessero talvolta le ore iniziali e finali della terapia. La valutazione è avvenuta sul piano delle categorie standard che sono state assegnate ai *cluster* solo nell'ambito della valutazione statistica.

Per la verifica dell'attendibilità sono state oggetto di valutazione da parte dei supervisor 4 ore della fase iniziale e 4 ore della fase finale, scelte a caso. La concordanza in merito alla deter-

minazione delle componenti (sul piano dei *cluster*) è stata rilevata per mezzo del coefficiente K ed è di 64 per i desideri, 62 per le reazioni dell'oggetto e 64 per le reazioni del soggetto.

Risultati

Nelle 32 ore si sono verificati in totale 247 episodi di relazione (139 nella fase iniziale, 108 in quella finale) con 352 desideri, 384 reazioni dell'oggetto e 448 reazioni del soggetto. In confronto a studi simili, il numero relativamente alto delle reazioni del soggetto si può motivare con il fatto che si tratta di una psicoanalisi, e pertanto la paziente è tenuta in modo particolare a riflettere sui suoi pensieri e sentimenti.

La seguente tabella illustra le categorie di volta in volta in assoluto più frequenti della fase iniziale e finale nella rappresentazione con i *cluster* e la "pervasiveness" delle categorie del metodo come misura della comparsa delle categorie di volta in volta più frequenti negli episodi relazionali (riferiti a tutti gli episodi rilevati in questa fase terapeutica).

Tabella 1

*Tema relazionale conflittuale centrale nella rappresentazione con i cluster
(frequenza assoluta, pervasiveness in %)*

	Desiderio	Reazione dell'oggetto	Reazione del soggetto
Inizio n = 139	WC1 6 (n=55) Desidero essere amata e compresa (39,6%)	RO C1 5 (n=85) Gli altri mi respingono (53,9%)	RS C1 6 (n=70) Mi sento sola e abbandonata (46,0%)
Fine n = 108	WC1 6 (n=34) Desidero essere amata e compresa (28,7%)	RO C1 5 (n=83) Gli altri mi respingono (56,5%)	RS C1 7 (n=74) Sono delusa e depressa (56,6%)

Se si effettua la valutazione sul piano dei *cluster*, il metodo non si differenzia nella fase iniziale e in quella finale, eccetto che per il sentimento di Amalie di sentirsi abbandonata e senza aiuto, al cui posto subentra alla fine la delusione. Sebbene il desiderio di essere amata (WC1 6) è il più espresso anche alla fine della terapia, la "pervasiveness" mostra che questo desiderio determina un numero minore di episodi di relazione. Ad un'indagine più precisa delle categorie standard relative al *cluster* 6 risulta evidente che nella fase finale le categorie standard dei desideri piuttosto "passive" CS1 ("Desidero essere capita", CS2 ("Desidero essere accettata") e CS3 ("Desidero essere rispettata" sono molto meno frequenti mentre compare il desiderio CS33 ("Desidero avere una relazione romantica"), che all'inizio non era stato espresso.

Il *cluster* RS 7 è caratterizzato soprattutto dalla CS 21 ("Sono furiosa"), che rappresenta l'esatto contrario della definizione del *cluster* "Sono delusa e depressa". La "pervasiveness" della CSRS 21 è all'inizio della terapia del 19,4%, alla fine del 37,0%. In un'indagine esplorativa la valutazione non si è limitata soltanto alle categorie di volta in volta più frequenti in senso assoluto, bensì si è anche basata sul confronto delle frequenze relative medie del *cluster* all'inizio e alla

fine della terapia. Sono stati eseguiti test U secondo la trasformazione arcus-sinus. Per la componente reazione del soggetto si è evidenziato che la paziente negli episodi di relazione alla fine della terapia avverte un maggiore autocontrollo e una maggiore fiducia in se stessa (RSC1 5, $p < .05$), si sente più raramente abbandonata (RSC1 6, $p < .01$) e timorosa e vergognosa (RSC1 8, $p < .01$). Inoltre si rileva che la paziente alla fine della terapia esprime il desiderio di contrapporsi agli altri (WC1 2, $p < .10$).

Per la valutazione della valenza delle componenti di reazione sono stati rilevati indici di positività, calcolando la quota delle reazioni positive riferita alla somma delle reazioni positive e negative espresse in totale. Come si vede nella tabella 2, prevalgono le componenti negative sia nelle reazioni dell'oggetto sia in quelle del soggetto, e gli indici di positività delle reazioni del soggetto in totale sono più elevate delle reazioni degli oggetti. Nel confronto fra la fase di inizio e di fine della terapia si evidenzia una riduzione delle componenti negative e un aumento di quelle positive, che caratterizzano maggiormente le reazioni del soggetto.

Tabella 2

Media (scarto tipo) degli indici di positività delle componenti di reazione della fase iniziale e finale della terapia (Test U, bilaterale)*

	Inizio n=139	Fine n=108	
Pos.-RO	Media 9,5 (10,5)	Media 18,1 (16,3)	n.s.
Pos.-RS	18,9 (12,3)	39,6 (16,4)	P < .01

*Gli indici di positività sono stati trasformati arcus-sinus

Nel confronto delle frequenze medie relative dei desideri espressi direttamente all'inizio (M 8,0, DS 9.2) e alla fine della terapia (M 17,1, DS 15,7), emerge nella fase finale una tendenza della paziente a esprimere i suoi desideri in modo più aperto e diretto (Test U, bilaterale, $p < 0.6$).

La tabella 3 illustra i risultati della valutazione specifica dell'oggetto degli episodi relazionali.

Fra la fase iniziale e quella finale della terapia emergono differenze notevoli rispetto ai partner di interazione degli episodi relazionali. All'inizio della terapia tali episodi sono determinati prevalentemente da membri della famiglia (10% degli episodi con la madre, il 9% con il padre, il 9% con i fratelli), persone dell'ambiente professionale e "padre confessore" (La paziente ha ricevuto una severa educazione religiosa). Risulta particolarmente evidente che tutti gli oggetti, designati spesso all'inizio come partner di interazione, compaiono raramente nella fase finale. Qui si tratta soprattutto di esperienze di relazione con l'ex-partner, con le tirocinanti che hanno assistito Amalie verso la fine della terapia e con il terapeuta, dei quali la paziente riferisce. Contrariamente all'inizio, gli episodi di relazione sono caratterizzati alla fine da una maggiore presenza maschile (in generale o persone concrete) nella misura del 55%.

Valutando separatamente i singoli campioni parziali degli episodi di relazione con i diversi oggetti, nella fase iniziale tutti gli episodi con i diversi oggetti sono contraddistinti dalle categorie in complesso più frequenti (CCRT). Gli episodi di relazione con i partner di interazione più

Tabella 3

*Numero degli episodi di relazione con determinati oggetti
nella fase iniziale e finale della terapia*

	Inizio n=139		Fine n=108	
Membri della famiglia	53	38%	12	11%
Ambito professionale	41	29%	9	8%
Padre spirituale	15	11%	-	
Terapeuta	-		10	9%
“Uomini”	-		13	12%
Ex-partner	-		37	34%
Tirocinanti	-		14	13%
“Altri”	30	22%	13	12%
totale	139	100%	108	100%

Tabella 4

*I temi centrali del conflitto relazionale (cluster) e gli indici
di positività con diversi oggetti alla fine della terapia*

	Desideri	Reazioni dell'oggetto	Reazioni del soggetto
Terapeuta (n = 10)	W C1 1 Desidero essere indipendente dal terapeuta (n=7)	RO C1 5 Il terapeuta mi respinge (n=6, 40,0)	RS C1 5 Ho autocontrollo (n=8, 70,6)
Tirocinanti (n = 14)	W C1 2 Desidero oppormi alle tirocinanti (n=7)	RO C1 5 Le tirocinanti mi respingono (n=10, 5,5)	RS C1 7 Mi sento delusa (n=9, 51,6) RS CS 11 <i>Mi oppongo</i> (n=8)
Ex-partner (n=37)	W C1 6 Desidero essere amata dall'ex-partner (n=15)	RO C1 5 L'ex-partner mi respinge (n=30, 12,5)	RS C1 7 Mi sento delusa (n=28, 23,5) RS CS 21 <i>Sono arrabbiata</i> (n=11)

Cornelia Albani, Gerd Blaser*, Helmut Thomä e Horst Kächele*
Università di Lipsia, Università di Ulm*

frequenti alla fine della terapia si differenziano sia fra di loro sia dagli episodi all'inizio della terapia. La tabella 4 illustra il modello di relazione centrale.

Alla fine della terapia la paziente esprime nuovi desideri. Sebbene nel complesso prevalga ROC1 5, l'indice di positività delle reazioni del terapeuta indica che il 40% di tali reazioni è stato valutato positivamente. Solo in rapporto con il terapeuta la paziente avverte l'autocontrollo e prevale chiaramente la parte delle sue reazioni positive. Ciò può essere interpretato come espressione di un rapporto terapeutico riuscito. La paziente riesce a opporsi in modo conforme al suo desiderio anche nei riguardi delle tirocinanti e l'indice di positività delle sue reazioni ammonta a 51,6%. Gli episodi di relazione con l'ex-partner sono caratterizzati dai desideri di una relazione romantica (CSW 33) e di vicinanza (CSW 11), desideri respinti dall'ex-partner che la paziente percepisce quindi distante (CSRO 12). Nella maggior parte degli episodi la paziente descrive le proprie reazioni quali reazioni di rabbia. (CSRS 21).

Discussione

I risultati della valutazione con il metodo del tema relazionale conflittuale centrale sottolineano la valutazione clinica del successo terapeutico e confermano i risultati di ricerche già esistenti. Sono state confermate le presunte modifiche delle variabili del metodo.

Nella fase finale della terapia prevalgono ancora le reazioni negative degli oggetti e della paziente, si è manifestato tuttavia un significativo aumento delle reazioni positive della paziente.

Per il tema relazionale conflittuale centrale si delinea un modello negativo, che coincide sia nella fase iniziale sia in quella finale: la paziente desidera per sé dedizione e comprensione, sente gli altri distanti e reagisce con un sentimento di abbandono e delusione. Mentre la *pervasiveness* dei desideri più frequenti ha subito una piccola riduzione, non c'è stato alcun cambiamento nella *pervasiveness* per la reazione più frequente degli oggetti; le reazioni più frequenti della paziente variano nella fase iniziale e finale, ma rimangono molto simili nel contenuto. L'osservazione più differenziata dei *cluster* dei desideri e delle reazioni del soggetto sulla base delle relative categorie standard ha rilevato però evidenti cambiamenti per entrambe le componenti. La fase iniziale vede desideri piuttosto passivi, mentre la paziente alla fine della terapia esprime più spesso il desiderio di opporsi (WC1 2) e di avere una relazione romantica (CSW 33). Questo desiderio (sullo sfondo di una relazione fallita durante la terapia) sottolinea il cambiamento ottenuto, se si considera, che la paziente non aveva ancora avuto alcuna relazione sentimentale prima dell'inizio della terapia.

Sulla base della componente reazioni del soggetto risulta chiaro che la paziente come risultato della terapia ha potuto ampliare i suoi campi di azione e conseguire delle proprie competenze mentre è diminuita la sua sintomatologia depressiva. L'aumento dell'autostima e la diminuzione della disistima nel corso del trattamento, rilevati da Neudert et al. (1987a), corrispondono nella presente ricerca a uno dei cambiamenti di contenuto delle reazioni del soggetto in una significativa riduzione delle categorie che comprendono i sentimenti di abbandono (RSC1 6), di dipendenza (CSRS 16), di incapacità (CSRS 17) e di timore (RSC1 8) e in un significativo aumento delle categorie che esprimono fiducia in se stessi e autocontrollo (RSC1 5).

D'altra parte l'evidente aumento delle reazioni positive della paziente non fa che confermare questa conclusione. Alla fine della terapia la paziente esprime più spesso il suo sentimento di rabbia (CSRS 21). La capacità di percepire sentimenti aggressivi e di esprimerli, soprattutto in confronto ai sentimenti di abbandono e dipendenza predominanti nella fase iniziale della terapia, rappresenta un cambiamento perseguito dalla paziente. Se con "sofferenza" s'intende la consapevole esperienza di affetti negativi (per es. depressione), che in ambito psicoanalitico si considera come una aggressione diretta verso l'interno, alla riduzione descritta da Neudert et al. (1987b)

della sofferenza della paziente corrisponde questo aumento della percezione e dell'espressione di rabbia (CSRS 21) nel corso della terapia. Ciò potrebbe significare che nel corso del trattamento la paziente è stata in grado di rinunciare talvolta alle proprie difese contro affetti aggressivi vissuti in passato come minacciosi.

Le differenze rilevate nella valutazione con l'impiego dei *cluster* o delle categorie standard, particolarmente esplicative dei desideri e delle reazioni del soggetto, rilevano la critica alle strutture categoriali del metodo. Ciò è da porre in relazione da un lato al fatto che in area linguistica tedesca si procede esclusivamente con la traduzione delle categorie americane e che pertanto occorre presupporre l'esistenza di differenze interculturali, dall'altro mette in luce l'inconsistenza di contenuto dei *cluster* e la mancanza di categorie definite e necessarie (per dettagli vedere Albani et al. in stampa). Attualmente il nostro gruppo è impegnato in un progetto sostenuto dalla Deutsche Forschungsgemeinschaft (Società di ricerca tedesca) per la riformulazione delle strutture categoriali del metodo del tema relazionale conflittuale centrale (Albani et al. 1997).

Sulla base dell'aumento dei desideri espressi esplicitamente, si può concludere affermando che la paziente è riuscita a diventare più consapevole dei propri desideri e, considerando l'aumento delle reazioni positive del soggetto, è divenuta più capace di metterli in atto.

Alla fine della terapia compaiono altri partner di interazione. La famiglia, che all'inizio occupava un ampio spazio negli episodi di relazione della paziente, sembra avere nella fase finale poco significato, e ciò esprime certamente il superamento della problematica del distacco.

Con il metodo del tema relazionale conflittuale centrale non è possibile chiarire in quale modo o maniera siano avvenuti i cambiamenti. Crits-Christoph & Luborsky (1998) hanno mostrato nella loro ricerca l'esistenza di un rapporto fra la "correttezza", con la quale il terapeuta nelle sue interpretazioni si volge al metodo del tema relazionale conflittuale centrale della paziente e il successo terapeutico. È fuori discussione che la qualità del rapporto terapeutico sia di importanza fondamentale per il successo dello stesso. Il rapporto con il terapeuta appare in complesso soddisfacente e positivo per la paziente – in nessun altro caso essa descrive una quota così alta di reazioni positive. Questa "esperienza emotiva correttiva" (Alexander & French 1946) nel rapporto terapeutico potrebbe aver contribuito non poco al successo della terapia.

I vantaggi ma anche i limiti del metodo del tema relazionale conflittuale centrale risiedono nella sua limitazione ai resoconti delle esperienze di relazione effettuati dalla paziente stessa. Ciò significa che la ricerca rimane circoscritta alle esperienze di relazione percepite e verbalizzate dalla paziente. Nella nuova edizione della sua monografia sul metodo del tema relazionale conflittuale centrale Luborsky annuncia (Luborsky & Crits-Christoph 1998, p. 333) un ampliamento del metodo per la rilevazione dei conflitti inconsci. Altrettanto difficile risulta con il metodo la rilevazione di concetti clinici complessi come ad esempio "mutamento strutturale" e anche l'evento del transfert interattivo e attuale non viene incluso nella valutazione. Deserno et al. (1998) dopo aver studiato un'ora di un trattamento psicoanalitico hanno introdotto dei cosiddetti episodi di relazione "tipo x", che contengono interazioni attuali nelle quali compare il terapeuta con i suoi chiarimenti, confronti e interpretazioni, e che rendono possibile lo studio di processi rilevanti per il cambiamento.

Nonostante il metodo si chiami tema relazionale conflittuale centrale, la spiegazione del termine conflitto rimane aperta in Luborsky. I conflitti in senso analitico fra un desiderio e la difesa, fra i diversi sistemi o istanze o fra impulsi (Laplanche & Pontalis 1972) non vengono rilevati con il metodo. Sulla base delle componenti-desiderio si possono descrivere i conflitti fra due desideri, che emergono contemporaneamente e si escludono a vicenda. Potrebbe essere appropriata la rilevazione con il metodo del tema dei desideri più frequenti. Pertanto dovrebbe essere interpretato piuttosto come indicatore per il rilevamento dei conflitti della paziente. Anche per questo abbiamo deciso di introdurre la denominazione "modello centrale di relazioni" (Albani et al. 1994), in grado di assolvere alle relazioni di azione-desiderio rilevate con il metodo.

Una vita “libera da conflitti” valutabile secondo Weiss e Flemming (1980) come successo terapeutico è descrivibile con il metodo solo sul piano dei desideri. Rimane tuttavia un certo scetticismo sul fatto che un paziente, che alla fine della terapia descrive episodi di relazione con un tema desiderio uniforme, può valere in effetti come “sano”. Più appropriato sarebbe invece che i pazienti, dopo una terapia di successo, non descrivano più le reazioni dei loro partner di interazione e le loro stesse reazioni in contrasto con i loro desideri (cioè negative). In questo modo diviene più probabile una liberazione dal desiderio. Tutto ciò si è manifestato nella nostra ricerca nell'aumento delle reazioni positive degli oggetti e del soggetto.

Anche la questione della scelta dei campioni merita un approfondimento. La fase iniziale e finale di una psicoanalisi rappresentano dei momenti particolari. All'inizio è necessario innanzitutto stabilire la relazione terapeutica e il materiale biografico occupa un posto rilevante. La fine della terapia è caratterizzata soprattutto dall'elaborazione della separazione e del distacco dalla relazione terapeutica, nel cui contesto viene descritto anche il riapparire di sintomi (Miller 1965). Nella nostra valutazione con il metodo del tema relazionale conflittuale centrale e anche nella descrizione clinica non è stata osservata alcun ritorno della sintomatologia. La fase conclusiva della terapia di è stata contraddistinta prevalentemente dall'elaborazione delle sue esperienze all'interno di una relazione sentimentale passata e in una appena intrapresa, con la paziente ancora emotivamente vicina all'ex-partner. Altre indagini più dettagliate dimostreranno fino a che punto il campione qui studiato rispetto alle variabili del metodo possa valere come rappresentativo per l'intero trattamento.

Il presente studio dimostra la possibilità di rappresentare con il metodo del tema centrale cambiamenti terapeutici fondamentali e clinicamente rilevanti su diversi piani e sulla base di poche ore. Non è stato possibile verificare tuttavia se nella analisi finita di Amalie si sia stabilita l'analisi infinita.

Riassunto

Oggetto: Il nostro scopo è di verificare fino a che punto il metodo del tema relazionale conflittuale centrale (CCRT) consenta di rappresentare il successo terapeutico di un trattamento psicoanalitico.

Metodo: I dati sono costituiti dalle trascrizioni delle prime e delle ultime 16 sedute di un trattamento psicoanalitico di un totale.517 ore

Risultati: Il tema relazionale conflittuale centrale (CCRT) non presenta differenze nella fase iniziale e in quella conclusiva della terapia. Ciononostante vi compaiono dei cambiamenti importanti: alla fine della terapia, infatti, i desideri sono espressi in modo più esplicito, aumenta il numero delle reazioni positive dell'oggetto e del soggetto, cambia la distribuzione della frequenza delle reazioni del soggetto e gli episodi relazionali sono determinati da altri partner di interazione.

Discussione: Nella presente ricerca, nonostante alcune osservazioni critiche, il metodo del tema relazionale conflittuale centrale si dimostra uno strumento appropriato per descrivere sulla base di poche ore e su piani diversi cambiamenti terapeutici fondamentali e clinicamente rilevanti.

Summary

Keywords: *Psychoanalysis therapy outcome CCRT method*

Object: The Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT) will be used to describe the outcome of a psychoanalysis.

Method: The sample consists of the first and last 16 sessions of a 517 session psychoanalysis.

Results: Although the CCRT does not change from the beginning to the end there are relevant changes: more explicit wishes, more positive Responses from Others and of the Self, different Responses of the Self and new objects at the end of the therapy.

Conclusions: The CCRT method seems to be a proper instrument describing clinically relevant therapeutic changes on the basis of less therapy sessions on different levels.

Bibliografie

- Albani, C., Geyer, M., Pokorny, D., Kächele, H. (1997): Kritik und Reformulierung der kategorialen Strukturen der Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt Themas (ZBKT) (DFG-Antrag): Universitäten Leipzig und Ulm.
- Albani, C., Pokorny, D., Dahibender, R. W., Kächele, H. (1994): Vom Zentralen Beziehungskonflikt-Thema (ZBKT) zu Zentralen Beziehungsmustern (ZBM). Eine methodenkritische Weiterentwicklung der Methode des "Zentralen Beziehungskonflikt-Themas". *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 44(34), 89-98.
- Albani, G., Villmann, T., Villmann, B., Kömer, A., Geyer, M., Pokorny, D., Blaser, G., Kächele, H. (im Druck): Kritik der kategorialen Strukturen der Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt Themas (ZBKT). erscheint bei P~.
- Alexander, R., French, T. M. (1946): *Psychoanalytic therapy*. New York: Norton.
- Barber, J. P., Crits-Christoph, P., Luborsky, L. (1990): A guide to the CCRT standard categories and their classification. In: L. Luborsky, P. Crits-Christoph (Eds.): *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method*, 1. Edition, S. 37-50. New York: Basic Books.
- Crits-Christoph, C., Luborsky, L. (1998): Changes in CCRT Pervasiveness During Psychotherapy. In: L. Luborsky, P. Crits-Christoph (Eds.): *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method*, 2. Edition, S. 151-164. Washington: American Psychological Association.
- Crits-Christoph, P., Demorest, A. (1988): List of standard categories (Edition 2). University of Pennsylvania School of Medicine, Unpublished Manuscript.
- Deserno, H., Hau, S., Brech, E., Graf-Deserno, S., Grünberg, K. (1998): "Wiederholen" der Übertragung? Das Zentrale Beziehungskonfliktthema (ZBKT) der 290. Stunde Fragen, Probleme, Ergebnisse, *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 48, 287-297.
- Firestein, S. K. (1982): Termination of psychoanalysis. Theoretical, clinical, and pedagogic considerations. *Psychoanal. Inq.* 2, 473-497.
- Freud, S. (1933): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse: Studienausgabe, Band 1, S. 451-610. Frankfurt am Main.. S.Fischer Verlag.
- Freud, S. (1937): Die endliche und die unendliche Analyse: Studienausgabe, Vol. Ergänzungsband, pp. 357-392. Frankfurt Main: S.Fischer Verlag.
- Grabhorn, R., Overbeck, G., Kernhof, K., Jordan, L., Müller, T. (1994): Veränderung der Selbst-Objekt-Abgrenzung einer eßgestörten Patientin im stationären Therapieverlauf. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 44, 273-283.
- Grenyer, B. F. S., Luborsky, L. (1996): Dynamic change in psychotherapy: Mastery of interpersonal conflicts. *J. Consul. Clin. Psychol.* 64, 411-416.
- Grunberger, B. (1958): Über-Ich und Narzissmus in der analytischen Situation. *Psyche* 12, 270-290.
- Hartung, J. (1991). Conflictual relationship and anxiety disorders: Changes in the subjective reconstruction of conflictual relationships during behavior therapy. 22nd Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research in Lyon.
- Hoffer, W. (1950): Three psychological criteria for the termination of treatment. *Int. J. Psycho-Anal.* 31,

194-195.

- Hohage, R., Kübler, C. (1987): Die Veränderung von emotionaler Einsicht im Verlauf einer Psychoanalyse. Eine Einzelfalstudie. *Zsch. psychosom. Med.* 33, 145-154.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1972): *Das Vokabular der Psychoanalyse*, Frankfurt: Suhrkamp.
- Luborsky, L. (1977): Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme. In: N. Freedman, S. Grand (Eds.): *Communicative structures and psychic structures*, S. 367-395. New York: Plenum Press.
- Luborsky, L. (1998): Where we are in understanding the CCRT. In: L. Luborsky, P. Crits-Christoph (Eds.): *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method*, 2nd Edition, S. 327-343. Washington: American Psychological Association.
- Luborsky, L., Albani, C., Eckert, R. (1992): *Manual zur ZBKT-Methode (deutsche Übersetzung mit Ergänzungen)*. *Psychother. Psychosom. med. Psychol. S(DiskJournal)*, 188.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P. (1990): *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method*. 1.Edition. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P. (1998): *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method*. 2.Edition. Washington: American Psychological Association.
- Luborsky, L., Kächele, H. (Eds.) (1988): *Der zentrale Beziehungskonflikt - ein Arbeitsbuch*. Ulin: PSZ-Verlag.
- Miller, I. (1965): On the Return of Symptoms in the terminal Phase of Psychoanalysis. *Int. J. Psycho-Anal.* XLVI, 487-501.
- Neudert, L., Grünzig, H. L., Thomä, H. (1987a): Change in self-esteem during psychoanalysis: a single case study. In: N. M. Cheshire, H. Thomä (Eds.): *Self, symptoms and psychotherapy*, S. 243-265. New York: Wiley & Sons.
- Neudert, L., Hohage, R., Grünzig, H. J. (1987b): Das Leiden als Prozeßvariable in einer psychoanalytischen Behandlung. *Zsch. Klin. Psychol.* 16, 13 5-147.
- Strauß, B., Dauert, E., Gladewitz, J., Kaak, A., Kieselbach, S., Lammert, K., Struck, D. (1995): Anwendung der Methode des Zentralen Beziehungskonfliktthemas (ZBKT) in einer Untersuchung zum Prozeß und Ergebnis stationärer Langzeitgruppenpsychotherapie. *Psychoth. Psychosom. med. Psychol.* 45, 342-350.
- Thomä, H., Kächele, H. (1985): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Band 1: Grundlagen*. Berlin: Springer.
- Thomä, H., Kächele, H. (1997): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Band 2: Praxis*. (2.Auflage). Berlin: Springer.
- Ticho, E. A. (1972): Termination of Psychoanalysis: Treatment Goal, Life Goals. *Psychoanal. Quart.* XLI(3), 315-333.
- Ticho, G. R. (1967): On self-analysis. *Int. J. Psycho-Anal.* 48, 308-318.
- Weiss, S. S., Fleming, J. (1980): On teaching and learning of termination in psychoanalysis. *Annu. Psychoanal.* 8, 37-55.