

**Evolución del Proceso Terapéutico en un Caso
de Psicoterapia Focal Planificada mediante el
Método del Tema Central de Conflicto
Relacional (CCRT)**

Yolanda López del Hoyo

**Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológico**



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

2010

Agradecimientos

Son muchos los que han colaborado directa o indirectamente en este trabajo, de todos he aprendido y a todos me gustaría darles las gracias.

En primer lugar a Alejandro, Janine y al equipo de Salamanca de quienes recogí el trabajo y quienes abrieron la puerta de mi futuro investigador.

Al grupo de investigadores del CCRT de Weimar, donde abrí los ojos al mundo y asenté la primera piedra del estudio de los patrones de relación.

A los que fueron estudiantes y colaboraron en el estudio, Alida, Albano, Adrián, Lolo, Sara, Aurora, Alejandro, Ana Belén, Carlos, Carolina, Marta, Paloma, Sara, Marta, Uxue y Virginia, por su ilusión y alegría, con todo un futuro por delante.

A Florida, por unos años geniales y confiar todos de más en mí. A Topi, *of course*.

A Pamela, por una gran amistad transoceánica.

A Mónica por su sonrisa.

Al Ministerio de Educación, gracias a la beca FPU he podido convertirme en lo que soy profesionalmente.

A Jesús, mis manos y pies en Salamanca y en el que siempre puedo confiar, gracias.

A Antonio por facilitar la labor.

A aquellos buenísimos profesores de la carrera que sin ellos saberlo alimentaron mi gusanillo investigador, Begoña Orgaz, Marisol Beato, Félix López,... entre otros.

A mi grupo de Zaragoza que me dieron lo que más necesitaba para poder acabar el trabajo: apoyo y tiempo.

A Dan por todo lo que me ha ayudado en el estudio, pero por encima de ello por lo que me ha enseñado como persona, siempre con una sonrisa; los conceptos de bondad y generosidad alcanzan diferente nivel en él. Mi afecto y admiración para este genio, que ha llegado a serlo sin dejar de ser un niño.

A mi familia, que siempre están conmigo donde quiera que esté y lo que quiera que haga.

A Carmelo por todo.

Resumen

El objetivo del estudio era demostrar que el método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT) recoge adecuadamente los patrones generales de interacción y la evolución del proceso terapéutico en un caso singular de larga duración. Para ello se aplicó el método en el caso de María, paciente española de 22 años diagnosticada de trastorno histriónico de personalidad, tratada durante 269 sesiones con psicoterapia focal planificada utilizando el sistema de categorías tradicional y el nuevo sistema CCRT-LU.

Los resultados muestran un número alto de episodios de relación por sesión (9,03). Los principales objetos de relación son las figuras parentales y la pareja. El índice de positividad del tratamiento es muy bajo. Las respuestas en las interacciones son predominantemente negativas y no armoniosas. Los temas centrales de conflicto relacional aparecen descritos en detalle por los patrones hallados a través de CCRT y CCRT-LU. Se encontraron resultados parejos, aportando este último más información dada la dimensión de dirección. Tanto las características de los componentes como los patrones relacionales generales y específicos de la paciente, como el valor positivo o negativo de las respuestas varían significativamente según el objeto de la interacción.

El estudio de los temas interpersonales de relación refleja con exactitud el proceso psicoterapéutico, mostrando variaciones en las fases de la terapia. A medida que avanza el proceso disminuye el número de episodios por sesión; varía el tiempo de pasado a presente; aparecen menos episodios con las figuras parentales; aumentan las respuestas positivas de los objetos y de la paciente; y varía el índice de armonía en deseos y respuestas.

En CCRT-LU encontramos una correlación positiva en las medidas de diversidad y entropía a medida que avanza el tratamiento, un aumento del repertorio de respuestas de la paciente que se correspondería con mejora terapéutica.

El estudio muestra la funcionalidad del método para la investigación del proceso en psicoterapia ilustrando en detalle los patrones centrales de relación y sus cambios durante el curso de una terapia psicoanalítica. CCRT-LU es particularmente sensible al material clínico y especialmente recomendable para el análisis del proceso en psicoterapia.

Abstract

The objective of study is to demonstrate that the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) method captures adequately the general patterns of interaction and the evolution of the therapeutic process in a long-term single case. For this, the method was applied in the case of María, 22 years old Spanish patient diagnosed with histrionic personality disorder, treated by focal planned therapy using both the traditional and the new category system CCRT-LU.

The obtained results show a high number of relationship episodes by session (9.03). The main relationship objects were parental figures and partner. The positivity index in treatment is very low. Reactions in interactions are usually negatives and disharmonious.

The core conflictual relationship themes are described in detail in the patterns found by CCRT and CCRT-LU. The results are similar, although this provides more information since the dimension of direction.

Both the characteristics of the components and the specific and general relationship patterns and positive or negative value of responses vary depending on the person object of the interaction.

The study of the relationship themes reflects with accuracy the psychotherapeutic process, showing variations in the phases of the therapy. As process advances decreases the number of relationship episodes by phase; varies the time from past to present; appear less episodes with parental figures; increase positive responses from objects and patient; and varies harmony index in wishes and responses.

In CCRT-LU we found a positive correlation in measures of diversity and entropy as the treatment advances, an increase in the repertoire of patient's reactions that would correspond with a desirable therapeutic result.

The study demonstrates the functionality of the method for the investigation of the process in psychotherapy, illustrating in detail the core relationship patterns and the changes during the course of a psychoanalytical therapy. CCRT-LU is particularly sensitive to the clinical material and especially advisable in the analysis of the process in psychotherapy.

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	i
RESUMEN	ii
ABSTRACT	iii
TABLA DE CONTENIDOS	iv
LISTA DE TABLAS	viii
LISTA DE FIGURAS	x
LISTA DE ANEXOS	xi
INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO TEÓRICO	3
1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	3
2. LOS PATRONES CENTRALES DE RELACIÓN	4
3. MÉTODOS DE EVALUACIÓN DEL PATRÓN CENTRAL DE RELACIÓN	5
4. DESARROLLO DEL MÉTODO DEL TEMA CENTRAL DE CONFLICTO RELACIONAL (CCRT)	15
4.1. Los inicios	15
4.2. El cambio	16
4.3. El proceso	18
5. QUÉ ES EL CCRT	20
6. ELEMENTOS DEL CCRT	21
6.1. Las sesiones	21
6.2. Los episodios de relación	22
6.3. Sueños y fantasías	23
6.4. El objeto	23
6.5. Componentes del CCRT	24
6.5.1. Deseos	24
6.5.2. Respuestas	25
6.6. El sistema de categorías	26

6.6.1. Categorías “a medida” o tailor-made frente a categorías estándar	26
6.6.2. Sistemas de Categorías estándar	28
6.6.3. Categorías Cluster estándar	32
6.6.4. Categorías SABS	32
6.6.5. Categorías QUAIN'T	33
6.6.6. Cluster Alemanes Alternativos	34
6.6.7. El método del Tema Central de Conflicto Relacional Leipzig/Ulm: Sistema de Categorías CCRT- LU	34
7. SISTEMAS DE PUNTUACIÓN DEL CCRT	39
7.1. La frecuencia de los componentes	39
7.2. El grado de los componentes	40
7.3. La secuencia de los componentes	40
7.4. El grado de totalidad de los episodios de relación	40
8. INSTRUMENTOS	41
8.1. Entrevistas R.A.P.	41
8.2. El cuestionario de relación central (CRQ)	42
8.3. El método del Patrón Central de Relación (CCPR)	43
9. INVESTIGACIONES SOBRE EL CCRT	43
9.1. Investigaciones sobre la fiabilidad	43
9.2. Investigaciones sobre la validez	44
9.3. Investigaciones sobre la consistencia temporal del CCRT	47
9.4. Investigaciones sobre la precisión de las interpretaciones	48
9.5. Investigaciones sobre el grado en que cada componente del CCRT esta fuera de la conciencia del paciente	48
10. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y TÉCNICOS	49
11. APLICACIONES CLÍNICAS	57
12. DESCUBRIMIENTOS MEDIANTE EL MÉTODO CCRT Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	60

DESARROLLO EMPÍRICO	69
1. INTRODUCCIÓN	69
2. MÉTODO	72
2.1. Sujeto. Descripción clínica	72
2.2. Muestra	72
2.3. Instrumentos	74
2.3.1. Protocolo de transcripción de sesiones	74
2.3.2. Método CCRT y CCRT-LU	74
2.4. Procedimiento	76
2.5. Diseño y análisis de datos	78
3. RESULTADOS	80
3.1. Fiabilidad	80
3.2. Características de los Episodios de relación	84
3.2.1. Número de Episodios de Relación	84
3.2.2. Tiempo de los episodios de relación	85
3.2.3. Objetos de relación	85
3.3. Características de los componentes	86
3.3.1. Deseos explícitos e implícitos	86
3.3.2. Valencia de las Respuestas	87
3.3.3. Armonía	89
3.4. Patrones generales de la paciente María CCRT y CCRT-LU	92
3.5. Análisis por objeto	96
3.5.1. Características de los componentes por objeto	97
3.5.1.1. Deseos explícitos e implícitos por objeto	97
3.5.1.2. Valencia de las Respuestas por objeto	99
3.5.1.3. Armonía por objeto	101
3.5.1.4. Tiempo para los diferentes objetos	103
3.5.2. Patrones generales por objeto	105
3.5.3. Patrones específicos por objeto	113
3.6. Evolución del proceso terapéutico	120
3.6.1. Características de los episodios de relación en el proceso	120
3.6.1.1. Episodios de relación en el proceso	120
3.6.1.2. Tiempo de los episodios de relación en el proceso	121
3.6.1.3. Objetos de relación en el proceso	121

3.6.2. Características de los componentes en el proceso	124
3.6.2.1. Deseos explícitos e implícitos por fase	124
3.6.2.2. Valencia de las respuestas por fase	125
3.6.2.3. Armonía por fase	127
3.6.3. Tendencias generales en el proceso	129
3.6.3.1. CCRT	129
CCRT. Cluster en el proceso	129
CCRT. Índice de positividad en el proceso	131
CCRT. Tendencias generales por objeto	131
3.6.3.2. CCRT-LU	133
CCRT-LU. Cluster en el proceso	133
CCRT-LU. Índice de positividad en el proceso	135
CCRT-LU. Armonía en el proceso	135
CCRT-LU. Tendencias generales por objeto	136
3.6.4. Prevalencia, entropía, diversidad	138
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	142
DESARROLLO EMPÍRICO (<i>English</i>)	149
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES (<i>English</i>)	226
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	233
ANEXOS	260

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	<i>Métodos de Evaluación del Patrón Central de Relación</i>
Tabla 2	<i>Categorías estándar del Método CCRT. Deseos</i>
Tabla 3	<i>Categorías estándar del Método CCRT. Respuestas del Objeto</i>
Tabla 4	<i>Categorías estándar del Método CCRT. Respuestas del Sujeto</i>
Tabla 5	<i>Categorías CCRT-LU</i>
Tabla 6	<i>Componentes del sistema CCRT-LU</i>
Tabla 7	<i>Comparación del método CCRT y CCRT-LU</i>
Tabla 8	<i>Correspondencia entre las observaciones de Freud y el CCRT</i>
Tabla 9	<i>Recopilación de estudios realizados con el método CCRT y CCRT-LU</i>
Tabla 10	<i>Muestra de sesiones</i>
Tabla 11	<i>Componentes encontrados mediante el método CCRT y CCRT-LU</i>
Tabla 12	<i>Coefficientes kappa de acuerdo interjueces en las categorías de alto nivel</i>
Tabla 13	<i>Valores de fiabilidad en las variables valor, armonioso, y categorías de alto, medio y bajo nivel</i>
Tabla 14	<i>Comparación de la fiabilidad entre los grupos de Leipzig y Salamanca</i>
Tabla 15	<i>Índice de armonía</i>
Tabla 16	<i>CCRT: Temas centrales de confli</i>
Tabla 17	<i>CCRT-LU: Temas centrales de conflicto componentes DOO, DOS, DSO, DSS y ROO, ROS, RSO y RSS</i>
Tabla 18	<i>CCRT-LU: Temas centrales de conflicto componentes DO, DS, RO y RS</i>
Tabla 19	<i>CCRT. Índice de Positividad en los principales objetos</i>
Tabla 20	<i>CCRT-LU. Índice de Positividad en los principales objetos</i>
Tabla 21	<i>CCRT-LU. Índice de armonía por objeto</i>
Tabla 22.	<i>CCRT. Patrones generales por objeto</i>
Tabla 23	<i>CCRT. Comparación patrones centrales de relación por objeto</i>
Tabla 24	<i>CCRT-LU. Patrones generales por objeto</i>
Tabla 25	<i>CCRT-LU. Comparación patrones centrales de relación por objeto</i>
Tabla 26	<i>CCRT-LU. Diferencias entre principales objetos en categorías cluster</i>
Tabla 27	<i>CCRT. Patrones específicos para cada objeto</i>
Tabla 28	<i>CCRT-LU. Patrones específicos por objeto en categorías de alto, medio y bajo nivel</i>
Tabla 29	<i>CCRT. Categorías cluster e índice de positividad en el proceso a través de los bloques</i>
Tabla 30	<i>CCRT. Categorías cluster e índice de positividad en el proceso a través de los bloques para Pepe</i>

- Tabla 31 *CCRT-LU. Categorías cluster e índice de armonía de los deseos en el proceso a través de los bloques*
- Tabla 32 *CCRT-LU. Categorías cluster e índice de armonía y positividad de las respuestas en el proceso a través de los bloques*
- Tabla 33 *CCRT-LU. Categorías cluster e índice de positividad y armonía en el proceso a través de los bloques para Pepe*
- Tabla 34 *Entropía y medidas relacionadas de 8 cluster CCRT; tendencia temporal para investigar sesiones y bloques de sesiones*
- Tabla 35 *Entropía y medidas relacionadas de 13 cluster CCRT-LU; tendencia temporal para investigar sesiones y bloques de sesiones*

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Categorías Cluster Estándar
- Figura 2. Distribución de la muestra de sesiones en el tratamiento
- Figura 3. Distribución porcentual de los episodios de relación por fase y bloque
- Figura 4. Tiempo en la totalidad del tratamiento
- Figura 5. Objetos en el tratamiento
- Figura 6. Deseos implícitos y explícitos
- Figura 7. Deseos implícitos y explícitos en CCRT-LU tomando la dimensión dirección
- Figura 8. CCRT Respuestas Positivas y Negativas
- Figura 9. CCRT-LU Respuestas Positivas y Negativas
- Figura 10. Índice de armonía en deseos y respuestas
- Figura 11. CCRT. Deseos explícitos e implícitos en los principales objetos
- Figura 12. CCRT-LU. Deseos explícitos e implícitos en los principales objetos
- Figura 13. CCRT. Respuestas positivas en los principales objetos
- Figura 14. CCRT-LU. Respuestas positivas en los principales objetos
- Figura 15. Porcentaje de Deseos y Respuestas armoniosas en dos objetos: Pepe y Félix
- Figura 16. Tiempo en el que sucedieron los episodios con los principales objetos
- Figura 17. Número de episodios de relación por sesión las cuatro fases del tratamiento
- Figura 18. Tiempo de los episodios de relación en las fases de la terapia
- Figura 19. Porcentaje de episodios de relación con los principales objetos por fase
- Figura 20. Porcentaje de episodios de relación con los principales objetos por bloque
- Figura 21. Deseos explícitos e implícitos por fase en CCRT
- Figura 22. Deseos explícitos e implícitos por fase en CCRT-LU
- Figura 23. CCRT Respuestas positivas y negativas por fase
- Figura 24. CCRT-LU Respuestas Positivas y Negativas por fase
- Figura 25. Índice de armonía por fase
- Figura 26. Discrepancia entre deseos y respuestas en el índice de armonía a lo largo del proceso terapéutico
- Figura 27. Índice de positividad de respuestas del objeto y de María a lo largo de la terapia
- Figura 28. Índice de positividad de respuestas y sus dimensiones a lo largo de la terapia
- Figura 29. Evolución de las respuestas armoniosas en el proceso
- Figura 30. Diversidad de 8 CCRT clusters en el proceso
- Figura 31. Diversidad de 13 CCRT-LU clusters en el proceso

LISTA DE ANEXOS

- A HOJA DE RECOGIDA DE DATOS CCRT

- B HOJA DE RECOGIDA DE DATOS CCRT

- C EPISODIOS DE RELACIÓN QUE EJEMPLIFICAN TEMAS CENTRALES DE
CONFLICTO CON DIFERENTES OBJETOS

INTRODUCCIÓN

El estudio del proceso terapéutico se ha convertido en un hito fundamental en el panorama actual de la investigación en psicoterapia. En las últimas décadas se ha reconocido como base para el avance de la investigación y por lo tanto se ha convertido en objetivo preferente de investigadores y clínicos.

Sin embargo, y como contemplan Strupp y Bergin (1969) tradicionalmente, la investigación formal del proceso ha sido periférica a la teoría psicoterapéutica y ha tenido poca influencia a su vez en el pensamiento o la práctica de este campo. Esto puede deberse tanto a un alejamiento tanto conceptual, ya que la forma de operacionalizar conceptos dista ampliamente de la forma en que se describen y desarrollan los mismos en la práctica clínica; como a un alejamiento en cuanto al objeto: la necesidad de asegurar la validez y la generalidad conlleva realizar estudios comparativos en grandes muestras y grupos convencionales, pero las conclusiones que a partir de estos estudios se pueden obtener con respecto al proceso psicoterapéutico no tienen una relevancia significativa directa en los problemas clínicos concretos a los que se enfrenta el terapeuta.

Opuestamente, la investigación clínica se ha dirigido tradicionalmente al estudio de caso único, siguiendo el modelo naturalístico-observacional. El caso único se considera la unidad básica de estudio en la práctica de la psicoterapia (Eells, 2007) y ha sido la fuente esencial de investigación y aprendizaje de la terapia psicológica.

Sin embargo, este modelo se ha considerado inadecuado en la investigación debido a que a partir de un caso único o estudios de casos no se pueden extrapolar leyes ni principios generales que sólo se pueden obtener por medio de la investigación experimental o estadística (Grünbaum, 1984), lo que ha supuesto el mayor obstáculo de su utilización en la investigación psicoterapéutica (Iwakabe y Gazzola, 2009).

Además los estudios de caso presentan problemas en cuanto a la fiabilidad de los datos (la forma de obtención, selección y grabación de las observaciones), problemas con respecto al control y la posibilidad de réplica, dificultades en cuanto a la generación de hipótesis alternativas a sus propias observaciones, problemas de comparación entre estudios, etc...

A pesar de ello los estudios basados en la investigación de los procesos que intervienen en el cambio terapéutico de un caso a lo largo de un tratamiento completo se han convertido en la opción preferente para el avance del conocimiento en psicoterapia. Entre otras razones porque la mejor manera de captar con validez y utilidad la gran complejidad del proceso terapéutico es mediante el estudio descriptivo, cuantitativo y cualitativo de un caso único, más que por medios experimentales completamente alejados de la práctica clínica. Según Fishman (1999, 2005) constituye una de las formas más pragmáticas y orientadas a la práctica de investigación en psicoterapia.

Los investigadores de psicoterapia se esforzaron en lograr una formalización del método de caso único que encajase con los requerimientos de la ciencia empírica (Kazdin, 1981; Wallerstein, 1986). Muchas veces los problemas que suscita el estudio de caso pueden solventarse con algunos refinamientos metodológicos como selección de casos con procedimientos de control para las fuentes extrañas de variación, aplicación estandarizada de evaluaciones objetivas y el uso de datos de archivo con evidencia que los corrobore de otras fuentes. Sin embargo, no es sencillo estudiar los datos procedentes de una investigación intensiva de caso único de psicoterapia de tal forma que sean relevantes tanto clínica como científicamente. Así, si este tipo de estudios se usan en la investigación formal requieren métodos de análisis del material que permitan reducir la riqueza de las observaciones a dimensiones objetivas y cuantificables, que capten a su vez la singularidad del caso individual y que puedan establecer comparaciones entre los casos.

De esta forma el método seleccionado para evaluar el proceso en el caso singular que nos ocupa es el método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT) que fue desarrollado por Lester Luborsky en la Universidad de Pensylvania (Luborsky, 1977; Luborsky y Crits-Christoph, 1990, 1998 y que se ha consolidado como un método fundamental para la investigación en psicoterapia. Goza de un reconocimiento internacional y su validez ha sido comprobada en múltiples estudios (Luborsky & Crits-Christoph, 1990, 1998, Luborsky et al, 1999).

El objetivo de nuestro estudio es comprobar la utilidad y validez del método del Tema Central de Conflicto Relacional de Luborsky para la evaluación del proceso terapéutico en un caso singular de psicoterapia focal planificada.

DESARROLLO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Freud (1895, 1901, 1912, 1912a) observó en su trabajo clínico que el modelo de relación que el paciente establecía en el tratamiento era personal, específico, repetitivo y duradero y que se desarrollaba de la misma forma fuera de la relación analítica. Además en este patrón de relación se producía una transposición sobre el terapeuta de actitudes, sentimientos y deseos experimentados en las relaciones con las figuras significativas de la infancia del paciente. Estas observaciones iniciales le proporcionaron las bases para un nuevo concepto, el de la transferencia.

Desde entonces, los psicoterapeutas de orientación dinámica han utilizado este concepto como soporte de sus propias observaciones clínicas. Algunas señalan, de forma inequívoca, que este modelo de relación es un patrón repetitivo que se construye en los primeros años de la vida. Aunque también plantean que es necesario investigar más sobre el momento de su constitución y la profundidad y extensión de la repetición en las relaciones posteriores.

Estas observaciones han permitido a los analistas redescubrir otras concepciones sobre la transferencia, como son los patrones transferenciales o el patrón central de relación. Un concepto similar es el de las escenas nucleares de Tomkins (1979), en las que reaparecen y se condensan recuerdos significativos sobre la vida personal del sujeto.

Murray (1938), destacado estudioso de la personalidad, elaboró el Test de Apercepción Temática (TAT) sobre el principio que refleja un redescubrimiento del concepto de transferencia de Freud, aunque no fundamentó su idea sobre un patrón central de relación.

Otros investigadores como French y Wheeler (1963) plantean la existencia de un conflicto nuclear en cada paciente, presente siempre de una forma u otra, en las relaciones interpersonales. Un concepto similar fue señalado por Blos (1941) bajo el término de trauma residual.

La recurrencia de un tema único y repetitivo fue también observado por Arlow (1961), quien sostenía que las fantasías están agrupadas alrededor de instintos básicos y que

se componen de diferentes versiones, pruebas o ensayos, para resolver el conflicto intrapsíquico sobre estos deseos.

2. LOS PATRONES CENTRALES DE RELACIÓN

Los patrones centrales de relación han sido descritos como maneras características de relacionarse con otras personas. Se piensa que son producto de patrones muy arraigados de relación con los otros significativos (Barber, Foltz y Weinryb, 1998; Luborsky y Crits-Christoph, 1990).

De esta forma, se supone que estos patrones se construyen inicialmente desde interacciones cargadas de emociones con las figuras paténtales en primeros años de vida. Los productos de estas interacciones continuarán y volverán a revivirse en relaciones posteriores.

Los patrones centrales de relación se conciben como representaciones mentales de relaciones interpersonales con deseos y afectos asociados. Freud (1912, 1958) se refirió a estas representaciones mentales de relaciones como “placas estereotipadas” las cuales estaban en la raíz de la “transferencia”, termino que él acuñó. En el lenguaje de la Psicología Experimental, Cognitiva y del Desarrollo (Bartlett, 1932; Markus, 1977; y Piaget, 1926, respectivamente), los patrones centrales de relación reflejan la operación de esquemas. Estos esquemas son parte de la estructura del *self* e intervienen en el funcionamiento interpersonal (Horowitz, 2001; Hassabis et al., 2007). Lo que une a estas diversas literaturas y es central en el estudio actual es la presunción de que los esquemas forman las experiencias del individuo de si mismo y de otros.

No sorprende, sin embargo, el hecho que los investigadores estén en desacuerdo en el grado en el cuál esas representaciones mentales influyen en percepciones y experiencias. Desde la perspectiva de la teoría del aprendizaje, los individuos pueden manifestar múltiples esquemas, reflejando la especificidad situacional de diferentes relaciones o de diferentes situaciones y roles jugados en la misma relación (Mischel, 1973, 1979). En el otro lado del espectro, los investigadores en la tradición psicodinámica han sugerido que un patrón central de relación o un esquema principal de relación se manifiesta, a través de los cambios interpersonales, tanto dentro como a través de las relaciones, incluyendo en la relación terapéutica (transferencia) (Luborsky, 1984; Luborsky et al., 1985; Thorne & Clonen, 1993). Sin embargo, no todos los teóricos dinámicos están de acuerdo con el punto

de vista según el cual la transferencia es omnipresente. Por ejemplo, Horowitz et al, (1991) proponen que los individuos pueden usar diferentes esquemas en diferentes situaciones. Advirtiendo el mérito de ambas perspectivas, Crits-Christoph, Demorest, Muenz & Baranackie (1994) se posicionaron señalando que el grado de repetición de diferentes esquemas puede ser una función de la gravedad psicopatológica y rango de experiencias tempranas de aprendizaje, tales como que mayor consistencia puede reflejar mayor gravedad de psicopatología.

A pesar de la variabilidad en los teóricos psicodinámicos, un principio fundamental tanto de muchos dinámicos, como de las teorías interpersonales, es que la aplicación repetitiva o rígida de los esquemas interpersonales con otros significativos es una marca de psicopatología (Bowlby, 1988; Carson, 1969; Kiesler, 1996; Leary, 1957; Malan, 1976; Strupp Y Binder, 1984; Wilczek, Weinryb, Barber, Gustavsson Y Asberg, 2000; Wilczek et al., 2004). Se dice que la personalidad inadaptada usa rígidamente un conjunto limitado de comportamientos interpersonales en diferentes contextos relacionales, mientras que un individuo bien adaptado adopta un amplio rango de comportamientos interpersonales para enfrentarse a las diversas demandas de diferentes escenarios interpersonales (Kiesler, 1996). En los tratamientos dinámicos e interpersonales, los clínicos señalan a los pacientes los paralelismos en sus comportamientos en diferentes relaciones (Barber & Crits-Christoph, 1991; Malan, 1976) e intentan incrementar los repertorios de los pacientes de comportamientos interpersonales (Carson, 1969; Kiesler, 1996).

Por esto, la investigación de los patrones centrales de relación es de gran importancia teórica y clínica, tal y como se muestra en la revisión de Albani, Geyer, Kachele y Pokorny (2003). De hecho, en los últimos 20 años, se han desarrollado más de 10 medidas de patrones centrales de relación de evaluación clínica y la validación de los mismos ha sido acumulativa en la mayor parte de ellos.

3. MÉTODOS DE EVALUACIÓN DEL PATRÓN CENTRAL DE RELACIÓN

Hay una gran cantidad de métodos de evaluación clínica de los patrones centrales de relación (ver Tabla 1), sin embargo, y como se indica en la revisión efectuada por Barber y Crits-Christoph (1993) entre ellos, el método más validado y sofisticado psicométricamente es el método que nos ocupa, el del Tema Central de Conflicto Relacional (Luborsky, 1977; Luborsky y Crits-Christoph, 1990); tras él, el método de la

Formulación de la Respuesta de Consenso (L. M. Horowitz & Rosenberg, 1994; L. M. Horowitz, Rosenberg, Ureno, Kalehzan & O' Halloran, 1989), el Modelo de Configuración del Rol en las relaciones (M.J. Horowitz, 1989; M.J. Horowitz, & Eells, 1993), el método de la Formulación diagnóstica (Curtis, Silberschatz, Sampson & Weiss, 1994; Weiss, Sampson, y el Grupo de Investigación en Psicoterapia del Monte Zion, 1986) y la Formulación del Conflicto Ideográfico (Perry, Augusto y Cooper, 1989).

Veamos con más detalle estos métodos ordenados cronológicamente en función de su creación.

Tabla 1

Métodos de Evaluación del Patrón Central de Relación

AÑO	INVESTIGADORES	MÉTODO
1976	Luborsky	<i>Core Conflictual Relationship Method (CCRT)</i>
1977	Weiss, Sampson, Caston y Silberschatz	<i>Plan Diagnosis (PD)</i>
1979	Benjamin Horowitz	<i>Structural Analysis of Social Behavior (SABS)</i> <i>Configurational Analysis (CA)</i>
1981	Teller y Dahl	<i>Frame Method (FM)</i>
	Carlson	<i>Tomkins's Scrip Method (TSM)</i>
1982	Gill y Hoffman	<i>Patient's Experience of Relationship with Therapist (PERT)</i>
	Schacht y Binder	<i>Cyclical Maladaptive Pattern (CMP)</i>
1984	Grawe y Caspar	<i>Plan Analysis (PA)</i>
1985	Kiesler et al.	<i>Impact Message Inventory (IMI)</i>
1986	Bond y Shevrin	<i>Clinical Evaluation Team (CET)</i>
	Maxim	<i>Seattle Psychotherapy Language Analysis Schema (SPLAS)</i>
1987	Kiesler	<i>Check List of Psychotherapy Transactions-Revised (CLOPT-R)</i>
		<i>Check List of Interpersonal Transactions-Revised (CLOIT-R)</i>
1989	Perry, Augusto y Cooper	<i>Idiographic Conflict Formulation (ICF)</i>
	Horowitz et al.	<i>Consensual Response Formulation (CRF)</i>
1990	Crits-Christoph, Demorest y Conolly	<i>Quantitative Analysis of Interpersonal Themes (QUAINT)</i>
1992	Demorest y Alexander	<i>Personal Scripts (PS)</i>
1994	Dahlbender, Albani, Pokorny y Kächele	<i>Central Relationship Pattern (CRP)</i>

Nota. Adaptado de "Alternative measures of the Central Relationship Pattern" por L. Luborsky, 1998. En L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method*, 2nd Edition. W.: American Psychological Associations. Copyright 1998, American Psychological Associations.

3.1. El método de la Formulación Diagnóstica (PD)

El método de la Formulación Diagnóstica (*Plan Diagnosis*) desarrollado por Weiss (1986) se basa en su particular teoría psicoanalítica de la terapia, probada empíricamente por Weiss, Sampson y el Grupo de Investigación de psicoterapia del Monte Zion (1986); (Curtis, Silberschatz, Sampson & Weiss, 1994).

El método ha permitido a los clínicos elaborar formulaciones diagnósticas, comprensivas y fiables que incluyen varios componentes. Entre los cuales destacan las metas del paciente en la terapia y los obstáculos internos o creencias patógenas, que impiden o inhiben al paciente para lograr sus metas.

Este método se ha utilizado en el estudio del psicoanálisis (Caston, 1977; Curtis, Silberschatz, Sampson & Weiss, 1994) y en una variedad de terapias breves (Rosenberg et al., 1986; Curtis, Silberschatz et al. 1988; Perry, Luborsky, Silberschatz et al. 1989).

El método de la Formulación diagnóstica ha permitido el desarrollo de medidas de la precisión de las interpretaciones del terapeuta (Silberschatz, 1986; Silberschatz, Fretter y Curtis, 1986) y del proceso y resultados de la psicoterapia (Nathans, 1988; Silberschatz et al., 1989).

3.2. El método del Análisis Estructural de la Conducta Social (SABS)

El método del Análisis Estructural de la Conducta Social (*Structural Analysis of Social Behavior*) de Benjamin (1974), se ha utilizado en interacciones familiares y en interacciones diádicas, así como en intervenciones de psicoterapia.

El método se puede usar para trazar una secuencia de las asociaciones del paciente durante una sesión (Benjamin, 1986a). Puede rastrear momento a momento los cambios en las asociaciones, así como proporcionar una formulación dinámica sobre los conflictos.

Se realizan tres tipos de valoraciones, el foco del mensaje, si es amigable o no y la interdependencia. Los tres se combinan para encontrar la clasificación del SASB. Es uno de los métodos más antiguos y sofisticados en su cualificación estadística (Benjamin, 1986a).

3.3. El método del Análisis Configuracional (CA)

El método del Análisis Configuracional (*Configurational Analysis*) de Horowitz (1987, 2005), evalúa patrones básicos de relaciones similares al CCRT. Es una parte de un método más global, el Modelo de Configuración del Rol en las relaciones (*Role Relationship Models Configuration*, Horowitz et al., 1989, 1991)

Las notas y transcripciones de las sesiones son valoradas desde tres puntos de vista interrelacionados: patrones de relación, estados e información. De los tres, el más parecido al CCRT es el primero, que incluye una aproximación según el modelo de configuración del rol en las relaciones interpersonales. El planteamiento aporta un modelo conceptual sobre el conflicto intrapsíquico, sobre las relaciones y esbozos y sobre las interacciones entre el yo y los otros.

El método se ha comparado con el CCRT (Horowitz, Luborsky y Popp, 1991). Diversos estudios han comprobado que su fiabilidad es buena (Horowitz y Eells, 1993; Eells, Horowitz, Singer et al., 1995; Horowitz, Eells, Singer et al., 1995).

3.4. El método FRAME (FM)

El método FRAME, o método del marco de Teller y Dahl (1981, 1986) parte de marcos o secuencias estructuradas y recurrentes de sucesos que presentan deseos y creencias significativas de una persona. Los sucesos pueden incluir procesos mentales, conductas, creencias, conocimientos, deseos y sentimientos. La relación más importante entre estos sucesos es su orden secuencial.

Dahl (1988) afirma que estos marcos están representados en la mente en un código no verbal, es decir, en un sistema de código dual de las representaciones mentales (Bucci, 1985). Son secuencias estructuradas de emociones y defensas, residuos de relaciones de objeto muy infantiles y duraderas a lo largo del tiempo.

Aparecen a través de conflictos, objetos y situaciones y pueden interactuar entre ellos. Así se pueden repetir en un amplio espectro de conductas neuróticas, repetitivas e inadaptadas, lo que permite predicciones específicas de deseos y creencias. Proporciona una teoría del cambio que es independiente de la forma en que se puede producir ese cambio (Dahl y Teller, 1993).

Davis (1989) utilizó este método para analizar el juego en niños de tres años y las relaciones con sus madres.

3.5. El método del Guión

El Método del Guión (*Tominks's Strip Method, TSM*) de Carlson (1981) es un análisis particular y está basado en la teoría de Tomkins del guión de la personalidad.

Carlson describe los guiones como reglas individuales para predecir, interpretar, responder y controlar experiencias, gobernadas por determinadas escenas relacionadas entre sí.

La teoría de Tomkins (1987) identifica también una escena nuclear o varias, que manifiestan estas reglas. Esta escena se interpreta como un patrón para posteriores episodios de relación.

3.6. El método de la Experiencia Del Paciente en las Relaciones con el Terapeuta (PERT)

El método de la Experiencia del Paciente en las Relaciones con el Terapeuta (*Patient's Experience of the Relationship with the Therapist*) de Gill y Hoffman (1982); Hoffman y Gill (1988a) proporciona un esquema codificado para estudiar las transcripciones de las sesiones de psicoterapia (Gedo, 1993).

Este esquema incluye códigos para varios tipos de comunicaciones, enfocando la experiencia del paciente en las relaciones con el terapeuta.

Hay también un código para explicitar fácilmente sucesos observables en la interacción, no verbales, pero que pueden afectar a la experiencia del paciente en sus interacciones inmediatas.

El sistema tiene también un componente para evaluar el grado en el que las intervenciones del terapeuta abordan, en un nivel manifiesto y latente, los aspectos principales de la interacción con el paciente. Este esquema codificado surge de la concepción del proceso terapéutico, donde el terapeuta es visto como significativo y codeterminante de la transferencia.

3.7. El método del Patrón Cíclico Desadaptativo (CMP)

El método del Patrón Cíclico Desadaptativo (*Cyclical Maladaptive Pattern, CMP*) de Schacht, Binder y Strupp (1984) denominado anteriormente Foco Dinámico (Schacht y

Binder, 1982) comprende un sistema de cuatro componentes diferenciados: actos del yo, expectativas de los otros, consecuencias de los actos del yo hacia el yo (Henry, Schacht y Strupp, 1986).

Sus componentes podrían considerarse similares a los del CCRT. Para incrementar su fiabilidad y coherencia teórica el CMP se ha integrado en los métodos de medida del Análisis Estructural de la Conducta Social (SASB) con la nueva denominación SASB- CMP, con lo cual la fiabilidad sería la misma que la lograda por el SASB.

Este sistema de nueva generación reorganiza la información en tres categorías, actos interpersonales, actos introyectivos y expectativas (Shacht, Binder y Strupp, 1984)

3.8. El método del Análisis Planificado (PA)

El método del Análisis Planificado (*Plan Analysis*) de Grawe y Caspar (1984) se basa en la conducta observable y en las conductas no verbales. En este último punto difiere de otros métodos de medida incluido en CCRT.

El método valora especialmente los propósitos o intenciones de interacción que están en conflicto entre ellos. De esta forma incluye elementos intrapsíquicos del funcionamiento del paciente, desde un punto de vista instrumental.

Las bases de información para el análisis son la conducta y las interacciones del sujeto, especialmente la conducta no verbal, la emoción y la acción hacia otra persona, y la conducta y emociones consideradas desde una perspectiva reactiva. Bien negativas, cuando planes importantes están amenazados, bien positivas cuando son apoyados (Grawe, Caspar y Ambül, 1990). Se han llevado a cabo estudios de fiabilidad desde el punto de vista de la descripción cualitativa (Caspar, 1989).

3.9. El método del Inventario del Impacto del Mensaje (IMI)

Este método de Kiesler et al. (1985), (*Impact Message Inventory*) permite caracterizar las conductas interpersonales de los sujetos que interactúan, incluyendo paciente y terapeuta.

Está derivado empíricamente de la versión del Círculo Interpersonal de Lorr y McNair (1965). El IMI se cumplimenta en el contexto psicoterapéutico por los psicoterapeutas o los observadores. El material básico son las conductas de los pacientes, utilizando informes de contratransferencia objetiva para caracterizar los patrones transferenciales.

Parte de las narraciones de los pacientes como unidades básicas de las sesiones de psicoterapia (McMullen y Conway, 1997). Su consistencia interna y fiabilidad es alta y tiene adecuadas propiedades psicométricas que le hacen muy útil para la investigación y la clínica (Kiesler y Schmidt, 1993).

3.10. El método del Equipo de Evaluación Clínica

El método de Bond y Shevrin (1986) del Equipo de Evaluación Clínica (*Clinical Evaluation Team, CET*) se basa en transcripciones de entrevistas diagnósticas y tests psicológicos. Las líneas que guían las formulaciones clínicas del patrón de relación son la experiencia consciente del paciente y su comprensión del síntoma actual, y las inferencias del terapeuta a cerca de cómo el conflicto inconsciente puede incidir y causar el síntoma.

Mientras que la mayoría de los sistemas confían en la frecuencia, el CET permite mayor libertad para sopesar información de acuerdo a la inferencia clínica, no sólo en términos de frecuencia, sino también en el sentido de lo que parece estar omitido. Lo cual tiene especial importancia por la intensidad de las asociaciones y otros signos.

El juez clínico puede consultar con un equipo para llegar a una formulación de consenso. Hasta ahora no hay datos de fiabilidad.

3.11. El Esquema de Análisis del Lenguaje en Psicoterapia de Seattle (SPLAS)

El Esquema de Análisis del Lenguaje en Psicoterapia de Seattle (*Seattle Psychotherapy Language Analysis Schema*) de Maxim et al. (1986) y Maxim (1986) analiza textos verbales en términos de unidades cortas. El marco de referencia es el mensaje interpersonal entre el que habla y el que escucha.

En cada unidad se analizan cinco variables principales: el objeto, su punto de vista y el marco de referencia bajo el que se discute, los afectos, los impulsos y las estrategias con las que se les hace frente y, finalmente, el mensaje interpersonal. Es un sistema utilizado en la investigación pero difícilmente adaptable al uso diario de la clínica. El método ofrece una descripción de la interacción ilustrando, especialmente, el cambio a través de diferentes situaciones terapéuticas.

A través de una serie de códigos se analiza la información que expresa el sujeto que habla en un nivel de metacomunicación (Maxim y Sprague, 1989).

3.12. El Inventario de Verificación de Transacciones Psicoterapéuticas Revisado (CLOP-R) y el Inventario de Verificación de Transacciones Interpersonales Revisado (CLOIT-R)

Kiesler (1987) derivó estos dos métodos (*Check List of Psychotherapy Transactions-Revised* & *Check List of Interpersonal Transactions-Revised*) de la última versión del Círculo Interpersonal (Kiesler, 1983).

Consisten en autoinformes de los sujetos que interactúan (paciente y terapeuta) e informes realizados por un observador de las sesiones de psicoterapia.

Proporciona un perfil de la conducta interpersonal representada por 16 categorías del Círculo Interpersonal, así como un índice del grado de complementariedad presente en la díada paciente- terapeuta.

La consistencia interna de fiabilidad es bastante alta y se han realizado con él importantes aplicaciones clínicas (Kiesler, Goldston y Schmidt, 1991)

3.13. El método de la Formulación del Conflicto Ideográfico (ICF)

El método desarrollado por Perry y Cooper (1989) de la Formulación del Conflicto Ideográfico valora cuatro componentes, deseos y temores conscientes e inconscientes y el producto resultante del conflicto entre ellos; objetos y situaciones ansiógenas específicas, a las que el paciente es vulnerable y el mejor nivel de adaptación del paciente al conflicto.

El ICF tiene una lista estándar de deseos y temores para puntuar los componentes. Este método ha probado tener una buena fiabilidad.

3.14. El método de la Formulación de la Respuesta Consensuada (CRF)

El método de la Formulación de la Respuesta Consensuada (*Consensual Response Formulation*) de Horowitz, Rosenberg et al. (1989), presenta la grabación en video de una entrevista diagnóstica a un grupo de clínicos, cada uno de los cuales escribe una formulación dinámica. Después las formulaciones son divididas en unidades de pensamiento. Los mas frecuentes son articulados en una formulación consensuada.

El foco del método está en las observaciones e inferencias consensuadas de los clínicos. En los estudios de validación realizados se ha comprobado la validez del método.

3.15. El método del Análisis Cuantitativo de Temas Interpersonales (QUAINT)

El método del Análisis Cuantitativo de Temas Interpersonales (*Quantitative Analysis of Interpersonal Themes*) de Crits-Christoph, Demorest, Conolly (1990) utiliza la estructura de los deseos y respuestas del objeto y del sujeto del CCRT.

Sin embargo, se diferencia de él en que utiliza un vocabulario más amplio de categorías derivado del *Análisis Estructural de la Conducta Social* (Benjamin, 1974, 1986a, 1986b), que cubre conductas interpersonales definidas a través de dimensiones de afiliación, interdependencia y actividad- pasividad.

El método valora las narraciones del paciente, no en el contexto de otras narraciones, sino de forma separada y al azar.

Se han realizado estudios sobre su fiabilidad (Crits-Christoph, Demorest, Muenz y Baranackie, 1994). Se ha utilizado en diversas investigaciones, para estudiar el grado de consistencia de los temas aparecidos en las narraciones de los pacientes y para explorar las similitudes y diferencias de los temas, con el terapeuta y con otra gente (Conolly et al. 1996). Parker y Grenyer (2007) lo compararon con el método CCRT, demostrando la gran similitud existente entre ambos, si bien, este último posee mayor sensibilidad en la identificación de patrones de relaciones.

3.16. El método del Guión Personal (PS)

El método del Guión Personal (*Personal Scripts*) de Demorest y Alexander (1992) es un método clínico y cuantitativo derivado de la teoría sobre el guión de la personalidad de Tomkins (1987).

Primero se identifican experiencias emocionales y de ellas se extraen los guiones del sujeto, mediante un doble proceso de abstracción y secuenciación. La abstracción es un proceso que implica la traducción de elementos literales, desde una escena concreta, a una forma abstracta de un guión genérico. La secuenciación implica deducir el orden de los sucesos que el guión genérico trata de predecir.

Se han realizado estudios de fiabilidad sobre ambos procesos (Demorest y Alexander, 1992; Demorest y Siegel, 1996).

3.17. Comparaciones de los diferentes Métodos y el método del Tema Central de Conflicto Relacional

Se han llevado estudios intensivos para comprobar algunos de estos métodos (Barber y Crits-Christoph, 1993), así como para compararlos entre sí, poniendo de manifiesto sus características comunes (Luborsky, 1988; Horowitz, Luborsky y Popp, 1991; Luborsky y Barber, 1994; Luborsky, Popp, Barber y Shapiro, 1994; Luborsky y Luborsky, 1995). Varios de ellos se han utilizado en diversas investigaciones sobre psicoterapia dinámica (Dahl, Kächele y Thomä, 1988; Miller, Luborsky, Barber y Docherty, 1993).

De todos estos métodos de evaluación de los patrones centrales de relación, el método CCRT es el más avanzado en cuanto a fiabilidad y validez, junto con el SABS de Benjamin.

Casi todos los anteriores métodos tienen muchos puntos de concordancia en sus categorías básicas. Uno de estos aspectos es la dualidad entre impulsos y funciones adaptativas del *self*, como por ejemplo, deseos, necesidades y metas por un lado, y respuestas esperadas de los otros y del *self*.

Desde 1988 se han desarrollado muchos estudios que comparan los diferentes métodos. Como Luborsky (1988) que compara el CCRT con el PERT de Gill y Hoffman y con el FM de Teller y Dahl, Hoffman y Gill (1988) o Kächele, Luborsky y Thöma (1988) que comparan CCRT y PERT.

Jhonson, Popp, Schacht et al. (1989) comparan CCRT y CMP, Perry, Luborsky y col (1989) CCRT con ICF y PD y Horowitz, Luborsky y Popp (1991) que comparan el RRMC con el CCRT.

Fischmann, Kaufhold, Stirn, y Grabhorn (1995) y Contiero y cols. (2002) compararon el método CCRT y el SASB en un caso singular a lo largo del tratamiento, encontrando resultados que se solapaban y eran suplementarios.

Sammons, Siegel y Nieto (1998) llevaron a cabo una comparación del método FRAMES con el CCRT, también encontrando resultados solapados, al igual que Parker y Grenyer (2007) que lo compararon con el método QUAIN.

Los resultados de estos estudios comparativos demostraron que hay una significativa similitud entre todas las medidas.

Luborsky, Barber, Binder et al. (1993); Luborsky y Popp, Luborsky y Mark (1994) y Luborsky, Popp y Barber (1994) analizaron las semejanzas y diferencias entre siete de estas medidas (CCRT, CA, PD, SASB- CMP, CRF, ICF y FM) aplicándolas a la misma entrevista

de una paciente. Los resultados demostraron que las dos medidas más similares entre sí eran el CCRT y el SASB- CMP y las más diferentes el CA y el PD. También hallaron que los métodos que tienen sistemas de puntuación más fiables son más adecuados para la investigación, el CCRT, el CRF y el SASB- CMP. Además, los métodos que necesitaban menos tiempo y ayudaban más en la clínica eran el CCRT, el SASB- CMP y el PD en su formato más simplificado, siendo por tanto, los más apropiados para la práctica psicoterapéutica.

Las aplicaciones clínicas de este tipo de medidas incorporan guías de ayuda para realizar formulaciones fiables sobre los patrones centrales de relación. Estas líneas giran en torno a la toma de decisiones, el foco de las intervenciones terapéuticas, la localización de conflictos que están asociados a síntomas recurrentes y recomendaciones para la formulación de un tratamiento en programas de atención ambulatoria.

Una vez revisados los métodos alternativos que evalúan los patrones centrales de relación, pasaremos a describir el método del Tema Central de Conflicto Relacional (Luborsky, 1977; Luborsky y Crits-Christoph, 1990).

4. DESARROLLO DEL MÉTODO DEL TEMA CENTRAL DE CONFLICTO RELACIONAL (CCRT)

4.1. Los Inicios

Como hemos visto, el concepto del patrón central de relación era conocido y utilizado desde hace tiempo. Sin embargo, su primera traducción operacional, basada en el material del discurso del paciente durante las sesiones, se empezó a investigar de forma sistemática con el Método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT).

El proceso se inició en la última década de las investigaciones en torno a los resultados de la psicoterapia psicoanalítica del Proyecto Penn de Psicoterapia, que había comenzado, alrededor de 1967 como continuación y extensión del Proyecto de investigación en Psicoterapia de la Fundación Menninger (Kernberg et al., 1972; Wallerstein, 1986).

El primer esbozo sobre el método empezó a perfilarse durante las investigaciones de Luborsky (1976; 1977); Luborsky, Mellon, Alexander et al. (1985) y Luborsky, Crits-Christoph y Mellon (1986). Basándose en el concepto de un patrón central de relación,

organizado alrededor de un conflicto nuclear, empezaron a trabajar con el material grabado de las sesiones de psicoterapia. El análisis del material se centró sobre los aspectos recurrentes de las interacciones de los pacientes. Los pacientes contaban una y otra vez los mismos conflictos en sus relaciones con diferentes personas y en distintos contextos.

4.2. El Cambio

Luborsky y cols. (1977, 1990), coincidiendo con los psicoterapeutas de orientación analítica, destacaban que los conflictos en las relaciones interpersonales producen una variada gama de síntomas clínicos. En consecuencia se planteaban que una mejoría en los síntomas es un indicador de que los conflictos son menos profundos, de que han tenido un cierto nivel de elaboración. En términos más concretos y operativos, los conflictos se repiten menos en el discurso de los pacientes.

Por lo tanto la disminución de la profundidad del conflicto, en el patrón de relación, funciona no solo como un factor curativo en el plano clínico mediante la disminución de los síntomas, sino que además el momento del cambio en sí mismo constituye una medida teórica relevante para los resultados de la psicoterapia dinámica. Este es un hecho relevante, ya que una de las necesidades más significativas de la investigación en psicoterapia, particularmente en la psicoterapia dinámica, es cómo medir sus resultados de una forma objetiva que se ajuste además a la teoría del cambio.

Los conductistas han conducido al campo de la investigación en psicoterapia hacia el uso de medidas básicas de conductas y síntomas manifiestos, como criterios para verificar resultados.

Para las psicoterapias dinámicas la falta de una medida válida y fiable del cambio psicodinámico ha forzado estudios para establecer otros tipos de valoración, tales como inventarios generales de síntomas o las ratios de mejora global. A pesar de que tales medidas tienen la virtud de la simplicidad y la aplicabilidad no se han derivado de planteamientos teóricos.

Según Crits-Christoph y Luborsky (1990b) las medidas relevantes desde el punto de vista teórico de la psicoterapia psicoanalítica incluirían un cambio en el modelo principal de la relación conflictiva y cambios en la conciencia del paciente sobre su propio patrón. El método CCRT plantea, en consecuencia, que un índice del cambio para la psicoterapia dinámica es la disminución de la profundidad del patrón inadaptado o desajustado en las relaciones de un paciente hacia el final del tratamiento.

Crits-Christoph y Luborsky (1990b) iniciaron una investigación con 33 pacientes y 25 terapeutas para valorar la fiabilidad sobre esta medida de cambio y examinar sus relaciones con otras medidas más convencionales, como el Autoinforme de Síntomas (Derogatis, Lipman et al., 1970) y la Escala de Valoración Clínica sobre la Salud-Enfermedad Psicológica (Luborsky, 1962 y Luborsky y Bachrach, 1974). En los resultados encontraron un elevado acuerdo inter- jueces a la hora de valorar la profundidad y repetición de los principales componentes del CCRT y que el mayor acuerdo correspondía a los deseos de los pacientes. Así mismo verificaron que la repetición y la profundidad del patrón descendía desde las primeras sesiones hasta las últimas. Finalmente un descubrimiento importante fue, que este cambio correlacionaba con las puntuaciones del cambio en los síntomas y con las de la escala de salud-enfermedad.

El método CCRT, que se basa en la medida de la repetición y profundidad del patrón, es un sistema guiado de puntuación clínica con fiabilidad interjueces demostrada. Este dato es fundamental porque un método de formulación dinámica, de fiabilidad cuestionable o desconocida podría, obviamente, ser problemático para valorar el cambio en los conflictos dinámicos.

Crits-Christoph y Luborsky (1990b) utilizaron un concepto directo definido como “el porcentaje de interacciones con otra gente, que contienen el principal tema de relación”, que permitía una cualificación fácil y tenía además interés teórico para los clínicos de orientación psicoanalítica. Para valorar los cambios en profundidad y repetición del patrón contabilizaron las puntuaciones correspondientes a las sesiones del principio y del final de la psicoterapia, comprobando de esta forma, que los deseos cambiaban menos que las respuestas, tanto del objeto como del sujeto.

Aparentemente los propios deseos, necesidades o intenciones en las relaciones interpersonales son relativamente inamovibles. Sin embargo las expectativas de gratificación o bloqueo de los otros al deseo del sujeto, las denominadas respuestas del objeto y las respuestas emocionales del propio sujeto a las acciones o expectativas sobre el objeto son más flexibles y/o maleables.

A través de una psicoterapia que obtiene buenos resultados, los pacientes aprender a reconocer y manejar sus patrones de deseo – respuesta de tal forma que reciben menos respuestas negativas y mas positivas de las personas con las que se relacionan. De esta manera la reducción de la repetición de las relaciones conflictivas se puede contemplar, desde el punto de vista teórico, como un factor curativo crucial.

Las discusiones clínicas de la teoría del cambio, sobre el curso de un psicoanálisis o de una psicoterapia dinámica, ofrecen diferentes puntos de vista. Unos sostienen que los patrones transferenciales y los conflictos que tienen se resuelven (Ekstein, 1956; Davanloo, 1980). Otros, sin embargo, mantienen que tanto los patrones como los conflictos permanecen vigentes aun en la psicoterapia con mayor éxito, a pesar de que algunos componentes del patrón cambien (Pfeffer, 1963); Schlessinger y Robins, 1975).

Los resultados aportados por el CCRT apoyan claramente el segundo punto de vista, lo que a la vez enfatiza la estabilidad del patrón relacional. Crits-Christoph y Luborsky (1990b) comprobaron que los cambios en la profundidad y recurrencia, aunque eran pequeños, parecían significativos, como mostraban las correlaciones entre el cambio del patrón del CCRT y la reducción de los síntomas (Luborsky, 1996). Uno de los primeros estudios con el CCRT en un encuadre grupal también ofreció resultados similares (Baguet, Gerin et al. 1984).

Crits-Christoph y Luborsky (1990b) señalan que los datos de esta investigación no pueden aclarar rigurosamente si el cambio dinámico conduce a la reducción de los síntomas o si es únicamente una correlación. Sería necesario valorar ambos cambios, los dinámicos y los sintomáticos, en diferentes tramos del tratamiento para poder probar la hipótesis de si el cambio dinámico precede y predice el sintomático.

Advierten, sin embargo, que la repetición en el CCRT es solamente una traducción operacional que se puede usar como una medida de resultados para la psicoterapia psicoanalítica o el psicoanálisis.

4.3. El proceso

Otros aspectos del proceso psicoanalítico, tales como los cambios en las defensas o en la conciencia del patrón relacional, necesitan más estudio para establecer nuevos criterios de mejoría.

Así por ejemplo en Roten, Drapeau, Stigler y Despland (2004) estudian los mecanismos de defensa como un índice de psicopatología. Encuentran correlaciones entre componentes del CCRT y sistemas de defensa, aunque éstas son opuestas para altos y bajos niveles de defensa.

Luborsky y Crits-Christoph (1988), en sus primeros trabajos, describían y valoraban tres conceptos que después llegaron a desarrollarse como medidas operacionales de

conceptos psicoanalíticos. Nos referimos a la alianza terapéutica, el patrón transferencial y la precisión de las interpretaciones.

La selección de la alianza terapéutica, para traducirla como una medida operacional, estaba basada sobre la teoría del cambio. Luborsky afirma que el desarrollo de una alianza terapéutica positiva está asociada necesariamente con los beneficios proporcionados por la psicoterapia (Luborsky, 1984). Esta idea sigue vigente en la actualidad, trabajos recientes consideran que la alianza es crucial para el desarrollo de un buen proceso y resultados positivos en terapia (Hill y Knox, 2009) e incluso se ha afirmado que es el predictor más robusto de los resultados en psicoterapia (Norcross, 2002).

Las primeras investigaciones de Luborsky et al. (1983, 1985) sobre el proceso de la psicoterapia psicoanalítica, que estaban centradas sobre la alianza de ayuda (medida operacional de la alianza terapéutica), utilizaron tres métodos para medir este concepto. La Ratio de la Alianza de Ayuda (*Helping Alliance Rating*), la alianza de Ayuda en Signos Puntuables (*Helping Alliance Counting Signs*) y el cuestionario de la Alianza de Ayuda (*Helping Alliance Questionnaire*), cada método valoraba 10 categorías similares.

La tecnología cuantitativa utilizada en estos estudios ha precisado la evidencia de dos factores curativos. Uno es la relación entre la alianza de ayuda positiva y los beneficios que el paciente obtiene de la psicoterapia. El otro se apoya en que la precisión de las interpretaciones está asociada con la mejoría del paciente al final del tratamiento, lo que incluye además el grado de autoconciencia del paciente. La conclusión lógica que se desprendía de estos estudios era que la alianza de ayuda o alianza terapéutica, no era más que una parte específica de un patrón general de relación.

Las investigaciones sobre medidas cuantitativas pueden objetivar además otros factores curativos, como el papel de la internalización, por parte del paciente, de los beneficios del tratamiento. Este factor depende en gran medida de dos elementos: la forma en que se ha realizado la finalización del tratamiento y la capacidad del paciente para la internalización.

Las evaluaciones clínicas tradicionales, de corte más cualitativo y observacional, han mostrado recientemente no ser demasiado fiables y aun los clínicos expertos no han sido capaces de ponerse de acuerdo a la hora de establecer el patrón transferencial de un mismo paciente. El estudio de Seitz (1966), en el Instituto de Psicoanálisis de Chicago y el de DeWitt, Kaltreider, Weiss y Horowitz (1983) sobre los resultados en la psicoterapia ejemplifican esta falta de acuerdo.

En contraposición, el método CCRT ha mostrado bastante estabilidad en el tiempo, demostrando que tiene consistencia a lo largo de un año aproximadamente de psicoterapia, con un sujeto adulto (Crits-Christoph y Luborsky (1990a). También se ha encontrado que los patrones son relativamente estables en la adolescencia. En un estudio longitudinal Waldinger y cols. (2002) encontraron que los patrones en chicos entre 14 y 17 años eran similares 10 años después. Aunque cabe señalar que no ha sido estudiada todavía la consistencia y estabilidad de los patrones de relación en la infancia.

5. QUÉ ES EL CCRT

El método del Tema Central de Conflicto Relacional es un sistema clínico, cuantitativo y fiable para identificar, en las narrativas de los pacientes, situaciones relacionales, el patrón central de relación y sus conflictos internos (Luborsky, 1976, 1977).

El método CCRT ha sido utilizado en cientos de estudios desde sus inicios, en su mayor parte de forma satisfactoria (Luborsky y Crits-Christoph, 1998; Luborsky et al. 2003).

El CCRT es un método de análisis de contenido analítico conceptualizado categóricamente, la lógica de la evaluación se constituye básicamente dentro de casos individuales. Trabaja sobre casos observados, con datos provenientes de las transcripciones literales o entrevistas, por lo que no es un método experimental sino clínico (Dahlbender et al., 1993).

Se apoya en el supuesto básico, bien establecido por los lingüistas, de que las experiencias interaccionales específicas son representadas en un relato (Bruner, 1986). Las repeticiones en el discurso representan la estructura de las relaciones importantes sujeto-objeto, como un patrón que trasciende la perspectiva de la narración individual reconstruida de forma subjetiva.

El método descuida intencionalmente el contexto de la narración y la probable influencia de la situación clínica de investigación, con el fin de acentuar las propiedades estructurales. Siguiendo a Sandler (1989) se podría decir que el deseo insiste en satisfacerse en distintas situaciones y con objetos diferentes.

El formato del método CCRT está construido para revelar el foco del conflicto. La secuencia de sus componentes, deseos seguidos por respuestas del objeto y del sujeto, contienen dos tipos de conflicto. El más profundo se da entre los deseos y el más frecuente

entre éstos y las respuestas de objeto por un lado y las del sujeto por otro. Es decir que en su formulación enfoca tanto los conflictos interpersonales como intrapersonales.

Los fundamentos del método se apoyan en tres supuestos centrales. Los datos básicos, que aportan información fundamental para extraer el patrón del CCRT, son las narraciones o relatos contados durante las sesiones y traducidos operacionalmente como episodios de relación (ER). La formulación del CCRT se basa en la frecuencia de los componentes a través de los relatos, más que en criterios derivados de narraciones particulares con una significación clínica especial. Finalmente el patrón extraído es realmente el más significativo y fiable, estando en la base de la aparente variedad de los episodios de relación de los pacientes (Luborsky, Popp, Luborsky y Mark, 1994)

6. ELEMENTOS DEL CCRT

6.1. Las sesiones

La elección de las sesiones de psicoterapia, como fuente básica de donde extraer los datos, se apoya en el planteamiento freudiano sobre la transferencia, las sesiones eran el material básico del que Freud partía para su formulación.

La primera dificultad que se planteó fue cómo transformar estos datos en medidas objetivas. Las investigaciones anteriores habían trabajado con cuestionarios sobre las relaciones de los pacientes con el terapeuta y con otros objetos, pero aunque esto suponía un ahorro de tiempo, no ofrecía material suficiente sobre la relación transferencial.

En los primeros trabajos con el CCRT se probó a formular los patrones de relación del conjunto de la sesión. Se vio claramente que los jueces puntuaban, exclusivamente, las narraciones de los pacientes que trataban de sus relaciones con otras personas. Este hecho permitió que el material puntuable se circunscribiera únicamente a los episodios de relación (ER), sin que se perdiera información significativa (Luborsky, 1990c).

La decisión se vio reforzada por las conclusiones de una investigación sobre las ratios de transferencia (Luborsky, Graff et al. 1973). En este estudio se comprobó que las ratios de la transferencia, expresada sobre objetos específicos, alcanzaban un acuerdo interjueces mayor que las ratios expresadas en segmentos enteros de la sesión.

6.2. Los episodios de relación

El CCRT se deriva de la transcripción literal de los relatos o narraciones que los pacientes corrientemente cuentan, en incluso a veces actúan durante sus sesiones de psicoterapia y a los que se denominan Episodios de Relación (ER). De acuerdo con Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola (1990) la media es 4 por sesión.

Aunque los datos básicos son los acontecimientos sobre las relaciones de si mismo con otras personas (sujeto- objeto) contadas por el paciente, de vez en cuando se producen actuaciones, es decir, secuencias de interacciones con el terapeuta dentro de la sesión. Si bien la sesión entera se puede considerar como una interacción entre el paciente y el terapeuta estas secuencias están limitadas a episodios discretos en ciertas sesiones. Para el método CCRT tanto las narraciones como estas secuencias interaccionales son consideradas equivalentes. Ofrecen la ventaja de poder comparar la validez de las narraciones con las actuaciones y además incrementan el número de episodios de relación con el terapeuta, categoría que es central para establecer el patrón transferencial. Benjamin (1986a), siguiendo este planteamiento, afirma que las cadenas asociativas en un discurso verbal proporcionan una llave para identificar el conflicto dinámico.

Los episodios de relación se definen como una parte de la sesión en la que hay una narración clara, acerca de las relaciones con otros e incluso, a veces, consigo mismo. Cada episodio debe tener una persona principal, fácilmente identificable, con la cual el paciente interactúa. De acuerdo con este criterio son calificados como ER – sujeto o ER-objeto, según la persona principal sea el propio paciente o bien otras personas como el padre, la madre, los hermanos, etc. y por supuesto el terapeuta.

El reconocimiento de los episodios se hace fácilmente debido a la estructura del relato que tiende a incluir un comienzo, un cuerpo medio y un final, como si se tratara de un guión de cine (Luborsky, Popp, Lubosky y Mark, 1994). Las narraciones se aprecian a veces de forma explícita, ejemplificando las características de cada paciente y otras se deducen de los hechos que le suceden (Luborsky, Barber y Diguier, 1992).

Según refiere Torres (1993), el grupo de trabajo de la Universidad de Ulm esta realizando desde hace algún tiempo, la evaluación del CCRT directamente de las grabaciones de las sesiones (magnetofónica o audiovisual). Lo que significaría un ahorro importante en el tiempo, así como la posibilidad de valorar otros datos no verbales.

Los ER pueden cubrir un espacio de tiempo muy amplio, desde los recuerdos más tempranos hasta la vida adulta. Se define como “presente” lo sucedido en la sesión o en las

dos semanas anteriores, todo lo demás es considerado “pasado”. La delimitación cronológica de los acontecimientos puede originar diferencias significativas en la formulación del CCRT, quizá los acontecimientos más tempranos podrían producir un patrón más profundo. Sin embargo, como señala Torres (1993), en la obra de Luborsky no hay instrucciones concretas para clasificar tales ER.

6.3. Sueños y fantasías

Los sueños y fantasías contienen también material informativo acerca de las relaciones del paciente con otras personas y consigo mismo. Sin embargo, Luborsky (1990) señala que incluirlos como el resto de los episodios de relación es un interrogante que todavía no está resuelto, son escasos y no parece que añadan más información de la que se puede obtener con el resto de las narraciones. Otros estudios que han utilizado sueños en el análisis de los episodios de relación encuentran que éstos son válidos para establecer el patrón central de relación (Albani, 2001).

6.4. El objeto

Los jueces que seleccionan los episodios de relación también identifican, en cada uno de ellos, la persona principal con la que el paciente interactúa. Esto permite obtener un CCRT sobre diferentes objetos, de forma que se puede comprender el grado de repetición del patrón a través de diversos tipos de relación.

Además se pueden investigar estas diferencias agrupadas en función de diferentes personas significativas como pueden ser el padre, la madre o el propio terapeuta, de esta forma se pueden encontrar prototipos específicos que supondrían variaciones del modelo básico, tal como lo formuló Freud a partir de sus observaciones clínicas.(Freud 1912, 1912a).

Actualmente esta cuestión está en el foco de interés de la investigación en psicoterapia. Barber et al. (2002) han evaluado la consistencia de los temas interpersonales tanto en diferentes relaciones como en interacciones múltiples dentro de una misma relación mediante el método CCRT en una muestra heterogénea de 93 pacientes con una patología identificable encontrando una variabilidad sustancial en los temas interpersonales específicos de las narrativas, tanto en las diferentes relaciones como dentro de una misma relación

A pesar del gran número de investigaciones empíricas sobre los patrones centrales de relación, hasta este estudio sorprendentemente pocos habían intentado evaluar la consistencia de los temas interpersonales a lo largo de diferentes relaciones. Los escasos estudios existentes eran, en su mayoría estudios de caso (Albani, Pokorny, Dahlbender y Kächele, 1994; Crits-Christoph, Demorest, y Connolly, 1990; M. J. Horowitz et al., 1991) o tamaños de muestra relativamente pequeños (Cierpka et al., 1998; Crits-Christoph y Luborsky, 1990a). Cabría destacar dos estudios, el de Albani et al. (2001), que estudió la consistencia mediante los patrones CCRT extraídos mediante entrevistas RAP (Luborsky (1990b) de 70 pacientes femeninas y el de Crits-Christoph et al. (1994) en 60 pacientes usando la modificación del método CCRT denominada QUAIN'T (Crits-Christoph, Demorest, Connolly (1990). Aunque ambos estudios no obtuvieron resultados concluyentes sobre la variabilidad o consistencia de los diferentes patrones en función del objeto de interacción.

6.5. Componentes del CCRT

De una forma clara y rápida se comprobó que el patrón central de relación contenía diferentes tipos de componentes. Lo que el paciente buscaba de los otros o de sí mismo, cómo respondían los otros y cómo el paciente actuaba a su vez (Luborsky, Popp, Luborsky y Mark, 1994). Es decir, los deseos hacia el objeto o hacia sí mismo (D), las respuestas del objeto (RO) y las del sujeto (RS).

Los temas relacionales observados para estos tres componentes abarcan un amplio rango de intenciones, emociones y comportamientos que son relevantes en la esfera interpersonal (ej. enfado, control, cercanía proximidad; Barber, Crits-Christoph y Luborsky, 1998; Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola, 1998).

6.5.1. Deseos

Una de las decisiones básicas a la hora de evaluar los deseos es el nivel de inferencia adecuado. Se deben distinguir dos niveles, el manifiesto, es decir, lo que el paciente directamente verbaliza y que encaja literalmente en una categoría, y un cierto nivel de inferencia que permita utilizar el conjunto de las categorías. Luborsky (1990) recomienda que sea un nivel de inferencia moderado, porque un nivel muy abstracto tendería a no ser fiable.

La puntuación sobre el nivel de inferencia sólo se aplica al componente deseo (D) porque tiende a ser más inferencial, o sea, menos consciente. Se podría aplicar a las respuestas del objeto y a las del sujeto, pero no se obtendría mucha más información nueva como ocurre en el caso de los deseos.

La decisión de permanecer dentro de un moderado nivel de inferencia se basa en los resultados de las investigaciones (Luborsky, 1990) que han demostrado que, cuando es alto, es muy difícil conseguir el acuerdo entre jueces. Sin embargo esta restricción no significa que todos los procesos inconscientes están excluidos, algunas inferencias apuntan a un nivel de conciencia restringido o inconsciente.

Actualmente se conserva esta distinción de Luborsky pero se le denomina explícito (expresado directamente) o implícito (deducido de las respuestas) (Albani, Pokorny, Blaser, Grueninger, Koenig, Marschke et al, 2002)

6.5.2. Respuestas

La dimensión a tener en cuenta para la valoración de las respuestas es la distinción entre respuestas positivas y negativas. Cada respuesta del objeto o del sujeto es calificada como positiva o negativa. Las respuestas negativas son aquellas que el paciente experimenta como frustración, imaginaria o real, a la satisfacción de sus deseos; mientras que las respuestas positivas son las que representan la satisfacción, fantaseada o real de los mismos (Luborsky, 1990a).

Posteriormente Brin, Grenyer y Luborsky (1998a) perfeccionaron la escala introduciendo dos grados de valoración diferente en cada categoría. N/N cuando la respuesta es muy negativa, N, moderadamente negativa, P moderadamente positiva y PP muy positiva. A veces es difícil determinar si son positivas o negativas porque no tienen una relación clara con el deseo, en este caso se pueden valorar como ambivalentes o inciertas, aunque como recomiendan repetidamente Albani et al. (2002) éstas deben ser evitadas hasta donde sea posible.

En este momento se está también utilizando un “Índice de positividad” (IP) establecido como la proporción de respuestas positivas en la dimensión considerada. Expresado de forma matemática sería $IP = (P / (P+N))$ y para la valencia extendida sería $IP = (PP + \frac{3}{4} P + \frac{1}{4} N) / (PP + P + N + NN)$ o bien $IP = (PP + \frac{2}{3} P + \frac{1}{3} N) / (PP + P + N + NN)$ donde P y N expresarían el número de respuestas positivas y negativas. Este índice fluctuaría entre 0 y 1, siendo 0 totalmente negativo y 1 totalmente positivo.

Los resultados de los estudios (como en Albani, 2002) que han investigado sobre la distinción positivo – negativo en las respuestas indican que, incluso en sujetos sin patología, las narrativas contienen más respuestas negativas que positivas, lo que ha abierto un extenso debate en este campo.

Una hipótesis es que la mayor frecuencia de componentes negativos podría reflejar la preocupación por resolver conflictos en las relaciones con los otros. El esfuerzo de repetir ideas o escenas negativas puede suponer un intento de adquirir el control de ciertas situaciones traumáticas. De la misma forma los componentes positivos tienden a reflejar situaciones donde el propio control ha triunfado. Entonces durante el curso de una psicoterapia con éxito el descenso de los componentes negativos y el aumento de los positivos supondría un incremento del nivel de control (Brin, Grenyer y Luborsky, 1998a, 1998b). Es importante señalar que la diferencia positivo- negativo, no es equivalente a salud- enfermedad.

Luborsky (1990a) también indica que las respuestas del objeto pueden ser calificadas como “esperadas”, cuando el sujeto tiene sólo una expectativa o fantasía de la respuesta del otro sin que se haya producido en realidad y las respuestas del sujeto como “expresadas”, si el paciente indica que la respuesta se ha producido en la realidad. Esta diferenciación puede ser de gran valor cuando se usa como medida del cambio producido en el curso de la psicoterapia.

Según Luborsky (1990a) el cambio en las respuestas, a lo largo de un tratamiento, es un dato especialmente valioso para medir los beneficios de la psicoterapia.

6.6. El sistema de categorías

Desde que se creara el método CCRT se han desarrollado diferentes sistemas de categorías, cada uno de ellos pretendiendo superar las dificultades que presentaban los sistemas anteriores.

6.6.1. Categorías “a medida” o *taylor-made* frente a categorías estándar

En sus inicios el método CCRT usaba únicamente las categorías “a medida”, es decir, deseos (D) y respuestas (RO y RS) eran inferidos por cada juez, utilizando el lenguaje particular de cada paciente, para describir las cualidades internas de su patrón central de relación (Luborsky, 1990).

La creación de las Categorías estándar responde a la necesidad de un lenguaje común que permitiera comparar cuantitativamente temas centrales de relación de diferentes sujetos y también valoraciones realizadas por diferentes jueces en un mismo sujeto. Así, el desarrollo de las categorías estándar supuso una mejora con respecto a la fiabilidad del método y a la conveniente comparación entre casos (Luborsky 1985; Crits-Christoph, 1986; Luborsky y Crits-Christoph, 1988). Sin embargo estas categorías tenían una limitación fundamental, no cubrían la misma área de complejidad que las categorías “a medida”. La solución era incrementar el número de categorías, lo que conllevaba mayor confusión de los evaluadores.

Las categorías estándar están compuestas por un número limitado de predicados para cada uno de los componentes del CCRT. Cada evaluador utiliza siempre estas mismas listas para todos los pacientes.

En el análisis se recomienda utilizar los dos tipos de categorías (Luborsky, 1999) primero se inferirán las categorías “a medida” que posteriormente se traducirán en una o dos categorías estándar.

Aunque como se evidencia en el estudio de Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola (1990) en la práctica diaria las categorías estándar y las categorías “a medida” se solapan en muchas ocasiones. En este el estudio Penn de Psicoterapia se observó que muchas de las categorías “a medida” aparecían de nuevo en las categorías estándar en los 33 casos analizados (Luborsky et al, 1988).

Luborsky, Barber y Schaffler (1989) demostraron que el uso de las categorías y cluster estándar produce un mayor acuerdo entre jueces que la utilización de categorías “a medida”.

A pesar de que las categorías “a medida” son más específicas en el estudio de casos individuales ya que permiten al terapeuta una formulación específica y singular para cada paciente, las categorías estándar son más apropiadas para la investigación, ya que permiten comparar de forma sencilla y fiable las categorías seleccionadas por diferentes jueces dentro de un mismo caso, comparar las diferencias entre sujetos y las diferencias dentro de un mismo sujeto, por ejemplo, a lo largo del tiempo.

Luborsky (1999) indica que la mejor resolución sobre la elección categorías “a medida” frente a categorías estándar es no realizar una elección. Se puede mantener el uso de categorías *tailor-made* y traducir éstas en una conveniente, fiable y no demasiado larga lista de categorías estándar. Recomienda el uso de ambos sistemas de categorías para la evaluación del CCRT en las narrativas relacionales.

6.6.2. Sistemas de Categorías estándar

Barber, Crits-Christoph y Luborsky (1990) describen dos listas diferentes de categorías estándar, la **primera edición** (Luborsky, 1985) fue elaborada a partir de las categorías más frecuentes que aparecían en los episodios de relación en una muestra de 16 pacientes. Incluye 16 categorías para cada tipo de componente

La **segunda edición** (Barber, Crits-Christoph y Luborsky, 1990; Crits-Christoph y Demorest, 1988) (ver Tablas 2, 3, 4) que se elaboró con la finalidad de proporcionar a los jueces una lista de categorías más representativa que la anterior. Está compuesta por 35 deseos, 30 respuestas del objeto y 31 respuestas del sujeto e incluye de tres a cinco subcategorías dentro de cada una de las categorías principales.

Tabla 2

Categorías estándar del Método CCRT. Deseos

DESEOS, NECESIDADES, INTENCIONES	
1	SER ENTENDIDO; ser comprendido, empatizar con, ser visto correctamente
2	SER ACEPTADO; ser aprobado por otros, no ser juzgado, recibir afirmación
3	SER RESPETADO; ser tratado justamente, ser valorado, ser importante para otros
4	ACEPTAR A OTROS; ser receptivo a los demás
5	RESPETAR A OTROS; valorar a otros
6	TENER CONFIANZA; ser honesto con los otros, ser auténtico con los otros
7	SER APRECIADO; los otros se interesan en mí
8	RECEPTIVIDAD DE OTROS; ser correspondido, hablan conmigo
9	ESTAR ABIERTO A LOS OTROS; ser abierto, poder expresarme
10	DISTANCIARSE DE LOS OTROS; no ser abierto, no expresar mis deseos, no ser molestado
11	ESTAR CERCA DE OTROS; ser tenido en cuenta, no estar solo, ser amigos
12	AYUDAR A OTROS; darse los otros, educar a los otros, respaldar a los otros
13	SER AYUDADO/ RECIBIR APOYO; recibir soporte, ser protegido
14	NO SER OFENDIDO; evitar dolor e irritación, evitar rechazo, protegerme, defenderme
15	SER OFENDIDO; ser castigado, ser maltratado
16	HERIR A LOS DEMAS; vengarme, rechazar a los otros, expresar rabia contra los otros
17	EVITAR CONFLICTOS; comprometerme, no disgustar a los otros, estar de acuerdo, ser flexible
18	OPONERME A LOS OTROS; resistirme al dominio de los otros, competir contra los otros
19	TENER CONTROL SOBRE LOS OTROS; dominar, tener poder, hacer las cosas a mi manera
20	SER CONTROLADO POR OTROS; ser sumiso, ser dependiente, ser pasivo, recibir instrucciones
21	TENER CONTROL SOBRE MÍ MISMO; ser consciente, ser racional
22	TENER ÉXITO; ser competente, hacer lo mejor, ganar
23	SER INDEPENDIENTE; ser autosuficiente, ser autónomo, ser sólido
24	SENTIRME BIEN RESPECTO A MÍ MISMO; tener confianza en mí mismo, sentirme satisfecho, tener autoestima
25	SUPERARME; mejorar, progresar
26	SER BUENO; hacer lo correcto, ser perfecto, ser correcto
27	SER COMO LOS OTROS; identificarme con los otros, parecerme a los otros, dejarme modelar
28	SER YO MISMO; no estar conforme, ser diferente, ser único
29	NO TENER OBLIGACIONES O NO TENER RESPONSABILIDAD; ser libre, no tener compromiso
30	SER ESTABLE; tener seguridad, tener estructura
31	SENTIRME CÓMODO; relajarme, no sentir malestar
32	SENTIRME FÉLIZ; divertirme, disfrutar, sentirme bien
33	SER AMADO; tener una relación romántica, tener relaciones sexuales
34	REAFIRMARME A MÍ MISMO; exigir el reconocimiento de mis derechos
35	COMPETIR CON ALGUIEN POR EL AFECTO DE OTRA PERSONA

Nota. Adaptado de “A guide to CCRT standard categories and their classification” por J.P. Barber, P. Crits-Christoph, & L. Luborsky, 1990. En L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method*. New York: Basic Books. Traducción: Consuelo Escudero, 2000.

Tabla 3

Categorías estándar del Método CCRT. Respuestas del Objeto

RESPUESTAS DEL OBJETO	
1	ENTIENDEN; son empáticos, son simpáticos, me ven correctamente
2	NO ENTIENDEN; no son simpáticos, son antipáticos, son desconsiderados
3	ME ACEPTAN; no rechazan, me aprueban, me incluyen, me tienen en cuenta
4	ME RECHAZAN; desaprueban, son críticos
5	ME RESPETAN; me tratan con justicia, me valoran
6	NO ME RESPETAN; me tratan injustamente, no me valoran, no me admiran
7	NO CONFÍAN EN MÍ; no me creen, sospechan de mí
8	NO SON DE CONFIANZA; me traicionan, me engañan, son deshonestos
9	ME APRECIAN; se interesan en mí
10	NO ME APRECIAN; no se interesan en mí
11	SON ABIERTOS; son expresivos, reveladores, disponibles
12	SON DISTANTES; no corresponden, no están disponibles
13	SON SERVICIALES; apoyan, me dan, explican
14	NO SON SERVICIALES; no confortan, no apoyan, no me dan seguridad
15	ME OFENDEN; son violentos, me tratan mal, son punitivos
16	SON OFENDIDOS; son injuriados, están atormentados, están heridos
17	ME CONTRADICEN; rechazan/ bloquean mis deseos, están contra mí
18	SON COOPERADORES; están de acuerdo
19	ESTÁN FUERA DE CONTROL; no son de fiar, son inseguros, son irresponsables
20	SON CONTROLADORES; son dominantes, intimidan, son agresivos, se imponen
21	ME DAN INDEPENDENCIA; me dan autonomía, animan, fomentan mi autodirección
22	SON DEPENDIENTES; son influenciados por mí, son sumisos
23	SON INDEPENDIENTES; se dirigen a sí mismos, son inconformistas, son autónomos
24	SON ENÉRGICOS; son superiores, son responsables, son importantes
25	SON MALOS; están equivocados, son culpables
26	SON ESTRUCTOS; son rígidos, son severos, son duros/recios
27	ESTÁN ENFADADOS; son irritables, están resentidos, están frustrados
28	SON ANSIOSOS; están asustados, están nerviosos, están preocupados
29	ESTÁN FELICES; son divertidos, están contentos, disfrutan
30	ME QUIEREN; están interesados románticamente en mí

Nota. Adaptado de “A guide to CCRT standard categories and their classification” por J.P. Barber, P. Crits-Christoph, & L. Luborsky, 1990. En L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method*. New York: Basic Books. Traducción: Consuelo Escudero, 2000.

Tabla 4

Categorías estándar del Método CCRT. Respuestas del Sujeto

RESPUESTAS DEL SUJETO	
1	ENTENDER; comprender, percibir, ver correctamente
2	NO ENTENDER; estoy confundido, estoy sorprendido, no me entiendo bien
3	SENTIRME ACEPTADO; sentirme aprobado
4	SENTIRME RESPETADO; sentirme valorado, sentirme admirado
5	APRECIAR A LOS OTROS; ser amistoso
6	NO APRECIAR A LOS OTROS; odio a los otros
7	SOY ABIERTO; me expreso a mí mismo
8	NO SOY ABIERTO; soy inhibido, no soy expresivo, soy distante
9	SOY SERVICIAL; doy soporte, trato de agradar a los otros, doy a los otros
10	HIERO A LOS OTROS; soy violento, actuó hostilmente
11	OPONERSE A LOS OTROS; soy competitivo, rechazo, desconozco, choco con los otros
12	SOY CONTROLADOR; soy dominante, influyo en los otros, manipulo a los otros, soy agresivo
13	ESTOY FUERA DE CONTROL; soy irresponsable, soy impulsivo, soy inseguro
14	ME CONTROLO; soy responsable
15	SOY INDEPENDIENTE; tomo mis propias decisiones, me autodirijo, soy autónomo
16	SOY DEPENDIENTE;
17	ME SIENTO INCAPAZ; soy incompetente, soy inadecuado
18	ME TENGO CONFIANZA A MÍ MISMO; soy o me siento triunfador, me siento orgulloso, me siento asegurado
19	ESTOY INDECISO; me siento atormentado, soy ambivalente, me siento en conflicto
20	ME SIENTO DECEPCIONADO; estoy insatisfecho, estoy a disgusto, me siento vacío
21	ME SIENTO ENFADADO; me siento resentido, me siento irritado
22	ME SIENTO DEPRIMIDO; me siento sin esperanza, me siento triste, me siento mal
23	ME SIENTO DESAMADO; me siento solo, me siento rechazado
24	ME SIENTO CELOSO; me siento envidioso
25	ME SIENTO CULPABLE; me siento equivocado
26	ME SIENTO AVERGONZADO; me siento turbado, me siento confundido
27	ME SIENTO ANSIOSO; me siento asustado, me siento preocupado, me siento nervioso
28	ME SIENTO SEGURO; me siento satisfecho, me siento protegido
29	ME SIENTO FÉLIZ; excitado, me siento bien, me siento alegre, me siento eufórico
30	ME SIENTO AMADO
31	SÍNTOMAS SOMÁTICOS; dolor de cabeza, erupción cutánea, dolor

Nota. Adaptado de “A guide to CCRT standard categories and their classification” de J.P. Barber, P. Crits-Christoph, & L. Luborsky, 1990. En L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method*. New York: Basic Books. Traducción: Consuelo Escudero, 2000.

6.6.3. Categorías Cluster estándar

Debido a la gran cantidad de categorías de la segunda edición fue necesario desarrollar una tercera edición. La lista de categorías agrupadas (Barber, Crits-Christoph y Luborsky, 1990) se derivó de esta segunda edición a través de un estudio en el que se emparejó cada una de las categorías con todas las demás y se analizó la fiabilidad interjueces mediante pares de comparaciones. Esta lista de cluster estándar está compuesta por ocho categorías para cada tipo de componente (ver Figura 1). Debido a su simplicidad estos clusters han sido muy utilizados.

La versión agrupada de deseos parece representar una lista completa de las motivaciones humanas, tal como se revelan en las relaciones interpersonales.

Horowitz y Vitkus (1986) encontraron un moderado nivel de similitud entre la lista agrupada de deseos del CCRT y las subescalas del IIP (Inventario de Problemas Interpersonales) de Horowitz, Rosenberg, Baer et al. (1998).

6.6.4. Categorías SABS

Las categorías del Análisis Estructural del Comportamiento Social (*Structural Analysis of Social Behavior*) de Benjamin (1974) se han utilizado como otra lista alternativa de categorías más conceptualmente derivadas. Por ejemplo se han usado en el método del Patrón Cíclico Maladaptativo (*Cyclical Maladaptive Pattern*, CMP) de Schacht, Binder y Strupp (1984)

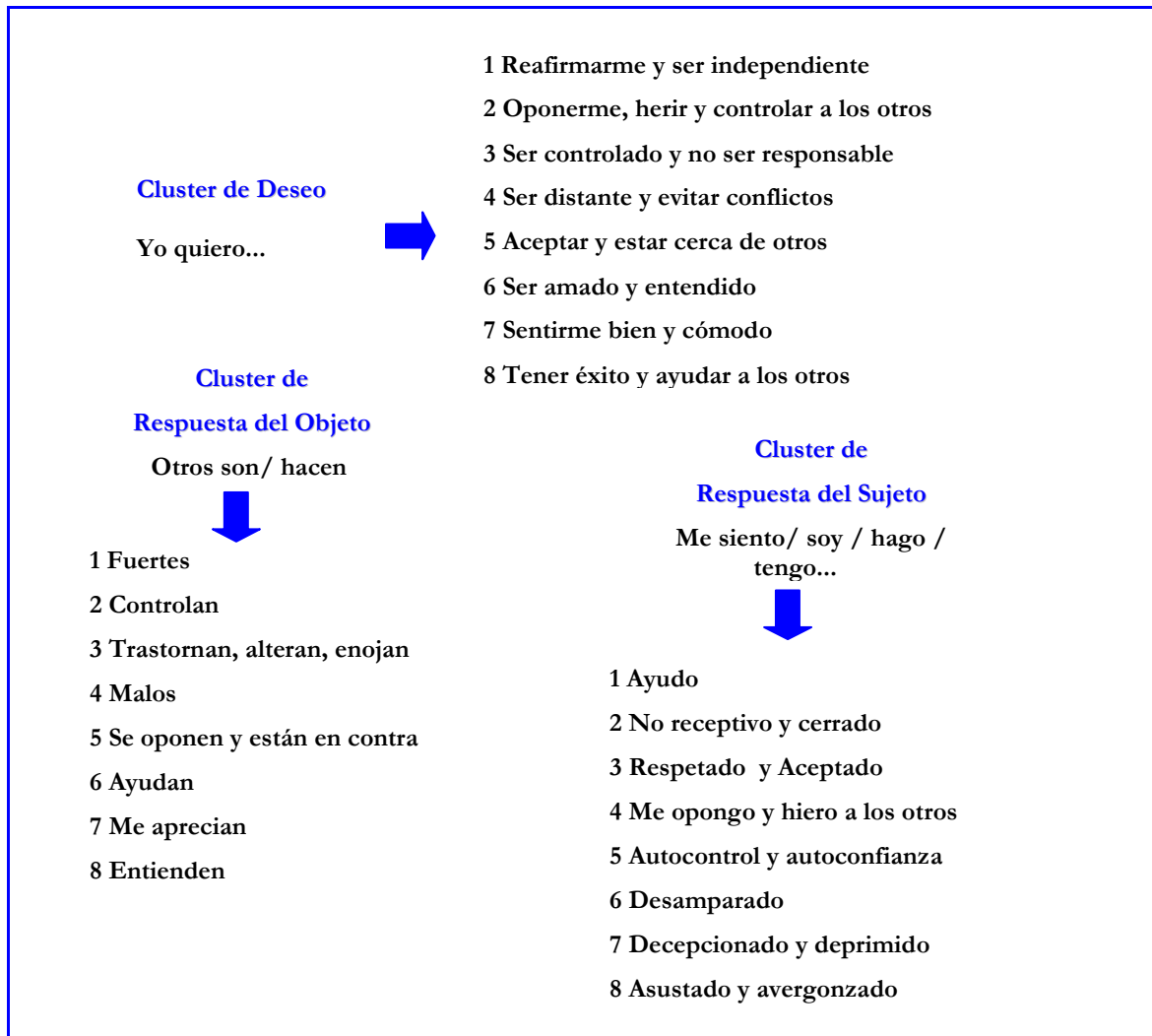


Figura 1. Categorías Cluster Estándar

6.6.5. Categorías QUAIN'T

El método del Análisis Cuantitativo de Temas Interpersonales (QUAIN'T) fue desarrollado por Crits-Christoph, Demorest, y Conelly, (1990); Crits-Christoph y Demorest, (1991) con el objetivo de superar algunos problemas que se observan en el CCRT, como el que los CCRT de los pacientes proceden de jueces que evalúan las narrativas consecutivamente para cada paciente. Es posible que esto permita a los jueces observar mayores similitudes en los episodios de relación que las que realmente existen. Además el hecho de que sólo se seleccionen los componentes más frecuentes de cada narrativa limita la evaluación de la presencia de temas alternativos. El método QUAIN'T analiza independientemente las narrativas de un paciente determinado mezcladas al azar

con las narrativas de otros pacientes mediante una lista de categorías confeccionada de tal forma que diferentes tipos de deseos y respuestas pueden ser evaluados por su intensidad. Estas categorías se derivan de las categorías SABS (*Structural Analysis of Social Behavior*) de Benjamin (1974) y el Análisis Estructural paralelo del Afecto Social (Benjamin, 1986a; Crits-Christoph y Demorest, 1991). La lista completa de categorías está compuesta por 32 deseos, 32 respuestas del objeto y 40 respuestas del sujeto. En la evaluación se usan dos ejes del SASB: afiliación e independencia. El método de análisis de cluster ayuda a determinar los múltiples temas en cada narrativa de los pacientes.

Su validez ha sido evaluada en diversos estudios como en el realizado por Crits-Christoph, Demorest, Muenz y Baranackie (1994).

6.6.6. Cluster Alemanes Alternativos

Körner, Albani, Villmann, Pokorny y Geyer, (2002) desarrollaron y probaron una versión alemana alternativa de los cluster manteniendo las categorías estándar existentes. Estos cluster fueron elaborados a partir de una muestra de 172 entrevistas, probados en otra muestra diferente de 74 entrevistas y validado en una muestra de 114 pacientes. Se encontró alta fiabilidad interna entre las muestras y además los cluster alternativos mostraron un alto nivel de consistencia en los tres componentes.

6.6.7. El método del Tema Central de Conflicto Relacional Leipzig/Ulm: Categorías CCRT- LU

Tanto las categorías estándar como los cluster del método han recibido a algunas críticas importantes (ver Albani, Villmann, Blaser et al., 1999; Strauss et al., 1995; Albani et al., 2003; López y Ávila-Espada, 2003), girando la mayor parte de éstas en torno a la estructura del sistema de categorías y a la escasa muestra en la que el sistema se sustenta de forma empírica.

Por este motivo Albani y otros (2002) desarrollaron un nuevo sistema de categorías, como un intento de superar los problemas derivados en la construcción de las categorías anteriores. La reformulación del sistema de categorías tradicional supuso una reconsideración radical de la estructura del sistema de categorías, aunque trató de conservar los principios fundamentales del método CCRT.

El nuevo sistema de categorías se denomina CCRT- LU debido al lugar donde se desarrolló “Leipzig y Ulm” y a la “lógica unificada”, característica del sistema. Está compuesto por una lista de 119 subcategorías, que se agrupan en 30 categorías y a su vez en 13 cluster (Ver Tabla 5) y que se obtuvieron a través de fuentes empíricas y teóricas, por lo que no hubo reducción al eje teórico, este sistema combina las ventajas de un sistema con base teórica y empírica.

Tabla 5

Categorías CCRT-LU

I. a r m o n i o s o	A. Atender a	A1. Explorar, admirar	A11 ser curioso, estar interesado, explorar, estar motivado, ser abierto, ser receptivo A12 comprenderse, buscar, defender algo A13 considerar capaz A14 admirar, estar impresionado A15 ser entusiasta, estar fascinado A16 identificarse, ser como el otro
		A2. Aceptar, ser comprensivo	A21 aceptar, respetar, tomar en serio A22 dar independencia, ser atento, dejar en paz A23 acercarse, notar, mostrar interés, escuchar, disculpar A24 percibir sentimientos, aceptar sentimientos, ser sensible a A25 sentir pena, sentirse removido, ser compasivo A26 ser comprensivo A27 perdonar, reconciliar
	B. Apoyar	B1. Explicar, confirmar	B11 explicar, comunicar, decir, expresar, convencer B12 apoyar a alguien, alabar, estar de acuerdo, incitar, animar, alentar
		B2. Ayudar, dar independencia	B21 proteger B22 ser generoso, malcriar, preferir B23 ayudar, apoyar
	C. Amar, Sentirse bien	C1. Ser cercano	C11 estar cerca, aceptar, ser íntimo, cuidar, ser bueno, ser cariñoso C12 consolar, reconfortar C13 gustar, ser querido, ser simpático, tener amigos, llevarse bien
		C2. Amar, tener una relación	C21 enamorarse, ser atractivo C22 amar C23 tener hijos, tener una relación
		C3. Confiar, estar satisfecho, sentir placer	C31 confiar, estar seguro de sí mismo, creer, estar confiado, sentirse seguro C32 estar aliviado C33 expansionarse, ser espontáneo, desarrollarse libremente, ser feliz, sentirse bien, divertirse, pasarlo bien C34 estar alegre, ser (gratamente) sorprendido, estar satisfecho
		C4. Ser sexualmente activo, tener interés	C41 ser romántico C42 coquetear, flirtear C43 tocar, besar, acariciar, ser afectuoso C44 desear, estar excitado, tener ganas, ser sexualmente atractivo C45 tener sexo, seguir los instintos, ser potente, ser apasionado, tener experiencia sexual
		C5. Ser sano, vivir	C51 ser sano C52 vivir
	D. Tener autodeterminación	D1. Ser interiormente fuerte	D11 ser agradecido D12 ser tolerante, ser transigente D13 ser considerado, ser educado, ser moderado, ser modesto D14 ser tranquilo, ser paciente D15 soportar, resistir, aguantar, superar los obstáculos D16 ser fiable, ser honesto, ser de fiar, ser fiel, ser equitativo o justo, ser correcto D17 ser sensato, ser constructivo D18 tener responsabilidad
		D2. Estar orgulloso, ser autónomo	D21 ser fuerte, ser superior, ser importante, ser valiente, ser decidido D22 ser capaz, tener experiencia, tener éxito, estar orgulloso D23 ser ambicioso, ser concienzudo D24 ser un modelo a imitar, ser perfecto D25 ser independiente, ser auto-suficiente D26 estar seguro de uno mismo, creer en uno mismo, confiar en uno mismo D27 tener auto-control, ser considerado, ser escéptico, ser auto-crítico D28 cambiar, desarrollar, mejorar

Tabla 5 (continuación)
Categorías CCRT-LU

II. n o a r m o n i o s o	E. Deprimirse Resignarse	E1. Estar desilusionado	E11 ser infeliz, estar deprimido, estar desilusionado E12 estar desesperanzado, sufrir, estar afligido
		E2. Estar resignado	E21 renunciar, resignarse E22 ser indiferente, estar aburrido, estar apático, estar perezoso
	F. Estar insatisfecho, Estar asustado	F1. Sentirse culpable, avergonzado, estar insatisfecho	F11 sentirse culpable, arrepentirse F12 avergonzarse F13 sentirse mal, sentirse insatisfecho F14 sentirse frustrado
		F2. Estar asustado, ansioso	F21 estar ansioso, estar asustado, estar preocupado, evitar, ser cobarde F22 estar inseguro, estar confuso, estar indeciso F23 estar nervioso, estar histérico, estar tenso, estar descontrolado F24 estar amedrentado, estar desconcertado, sentirse pillado
	G. Estar determinado por otros	G1. Ser dependiente	G11 estar solo, echar de menos a alguien, sentirse solo G12 ser dependiente, aferrarse a cualquiera G13 no ser auto-suficiente, ser inseguro G14 ser pasivo, dudar, obstinarse, inmovilizarse, empeorar
		G2. Ser débil	G21 ser débil, estar indefenso, no tener recursos, estar a la merced de, estar desprotegido, ser inferior, estar doído G22 ser incapaz, sin experiencia G23 decepcionar a alguien, estar estresado, ser explotado, fallar G24 sentirse inferior, estar bajo de ánimos, ser poco importante, ser feo, ser insignificante G25 ser moderado (por debilidad)
	H. Estar enfadado Ser antipático	H1. Sentir repulsa, estar enfadado	H11 sentir asco H12 sentir desprecio H13 estar celoso, ser envidioso H14 sentirse herido, sentirse ofendido H15 desagradar H16 estar enfadado, montar en cólera, sentirse frustrado por algo H17 odiar
		H2. Ser antipático	H21 estar resentido, ser impaciente H22 ser tacaño H23 ser desagradable, no gustar, ser impopular, no ser interesante, ser antipático, ser desagradecido, ser maleducado H24
	I. Ser poco fiable	I1. Ser negligente, descuidado	I11 ser insensible, no ser comprensivo, ser destructivo, ser tonto, estar descontrolado I12 ser negligente, abandonar, ser superficial, ser irresponsable, ser crudo
		I2. Ser egoísta	I21 ser vanidoso, no ser crítico I22 ser deshonesto, ser injusto I23 ser egoísta, ser avaricioso
	J. Rechazar	J1. Ignorar, reprochar	J11 desconcertar, desanimar, menos preciar, estar desinteresado, ignorar J12 culpar, reprochar, acusar
		J2. Oponer, criticar	J21 oponer, competir, ser testarudo, disputar J22 rechazar, excluir, criticar, amonestar, juzgar, reprender
	K. Dominar	K1. Ser malo	K11 ser malo, explotar, engañar, traicionar, denegar, robar K12 hacer la pelota, intrigar, decepcionar
		K2. Dominar	K21 obligar, imponer, influenciar, presionar, demandar, forzar a hacer algo K22 dominar, ser autoritario, perseverar, reprimir, rebajar, subyugar, perjudicar, controlar, probar, ser estricto
	L. Molestar, Atacar	L1. Molestar	L11 hacer daño, herir, ofender, reñir, ridiculizar, denigrar, humillar L12 alegrarse del mal ajeno, ser cínico, reírse de alguien, hipócrita L13 molestar, incomodar, estorbar, incordiar a alguien, provocar, fastidiar L14 perturbar, distraer
L2. Atacar		L21 asustar, amenazar, atacar, provocar L22 torturar, causar daño físico, ser hostil, hostigar L23 castigar, vengar, destruir, usar la violencia L24 abusar, violar	
M. Retirarse en uno mismo	M1. Retirarse en uno mismo, ser reservado	M11 dejar, poner distancia, poner límites M12 mantener la distancia, retirar, aislarse M13 ser desconfiado M14 evitar conflictos, conformarse, ceder, someterse, ser sumiso M15 ser retraído, estar callado M16 ser reservado, ser tímido M17 ser compulsivo M18 no tener hijos, no tener una relación	
	M2. Ser sexualmente inactivo	M21 ser reacio, dejarlo pasar M22 estar inhibido, no excitarse, ser impotente M23 sin experiencia sexual	
	M3. Estar enfermo	M31 estar agotado, estar cansado M32 tener síntomas M33 estar físicamente enfermo, estar mentalmente enfermo M34 morirse, suicidarse	

Nota. Adaptado de "Adaptación del sistema de categorías CCRT-LU a la lengua castellana: el sistema de categorías CCRT-LU-S" por Y. López del Hoyo, A. Ávila- Espada, D. Pokorny y C. Albani, 2004. *Intersubjetivo*, 2 (6), p.30

Además de este nuevo sistema de categorías jerárquico de tres niveles se ha añadido una dimensión de dirección a los componentes en función de si la actividad recae sobre el sujeto o sobre el sujeto, así, podemos diferenciar cuatro componentes DO, DS, RO y RS, que se subdividen a la vez en ocho en función de la dimensión dirección (Ver Tabla 6)

Tabla 6

Componentes del sistema CCRT-LU

D				R			
DO		DS		RO		RS	
DOO *	DOS	DSO	DSS	ROO	ROS	RSO	RSS
El otro debería <i>hacerse</i> a sí mismo o a otro	El otro debería <i>hacerme</i> a mi	Yo quiero <i>hacer</i> al otro	Yo quiero <i>hacerme</i> a mi mismo	El otro <i>hace</i> a sí mismo o a otro	El otro me <i>hace</i> a mi	Yo <i>hago</i> al otro	Yo me <i>hago</i> ...a mi mismo

Nota. * Las categorías DOO y ROO aparecen difuminadas debido a que son menos importantes en el contexto CCRT. Adaptado de “Reformulation of the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) categories: The CCRT-LU Category System” de C. Albani et al, 2002. *Psychotherapy Research*, 12(3), p. 327

Todos los componentes son codificados a partir de una misma lista de predicados de estructura lógica organizada jerárquicamente, de esta forma tanto los deseos como las respuestas se ajustaran a la misma lista de categorías. Existe una analogía completa entre los deseos del objeto y del sujeto así como entre las reacciones del sujeto y del objeto.

Las categorías se dividen en dos grandes grupos: “armonioso” y “no armonioso”. Hay que recordar que la distinción de las respuestas en positivo y negativo, no es equivalente a categorías “armoniosas”/”no armoniosas”.

En la Tabla 7 se resumen las principales diferencias entre el método del Tema Central de Conflicto Relacional y el método del Tema Central de Conflicto Relacional Leipzig-Ulm.

Tabla 7

Comparación del método CCRT y CCRT-LU

CCRT	CCRT-LU
Tres dimensiones independientes D RO RS	Sistema jerárquico de 2 x 4 dimensiones DO DS RO RS DOO DOS DSO DSS ROO ROS RSO RSS
Tres listas de categorías, una para cada dimensión	Una única lista de categorías para todas las dimensiones
Nivel Cluster: 8 D, 8 RO, 8 RS	Nivel Clúster: 13 categorías A, B, C, D..
Categorías Estándar: 35 D, 30 RO, 31 RS	Nivel medio: 30 categorías A1, A2,...
	Nivel inferior: 119 subcategorías A11, A12...
	Armonioso (A-D) / No armonioso (E-M)

A pesar de la gran cantidad de categorías, este sistema CCRT-LU es más sencillo de aprender y de utilizar, debido a la organización jerárquica y al procesamiento de las categorías “a medida” de arriba-abajo, es decir, comenzando por los cluster y terminando en las categorías.

El método reformulado CCRT- LU ha adquirido una gran importancia en los últimos dos años debido a su validez probada en diferentes estudios. Albani y cols. (2002) compararon este sistema con el anterior en una muestra de entrevistas clínicas de 32 pacientes, encontrando niveles más altos de fiabilidad para cada componente en los tres niveles de categorías, concluyendo que el método CCRT-LU es más efectivo para diferenciar patrones relacionales primarios. Este método también ha sido utilizado para investigar el proceso terapéutico en un caso singular de psicoterapia psicoanalítica, de acuerdo con el Modelo del Proceso de Ulm (Albani, Pokorny, Blaser, Koenig y cols. (2002), encontrando paralelismos entre la evaluación de los patrones de relación y la mejoría clínica de la paciente.

Debido a las ventajas que presenta este sistema de categorías tales como su base empírica y teórica, su estructura lógica y simétrica y su facilidad de aplicación y de aprendizaje se están realizando múltiples investigaciones con este sistema.

7. SISTEMAS DE PUNTUACIÓN DEL CCRT

7.1. La frecuencia de los componentes

El método CCRT se basa en el principio según el cual la redundancia de los componentes en las narrativas es una buena base para evaluar el patrón central de relación. Este patrón constituye un esquema relacional significativo para el conocimiento estructural de la persona, del que sólo es consciente de forma parcial y que se relaciona con los principales conflictos.

El método normalmente confía en la frecuencia más alta de cada componente, independientemente de que forme o no forme parte de una secuencia (Luborsky, 1997). Entonces el CCRT se puede expresar en términos de frecuencia de los componentes o de frecuencia de las secuencias de los componentes (Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola, 1990).

Desde hace ya mucho tiempo se investiga la frecuencia de un tema como un buen indicador de su importancia (Murray, 1938). La mayor frecuencia indica que el tema es el más central, en el sentido de que tiende a ser el lugar del problema de relación más repetitivo y asociado al mayor conflicto intrapsíquico. Además proporciona una estructura en la que se puede comprender la red de temas interrelacionados.

Otros temas, algunos claramente auxiliares, se pueden representar en relación con el tema central no considerados como subtemas, sino como variaciones o alternativas del patrón obtenido mediante el CCRT. La confianza en la frecuencia no parece interferir en la asociación entre los resultados basados en el CCRT y las bases de las observaciones clínicas sobre transferencia.

La puntuación principal se basa en la repetición de los componentes, es decir, en la proporción de episodios de relación (ER) en la que cada categoría estándar está presente.

El CCRT global proporciona dos tipos de resultados, el contenido y la repetición de cada componente, ésta se expresa de forma cuantitativa, como una ratio entre el número de episodios de relación en los que componente aparece y el número total de episodios de relación (Luborsky y Diguier, 1994).

En cada episodio de relación sólo se considera una puntuación para cada tipo de componente aunque aparezca más de una vez. Con esto se pretende enfatizar su grado de

redundancia a través de los episodios de relación. Un sistema alternativo podría ser el considerar la frecuencia, contabilizando el número total de veces que aparece cada componente, pero no parece añadir más información (Luborsky, 1990).

7.2. El grado de los componentes

Anteriormente se usaba un índice del grado de la intensidad de cada tipo de componente que se puntuaba en una escala de 1 (poco) a 5 (mucho). Dentro de esta escala se podía medir tanto la intensidad como el nivel al que se ajusta cada componente a la categoría estándar correspondiente.

Según Luborsky (1997) habría una correlación entre la intensidad del tipo de componente y la frecuencia con la que aparece.

7.3. La secuencia de los componentes

Una medida adicional puede ser el registro de la secuencia de los componentes. Los resultados acerca de esta medida indican que las secuencias están muy estereotipadas (Luborsky, 1990).

Dahlbender, Albani, Pokorny y Kächele (1998) desarrollaron un método para estudiar las secuencias de componentes en los episodios de relación. Así, este método ofrece una puntuación para cada tipo de secuencia de los tres componentes, deseo, respuesta del objeto y respuesta del sujeto. Este índice supone una útil puntuación adicional con respecto al índice de frecuencia usual.

7.4. El grado de totalidad de los episodios de relación

Los episodios de relación deben contener suficiente información para poder establecer el CCRT de forma fiable. El grado de totalidad se valora mediante una escala de 1 a 5 puntos, siendo 1 el puntaje inferior de tal forma que los episodios que no alcancen una puntuación igual o superior a 2.5 son desechados.

Es importante contar con un número suficiente de episodios, de tal forma que el CCRT sea representativo. La cantidad recomendada es entre 5 y 9 (Luborsky y Diguier, 1994).

8. INSTRUMENTOS

8.1. Entrevistas R.A.P.

La entrevista de episodios de relación o entrevista RAP (*Relationship Anecdotes Paradigm Interview*) fue desarrollada por Lester Luborsky (1990b) como un instrumento para obtener narrativas sobre las relaciones con otros fuera del contexto de las sesiones de psicoterapia.

De esta forma la entrevista RAP se puede aplicar a casi cualquier sujeto, tenga o no un diagnóstico psiquiátrico. Las narrativas que se obtienen podrían ser utilizadas con los mismos propósitos que las obtenidas mediante terapia.

Una vez transcritos, los episodios de relación pueden ser evaluados usando las mismas categorías CCRT usadas para evaluar las narrativas de las sesiones de psicoterapia.

Se ha demostrado que las evaluaciones de las narrativas derivadas de la entrevista RAP usando las categorías CCRT son casi tan fiables como las obtenidas en las sesiones (Barber, Luborsky, Crits-Christoph y Diguier, 1995; Luborsky y Diguier, 1998). Barber et al. (1995) también indican que los deseos, respuestas del objeto y respuestas del sujeto extraídos de las entrevistas RAP antes del tratamiento muestran muchas similitudes con los deseos, respuestas del objeto y respuestas del sujeto obtenidos de los mismos pacientes de las primeras sesiones de psicoterapia.

En la entrevista RAP el narrador habla sobre sucesos reales en las relaciones con otra gente, cada narrativa cuenta una interacción específica con otra persona. Es deseable que haya variedad entre la gente elegida. Puede hablar sobre cualquier episodio de relación, presente o pasado, y se le anima para describir el episodio concretamente e incluir una muestra de conversación con la otra persona: lo que el narrador dijo, que dijo la otra persona y qué sucedió al final de la interacción.

El tiempo total que se espera para que cada paciente cuente 10 episodios es entre 30 y 50 minutos. La entrevista es grabada y posteriormente transcrita para su análisis mediante el procedimiento usual de análisis del método CCRT.

El uso de las entrevistas RAP ha dependido del objetivo de la investigación, tales como determinar la consistencia de los patrones relacionales como Barber, Foltz,

DeRubeis, y Landis (2002) que investigaban la consistencia de los temas interpersonales en las narrativas de los pacientes con diferentes objetos y en diferentes interacciones con la misma persona, obteniendo resultados significativos. También Albani (2001) ha encontrado consistencia en los CCRT obtenidos mediante entrevistas RAP entre los episodios de relación de madres y padres; objetivos como investigar la habilidad de un paciente para comprenderse a sí mismo o comprender su patrón de relación (Luborsky, 1978).

También se ha usado para la comparación entre diferentes diagnósticos, como la depresión mayor (Barber, Luborsky, Crits-Christoph y Diguier, 1995; Luborsky, Diguier y col, 1996). Kim y Kim (1997) estudiaron mediante estas entrevistas patrones interpersonales y conflictos internos de estudiantes con depresión. Sharp (2001) utilizó las entrevistas RAP para investigar el tema central de conflicto nuclear en mujeres con síntomas bulímicos. Staats, Strack, Seinfeld (1997) estudiaron mediante entrevistas RAP los patrones CCRT en sujetos que no estaban en terapia.

Otras investigaciones con entrevistas RAP se han centrado sobre los patrones de relación en diferentes períodos de edad, niños, adolescentes y jóvenes adultos (Luborsky, Luborsky, Diguier et al., 1995; Thorne, 1995; 1995a; Thorne y Michaelieu, 1996; Tishby, Raitchick y Shefler, 2007).

8.2. El cuestionario de relación central (CRQ)

El cuestionario de relación central (*Central Relationship Questionnaire*) es una medida de auto-informe derivada del método CCRT para evaluar los patrones centrales de relación (Luborsky, 2000).

La primera versión fue elaborada por Crits-Christoph (1986) y probada en un estudio de Crits-Christoph y Luborsky (1990) en el que investigaron el componente deseo mediante tres procedimientos, el cuestionario de autoinforme CCRT compuesto por 18 categorías estándar, la auto-interpretación de las entrevistas RAP (*Self- Interpretación – RAP*) de Luborsky (1978) y la interpretación de los clínicos de las entrevistas RAP. Aunque la validez de esta versión se comprobó en el estudio de Luborsky, Crits-Christoph y Alexander (1995), en el que se encontró una interesante correlación entre las categorías estándar del cuestionario y el estilo represivo.

En el estudio de Barber, Foltz y Weinryb (1998) se observaron las buenas propiedades psicométricas y la validez que ofrece la segunda versión de cuestionario. Como

ejemplos de su validez podríamos indicar que los sujetos muestran una consistencia considerable en sus puntuaciones en el CRQ entre las narrativas con los otros significativos, como su madre, padre, amigo y otros; y que un gran estereotipo se asocia con menos problemas, no con más problemas. Este resultado parece ser opuesto a lo encontrado en el estudio de Cierpka et al. (1998).

8.3. El método del Patrón Central de Relación (CCPR)

El método del Patrón Central de Relación (*The Connected Central Relationship Patterns*; Dahlbender, Albani, Pokorny, Kachele, 1994) intenta medir la estructura de las conexiones entre las relaciones, desarrollando el método clásico del CCRT. Es un método de puntuación alternativa que se enfoca únicamente sobre las secuencias bi o tridimensionales de los componentes en los episodios de relación. El foco está en los momentos situacionales repetitivos y no en la diferenciación de momentos situacionales en las narraciones.

El método implica una visión estructural del CCRT, alejándose del conflicto central en la relación, ya que la secuencia deseo-respuesta del objeto y respuesta del sujeto no tiene por qué implicar un conflicto definido.

Con este método se comprueba, de todas formas, que los patrones tridimensionales más frecuentes siempre describen secuencias de interacción inadaptadas, en contraste con los patrones escasos que describen las estrategias más exitosas.

9. INVESTIGACIONES SOBRE EL CCRT

9.1. Investigaciones sobre la fiabilidad

Desde los inicios de método CCRT, se ha intentado buscar un alto acuerdo entre jueces, como el alcanzado en los primeros estudios: Luborsky, Crits-Christoph, y Mellon (1986); Crits-Christoph, Luborsky, Dahl, Popp, Mellon y Mark (1988). En este último se comprobó que la fiabilidad para identificar los episodios de relación entre los diferentes jueces era alta. Para ello utilizaron tres variables diferentes, el grado de totalidad de cada episodio, la elección de la persona principal y la localización de episodio en la transcripción de la sesión en una muestra de 111 episodios.

Crits-Christoph, Luborsky, Popp et al. (1990) encontraron resultados similares con respecto al grado de totalidad de los episodios y la selección de la persona principal. Además este estudio examinó el acuerdo sobre la extensión de los episodios de relación encontrando alto acuerdo entre jueces. Otro estudio realizado por Bond, Hansell y Shevin (1987) sobre la localización de los episodios ofreció resultados parecidos.

En términos generales los clínicos obtienen un buen grado de acuerdo en sus formulaciones tal y como se muestra en una larga revisión de estudios que investigan el acuerdo en el CCRT (Luborsky y Diguier, 1995, 1998). Dentro de esta revisión podemos encontrar ocho estudios que alcanzan altos niveles de fiabilidad, que encajan en el nivel de “acuerdo” establecido por Landis y Koch (1977).

9.2. Investigaciones sobre la validez

Los estudios sobre la validez del CCRT surgieron a raíz de los escritos de Freud (1895, 1912, 1912a, 1915, 1917, 1937) en los que plantea diferentes aspectos de la transferencia como son el origen, las funciones y los estímulos que la activan. Asimismo propone un patrón central de relación que se origina en las figuras parentales infantiles y que llega a implicar al terapeuta. Según Luborsky, Popp, Luborsky y Mark (1994), Freud construyó estos conceptos derivados de sus observaciones empíricas y no tanto de forma teórica, realizando de esta forma inferencias sobre los patrones transferenciales de sus pacientes.

Luborsky et al. iniciaron sus investigaciones sobre la validez resumiendo los planteamientos de Freud sobre la transferencia en 23 observaciones para verificar la correlación de cada una de ellas con el CCRT (ver Tabla 8).

En términos generales las investigaciones llevadas a cabo parecen avalar la correspondencia entre las observaciones de Freud y el CCRT.

Hasta ahora se ha encontrado evidencia de tal correspondencia en 18 de las 23 observaciones. De ellas, en once se ha encontrado una buena correspondencia (marcadas con +), en siete los estudios preliminares han ofrecido resultados positivos, pero es necesario realizar estudios más controlados (marcadas con +?) y finalmente para las cinco restantes todavía no se ha realizado ningún estudio.

Algunas de estas investigaciones, revisadas por Luborsky, Kächele, Dahlbender y Diguier (en prensa) han sido vitales para cimentar la validez conceptual del CCRT.

De esta forma, sobre la premisa en la que se indica que el patrón está parcialmente fuera de la conciencia Luborsky (1989) y Luborsky, Crits-Christoph, Friedman y col (1991) han mostrado que los aspectos menos conscientes del CCRT pueden ser valorados de forma fiable, ciñéndose a una serie de guías para identificar tales aspectos.

Tabla 8

Correspondencia entre las observaciones de Freud y el CCRT

OBSERVACIONES DE FREUD	CCRT
1. Los deseos hacia el objeto son predominantes	+
2. Los deseos entran en conflicto con respuestas del objeto y las del sujeto	+
3. Es evidente especialmente en las relaciones eróticas	+?
4. Está parcialmente fuera de la conciencia	+?
5. Se origina en las relaciones tempranas con los padres	+
6. Implica al terapeuta	+
7. Se puede activar al percibir las características del terapeuta	R
8. Puede distorsionar la percepción	R
9. Consiste en un patrón central y repetitivo	+?
10. Aparecen subpatrones de miembros de las familia	+?
11. Es distintivo para cada sujeto	+?
12. Permanece consistente a través del tiempo	+
13. Cambia ligeramente a lo largo del tiempo	+
14. Muestra breves fluctuaciones en su activación	R
15. Las interpretaciones precisas cambian la expresión del patrón	+
16. El nivel <i>insight</i> está asociado con cambios en el patrón	+0?
17. Puede servir como resistencia	R
18. Pueden emerger síntomas durante su activación	+?
19. Se expresa fuera y dentro de la terapia	+
20. Se pueden distinguir patrones positivos y negativos	+
21. Se expresa de diferentes formas (sueños y narraciones)	+
22. La mejoría implica un mayor dominio del patrón	+
23. La disposición innata juega una parte importante	R

Nota. Se han utilizado los siguientes símbolos: (+) Investigaciones con resultados positivos; (+?) Investigaciones preliminares con resultados positivos; (+0?) Investigaciones con resultados mixtos; (R) No se ha estudiado. Adaptado de "The convergence of Freud's observations about transference with the CCRT evidence" por L. Luborsky, 1998a. En L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method*, 2nd Edition. W.: American Psychological Associations. Copyright 1998, American Psychological Associations.

Fried, Crits-Christoph y Luborsky (1992) trabajaron sobre la observación que plantea que el patrón transferencial del paciente implica al terapeuta. En su estudio comprobaron que existía una correlación significativa entre el CCRT derivado de los episodios de relación cuya persona principal era el terapeuta y el CCRT de otras personas, mostrando que eran significativamente parecidos.

Con respecto a la observación según la cual el patrón transferencial se expresa tanto dentro como fuera de la psicoterapia, Luborsky, Barber y Diguier (1992) y Luborsky, Crits-Christoph y Diguier (1995) probaron que hay una consistencia alta de los componentes del CCRT, derivados de las narraciones obtenidas mediante entrevistas RAP.

9.3. Investigaciones sobre la consistencia temporal del CCRT

Las investigaciones realizadas (Crits-Christoph y Luborsky, 1990) para comprobar la consistencia de los patrones CCRT a lo largo de un período de tratamiento muestran que el componente deseo presenta la recurrencia más alta desde el principio hasta el final de la psicoterapia.

Eckert, Luborsky, Barber y Crits-Christoph (1990) han realizado estudios para comprobar los cambios en el CCRT con pacientes diagnosticados de depresión mayor. Frevert, Dahlbender, Reichert, Pokorny, Kächele (1995) desarrollaron un método que examinaba la correspondencia entre las categorías estándar del CCRT y las categorías de ciclos de vida siguiendo las categorías de Erick Ericsson.

Luborsky, Luborsky, Diguier et al. (1995) y Luborsky, Luborsky, Diguier, Schmidt et al. (1998) estudiaron esto en una muestra de niños de tres años y de la misma muestra a los 5 años. Encontraron que la consistencia era alta y la mayor correspondía, como ocurre en adultos a los deseos. El diseño de este estudio incluía evaluar la misma muestra con 8 años de edad.

También Waldinger y cols. (2002) estudiaron mediante un estudio longitudinal los cambios en las relaciones desde la adolescencia hasta la edad adulta, encontrando que los patrones son relativamente estables. Los patrones relacionales de chicos entre 14 y 17 años eran similares 10 años después.

Thorne, Cutting y Skaw (1998) investigaron tres aspectos diferentes de la consistencia en los relatos sobre recuerdos de la adolescencia en una muestra de sujetos sanos. Estudiaban la consistencia en los temas sobre los que hablaban los sujetos, en la selección del período de tiempo en el que los hechos sucedían y en la construcción de los

recuerdos. Los resultados confirmaban las anteriores investigaciones con muestras clínicas (Luborsky, Mellon, Alexander y col, 1985) y establecían una línea de conexión entre el patrón transferencial del CCRT y los modelos de la teoría del apego (Bowlby, 1973). También Albani, Blaser, Koerner, Koenig, Marschke, Geissler et al. (2002) han estudiado las conexiones existentes entre prototipos de apego y patrón transferencial.

9.4. Investigaciones sobre la precisión de las interpretaciones

Crits-Christoph, Cooper y Luborsky (1988, 1990) han estudiado la correlación entre interpretaciones precisas y los beneficios que el paciente recibe en la psicoterapia. Los resultados indicaban que la precisión, con respecto a los principales deseos y respuestas del objeto, tenía una relación significativa con los resultados, incluso contrarrestados por errores generales en la técnica del terapeuta y por la calidad de la alianza terapéutica.

Crits-Christoph, Barber y Kurcias (1993) investigaron la relación entre la precisión de las interpretaciones y el desarrollo de la alianza terapéutica, comprobando que ambos aspectos estaban relacionados. Interpretaciones precisas ayudaban a un mejor y más rápido establecimiento de la alianza terapéutica, uno de los aspectos centrales de la relación transferencial.

Estos trabajos amplían los resultados de Silbrechatz, Fretter y Curtis (1986), que estudiaron el impacto inmediato de la precisión de la interpretación. Mediante el Método de la Formulación Diagnóstica del paciente (*Plan Diagnosis*) encontraron que los componentes que se asociaban a mejores resultados eran las interpretaciones de los deseos y las respuestas del objeto. Otro trabajo de Grenyer (1996; 1997) muestra que el manejo de patrón central de relación correlaciona con los resultados de la psicoterapia.

Stigler et al. (2007) desarrollaron un método sobre la base del CCRT para evaluar la precisión, cantidad y tipo de conflicto a abordar las interpretaciones terapéuticas.

9.5. Investigaciones sobre el grado en que cada componente del CCRT esta fuera de la conciencia del paciente.

Según las observaciones de Freud una característica central del concepto de transferencia es que sólo es consciente en parte, entonces es fundamental construir un sistema que evalúe el grado en que cada uno de los componentes del CCRT está fuera de la conciencia del paciente.

De esta forma, Luborsky et al. han formalizado guías clínicas de reflexión para realizar formulaciones sobre los contenidos menos conscientes. Esta sistematización se apoya en cuatro principios (Luborsky, 1989; Luborsky, Popp, Luborsky y Mark, 1994): el primero de ellos mantiene que los componentes opuestos de los que aparecen con mayor frecuencia en el CCRT forman parte de los conflictos menos conscientes, como si fueran el negativo de una fotografía. Un deseo principal puede remitir a otros relacionados con el o subsidiarios; el segundo principio señala que un deseo expresado frecuentemente, pero de forma moderada, puede tener una visión similar menos consciente, pero más intensa; según el tercer principio, a menudo, algunas circunstancias de negación pueden revelar parte de un conflicto menos consciente; finalmente el cuarto principio dirige la atención hacia algunos conflictos típicos con los que el paciente tiene una historia de dificultades, siendo consciente del problema que esto supone a nivel de la conducta manifiesta.

No se han llevado a cabo estudios de fiabilidad y validez sobre estos principios para inferir los componentes menos conscientes del CCRT salvo en casos aislados (Luborsky, Popp, Luborsky y Mark, (1994).

10. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y TÉCNICOS

Los fundamentos teóricos y técnicos del método del Tema Central de Conflicto Relacional se sustentan en las investigaciones de validez, fiabilidad y consistencia citadas anteriormente.

Analizaremos detenidamente la profunda revisión que Luborsky (1998a) realizó con respecto a la convergencia existente entre las observaciones teóricas de Freud sobre transferencia y la evidencia que está aportando el CCRT (ver Tabla 8).

1. *“Los instintos, objetivos e impulsos” que la persona desea satisfacer en la relación con los otros es predominante en el patrón.*

Esta observación hace referencia a la naturaleza de un componente principal de la transferencia. Los términos deseos, necesidades e intenciones son versiones concretas de estos términos, es decir, la categoría deseo es similar al término utilizado por Freud. Crits-Christoph y Luborsky (1990b) probaron que la categoría deseo era la que más aparecía tanto en la primera como en la última parte de la terapia, se mostraba en más del 60% del discurso de los pacientes. Crits-Christoph, Luborsky, Popp et al. (1990) también comprobaron que ofrecía fiabilidad.

2. *Los deseos entran en conflicto con las respuestas de los otros y las respuestas del sujeto.*

El CCRT se basa claramente en una dicotomía conflictiva, los deseos entran en conflicto con las respuestas del otro y del sujeto mismo. Esto es especialmente evidente en algunos análisis (Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola, 1990).

3. *El patrón central de relación es especialmente evidente en las relaciones eróticas.*

Aunque todavía no se han realizado estudios sistemáticos, Luborsky y Schaffler (1990) encontraron que el patrón relacional estaba presente tanto en las relaciones eróticas como fuera de ellas.

4. *Parte del patrón central de relación está fuera de la conciencia.*

La observación

Todavía es necesario que se realicen estudios sistemáticos para comprobar si parte del patrón no está dentro de la conciencia del sujeto, sin embargo parece que esto coincide con los resultados de los estudios sobre CCRT. Así, Crits-Christoph y Luborsky (1990b) señalan, en su estudio comparativo entre las autointerpretaciones del paciente y la valoración por el clínico, que el terapeuta posee un foco más diferenciado sobre los aspectos centrales del patrón.

5. *El patrón central de relación se origina en las relaciones tempranas con las figuras parentales.*

Esto indica que tendría que aparecer entonces un paralelismo entre los patrones de las relaciones tempranas con los padres y los patrones actuales con otros objetos, incluido el terapeuta.

El CCRT aporta fuerte evidencia sobre esto. De esta forma Luborsky et al. (1985) compararon patrones CCRT de episodios de relación que implicaban memorias de recuerdos sobre las figuras parentales de la infancia y los relativos a otras personas en el presente, hallando que ambos patrones eran muy similares.

El patrón del CCRT en el tiempo de la infancia podría contener correspondencias con escenas traumáticas primarias, en términos de recurrencia de contenidos, así como fragmentos de tales escenas (Reiser, 1984; Carlson, 1981). Main y Goldwyn (1984) usaron la entrevista de apego para medir recuerdos de los adultos sobre su relación en la infancia con sus madres. Encontraron que las madres que distorsionaban los recuerdos de sus relaciones infantiles tenían vínculos de apego básicamente similares a las que ellas experimentaron con sus propios padres, mientras que las madres que de forma más realista habían olvidado gran parte de la relación con sus madres tenían vínculos más seguros con sus hijos.

Hay una gran cantidad de estudios que relacionan el estilo de apego y el patrón central de relación que se obtiene mediante el CCRT, como el de Albani y col (2001) que encuentra relación entre el estilo de apego y los componentes del CCRT en una muestra de 32 mujeres adultas.

Masiello (2001) estudió si los estilos de apego adultos podrían servir como predictores de los patrones de conflicto relacional, a pesar de que los resultados no muestran una clara relación en esta premisa, encontraron un dato relevante para la práctica, las respuestas del sujeto se relacionan fuertemente con el estilo de apego del mismo.

En un estudio de Waldinger et al. (2003) los resultados muestran que existen claras conexiones entre la representación de las relaciones tempranas de apego y las necesidades que se expresan en las relaciones actuales con los otros significativos.

En otra línea, Gleason (2001) comprueba cómo el patrón central de relación de madres adolescentes se relaciona con los diferentes estilos de apego que establecen con sus hijos.

6. *El patrón central de relación afecta a la relación con el terapeuta.*

En términos operacionales del CCRT esta observación implicaría que el patrón central en la relación los otros se debería encontrar también en los episodios de relación con el terapeuta. Fried- Crits-Christoph y Luborsky (1990) encontraron confirmación de esta convergencia sobre el material de las sesiones de psicoterapia.

7. *El patrón central de relación se puede activar por las semejanzas que el paciente percibe en la relación actual en la terapia.*

Esta observación se relaciona con la existencia de dos condiciones para la activación del patrón del paciente. La primera indica que algunos aspectos de la transferencia son sólo una sustitución, una “nueva impresión o reimpresión”, como Freud (1901) lo denomina. Estas reimpressiones pueden ser simplemente la distorsión de la percepción de las relaciones actuales, al experimentarlas como una réplica de las relaciones pasadas. Según la segunda condición, se pueden dar otras activaciones de la transferencia en función de que el paciente encuentre una similitud en la persona o circunstancias del terapeuta.

Sobre esta observación no hay datos derivados del CCRT o de otros métodos alternativos. Los datos disponibles se derivan de un estudio de Singer y Luborsky (1977) en el cual la conducta del paciente en realidad estimulaba la conducta del terapeuta, de forma que encajaba en las expectativas transferenciales del paciente. Hoffman y Gill (1988b) describen también experiencias contratransferenciales estimuladas por el paciente.

8. *El patrón central de relación puede distorsionar la percepción.*

Esta premisa se enmarca claramente en el pensamiento de Freud según el cual, la transferencia implicaría una distorsión de la percepción.

La distorsión conlleva que el paciente perciba atributos en el terapeuta que realmente no posee o la magnificación de atributos que posee. En ambas situaciones se identifica la figura del terapeuta con una figura de la infancia con la que el paciente está vinculado.

Es difícil construir una medida operacional de distorsión de la percepción en relación a la activación de la transferencia (Luborsky, 1998a). Una medida podría ser el grado de paralelismo entre la percepción del terapeuta y la percepción de otra gente, como en la investigación de Fried, Crits-Christoph y Luborsky (1990) si bien es cierto que no todas las comparaciones realizadas pueden ser justificadas mediante la distorsión.

9. El concepto de la transferencia enfatiza la existencia de un patrón principal de relación.

Operacionalmente según el CCRT, esto se traduciría en que cada paciente presenta un tema principal con una frecuencia alta y otros secundarios con frecuencias más bajas, es decir, los componentes serían altamente repetitivos a través de diferentes episodios de relación.

En los trabajos de Luborsky, Mellon y col, (1985) y Luborsky, Crits-Christoph y Mellon (1986) se demostró que el deseo con la recurrencia más alta era mucho más repetitivo a través de las narraciones que el que le seguía en el orden de frecuencia.

En otra investigación posterior Crits-Christoph y Lubosky (1990b) encontraron mayor evidencia en la existencia de un patrón central de relación altamente repetitivo, principalmente en el componente de los deseos.

El énfasis en un patrón principal señalado por Freud y comprobado por los datos del CCRT necesita ser mucho más considerado en relación a otros trabajos que plantean múltiples patrones como el de Horowitz (1987) y Singer (1985). La aparente diferencia no lo es tanto, ya que el análisis típico del CCRT señala, además del patrón principal de frecuencia más alta, otros secundarios con frecuencias menores.

10. Aparecen subpatrones para los miembros de la familia.

Según Freud (1912) el patrón no se ata a un prototipo particular, sino que hay varios prototipos comunes, siendo uno principal el del padre, el de la madre y algunas veces el del hermano o hermana. Éstos se construyen en función de los recuerdos de las relaciones con la figura familiar significativa.

Esto está siendo actualmente foco de estudio llevándose a cabo múltiples estudios como muestran Barber y col (2002)(Barber, Foltz, DeRubeis y Landis, 2002), sin embargo, todavía no se han encontrado resultados concluyentes.

11. El patrón central de relación es distintivo para cada narrador.

El CCRT ha demostrado algunas evidencias sobre esta afirmación de Freud (Luborsky, Mellon, Alexander et al., 1985; Luborsky, Crits-Christoph y Mellon, 1986). Esta especificidad es más evidente cuando se compara el patrón basado en los tres componentes con diferentes sujetos que si se hacen comparaciones de cada uno de los tres componentes por separado. Son necesarias más investigaciones sobre este tema.

12. El patrón central de relación tiende a ser consistente en el tiempo.

Las investigaciones del CCRT (Crits-Christoph y Luborsky, 1990) demuestran la consistencia del patrón durante un año de tratamiento. En otros estudios (Luborsky, Luborsky, Diguier y col, 1995; Luborsky, Luborsky, Diguier, Schmidt et al. 1998) con niños se obtuvieron datos semejantes entre la edad de 3 a 5 años. Este estudio pretende continuar en el tiempo, evaluando la misma muestra a los 8 y 15 años, lo que supondría un avance en la investigación de la consistencia del patrón a lo largo de la vida de los sujetos.

13. El patrón central de relación cambia ligeramente a lo largo del tiempo.

Freud afirmaba que aunque el patrón tenía una estabilidad considerable, también mostraba cierta flexibilidad a lo largo del tiempo.

Crits-Christoph y Luborsky (1990b) hallaron que aunque los deseos eran bastante estables a lo largo del tiempo mostraban un ligero descenso desde el principio al final de la terapia. Sin embargo, se producían mayores cambios en las respuestas negativas, un descenso notable. Estos cambios en los componentes eran esperados, ya que la mayoría de los pacientes había mejorado, y esta mejora se asocia con el cambio en estos componentes.

14. El patrón muestra fluctuaciones a corto- plazo en activación.

Esto se produce normalmente en la práctica clínica, tanto dentro de una misma sesión como en varias sesiones. Hay muy pocos trabajos con relación a esto, solo el de Gill y Hoffman (1982a) intenta medir estos cambios.

15. Las interpretaciones precisas cambian la expresión del patrón.

Esta observación hace referencia al planteamiento según el cual el patrón cambia mediante las interpretaciones.

En la revisión de las investigaciones sobre este tema que hacen Luborsky, Crits-Christoph et al. (1988) confirman que un gran número de interpretaciones, combinando las relaciones presentes y pasadas correlacionan de forma positiva con los resultados de la psicoterapia.

16. El nivel de insight está asociado con cambios en el patrón.

Las investigaciones realizadas con el CCRT sobre esta observación ofrecen resultados mixtos como se muestra en los realizados por Crits-Christoph y Luborsky, (1990b, 1998) y los realizados por el grupo de psicoterapia del Mount Zion (Silberschatz, Gretter y Curtis, 1986; Norville et al., 1996).

17. El patrón central de relación puede servir como resistencia.

Esta premisa todavía no ha sido estudiada.

18. Los síntomas pueden emerger cuando el patrón está activado.

Se han encontrado algunas evidencias en las investigaciones con el CCRT. Luborsky y Schaffler (1990) han encontrado que el patrón de relación conflictiva expresado en el formato del CCRT precede la aparición de síntomas como respuestas del sujeto. La aparición de un síntoma durante una sesión de psicoterapia puede ser considerada como una oportunidad de examinar su contexto y aprender más de su significado, como señala Luborsky (1996)

19. El patrón se expresa fuera y dentro de la terapia.

No aparece exclusivamente durante el tratamiento, sino que es un patrón general. Van Ravenswaay, Luborsky y Childress (1983) obtuvieron las primeras evidencias de esta expresión general del patrón en una pequeña muestra de narraciones verbalizadas en una entrevista previa al tratamiento. Posteriormente Barber, Luborsky, Crits-Christoph y Diguier (1995) confirmaron plenamente esta observación.

20. Se pueden distinguir patrones positivos y negativos.

Freud (1912) identificaba lo positivo con sentimientos afectuosos y lo negativo con sentimientos hostiles. Usó estos términos como sinónimos de satisfacción o frustración del deseo.

Varias investigaciones (Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola, 1990; Luborsky, Luborsky, Diguier, Schmidt et al. 1988; Brin, Grenyer y Luborsky, 1998a) han estudiado las respuestas positivas y negativas del objeto y del sujeto, encontrando que pueden ser apropiadas para detectar la cualidad afectiva de la relación, porque cuando se dan en uno u otro sentido marcan la totalidad del patrón.

Además, y como ya he comentado anteriormente un dato que sorprende es que los resultados de los estudios (como en Albani, 2002) que han investigado sobre la distinción positivo – negativo en las respuestas indican que, incluso en sujetos sin patología, las narrativas contienen más respuestas negativas que positivas, lo que ha abierto un extenso debate en este campo.

21. El patrón se expresa de diferentes formas.

Los patrones centrales de relación pueden aparecer de diferentes modos de expresión, de conducta, en narraciones sobre relaciones y sueños.

Para probar esta observación se llevaron a cabo diversas investigaciones que demostraron una similitud significativa entre el CCRT de los sueños y el de las narraciones en vigilia (Popp, Luborsky y Crits-Christoph, 1990; Popp, Diguier, Luborsky y con., 1996; Popp, Diguier, Luborsky, Faude y col, 1998). Los resultados indicaron que el CCRT se podía aplicar de forma fiable a los sueños, ya que valorado por jueces de forma independiente se obtenían formulaciones parecidas.

Una comparación entre los componentes del CCRT basados únicamente en los sueños, y posteriormente en las asociaciones de los pacientes dentro de las sesiones, indicó que los jueces hicieron sólo pequeños cambios cuando se les proporcionó el material.

Sin embargo, la consideración sobre la importancia de las asociaciones para llegar a una comprensión del conflicto que se manifiesta en los sueños indica que serían necesarias más investigaciones en esta línea, ya que las asociaciones se usan a menudo en la clínica para ayudar a decodificar el contenido manifiesto sobre el que se basan los mecanismos del sueño, tales como la condensación, el desplazamiento y la simbolización (Pulver, 1987).

Ninguna de estas técnicas de decodificación fue utilizada para derivar los temas del CCRT, que fueron obtenidos intencionadamente a un nivel de inferencia sólo un poco más allá del nivel manifiesto.

Algunas investigaciones han demostrado, con observaciones clínicas, el paralelismo entre la ideación de la vigilia y los sueños (Beck, 1967; Miller, 1970). En este último estudio Beck encontró que el tema general común, en sueños e ideas de la vigilia, era la finalización negativa de una actividad, lo cual tiene muchos puntos en común con la investigación del CCRT.

El paralelismo entre sueños y narraciones en términos del CCRT es consistente con el concepto de un esquema básico de relación que dibuja versiones similares del sí mismo en cada modo de expresión (Popp, Luborsky y Crits-Christoph, 1990)

Concluimos entonces que como se muestra en las investigaciones de Popp, Luborsky y Crits-Christoph (1990) y Popp, Diguier, Luborsky, Faude et al. (1988) el CCRT extraído de sueños y narraciones es similar.

22. Una mejoría implica un mayor dominio del patrón.

Uno de los objetivos terapéuticos de Freud era proporcionar al paciente mayor libertad, control y manejo de sus conflictos neuróticos.

Según Luborsky (1977, 1984) cuando los pacientes mejoran tienen un mayor manejo del patrón. Grenyer y Luborsky (1996) y Brin, Grenyer y Luborsky (1998b) ha estudiado más detalladamente este fenómeno y han encontrado que es un predictor de los resultados de la psicoterapia.

23. La disposición innata juega una parte.

Esto se basa en la afirmación de Freud (1912) de que la constitución juega un papel, junto con el factor de la experiencia temprana. Esta interacción difiere en cada caso individual, porque la experiencia y constitución operan juntas para determinar el patrón central de relación. Esta observación de Freud parece aplicable a las bases del conocimiento sobre genética, pero no hay datos disponibles sobre la herencia en el CCRT.

Según Luborsky (1998a) la lista de observaciones de Freud se puede organizar en subgrupos en función de dos grandes principios: amplitud y estabilidad del patrón. De esta forma amplitud se refiere a aspectos como importancia del patrón central, expresada a través de la frecuencia, los diferentes objetos presentes y pasados y las múltiples formas de expresión que utiliza; el principio de estabilidad del patrón a lo largo del tiempo hace de la transferencia un estructura de la personalidad. Según Rapaport (1951) una estructura de la personalidad es una entidad con bajo nivel de cambio. Las observaciones de Freud cumplen claramente este principio ya que establecen consistencia desde sus tempranos orígenes hasta la vida adulta y su estabilidad en la marcada persistencia de los deseos.

Las 23 observaciones de Freud tratan del origen, la función y la activación del estímulo de la transferencia, así como de las medidas que pueden circunscribirla o contenerla. Su diversidad y la falta de una única base teórica suponen una limitación para caracterizarlas como un conjunto homogéneo. La mayoría de ellas se han basado en la experiencia del propio Freud para establecer patrones de relación en sus pacientes, más que ser construidas teóricamente.

Uno de los conceptos centrales de Freud fue que la transferencia es una representación mental del conocimiento sobre la forma en que una persona se relaciona con el objeto, lo cual guía la conducta de sus relaciones. El CCRT ha centrado su atención sobre este concepto en todas sus investigaciones, aunque todavía quedan muchas más que realizar. Desde hace tiempo otros investigadores han trabajado sobre este mismo concepto, como son Waelder (1936); Nunberg (1951); Spitz (1956); Arlow y Brenner (1964) y Curtis (1983).

La principal ventaja del método CCRT es que trabaja sobre el material de las sesiones que son los datos básicos desde los que se generaron los conceptos teóricos (Rapaport, 1960; Schlesinger, 1974; Holzman, 1985; Eagle y Wolitsky, 1989).

Sin embargo, Grünbaum (1984) afirma que las investigaciones sobre las sesiones de psicoterapia no pueden probar nada debido a la posibilidad de que el terapeuta contamine la transferencia potencial del paciente. Freud (1914) examinó esta cuestión afirmando que había diferentes formas de minimizar estos efectos y de juzgar la distorsión del terapeuta sobre la transferencia del paciente.

Algunas investigaciones han probado la estabilidad de los datos extraídos con el CCRT. Crits-Christoph y Luborsky (1990a) y Barber, Luborsky, Crits-Christoph y Diguier (1995) encontraron una consistencia considerable entre las narraciones antes de que el paciente comenzara la psicoterapia y después de unas cuantas sesiones. Luborsky (1988a, 1996) comprobó la similitud entre los patrones hallados mediante el método CCRT en un mismo paciente con diferentes terapeutas.

11. APLICACIONES CLÍNICAS

Luborsky (1997, 1998) proporciona algunas líneas básicas para usar el método CCRT en la práctica clínica, señalando que no es adecuado presentarlo por completo en una interpretación, debido a que es una formulación compleja. Recomienda empezar con algunos aspectos con los que el paciente sea capaz de tratar más fácilmente, es decir, más cercanos a la conciencia. También aconseja elegir interpretaciones que impliquen especialmente el deseo y la correspondiente respuesta del objeto y realizar algunas interpretaciones que incluyan al síntoma. De esta manera el paciente obtendrá un concepto del contexto en el que aparece el síntoma.

Tal y como indica Freud (1912a) las interpretaciones deben estar concentradas fundamentalmente en los componentes negativos. Finalmente es necesario utilizar un estilo interpretativo que trabaje sobre la transferencia sin provocar resistencia.

Luborsky (1990a) afirma que los beneficios del uso clínico del método CCRT se deben a que es un método uniformemente estructurado en líneas claras de trabajo, y que ha demostrado ser fiable. Estas características suponen ventajas sobre los métodos clínicos sin guía, como se ha demostrado en las investigaciones de Seitz (1966) y DeWitt, Kaltreider,

Weiss y Horowitz (1983). A pesar de lo cual son necesarias más investigaciones para comparar los dos tipos de sistemas de aproximación teórica y clínica tan diferente.

Siguiendo esta línea de trabajo Friedman y Luborsky (1996) han comparado una serie de casos valorados por los mismos terapeutas, primero con los métodos de valoración clásicos y después con el método CCRT. En este estudio encontraron ciertas ventajas, aunque se evidenció la necesidad de especificar más, tanto en cantidad como en modalidad de estas ventajas.

En cuanto al tiempo de aplicación del CCRT en psicoterapia cabe señalar que no ocupa demasiado tiempo, puntuar una transcripción con 10 episodios de relación supone alrededor de tres horas. Comparándolo con otros métodos alternativos es uno de los más breves. Luborsky (1994) indica que un terapeuta familiarizado con el método sólo necesitaría aplicarlo al discurso de vez en cuando, realizando una formulación precisa de sus principales conflictos.

Un estudio que prueba la funcionalidad del CCRT para dirigir y guiar las formulaciones clínicas es el llevado a cabo por, Tsujikawa, Hori y Ushijima (1995). Esta investigación comparó terapeutas de diferentes años de experiencia y estudiantes, obteniendo unos resultados sorprendentes, había diferencias significativas entre terapeutas y estudiantes en la comprensión de un conflicto central de un paciente cuando no se usaba el método CCRT. Sin embargo, estas diferencias entre expertos e inexpertos desaparecían cuando ambos usaban el CCRT en la comprensión del conflicto nuclear.

En esta misma línea, un estudio de Luborsky et al. (2004), obtiene un significativo grado de acuerdo entre jueces comparando evaluadores CCRT experimentados y no experimentados. Por lo que deduce que el método CCRT puede ser usado con un nivel alto de fiabilidad por evaluadores inexpertos, lo que supone una gran ventaja en la práctica clínica.

En términos de los componentes del CCRT, las interpretaciones se dirigen a las respuestas que el paciente espera de otras personas. Durante la psicoterapia es especialmente valioso para hacer formulaciones sobre el patrón central de relación, como pieza central para decidir el foco del tratamiento.

También puede ayudar a valorar el momento de la interpretación, aportando al terapeuta el nivel de conciencia del conflicto, de forma que pueda hacer las interpretaciones cuando las indicaciones clínicas sean favorables. Además, constituye una ayuda especial cuando aparece un síntoma predominante, porque el formato del CCRT revela los conflictos que están asociados a él (Luborsky, 1994). El procedimiento para realizar

formulaciones precisas está explicado en detalle en Luborsky (1984) y con pacientes deprimidos en Luborsky, Mark, Hole et al. (1995).

En términos generales, cuanto más corto es el tiempo de tratamiento más útil es un foco consistente en torno al CCRT. Este foco proporciona un reconocimiento gradual del paciente sobre su patrón y por tanto una mejoría a través del manejo de los conflictos. El CCRT cobra una importancia especial en los tratamientos de pacientes ingresados en unidades hospitalarias, ayudando a mantener objetivos terapéuticos específicos (Luborsky, van Ravenswaay y col, 1993).

Luborsky (1990a) afirma que la confianza sobre el CCRT se basa en que los resultados apoyan un patrón de relación central y específico para cada sujeto y no una formulación relativamente uniforme para varios pacientes.

Finalmente, Luborsky et al. (1999) señala que se pueden utilizar algunos recursos que simplifican y refuerzan el procedimiento. Se ha comprobado que, en la práctica clínica, las siguientes mejoras son útiles y fáciles de aplicar (Luborsky, 1998):

)] Que un juez independiente prepare la transcripción antes de que los otros jueces hagan la valoración: El juez marca las unidades de pensamiento que serán valoradas por los jueces CCRT, así todos los jueces valoraran las mismas unidades de pensamiento. Para economizar el tiempo, el primer juez puede hacer también una evaluación independiente pre- valoración.

)] Este mismo juez puede también anotar el tipo de componente que se ha de evaluar en cada unidad de pensamiento, esto es, Deseo, RO o RS, o a veces, dos de ellos para la misma unidad de pensamiento. Los demás jueces usarán esto para su valoración.

)] Los jueces CCRT pueden también evaluar la intensidad de todos los tipos de categorías para todas las unidades de pensamiento, no sólo para las más frecuentes como se venía haciendo anteriormente.

)] Se necesita un sistema ponderado para la primera y segunda elección como el de Diguier y Luborsky (1998)

)] Es esencial la valoración de los casos de práctica inicial antes de que los jueces, tanto del primer juez como de los otros, se lancen a la valoración de la muestra de casos. Sólo aquellos jueces deberían ser usados para los estudios de fiabilidad quienes muestran que ellos están de acuerdo entre sí en los casos prácticos.

)] El entrenamiento en la valoración del CCRT debería indicar a los jueces que incluyesen cierto tipo de valoraciones que a veces son obviados como, la dimensión

positiva y negativa, la distinción entre directo “D” e inferido “(D)” y la inclusión de las respuestas del sujeto de las referencias a los síntomas (depresión, ansiedad, etc....)

] La muestra completa debería ser evaluada por los mismos jueces, no por muchos jueces que evalúen sólo parte de la muestra.

] Se necesita un método que combine el acuerdo de las puntuaciones entre el primer y el segundo juez.

] Según Zander y col (1995a, 1995b) evaluar directamente desde las entrevistas RAP grabadas en video tiene la misma fiabilidad que las entrevistas transcritas, entonces se pueden usar diferentes fuentes de datos.

En conclusión, la utilización del procedimiento del método CCRT en la práctica clínica debe ir avanzando hacia niveles más altos de fiabilidad.

12. DESCUBRIMIENTOS MEDIANTE EL MÉTODO CCRT Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

Se han llevado a cabo infinidad de investigaciones mediante el método del Tema Central de Conflicto Relacional de Luborsky, como podemos observar en la Tabla 9 (Albani, Pokorny, Blaser y Kächele, 2008) en la que los autores muestran una compilación de los estudios realizados con el método CCRT.

A continuación se muestra, en términos generales, algunos de los descubrimientos que han hallado los diferentes investigadores a través del método CCRT, de tal forma que ayude a construir una perspectiva global con respecto a los estudios que se han realizado, que se están realizando y la dirección hacia dónde se encaminan los mismos.

- Las narrativas relacionales son una unidad básica, útil y económica para inferir el CCRT.

El uso de las narrativas como base de datos para inferir el CCRT fue una gran innovación procedimental (Luborsky, 1977; 1992). Los episodios de relación nunca se habían usado sistemáticamente como una unidad de análisis en la investigación en psicoterapia. Uno de los descubrimientos básicos fue la descripción exacta de la frecuencia de las narrativas e las sesiones (Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola, 1990;

Crits-Christoph et al., 1997; Crits-Christoph, Demorest, Muenz, y Baranackie, 1994; Crits Christoph et al., 1999).

En un futuro se deberá estudiar comparaciones entre narraciones de sesiones y narraciones de partes dentro de una sesión. Además de investigar qué características se relacionan con una frecuencia de aparición de narrativas baja o alta a lo largo de un tratamiento.

- La persistencia de los componentes del CCRT en las narrativas de cada sujeto es una variable relevante que se podría relacionar con aspectos como la gravedad del diagnóstico.

Algunos estudios que han investigado este aspecto son: Albani, Blaser, Koerner, Koenig, Marschke, Geissler et al. (2002); Cierpka et al., 1998; Crits-Christoph, Demorest, Muenz y Baranackie, (1994); Connolly, (1996); Wilczek, Weinryb, Barber, Gustavson & Asberg, (2000).

- El CCRT normalmente consiste en un patrón principal.

El CCRT ha evidenciado la existencia de un patrón central, pero también del uso, a menudo, de otros patrones. Luborsky et al. (1985, 1986). Luborsky, Luborsky, Diguier, el Schaffler y coll., 1995). Se ha de probar esta premisa en narrativas distribuidas al azar, lo que probablemente disminuirá la intensidad de este patrón y también las variaciones en el orden de los componentes de este patrón.

- El patrón CCRT muestra diferencias para cada tipo de objeto significativo.

Ha sido estudiado por Albani et al, (2001); Crits-Cristoph, Demorest, Connolly (1990); Barber, Foltz, DeRubeis y Landis, (2002). Actualmente se están llevando a cabo investigaciones sobre este importante aspecto clínico y teórico.

- Los patrones hallados en las relaciones tempranas son más persistentes que los CCRTs encontrados en la vida adulta (Luborsky, 1996).

- El CCRT ofrece una medida única para evaluar la exactitud en las interpretaciones en psicoterapia.

Auerbach y Luborsky (1968); Crits-Christoph, Cooper, y Luborsky (1988),

Este descubrimiento supone una de las mayores aportaciones a la práctica clínica y debe ser estudiado en posteriores investigaciones.

- Las narrativas relacionales tienden a mostrar una asociación entre el contenido del CCRT y el nivel de arousal emocional.

Esta afirmación necesita ser estudiada más profundamente.

- Ciertos tipos de patrones CCRT en las narrativas son muy frecuentes.

Es muy interesante ver qué tipos de deseos y respuestas son los que más aparecen en los sujetos.

- Aparecen diferentes tipos de patrones consistentes CCRT en los diferentes estados de conciencia, como en sueños.

Popp, Luborsky, & Crits-Christoph (1990); Popp, Diguier, Luborsky, Faude, Johnson, Morris, Schaffer, Schaffler, y Schmidt (1998); Knaan-Kostman, 2006

Albani, Kuehnast, Pokorny, Blaser, y Kaechele, (2001) comparan las narrativas obtenidas en sueños y en tratamiento psicoanalítico, encontrando que los deseos son más explícitos en los sueños y que las respuestas tienden a satisfacer los deseos en mayor medida que en las narrativas de terapia. Cabe señalar los estudios realizados con el método en la terapia guiada de imágenes afectivas (*Guided affective imagery*; Leuner, 1969), en el que se analizan las narrativas obtenidas en las ensoñaciones del sujeto (*daydreams*), que se encuentra en un estado de semi-insconsciencia (Meier & Stigler, 2003; Pokorny & Stigler, 2006; Stigler, 1995; Stigler & Pokorny, 1995; Stigler & Pokorny, 2003)

- En algunos estudios aparecen diferencias de género en las narrativas de los pacientes.

Se han encontrado resultados contradictorios (Staats, 1996; Waldinger, 2002), por lo que esto debería ser estudiado.

- Hay una consistencia significativa entre los patrones expresados en las narrativas antes de la terapia y durante las primeras sesiones (Barber y col, 1995).

- Hay consistencia entre el patrón CCRT encontrado en psicoterapia y el patrón a lo largo de la vida.

Luborsky (1977); Crits-Christoph y Luborsky (1998); Grenyer y Luborsky (1998); Luborsky, Luborsky, Diguier et al. (1995); Waldinger et al. (2002); Schauenburg, Schafer, Raschka, y Benninghoven (1997); Staats y Strack (1995); Charlin et al. (2001); Drapeau, de Roten, y Korner (2004). Es importante la realización estudios que relacionen los patrones CCRT con diferentes etapas de la vida, infancia, adolescencia, vejez, como los de Waldinger y cols. (2002); Thorne, Cutting y Skaw (1998); y Tishby, Raitchick y Shefler, (2007).

- Se observa un paralelismo importante entre el CCRT sobre el terapeuta y el CCRT sobre otras personas. (Fried, Crits-Christoph, & Luborsky, 1992; Frevvert et al, 1995).
Otros estudios que han estudiado patrones centrales de relación y transferencia son: Deserno, 1998; Hall, 2000; Hau, Brech & Deserno, 2007; Polterock, 1996.
Este aspecto es clave para el concepto de transferencial, se debe continuar estudiándolo.

- El CCRT tiene asociaciones con mecanismos de defensa
Se han realizado varios estudios como el de Luborsky, Crits-Christoph, y Alexander (1995) o el de Roten, Drapeau, Stigler y Despland (2004) aunque debe estudiarse más profundamente.

- Se encuentran correlaciones entre incrementos en la “Actividad referencial” y los episodios narrados y el CCRT. (Doyle, 2002; Fox, 2004; Knaan-Kostman, 2006; Sammons, Siegel & Nieto, 1998)

- También se ha encontrado relación significativa entre la expresión afectiva facial y las narrativas y el CCRT.
Anstadt, Merten, Ulrich y Krause (1996); Merten, Anstadt, Ulrich, Krause y Buchheim (1996); Krause,(1997); Krause y Benecke (1998).
Nuevos estudios se están desarrollando sobre este relevante aspecto.

- Muchísimos estudios tratan acerca de las comparaciones de los patrones CCRT en pacientes con diferentes diagnósticos psicopatológicos, trastornos de personalidad (Chance y col, 2000; Drapeau, Perry y Christopher, 2009), trastornos de ansiedad, de

depresión (Demorest, Crits Christoph, Hatch, y Luborsky, L. (1999); Diguier, Barber, y Luborsky, (1993); Diguier et al. (2001), trastornos psicóticos...

Es una de las líneas más prolíficas de las investigaciones mediante el método CCRT. Se han recogido más de 70 estudios hasta este año. (Ver Tabla 9)

- Una parte del patrón esta fuera de la conciencia

Esta premisa esta en relación con el concepto de transferencia ha de ser más estudiada. Hay mucha evidencia, tal y como hemos mostrado anteriormente entre las observaciones de Freud sobre la transferencia y los resultados encontrados en la investigación del CCRT (ver Tabla 8).

- El método CCRT se puede utilizar diferentes encuadres psicoterapéuticos, terapia de grupo, familiar, de pareja, ... (Frevert, et al, 1992; Firneburg & Klein, 1993; Staats et al., 1998; Staats, 2004; Kreische & Biskup, 1990; Stammer, Schrey & Wischmann, 2003)
Necesidad de probar la utilidad del método en diferentes ámbitos terapéuticos.

- El propio avance en la investigación conlleva mejoras en el propio método.

Como la simplificación del método mediante el desarrollo de nuevas categorías, métodos de corrección, cuestionarios, etc....

- Los patrones centrales de relación se relacionan con incrementos en la actividad cerebral (hipocampo izquierdo, circunvolución del parahipocampo, y circunvolución occipital media) (Loughead et at., 2010)

Se están realizando nuevos trabajos de investigación que estudian el correlato neurofisiológico de los patrones centrales de relación a través de técnicas electroencefalográficas y de resonancia magnética funcional.

Tabla 9

Recopilación de estudios realizados con el método CCRT y CCRT-LU

Estudios con el método CCRT y CCRT-LU	
1. Cuestiones científicas y metodológicas	
♦ <i>Patrones centrales de relación y</i>	
- <i>gravedad psicopatológica</i>	Albani et al., 1999; Albani, Blaser, Körner, Koenig et al., 2002; Cierpka et al., 1998; Diguier et al., 2001; Wilczek, Weinryb, Barber, Gustavson & Asberg, 2000
- <i>recuerdos del comportamiento parental</i>	Albani, Reulecke et al., 2002
- <i>estilos de apego, representaciones del vínculo</i>	Albani, Blaser, Pokorny et al., 2001; Albani, Blaser, Körner, Geyer & Strauß, 2002b; Gleason, 2001; Masiello, 2001; Modica, en preparación; Seidler, 2003; Vicari, en preparación; Waldinger et al., 2003; Wiseman, Hashmonay & Harel, 2006
- <i>verbalización de las emociones</i>	Blaser, 1999; Albani, Blaser, Hölzer & Pokorny, 2002
- <i>mecanismos de defensa</i>	Azzone & Vigano, 1995; Beretta & de Roten, 2003; De Roten et al., 2001; De Roten, Beretta, Stigler & Despland, 2002; De Roten & Drapeau, 2003; De Roten, Drapeau, Stigler & Despland, 2004; Freni et al., 1998
- <i>expresiones faciales</i>	Anstadt, Merten, Ullrich & Krause, 1996; Anstadt, Merten, Ullrich & Krause, 1997
- <i>conflictos interpersonales y alianza de trabajo</i>	Beretta et al., 2005
- <i>el método SASB</i>	Contiero et al., 2002; McMain, 1996
- <i>actividad referencial</i>	Doyle, 2002; Fox, 2004; Knaan-Kostman, 2006; Sammons, Siegel & Nieto, 1998
- <i>Modelo de Configuración del Rol en las Relaciones</i>	Horowitz, Luborsky & Popp, 1991
- <i>Patrón Cíclico desadaptativo</i>	Johnson, Popp, Schacht, Mellon & Strupp, 1989
- <i>el Test de Apercepción Temática (TAT)</i>	Jenuwine, 2001; Seewaldt, 2006
- <i>distribución de roles con la técnica de la rejilla</i>	Jordan & Kirsch, 2004
- <i>Formulación del Conflicto Ideográfico (ICF)</i>	Kim & Kim, 1997
- <i>enfoques de investigación lingüísticos y cualitativos</i>	Hartog, 1994; Jenuwine de 2001, Michal, 1998; Tschesnova & Kalmykova, 1995
♦ <i>Fiabilidad del método CCRT</i>	Dazzi et al., 1998; Guitar-Amsterdamer, Stähli, Schneider & Berger, 1988; Luborsky & Diguier, 1990a; Polterock, 1996; Popp et al., 1996; Sacchi, 2005; Zander, Strack, Cierpka, Reich & Staats, 1995a, 1995b
♦ <i>Cluster Alternativos del método CCRT</i>	Körner, 2000; Körner, Albani, Villmann, Pokorny & Geyer, 2002
♦ <i>Reformulación del sistema de categorías</i>	Albani et al., 2002; Drapeau, Perry & Körner, 2002; López del Hoyo, Espada, Pokorny & Albani, 2004; Parker & Grenyer, 2007; Pokorny et al., 2003
♦ <i>Métodos alternativos de análisis de datos</i>	Albani et al., 1994; Pokorny, 1995; Pokorny & Stigler, 2002
♦ <i>Auto-evaluación de patrones de relación</i>	Barber, Foltz & Weinryb, 1998; Kurth, Pokorny, Körner & Geyer, 2002; Reeves, 2001; Weinryb, Barber, Foltz, Goransson & Gustavsson, 2000
♦ <i>Perspectiva de desarrollo de los patrones de relación central</i>	Luborsky et al., 1998a
♦ <i>Estabilidad de los patrones centrales de relación</i>	Barber, Luborsky, Crits-Christoph & Diguier, 1998; Drapeau, Perry, Lefebvre, Zheutlin & Lapitsky, 2000; Staats, Strack & Seinfeld, 1997; Staats, Feldmann, Heuerding & May, 2003)
♦ <i>patrones centrales de relación en los grupos no-clínicos</i>	Nelson, 2007; Polterock, 1996; Staats et al., 1997; Thorne & Klohnen, 1993; Zollner, 1998
♦ <i>Patrones centrales de relación en la literatura</i>	Fox, 2004; Störn, Overbeck & Pokorny, 2005
♦ <i>Patrones centrales de relación en la Biblia</i>	Popp et al., 2003, 2004; Popp, Luborsky, Andrusyna, Cotsonis & Seligman, 2002

Estudios con el método CCRT y CCRT-LU

2. Cuestiones clínicas

♦ <i>Patrones centrales de relación en grupos clínicos: Pacientes con..</i>	
- <i>trastornos depresivos</i>	Eckert, Luborsky, Barber & Crits-Christoph, 1990; Kim et al., 1997; Vanheule, Desmet, Rosseel & Meganck, 2006
- <i>trastornos de ansiedad y fobias</i>	Hartung, 1991; Langkau, 1995
- <i>Trastornos alimentarios</i>	Benninghoven, Schneider, Strack, Reich & Cierpka, 2003; Blumstengel, 2000; Bottino et al., 2003; Sharp, 2001; Stirn, Overbeck, Grabhorn & Jordan, 2001
- <i>Esquizofrenia</i>	Lee, Liu, Chang & Wen, 2000; Mitchell, 1995
- <i>Trastorno límite de la personalidad</i>	Descoteaux et. al., 2001; Drapeau et al., 2000; Drapeau & Perry, 2004a; Hinojosa-Ayala, 2005; Stief, 1991
- <i>Trastorno límite de la personalidad con y sin intento de suicidio</i>	Chance, Bakeman, Kaslow, Farber & Burg-Callaway, 2000
- <i>Estrés postraumático</i>	Drapeau & Perry, 2004b; Fortgang, 1999; Okey, McWright & Delaney, 2000
- <i>Trastorno del control de impulsos</i>	Agin & Fodor, 1996
- <i>Riesgo de suicidio</i>	Jenuwine, 2001
- <i>Duelo patológico</i>	Reeves, 2001
- <i>Alexitimia</i>	Vanheule, Vandenberg, Desmet, Rosseel & Inslegheers, 2007
- <i>Pacientes forenses</i>	Drapeau, Perry Körner, 2004; Drapeau, 2006; Modica, en preparación
♦ <i>Patrones centrales de relación en adolescentes</i>	Agin et al., 1996; Alvaro, 2006; Jenuwine, 2001
♦ <i>Especificidad de género de los patrones centrales de relación</i>	Staats, May, Herrmann, Kersting & König, 1998; Staats et al., 2002
♦ <i>Descripción del curso de la psicoterapia basada en casos individuales con el método CCRT-LU y CCRT</i> - <i>terapia breve</i>	- Albani et al., 1994; Anstadt et al., 1996; Anstadt et al., 1997; Bottino et al., 2003; Chang, Hsueh, Liu & Wen, 2000; Freni et al., 1998; Grabhorn, Overbeck, Kernhof, Jordan & Müller, 1994; Hall, 2000; Hinojosa-Ayala, 2005; Kächele, Dengler, Eckert & Schneckenburger, 1990; Michal, 1998; Nosedá et al., 2001; Stief, 1991; Stirn et al., 2001 - Albani, Pokorny et al., 2003; Jiménez, Kächele & Pokorny, 2006; López del Hoyo, in preparation; Wiseman & Barber, 2004
- <i>psicoterapia de larga duración</i>	
♦ <i>Validez predictiva de los patrones de relación para el éxito del tratamiento</i>	Albani et al., 2000b; Cierpka et al., 1998; Crits-Christoph, Cooper & Luborsky, 1988; Crits-Christoph & Luborsky, 1990a; Crits-Christoph, Barber & Kurcias, 1993; Eckert et al., 1990; Masserini et al., 1998; McMain, 1996; Schauenburg, Schäfer, Raschka, Benninghoven & Leibing, 1997
♦ <i>Cambios en los patrones de relación a través de la psicoterapia</i>	Albani et al., 2000b; Bressi et al., 1997; Bressi et al., 2000; Crits-Christoph et al., 1990a; Freni & Azzone, 1997; Götze et al., 2003; Grenyer, Parker & Luborsky, 2003; Hartung, 1991; Lee et al., 2000; Lunnen, 2000; Lunnen, Ogles, Anderson & Barnes, 2006; Reeves, 2001; Staats et al., 1997; Staats et al., 1998; Staats et al., 2002; Strauß et al., 1995; Wilczek, Weinryb, Barber, Gustavsson & Åsberg, 2004
♦ <i>Dominio de los conflictos de relación</i>	Dahlbender, Erena, Reichenauer & Kächele, 2001; Grenyer & Luborsky, 1998b
♦ <i>Patrones centrales de relación y transferencia</i>	Albani, Pokorny, Blaser, König, Geyer, Thoma y Kächele, 2002; Deserno, 1998; Fried, Crits-Christoph & Luborsky, 1990, 1992; Hall, 2000; Hau, Brech & Deserno, 2007; Polterock, 1996
♦ <i>Patrones centrales de relación y contratransferencia</i>	Holmqvist, Hansjons-Gustafsson & Gustafsson, 2002
♦ <i>Especificidad de objeto en los patrones de relación</i>	Albani, Villmann, Blaser et al., 2001; Barber, Foltz, DeRubeis & Landis, 2002; Crits-Christoph, Demorest, Muenz & Baranackie, 1994; Modica, en preparación; Vicari, en preparación
♦ <i>Valencia de los patrones de relación</i>	Albani et al., 1999; Grenyer & Luborsky, 1998a
♦ <i>La eficacia de la interpretación de los patrones de relación</i>	Crits-Christoph et al., 1988; Crits-Christoph et al., 1993
♦ <i>Patrones centrales de relación en informes de sueño</i>	Albani, Kühnast, Pokorny, Blaser & Kächele, 2001; Knaan-Kostman, 2006; Popp, Luborsky & Crits-Christoph, 1990; Popp et al., 1998; Popp et al., 1996
♦ <i>Relación con el modelo de</i>	

Estudios con el método CCRT y CCRT-LU	
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Terapia Familiar</i> - <i>Terapia de grupo</i> - <i>Terapia de pareja</i> - <i>Terapia guiada de imágenes afectivas</i> - <i>Terapia racional-emotiva gestáltica emotiva y racional</i> - <i>Terapia integrativa</i> - <i>Psicoterapia japonesa</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Frevert, Cierpka, Dahlbender, Albani y Plöttner, 1992 - Firneburg & Klein, 1993; Staats et al., 1998; Staats, 2004 - Kreische & Biskup, 1990; Stammer, Schrey & Wischmann, 2003 - Meier & Stigler, 2003; Pokorny & Stigler, 2006; Stigler, 1995; Stigler & Pokorny, 1995; Stigler & Pokorny, 2003 - Agin et al., 1996; McMain, 1996 - Dazzi & Petruccelli, 1997 - Popp & Taketomo, 1993
♦ <i>Patrones centrales de relación en la relación médico-paciente</i>	Waldvogel, Vogt & Seidl, 1995
♦ <i>Patrones centrales de relación en las instituciones</i>	Catania, Di-Stefano & Ruvolo, 2004; Polterock, 1996
♦ <i>Entrevistas basadas en CCRT para las entrevistas diagnósticas con adolescentes</i>	Charlin et al., 2001
♦ <i>Patrones centrales de relación para analizar la formación de psicoterapeutas</i>	Hori, Tsujikawa & Ushijima, 1995
♦ <i>Patrones centrales de relación y supervisión</i>	Kaplan, 1995

Nota. Adaptado de “ Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. Theorie, Klinik und Forschung ” por C. Albani, D. Pokorny, G. Blaser & H. Kächele, 2008. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

El desarrollo de este gran número de trabajos de investigación y los resultados obtenidos ponen de manifiesto el reconocimiento del método del Tema Central de Conflicto Relacional de Luborsky como un sistema de valoración muy fiable tanto en la práctica clínica y como un método adecuado para desarrollar investigación en psicoterapia.

DESARROLLO EMPÍRICO

1. INTRODUCCIÓN

Como hemos podido comprobar, se han realizado una gran cantidad y variedad de estudios utilizando el método del Tema Central de Conflicto Relacional. Sin embargo, entre ellos, hay escasas investigaciones cuyo objetivo sea describir el proceso terapéutico en un caso de larga duración. La mayor parte de los estudios que utilizan el método CCRT para analizar el proceso se refieren a terapias breves (Albani, Pokorny, Dahlbender, y Kächele, 1994; Anstadt, Merten, Ullrich, y Krause, 1996; Grabhorn, Ovebeck, Gernhof, Jordan y Mueller, 1994; Luborsky, Crits-Christoph, Friedman, Mark y Schaffer, 1991). Entre los escasos trabajos existentes que investigan el proceso psicoterapéutico de larga duración (Jiménez, Kächele & Pokorny, 2006; Wiseman & Barber, 2004) destaca el completísimo estudio del caso “Amalia” que analiza el proceso terapéutico basándose en el modelo de proceso de Ulm (Kächele, 1988; Albani, Pokorny et al., 2003).

El objetivo fundamental de nuestro trabajo es demostrar que el método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT) recoge adecuadamente los patrones generales de interacción y la evolución del proceso terapéutico en un caso único tratado mediante psicoterapia focal planificada de larga duración.

Como un ejemplo de un estudio de caso único se ha elegido el caso de la paciente española denominada por el pseudónimo de María, que ha sido investigado a través de numerosos métodos de investigación del proceso.

Específicamente en este estudio se pretende establecer los patrones de relación de este caso singular y analizar cómo han evolucionado a lo largo del tratamiento comprobando sus variaciones en cada una de las fases de la terapia.

Con este fin hemos aplicado el Método del Tema Central de Conflicto Relacional utilizando tanto el sistema de categorías tradicional como el nuevo sistema de categorías, lo que nos permite la comparación entre ambos sistemas.

Los resultados que esperamos encontrar son:

- 1) el número medio de episodios de relación será similar al encontrado en estudios comparables
- 2) el tiempo de los episodios de relación será narrado en su mayoría en presente, relatando episodios de interacción actuales
- 3) los objetos relacionales que aparecerán mas frecuentemente en las narraciones de las interacciones serán las figuras parentales, especialmente la madre, y su pareja
- 4) los deseos que aparecen en los episodios de relación de la paciente serán en su mayoría explícitos
- 5) la valencia de las respuestas en las interacciones con los objetos de relación serán negativas. De la misma forma, las respuestas serán no armoniosas
- 6) los temas centrales de conflicto de la paciente María serán descritos por los patrones centrales hallados a través del método
- 7) se espera encontrar similitudes entre los patrones encontrados mediante el sistema de categorías CCRT y el nuevo sistema de categorías CCRT-LU
- 8) las características de los patrones relacionales generales y específicos de la paciente y sus componentes serán significativamente diferentes en función del objeto de interacción
- 9) a medida que avanza la terapia aumenta el número de episodios relacionales que aparecen en cada sesión
- 10) a medida que avanza la terapia se da un incremento de las respuestas armoniosas, sobre todo en las respuestas emitidas por el sujeto frente a las emitidas por los objetos
- 11) se puede establecer una secuencia de los componentes más frecuentes en el tratamiento
- 12) ciertos componentes aparecen con una marcada intensidad frente al resto de componentes y además esta intensidad varía a lo largo de la terapia
- 13) en la fase final del tratamiento hay más flexibilidad en los deseos y respuestas de la paciente
- 14) hay un incremento de las respuestas positivas a medida que avanza la terapia, principalmente en las respuestas emitidas por el paciente frente a las emitidas por los objetos.

- 15) aparecen diferentes representaciones relacionales para los principales objetos de relación
- 16) el tiempo y la valencia de los episodios de relación y componentes varía a lo largo de la terapia
- 17) la medida de persistencia irá disminuyendo durante el curso de la terapia, y las medidas de entropía y diversidad irán incrementando

2. MÉTODO

2.1. Sujeto. Descripción Clínica

La paciente a la que denominamos “María” es una mujer española que comenzó la terapia a la edad de 22 años. Acudió a consulta privada pidiendo ayuda ya que se sentía insegura en sus relaciones interpersonales y estaba cansada de ceder siempre por temor al rechazo.

Las relaciones con su familia eran difíciles, su padre trabajaba muchas horas al día, tanto por el día como por la noche y por esto no había estado demasiado tiempo con ella; su madre era ama de casa y había llevado la responsabilidad de criar a dos hijos con un marido prácticamente ausente; su hermano era un joven al que resulta complicado asumir obligaciones. Las relaciones con su novio, sus amigas y sus compañeros de trabajo han sido problemáticas.

Percibe su infancia infeliz y tuvo una adolescencia difícil, marchándose de casa a los dieciséis años con un hombre mayor y consumiendo drogas durante más de tres años.

“María” fue diagnosticada de Trastorno de Personalidad Histriónica. Ha sido tratada por un psicólogo con experiencia clínica de más de diez años en consulta privada mediante psicoterapia psicoanalítica focal planificada dos veces semanales durante 269 sesiones (1994-2000).

Se han preparado registros completos y transcripciones literales protocolizadas de 200 sesiones que representan todas las fases del tratamiento. El tratamiento se dividió en “bloques” en función de los periodos estacionales de “Otoño”, “Invierno” y “Primavera” señalados por los momentos vacacionales de interrupción de sesiones. Estos bloques a su vez han sido agrupados en cuatro fases: A) Inicial (Bloque I) que constituye la línea base del tratamiento; B) Intermedia (Bloque II-V) que comprende los dos primeros años de la terapia; C) Avanzada (Bloques X-XI) que constituye dos años consecutivos; y D) Final (Bloques XVI-XIX) correspondientes a las sesiones de los últimos años del tratamiento.

2.2. Muestra

El análisis se realizó en una muestra clínica representativa de estas transcripciones de las sesiones que fueron seleccionadas de la siguiente manera; en primer lugar se analizaron las cinco primeras sesiones del tratamiento ya que se consideró fundamental

para establecer una formulación inicial; después se seleccionaron, mediante muestreo aleatorio, secuencias de tres sesiones de cada una de las fases de la terapia. (ver Tabla 10).

Tabla 10

Muestra de sesiones

BLOQUES	SESIONES	n	FASES	n
I	1, 2, 3, 4, 5	5	INICIAL	5
II	17, 18, 19	3	INTERMEDIA	12
III	38, 40, 41	3		
IV	49, 50, 51	3		
V	63, 64, 65	3		
X	134, 135, 136	3	AVANZADA	6
XI	156, 157, 158	3		
XVI	213, 215, 216	3	FINAL	9
XVII	223, 225, 226	3		
XIX	259, 260, 261	3		

En la Figura 2 podemos observar como se distribuyeron las 32 sesiones que componen la muestra a lo largo del tratamiento.

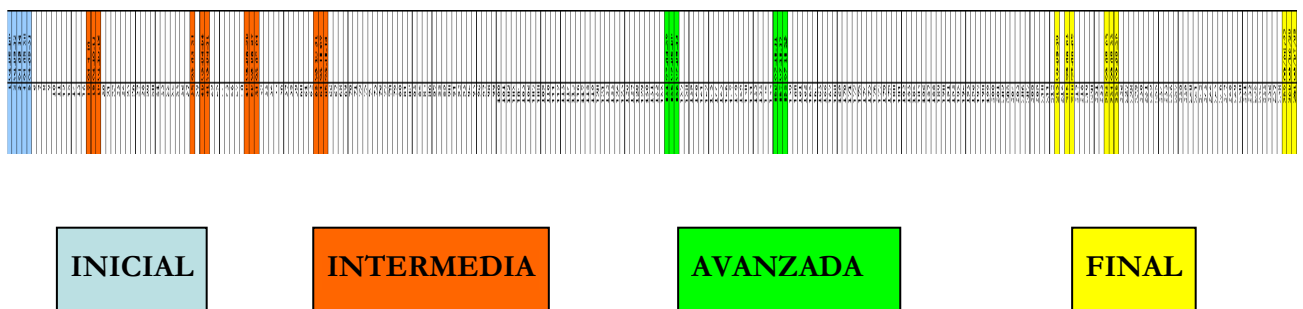


Figura 2. Distribución de la muestra de sesiones en el tratamiento

2.3. Instrumentos

2.3.1. Protocolo de Transcripción de Sesiones

Las sesiones fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas por un equipo de investigadores independiente a la evaluación utilizando el Protocolo de transcripción computerizado del contenido de sesiones de psicoterapia (Mergenthaler, Gril, Ávila-Espada y Vidal, 2003).

Este método responde a la a la necesidad de realizar transcripciones de sesiones y de otros materiales clínicos de acuerdo a reglas comunes que permitan la comparación en el ámbito de la investigación en psicoterapia.

Este protocolo se desarrolló a partir de otros anteriores (Mergenthaler, 1992; Mergenthaler y Stinson, 1992) y contiene orientaciones más completas y detalladas para realizar la transcripción del discurso al español.

Todos los nombres de personas y lugares, así como cualquier dato que pudiese suponer alguna información que permitiera identificar a la paciente fueron sustituidos por nombres ficticios o lugares alternativos que preservaran la privacidad de la paciente.

2.3.2. Método CCRT y CCRT-LU

Hemos explicado detenidamente a lo largo del desarrollo teórico este método, a modo de resumen, señalaremos ahora algunos puntos principales.

El método del Tema Central del Conflicto Relacional (CCRT) es un sistema para la evaluación clínica del contenido de los patrones relacionales centrales, dentro del contexto de las sesiones de psicoterapia. Fue desarrollado por Lester Luborsky (1977; 1990) en la Universidad de Pennsylvania.

Se basa en el análisis de episodios narrados por el paciente acerca de sus experiencias en las relaciones personales. A estos episodios se les denomina Episodios de Relación (ER)

De las repeticiones en estas experiencias interpersonales significativas para el sujeto, puede inferirse la estructura, el patrón central de relación es decir, cómo se comporta e interactúa con los otros. Estos patrones se describen como formas características de relacionarse con otros y se piensa que se construyen inicialmente desde interacciones

cargadas de emociones con las figuras parentales en primeros años de vida. Estos patrones se van repitiendo y reviviendo en relaciones posteriores.

Se conciben como representaciones mentales de las relaciones interpersonales con deseos y afectos asociados; reflejan la operación de esquemas, éstos forman las experiencias del individuo consigo mismo y con los otros. El patrón central (de acuerdo a la asunción básica de Luborsky) es una constante en la historia vital del sujeto. La transferencia en el según Freud explicaría cómo el tema central de conflicto se transfiere desde el objeto a los otros. Sin embargo, un estudio más detallado de la distribución de los elementos relacionales in numerosos estudios observacionales ha mostrado que estas estructuras cambian dependiendo del objeto de relación, tiempo de la narrativa, tiempo real de la terapia, encuadre y otros factores. Esta cuestión desplazó el foco de atención desde el establecimiento de un tema central de conflicto a la investigación de la estructura de los patrones relacionales.

Mediante el método CCRT se puede identificar, en primer lugar la estructura general del patrón relacional, y en segundo, los patrones específicos para objetos relacionales específicos, para diferentes etapas de la vida, etc... El CCRT proporciona una representación estructurada del repertorio de relaciones de un paciente. De este modo, cuantos más episodios de relación obtengamos, más precisa será dicha representación.

Los episodios de relación los extraemos a partir de las transcripciones literales de las sesiones de psicoterapia, aunque se pueden obtener de cualquier material que incluya descripciones relativamente concretas de las relaciones interpersonales del sujeto: observación clínica, entrevistas RAP, sueños, imágenes afectivas (*daydreams*), transcripciones de psicoterapia grupal etc...

Las categorías utilizadas tradicionalmente en la aplicación del método CCRT (Barber, Crits-Christoph y Luborsky, 1990) han recibido críticas importantes (ver Albani, Villmann, Blaser et al., 1999; Strauss et al., 1995; Albani et al., 2003; López y Ávila-Espada, 2003), por lo que utilizaremos además el nuevo sistema de categorías CCRT-LU (Albani et al 2002; adaptación española de López, Ávila-Espada, Pokorny y Albani, 2004, Pokorny, en prensa), lo que nos permitirá comprobar y comparar la validez de ambos sistemas en el análisis de proceso terapéutico.

2.4 Procedimiento

Tres jueces independientes entrenados en la aplicación del método CCRT analizaron cada una de las 32 transcripciones de las sesiones de psicoterapia que componían la muestra seleccionada. La formulación final se obtuvo a partir del consenso interjueces que constituía el grupo de trabajo. La pertenencia al grupo de trabajo estaba condicionada a la medida de la fiabilidad que se explicará en detalle en el apartado dedicado a este efecto.

El procedimiento de evaluación está basado en las instrucciones de Luborsky (1990, 1998) y Albani et al (2002; 2008), según proceda.

■ Paso 1. Identificación de los episodios de relación

Identificación de los episodios de relación, es decir, de ejemplos específicos de interacciones con una persona concreta en un determinado contexto. Dentro de cada episodio de relación se determinó:

- El **objeto** con quien interactuaba la paciente.
- El **tiempo** en el que sucedió cada ER: pasado, presente o futuro. Se consideró presente aquellos episodios de relación que habían ocurrido en las dos últimas semanas.
- **Valoración:** Cada episodio se calificó en una escala de 1 a 5 en función de la información que contenía, de esta forma, siendo 1 narrativa poco completa y 5 muy completa.

Los ER deben contener la máxima información acerca del hecho concreto, ya que si son muy esquemáticos no se pueden tener en cuenta para establecer el CCRT. Se desechó aquellos episodios valorados con menos de 2,5.

Para facilitar la identificación dentro del texto se indicaron la página de la transcripción en la que se encontraba el episodio y las primeras y últimas palabras del mismo.

Paso 2. Determinación de los componentes Deseos (D) y Respuestas (R)

En CCRT:

Según Luborsky, los patrones centrales de relación tienen tres componentes que se infieren de los episodios de relación (ER):

- ≡ Deseo (D). ¿Qué es lo que quería o deseaba el sujeto?

Deseo, necesidad o intención de una persona. Además distinguimos si el deseo era explícito o implícito, inferido a partir del texto.

- ≡ Respuesta del Objeto (RO). ¿Cómo respondieron ante ese deseo las otras personas, el objeto?

Respuesta del otro imaginada, anticipada o real

- ≡ Respuesta del Sujeto (RS). ¿Cómo reacciona el sujeto ante esta respuesta del otro?

Respuesta de la propia persona imaginada, anticipada o real, en forma de pensamiento, emoción, comportamiento o síntoma (RS).

En las respuestas, tanto del objeto como del sujeto se especificó si eran positivas o negativas, es decir ayudan a satisfacer el deseo del sujeto o por el contrario van en contra de él.

Los componentes D, RO, y RS se formularon, en un principio, con la mayor cercanía posible al texto. A esto se le denomina categorías “a medida” o “*taylor-made*”.

Estas primeras categorías “a medida” se acomodaron a las categorías cluster estándar (Barber, Crits-Christoph y Luborsky, 1990) (ver Figura 1 de desarrollo teórico)

En CCRT-LU

Una de las diferencias fundamentales en el método CCRT-LU es la incorporación de una dimensión de dirección a los componentes deseos y repuestas en función de si la actividad recae sobre el sujeto o sobre el objeto, así podemos diferenciar cuatro componentes DO, DS, RO y RS, que se subdividen a la vez en ocho (DOO, DOS, DSO, DSS, ROO, ROS, RSO, RSS).

- ≡ Deseo del Objeto (DO). ¿Qué es lo que quería o deseaba el sujeto que el objeto hiciese?

- ≡ Deseo del Sujeto (DS). ¿Qué es lo que quería o deseaba hacer el sujeto?

De la misma manera que en el procedimiento anterior, se determina si los deseos son implícitos o explícitos.

- ≡ Respuesta del Objeto (RO) ¿Cómo respondieron ante ese deseo las otras personas, el objeto?

≡ Respuesta del Sujeto (RS) ¿Cómo reacciona el sujeto ante esa respuesta del otro?

También establecemos la valencia de las respuestas (positivas o negativas).

Al igual que en la aplicación del sistema de categorías CCRT, estos componentes se definen, en un principio, lo más cercano posible al texto (*tailor-made*) para posteriormente adaptarlos a las categorías. Sin embargo en CCRT –LU la lista de predicados es común a todas las dimensiones, de esta forma asignamos las categorías siguiendo un procedimiento “arriba – abajo” , esto es, primero asignamos uno de los 13 cluster (A-M), luego las categorías de nivel medio y por último una de las 119 subcategorías (ver Tabla 5 de Desarrollo teórico). Es importante que los jueces vean el significado de cada predicado dentro del contexto de la categoría.

■ Paso 3. Formulación del patrón central de relación

El tema central de conflicto se obtendrá al reunir los deseos y respuestas que aparecen más frecuentemente.

2.5. Diseño y análisis de datos

Estudio descriptivo de caso único en el que analizamos el proceso terapéutico de un caso único de psicoterapia focal planificada de larga duración.

Todos los datos obtenidos de la aplicación del método se recogían en unas hojas de respuestas protocolizadas que después se compilaban en matrices de datos, tanto para CCRT como para CCRT-LU (ver *Anexo A* y *B* respectivamente).

Para analizar estadísticamente los resultados utilizamos el paquete estadístico SPSS 11.0.

En total analizamos 289 episodios de relación que contenían 1361 componentes CCRT y 1227 componentes CCRT-LU (ver Tabla 11). La causa de que el número de componentes deseo en CCRT sea mayor que en CCRT-LU es la característica particular en esta última según la cual cada componente ha de corresponderse con una única categoría, no así en el sistema clásico de categorías CCRT.

Tabla 11

Componentes encontrados mediante el método CCRT y CCRT-LU

CCRT		CCRT- LU			
dimensión	n	dimensión	n	dimensión	n
D	507	D total	460	R total	767
RO	438	DO total	195	RO total	344
RS	416	DS total	265	RS total	423
		DOO	53	ROO	77
		DOS	142	ROS	267
		DSO	120	RSO	125
		DSS	145	RSS	298

Como hemos indicado anteriormente en este estudio vamos a llevar a cabo un análisis acerca de las posibilidades del método CCRT de ser usado para describir los patrones centrales de relación y la evolución del proceso terapéutico.

Los análisis estadísticos realizados para conseguir este objetivo fueron los siguientes:

- Fiabilidad:
Coeficiente kappa para la muestra de 12 jueces
- Patrones generales CCRT y CCRT-LU:
Análisis simple de frecuencias
- Patrones más frecuentes según los diferentes objetos:
Análisis simple de frecuencias en submuestras para diferentes objetos
- Patrones específicos (Fisher):
Comparación de frecuencias en submuestras con frecuencias esperadas basadas en toda la muestra.
- Tendencias temporales:
Investigación de las tendencias generales temporales de cambios en el curso de la terapia.

3. RESULTADOS

3.1. Fiabilidad

El volumen de trabajo que conlleva la evaluación de los patrones centrales de relación a través del método CCRT impone la necesidad de trabajo en grupo. Este grupo de jueces fue formado por doce estudiantes de la Facultad de Psicología de último año con interés especial en investigación, quienes recibieron un intenso entrenamiento tanto en la aplicación del método CCRT como en CCRT-LU de más de 50 horas con constantes discusiones y retroalimentación sobre su ejecución.

La relevancia de los estudios realizados requería una medida exacta de fiabilidad que determinara la inclusión de los jueces en el trabajo conjunto de consenso.

El método CCRT es un caso prototípico de datos categoriales. De forma estandarizada el acuerdo interjueces es medido a través del coeficiente Kappa de Cohen (κ) que supera la medida simple de porcentaje de acuerdo, corrigiendo el resultado que se pudiera obtener por azar y proporcionando una medida que recoge el acuerdo real entre los jueces.

Diseño del estudio de fiabilidad

Se seleccionaron doce episodios de relación obtenidos mediante una entrevista RAP que contenían 83 componentes que tenían que ser evaluados por los jueces utilizando el método CCRT-LU.

A cada uno de los jueces se les suministró el texto con los componentes identificados pero sin ninguna información sobre la dimensión o la categoría. Los jueces evaluaron estos componentes de forma independiente.

Nuestra matriz básica contiene los datos de 83 componentes por doce jueces, en la cual compararemos el acuerdo interjueces en las siguientes decisiones:

- 1) ¿Es el componente Deseo o Respuesta?
- 2) ¿Es el componente Deseo del Objeto, Deseo de Sujeto, Respuesta de Objeto o Respuesta del Sujeto?
- 3) ¿Es el componente DOO, DOS, DSO, DSS, ROO, ROS, RSO o RSS?
- 4) ¿Es la categoría armoniosa (A, B, C, D) o no armoniosa (E, F, G, H, I, J, K, L, M)?
- 5) ¿Qué categoría cluster fue elegida (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M)?
- 6) ¿Qué categoría de nivel medio fue elegida (A1, A2, B1...)?

- 7) ¿Qué subcategoría fue elegida (A11, A12, A13...)?
- 8) ¿Es positivo o negativo el valor de la categoría?

El análisis del acuerdo tanto en los diferentes niveles de categorías como la valencia de las respuestas fue realizado, cuando era posible, en toda la muestra, en las submuestras de deseos y respuestas y en las submuestras establecidas por el componente “dirección” (DO, DS, RO y RS).

De esta forma el acuerdo entre dos jueces en los diferentes criterios de análisis se expresa mediante el coeficiente Kappa. Los valores para los doce jueces construyen una matriz cuadrada de 12x12 coeficientes, tal y como se presenta en la Tabla 12, en la que se observan los valores de acuerdo para la elección de la categoría cluster de alto nivel.

Tabla 12

Coefficientes kappa de acuerdo interjueces en las categorías de alto nivel

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
tota	.6	.70	.64	.65	.65	.60	.62	.60	.69	.64	.68	.54	.68
1	4	.70	.64	.65	.65	.60	.62	.60	.69	.64	.68	.54	.68
1	.70	.	.64	.70	.82	.67	.70	.54	.77	.73	.80	.48	.79
2	.64	.64	.	.59	.66	.51	.54	.66	.71	.59	.77	.73	.64
3	.65	.70	.59	.	.67	.62	.67	.71	.68	.65	.68	.46	.71
4	.65	.82	.66	.67	.	.56	.66	.53	.70	.66	.72	.52	.70
5	.60	.67	.51	.62	.56	.	.63	.58	.64	.62	.61	.53	.63
6	.62	.70	.54	.67	.66	.63	.	.54	.65	.70	.60	.52	.65
7	.60	.54	.66	.71	.53	.58	.54	.	.74	.53	.61	.56	.60
8	.69	.77	.71	.68	.70	.64	.65	.74	.	.68	.77	.55	.71
9	.64	.73	.59	.65	.66	.62	.70	.53	.68	.	.68	.48	.73
10	.68	.80	.77	.68	.72	.61	.60	.61	.77	.68	.	.58	.70
11	.54	.48	.73	.46	.52	.53	.52	.56	.55	.48	.58	.	.56
12	.68	.79	.64	.71	.70	.63	.65	.60	.71	.73	.70	.56	.

Los valores en la diagonal principal de esta matriz simétrica son, por definición, $\kappa=1.00$ (acuerdo de cada juez consigo mismo) y está compuesta por 66 coeficientes kappa $n(n-1)/2$

Se analizó, por una parte, el acuerdo de cada juez con el resto de los jueces, y por otra parte, el acuerdo general de la totalidad de los coeficientes. En este caso la media general es de $\kappa=.64$, un valor muy satisfactorio.

Se calculó el acuerdo existente según los criterios establecidos anteriormente para la muestra total y las submuestras.

Los resultados obtenidos muestran que la media del acuerdo en diferenciar entre deseos y respuestas fue de .95, entre deseos del objeto y del sujeto, y respuestas del objeto y del sujeto (DO, DS, RO y RS) de .91 y de .90 cuando se establecía la diferencia entre los componentes DOO, DOS, DSO, DSS, ROO, ROS, RSO, y RSS. Para estos tres primeros criterios referentes a dimensión obtuvimos un acuerdo interjueces muy elevado, $\kappa > .90$, valor que sólo puede ser alcanzado cuando los jueces están de acuerdo en la mayoría de los casos.

Las situaciones en las que hay desacuerdo pueden parecer sorprendentes, sin embargo son comprensibles desde el punto en que no se facilitó a los jueces la categoría “a medida”, si no que era establecida por ellos. De esta manera la sentencia “*Le dije a mi padre que me iba de vacaciones*” puede ser comprendida por parte de los jueces tanto como deseo (Categoría “tailor-made”: “*Quería irme de vacaciones*”), como por respuesta (Categoría “tailor-made”: “*Le dije que quería irme de vacaciones*”).

Los valores para el acuerdo medio en las categorías de alto, medio y bajo nivel, la característica armonioso o no armonioso y la variable del valor de las respuestas (positivas o negativas) están resumidos en la Tabla 13 tanto para toda la muestra, como para las submuestras que surgen a partir del componente de dirección (D y R; DO, DS, RO y RS)

Tabla 13

Valores de fiabilidad en las variables valor, armonioso, y categorías de alto, medio y bajo nivel

	Valor P/(P-N)	Armonioso	Cluster A	Categorías nivel medio An	Categorías nivel inferior Ann
Total	–	.90	.64	.56	.46
D	–	–	.63	.49	.44
DO	–	–	.64	.52	.47
DS	–	–	.56	.41	.34
R	.82	.90	.63	.56	.46
RO	.85	.89	.64	.54	.43
RS	.76	.89	.63	.60	.47

Había un alto nivel de acuerdo en el valor de las respuestas ($\kappa = .82$), si diferenciamos entre respuestas del objeto y del sujeto, los valores son algo mas altos para los valores del objeto ($\kappa = .80$) que los valores del sujeto ($\kappa = .76$).

Discutiremos ahora el acuerdo en las categorías en las cuatro dimensiones, para la primera decisión, si el componente es armonioso o no, nosotros obtuvimos un acuerdo extremadamente alto, un coeficiente kappa por encima de .90 en todas las muestras y submuestras. No fue posible hallar el valor kappa sobre la submuestra de deseos, porque todos los deseos realizados se encontraban dentro de la categoría armonioso.

Se ha hallado un alto nivel de acuerdo para las respuestas en la categoría armonioso, lo cual es muy importante para el estudio principal de María, ya que podremos ver unos resultados muy significativos en el índice de armonía que está basado en esta decisión de alta fiabilidad de los jueces, por lo que su credibilidad será también muy alta.

La media del acuerdo para las categorías del alto, medio y bajo nivel fue de .64, .56 y .46 respectivamente. En el contexto del método CCRT estos valores son muy satisfactorios, similares e incluso mejores en estudios comparables. Estos valores se encontraron en los grupos de investigaciones parecidas sólo después de un entrenamiento intensivo. Estos valores tan satisfactorios hacen posible realizar análisis exploratorios con una sólida base en la búsqueda de los patrones relacionales de María.

El método CCRT-LU desarrollado en Ulm y Leipzig, desde sus inicios tuvo su punto de mira en cuestiones de fiabilidad, tanto con el método CCRT como en el nuevo sistema de categorías CCRT-LU. En un estudio realizado en la Universidad de Leipzig (Albani y cols., 2002) que trataba de contrastar la fiabilidad que se obtenía utilizando los dos sistemas se comprobó que el grupo alemán alcanzó mejores valores en fiabilidad, por esta razón nuestro grupo decidió concentrar su atención en contrastar su propia fiabilidad a través de CCRT-LU. Nuestro grupo alcanzó valores de fiabilidad para CCRT-LU comparables con los jueces en Leipzig (ver Tabla 14).

Tabla 14

Comparación de la fiabilidad entre los grupos de Leipzig y Salamanca

		Leipzig 2 jueces CCRT	Leipzig 3 jueces CCRT-LU	Salamanca 12 jueces CCRT-LU
CCRT: clusters CCRT-LU: alto nivel	D	.48	.66	.64
	RO	.47	.65	.64
	RS	.65	.63	.63
CCRT: categorías estándar CCRT-LU: nivel medio	D	.42	.60	.49
	RO	.37	.58	.54
	RS	.52	.56	.60

3.2. Características de los Episodios de Relación

3.2.1. Número de Episodios de Relación

De las 32 sesiones analizadas obtuvimos un total de 289 episodios de relación a lo largo de la terapia. La media de los episodios de relación recogidos en cada sesión en el tratamiento fue de 9,03 ERs por sesión, un número bastante alto. La desviación típica obtenida fue 2,66.

La distribución porcentual de los episodios por fase y bloque aparece reflejada en la Figura 3. Como podemos observar la fase intermedia contiene el mayor porcentaje de episodios de relación analizados, el 41% de la totalidad de los episodios de relación, en comparación con los porcentajes de las fases restantes: inicial, avanzada y final (19, 17 y 22% respectivamente). La fase intermedia contiene también el mayor número de sesiones analizadas. Calculando el número medio de episodios relacionales en una sesión podemos comprobar la tendencia decreciente desde los 11 episodios en la fase inicial hasta los 7,22 en la fase final. Esta tendencia observada de la reducción de la densidad del episodio será evaluado estadísticamente más adelante.

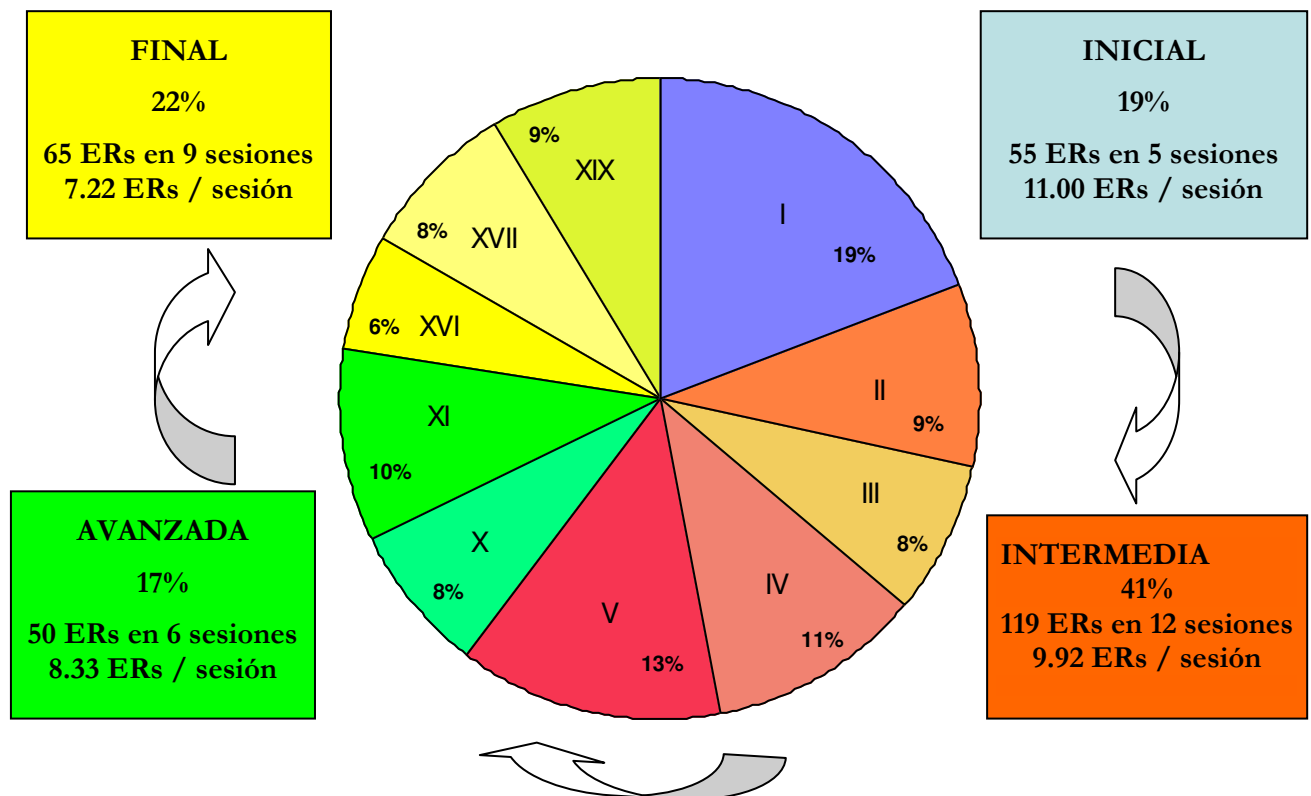


Figura 3. Distribución porcentual de los episodios de relación por fase y bloque

3.3.2. Tiempo de los episodios de relación

A continuación analizaremos el tiempo en el que se desarrollaron estos episodios de relación, presente, pasado o futuro (Figura 4). En la totalidad de la muestra el 82% por ciento de los episodios de relación sucedieron en tiempo presente, mientras que sólo el 14% de las narrativas interaccionales suceden en tiempo pasado. Los episodios que suceden en futuro sólo suceden en el 4% de los casos.

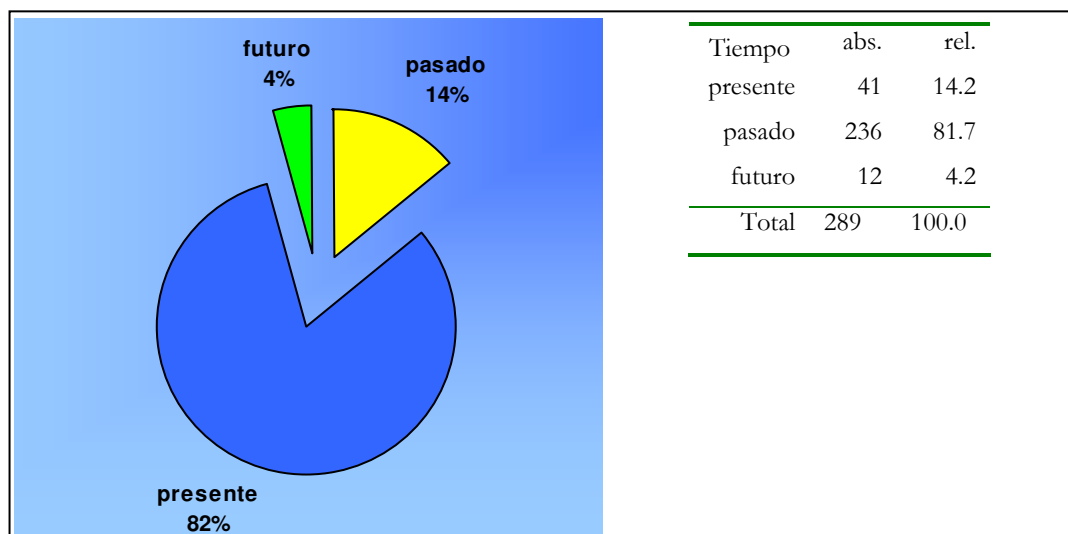


Figura 4. Tiempo en la totalidad del tratamiento

3.2.3. Objetos de relación

Con respecto a la persona con quien interactúa María en los diferentes episodios, esto es, el objeto relacional, los resultados nos indican que la persona con quien más interactúa a lo largo del tratamiento es su primer novio, el 32% del todos los episodios de relación están referidos a él (ver Figura 5). El siguiente objeto que más se repite a lo largo de la terapia es su madre de forma individual (14%) y después personas del trabajo (8%) y el padre (6%). A las figuras parentales de forma individual habría que añadir aquellos episodios en que el objeto son ambos conjuntamente, padre y madre, y que suponen el 4% de la totalidad de los episodios. Durante el tratamiento los episodios de relación en los que el objeto es el terapeuta sólo suponen sobre el 5% del total, al igual que los episodios autoreferenciales con ella misma, con María.

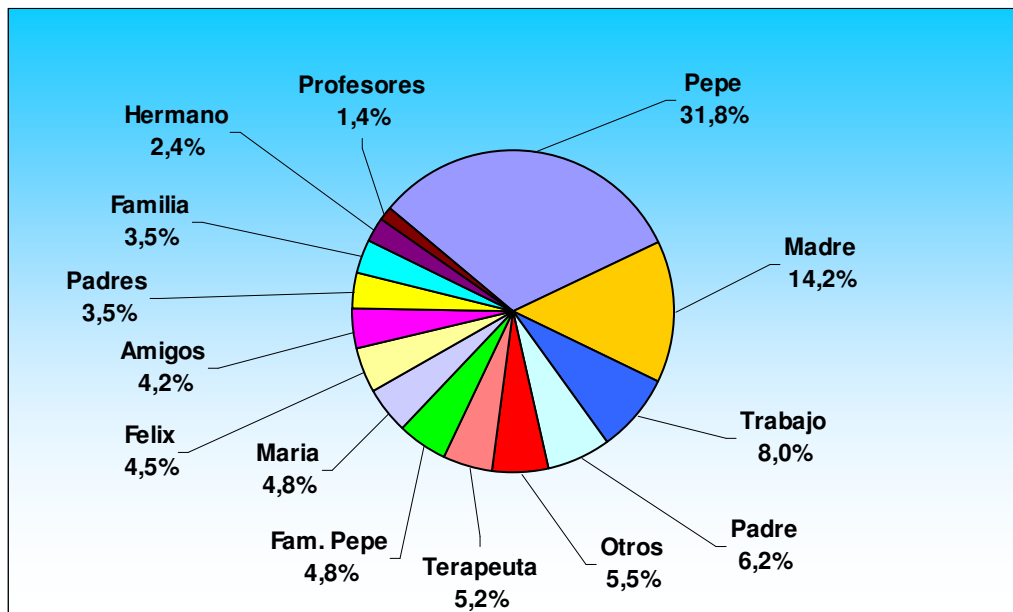


Figura 5. Objetos en el tratamiento

3.3. Características de los componentes

3.3.1. Deseos explícitos e implícitos

Como ya hemos comentado en el procedimiento, dentro del componente Deseo hay que establecer si éste es de carácter explícito o implícito y se infiere a partir del texto. Podemos comprobar que la mayor parte de los deseos tanto en CCRT como en CCRT-LU son explícitos (Figura 6). Esta tendencia es más acusada en CCRT-LU (76% frente a 90%, respectivamente), sin diferencias teniendo en cuenta la dimensión dirección en este componente cuyo porcentaje fluctúa entre el 88% y el 92% de deseos explícitos. (Figura 7). Un porcentaje inferior de deseos implícitos en CCRT-LU corresponde a la experiencia mostrada en estudios análogos en Leipzig. La riqueza del sistema de categorías CCRT-LU parece mostrar una codificación más directa de los elementos relacionales como deseos explícitos o respuestas.

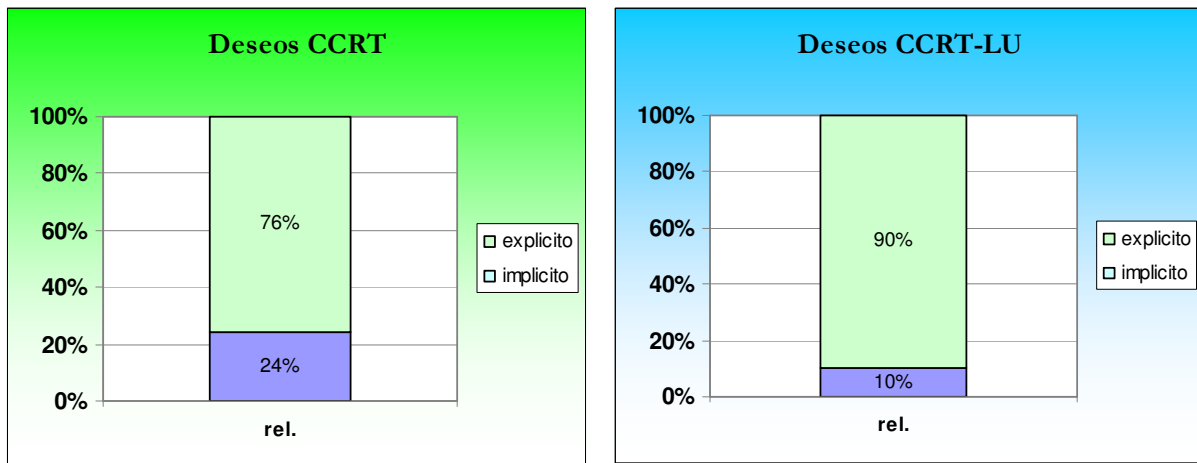


Figura 6. Deseos implícitos y explícitos

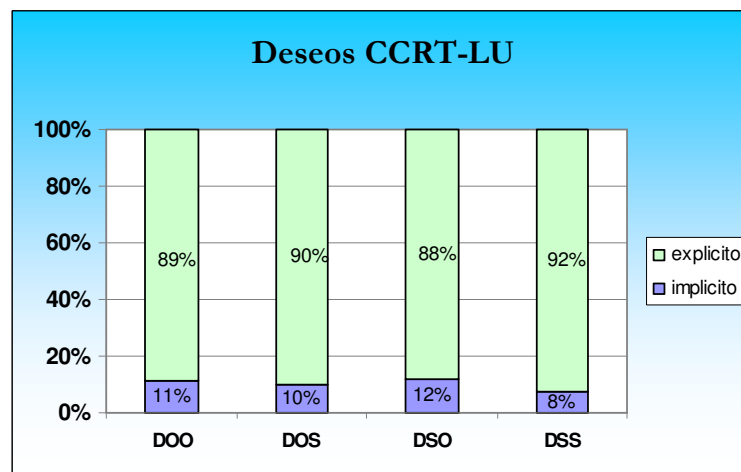


Figura 7. Deseos implícitos y explícitos en CCRT-LU tomando la dimensión dirección

3.3.2. Valencia de las Respuestas

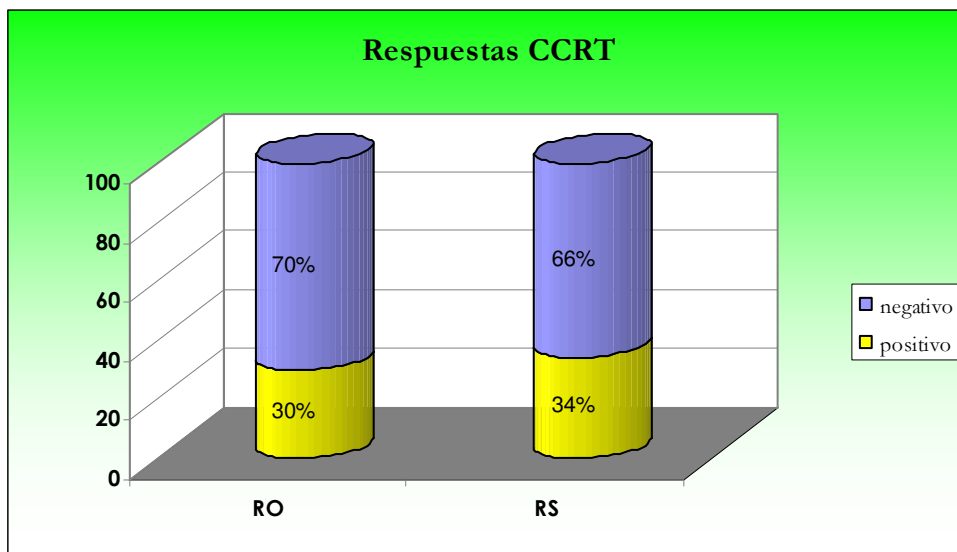
Analizaremos a continuación la valencia de las respuestas, es decir el porcentaje de respuestas negativas o positivas en el tratamiento. En primer lugar veremos las respuestas con CCRT y luego lo compararemos con CCRT-LU.

Como podemos comprobar aparece un porcentaje notablemente mayor de respuestas negativas tanto del objeto (70,3%), como del sujeto (65,9%). Las respuestas positivas suponen aproximadamente la tercera parte del total de las respuestas del objeto y del sujeto (Ver Figura 8).

Por lo tanto podríamos calcular el **índice de positividad**, resultante de la siguiente fórmula:

$$\text{Índice de positividad} = \frac{\text{respuestas positivas} \times 100}{\text{respuestas positivas} + \text{respuestas negativas}}$$

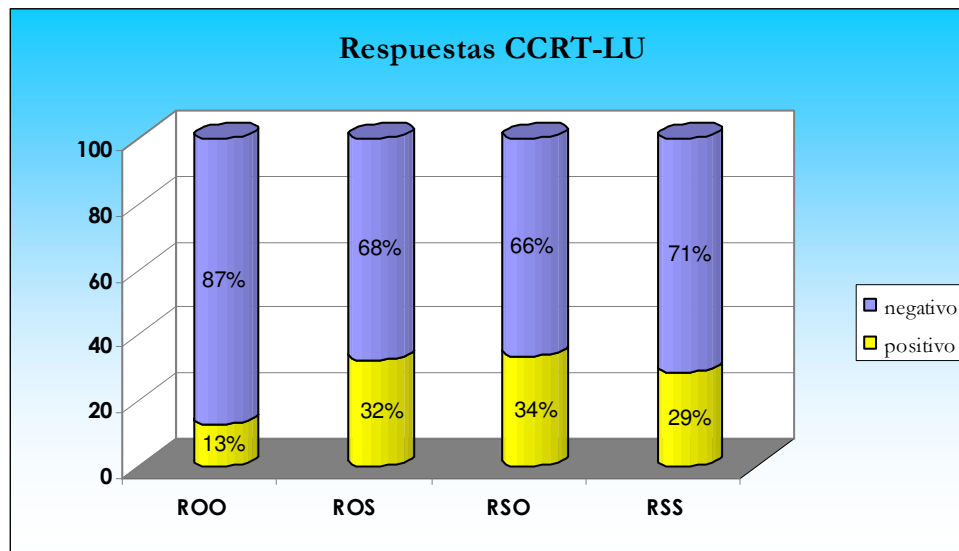
De esta forma encontraríamos que en CCRT el índice de positividad durante el tratamiento es de 31,9%, siendo mayor en las respuestas que emite la paciente que en las forma en la que los otros le responden



CCRT	positivo		negativo		total abs.
	abs.	rel.	abs.	rel.	
R	272	31.9	582	68.1	854
RO	130	29.7	308	70.3	438
RS	142	34.1	274	65.9	416

Figura 8. CCRT Respuestas Positivas y Negativas

En CCRT-LU, teniendo en cuenta el componente de dirección, podemos observar la positividad en las respuestas del objeto hacia si mismo (ROO), las respuestas del objeto hacia el sujeto (ROS), las respuestas del sujeto dirigidas hacia al otro (RSO) y las respuestas del sujeto sobre si mismo (RSS) encontrando valores similares (ROS: 32,2%, RSO: 33,6% y RSS: 28,9%) excepto en ROO (13%) (ver Figura 9)



CCRT-LU	positivo		negativo		total abs.
	abs.	rel.	abs.	rel.	
R	224	29.2	543	70.8	767
RO	96	27.9	248	72.1	344
RS	128	30.3	295	69.7	423
ROO	10	13.0	67	87.0	77
ROS	86	32.2	181	67.8	267
RSO	42	33.6	83	66.4	125
RSS	86	28.9	212	71.1	298

Figura 9. CCRT-LU Respuestas Positivas y Negativas

En general concluimos que tanto en CCRT en respuestas del objeto y del sujeto como en CCRT-LU el índice de positividad es similar.

3.3.3. Armonía

En el sistema CCRT-LU podemos observar la cualidad armonía de cada uno de los componentes, es decir si los deseos y respuestas se formulan según las categorías consideradas armoniosas (A-D) o no armoniosas (E-M). Este índice nos permite establecer una medida de discrepancia entre los deseos y respuestas del sujeto, lo que resulta relevante tanto en el estudio de la evolución del proceso, como en el análisis del mismo en relación a diferentes objetos.

Podemos calcular el **índice de armonía**, es decir, podemos estimar un valor resultado de la siguiente fórmula:

$$\text{Índice de armonía} = \frac{\text{componentes armoniosos (A-D)} \times 100}{\text{componentes armoniosos} + \text{no armoniosos}}$$

Como cabe esperar (ver Tabla 15) la mayor parte de los deseos se pueden situar en la categoría armoniosos, exactamente el 90%. Sin embargo obtuvimos un dato diferente, en relación al componente DSO (“Deseo hacer al otro”) el índice de armonía decrecía hasta 73%, esto puede significar que lo que María desea hacer a los demás no es tan armonioso como lo que desean le hagan a ella.

Tabla 15

Índice de armonía

dimensión	armonía	dimensión	armonía
D (n=460)	90.4	R (n=767)	34.3
DO (n=195)	96.4	RO (n=344)	35.2
DOO (n=53)	94.3	ROO (n=77)	28.6
DOS (n=142)	97.2	ROS (n=267)	37.1
DS (n=265)	86.0	RS (n=423)	33.6
DSO (n=120)	73.3	RSO (n=125)	40.0
DSS (n=145)	96.6	RSS (n=298)	30.9

El método CCRT-LU nos permite comparar esta característica entre deseos y respuestas, tal y como se muestra en la Figura 10. En la que observamos las diferencias entre los deseos de la paciente y las respuestas obtenidas por las personas con las que interactúa.

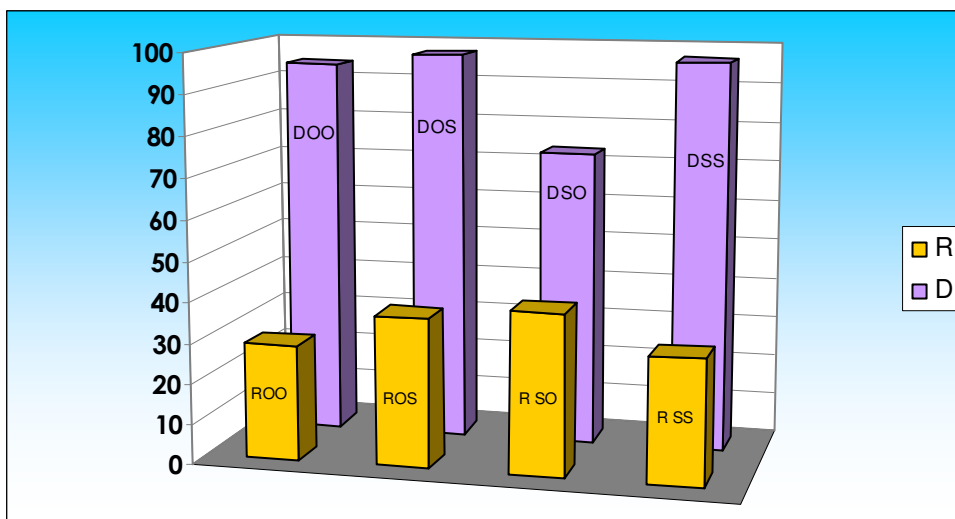


Figura 10. Índice de armonía en deseos y respuestas

3.4. Patrones generales de la paciente María CCRT y CCRT-LU

CCRT

A continuación presentamos los temas centrales de conflicto que, tal y como estableció Luborsky (Luborsky, 1990, 1998), se construyen a partir de las categorías que resultaron más frecuentes (ver Tabla 16).

Tabla 16

CCRT: Temas centrales de conflicto

D	abs.	rel.	cum.
total	507	100.0	100.0
D7 Sentirme bien y cómodo	147	29.0	29.0
D1 Reafirmarme y ser independiente	95	18.7	47.7
D6 Ser amado y entendido	88	17.4	65.1
RO	abs.	rel.	cum.
total	438	100.0	100.0
RO3 Trastornan, alteran, enojan	153	34.9	34.9
RO5 Rechazan y están en contra de mí	69	15.8	50.7
RO4 Son malos	44	10.0	60.7
RO8 Entienden	40	9.1	69.9
RO2 Controlan	38	8.7	78.5
RO6 Ayudan	38	8.7	87.2
RO7 Me aprecian	37	8.4	95.7
RO1 Fuertes	19	4.3	100.0
RS	abs.	rel.	cum.
total	416	100.0	100.0
RS7 Decepcionado y deprimido	102	24.5	24.5
RS4 Me opongo e hiero a los otros	62	14.9	39.4
RS3 Respetado y aceptado	59	14.2	53.6
RS5 Autocontrol y autoconfianza	56	13.5	67.1
RS2 No receptivo y cerrado	55	13.2	80.3
RS6 Desamparado	38	9.1	89.4
RS8 Asustado y avergonzado	23	5.5	95.0
RS1 Ayudo	21	5.0	100.0

Nota: Están resaltadas las categorías seleccionadas cuya frecuencia observada es mayor que la frecuencia esperada para una distribución uniforme, $rel. > 1/8 = 12,5\%$

Podemos decir el Tema Central de Conflicto usando las categorías de Luborsky es:

“Deseo sentirme bien y cómodo” (=D);

los otros me trastornan, alteran, enojan (=RO)

y entonces yo me siento decepcionada y deprimida” (RS)

CCRT-LU

Analicemos ahora el patrón central de conflicto obtenido con las categorías CCRT-LU, sin considerar ahora las categorías DOO, y ROO que recordemos, no aportan demasiada información al tema central de conflicto, que es de carácter “egocéntrico” por naturaleza: (ver Tabla 17)

Los deseos centrales de María son:

“Deseo que...

los otros me atiendan (=DOS);

y amar y sentirme bien con los otros (=DSO);

y también conmigo misma” (=DSS)

Las respuestas en el “mundo real” que María informa contrastan con sus deseos:

“Los otros me rechazan (=ROS);

y yo les rechazo a ellos (=RSO);

entonces me siento insatisfecha y asustada” (=RSS)

Tabla 17

CCRT-LU: *Temas centrales de conflicto componentes DOO, DOS, DSO, DSS y ROO, ROS, RSO y RSS*

DOO <i>Deseo que ellos sientan.../ hagan ... a sí mismos</i>	abs.	rel.
total	53	100.0
D tener autodeterminación	25	47.2
C amar, sentirse bien	16	30.2
A atender a	6	11.3

DOS <i>Deseo que ellos me hagan...</i>	abs.	rel.
total	142	100.0
A atender a	72	50.7
C amar, sentirse bien	24	16.9
D tener autodeterminación	24	16.9
B apoyar	18	12.7

DSO <i>Deseo hacer a ellos</i>	abs.	rel.
total	120	100.0
C amar, sentirse bien	41	34.2
B apoyar	24	20.0
M retirarse en uno mismo	17	14.2
D tener autodeterminación	14	11.7
L molestar, atacar	10	8.3

DSS <i>Deseo sentirme.../hacer... a mi misma</i>	abs.	rel.
total	145	100.0
C amar, sentirse bien	67	46.2
D tener autodeterminación	66	45.5

ROO <i>Ellos sienten ... / ellos hacen ... a sí mismos</i>	abs.	rel.
total	77	100.0
C amar, sentirse bien	12	15.6
G determinado por otros	10	13.0
M retirarse en uno mismo	10	13.0
I poco fiable	8	10.4
F insatisfecho, asustado	7	9.1

ROS <i>Ellos me hacen..</i>	abs.	rel.
total	267	100.0
J rechazar	44	16.5
K dominar	39	14.6
L molestar, atacar	32	12.0
A atender a	30	11.2
C amar, sentirse bien	28	10.5
I poco fiable	27	10.1
B apoyar	26	9.7

RSO <i>Yo hago... a ellos</i>	abs.	rel.
total	125	100.0
J rechazar	29	23.2
A atender a	22	17.6
H enfadado, antipático	21	16.8
B apoyar	12	9.6
D tener autodeterminación	10	8.0
L molestar, atacar	10	8.0

RSS <i>Yo siento... /Me hago... a mi misma</i>	abs.	rel.
total	298	100.0
F insatisfecho, asustado	75	25.2
H enfadado, antipático	61	20.5
C amar, sentirse bien	60	20.1
E deprimirse, resignarse	30	10.1
D tener autodeterminación	26	8.7

Nota: Categorías cuya frecuencia observada es mayor que la frecuencia esperada para una distribución uniforme, $rel. > 1/13 = 7,7\%$.

Si comparamos ambos sistemas (ver Tabla 16 y Tabla 17) podemos comprobar que los principales componentes Deseo en CCRT “Sentirme bien y cómodo; Reafirmarme y ser independiente; y Ser amado y entendido” podrían ser la resultante en CCRT-LU de la adición de las dimensiones DO y DS.

Las principales respuestas del objeto “*los otros trastornan, alteran, enojan; y Rechazan y están en contra de mí*” también concuerdan con las encontradas en el método CCRT-LU “*Rechazan; Dominan; Poco fiables; Molestan, atacan*”, sin embargo parece que en CCRT-LU aparecen más respuestas positivas: “*Atienden, apoyan; amar, sentirse bien*”

También parece que las respuestas del sujeto más frecuentes en CCRT y en CCRT-LU coinciden: “*Decepcionado y deprimido; Me opongo y hiero a los otros*” y “*enfadado, antipático; e insatisfecho asustado*”.

La comparación de estos datos resalta la importante cualidad del componente “Dirección” que es el que determina el sentido de la acción, aportando mucha más información sobre los deseos y respuestas del sujeto en CCRT-LU (ver Tabla 18).

Tabla 18

CCRT-LU: Temas centrales de conflicto componentes DO, DS, RO y RS

DO Deseo que ellos sientan/sean/hagan...	abs.	rel.	cum.
total	195	100,0	100,0
A atender a	78	40,0	40,0
D tener autodeterminación	49	25,1	65,1
C amar, sentirse bien	40	20,5	85,6
B apoyar	21	10,8	96,4
DS Deseo sentirme bien, ser, hacer...	abs.	rel.	cum.
Total	265	100,0	100,0
C amar, sentirse bien	108	40,8	40,8
D tener autodeterminación	80	30,2	70,9
B apoyar	24	9,1	80,0
M retirarse en uno mismo	22	8,3	88,3
RO Ellos sienten/son/hacen...	abs.	rel.	cum.
Total	344	100,0	100,0
J rechazar	48	14,0	14,0
K dominar	42	12,2	26,2
C amar, sentirse bien	40	11,6	37,8
I poco fiable	35	10,2	48,0
L molestar, atacar	35	10,2	58,1
A atender a	34	9,9	68,0
B apoyar	27	7,8	75,9
RS Yo me siento/soy/hago...	abs.	rel.	cum.
Total	423	100,0	100,0
H enfadado, antipático	82	19,4	19,4
F insatisfecho, asustado	77	18,2	37,6
C amar, sentirse bien	66	15,6	53,2
D tener autodeterminación	36	8,5	61,7

Nota: Categorías cuya frecuencia observada es mayor que la frecuencia esperada para una distribución uniforme, $rel. > 1/13 = 7,7\%$.

En el *Anexo C* se muestran varios episodios de relación de este caso singular en el que se ejemplifican algunos temas centrales de relación.

3.5. Análisis por objeto

Los patrones relacionales que María ha descrito a lo largo del proceso terapéutico varían en función de la persona objeto de la interacción. Analizaremos a continuación las características de los componentes en los principales objetos relacionales de la paciente, que a partir del análisis de la terapia hemos considerado que son los siguientes:

Pepe: Es el nombre asignado al novio de la paciente durante la mayor parte de la terapia. Las relaciones con Pepe son muy problemáticas y acaban con su separación antes de la finalización del tratamiento.

Félix: Es el nombre del novio de la paciente en la fase final de la terapia.

Madre: Junto con Pepe, es la figura más importante en este proceso. Las relaciones con ella son muy conflictivas. Su madre es una ama de casa que ha tenido que criar a María y a su hermano prácticamente sola.

Padre: El análisis de la relación con el padre es importante dada su ambivalencia hacia él, que debido a razones laborales, estuvo muy ausente en la infancia y adolescencia de la paciente.

Aunque aparecen frecuentes episodios de relación de los padres tomados en conjunto, aquí analizaremos sólo aquellos en los que las figuras aparecen separadamente.

Terapeuta: Seleccionamos este objeto relacional, no por el número de episodios relacionales con él, si no por la importancia desde el punto de vista clínico que esta relacional supone.

María: También son esencialmente importante los episodios de relación con ella misma.

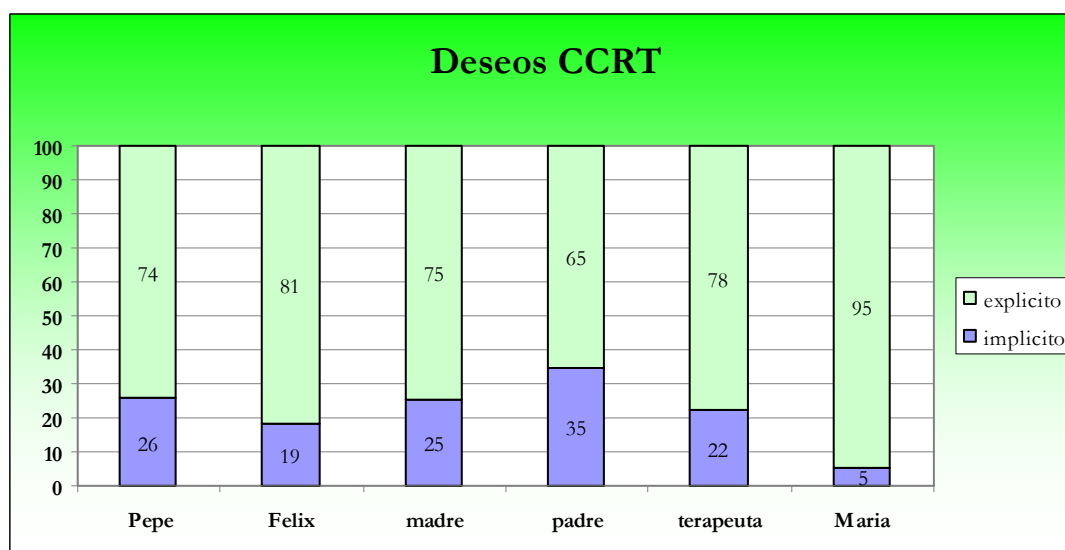
3.5.1. Características de los componentes por objeto

3.5.1.1. Deseos explícitos e implícitos por objeto

CCRT

El porcentaje de deseos implícitos inferidos de las interacciones de la paciente es similar para los diferentes objetos, fluctuando entre el 19% y el 25% de la totalidad de los deseos, excepto en las situaciones relacionales con el padre, en las cuales el porcentaje de deseos implícitos es mayor, de tal forma que un deseo de cada tres referido al padre es implícito. De igual forma también encontramos que del total de los deseos de María referidos a ella misma sólo uno de ellos es implícito (ver Figura 11).

Sin embargo, no interpretamos estas diferencias porque no son significativas estadísticamente; el resultado del test exacto de Fisher generalizado usando 1.000.000 de simulaciones Monte Carlo fue $p=0,335$



CCRT	Pepe	Félix	madre	padre	terapeuta	María	Otros	Total
	45	5	20	9	4	1	36	120
implícito	26,0%	18,5%	25,3%	34,6%	22,2%	5,3%	21,8%	23,7%
	128	22	59	17	14	18	129	387
explícito	74,0%	81,5%	74,7%	65,4%	77,8%	94,7%	78,2%	76,3%

Figura 11. CCRT. Deseos explícitos e implícitos en los principales objetos

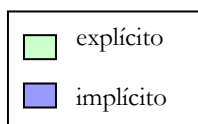
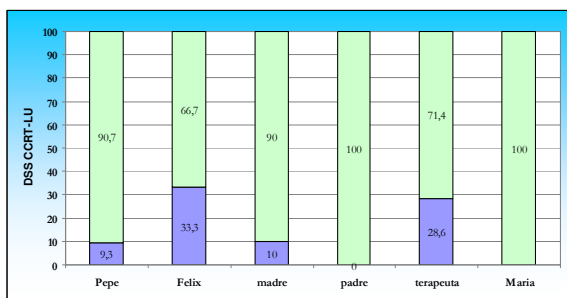
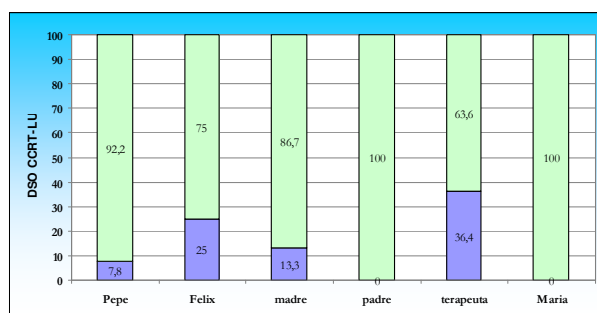
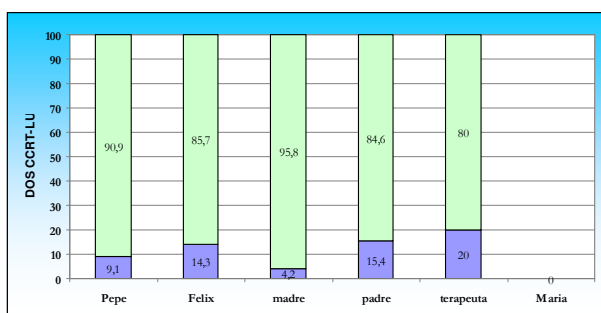
CCRT-LU

Tampoco en CCRT-LU, utilizando el estadístico exacto de Fisher podemos afirmar que haya diferencias significativas en el tipo de deseo explícito o implícito en los

componentes DOO, DOS, DSO, DSS, en función de los principales objetos (ni tampoco en DO y DS).

Sin embargo parece que utilizando CCRT-LU encontramos que en general en este sistema los deseos tienden a ser evaluados como más explícitos (ver Figura 12). Si analizamos la cualidad de los deseos con respecto a los objetos relacionales de María teniendo en cuenta la dimensión de dirección podemos indicar que la totalidad de los deseos implícitos que aparecen en relación al padre se dan en aquellos en los que María espera que él actúe con ella de un modo determinado (DOS). Esta tendencia se invierte en la figura maternal, en la que aparecen menor número de los deseos de esta estructura (4,2%) y mayor en los deseos en los que María desea hacer algo a su madre (DSO; 13,3%).

Existe una característica particular en los episodios con ella misma. En estos episodios, frecuentemente aparece una disociación en su personalidad entre lo que ella debe hacer y lo que ella hace realmente. Por esta razón, en estos episodios aparecen deseos y respuestas tanto del objeto como del sujeto, siendo siempre ella misma.



D	Pepe	Félix	madre	padre	terap	María	Otros	Total
do	2		1	1			2	6
impl.	10,5%		12,5%	25,0%			10,0%	11,3%
dos	17	2	7	3			18	47
expl.	89,5%	100%	87,5%	75,0%			90,0%	88,7%
dso	4	1	1	2	1		5	14
impl.	9,1%	14,3%	4,2%	15,4%	20,0%		10,2%	9,9%
dss	40	6	23	11	4		44	128
expl.	90,9%	85,7%	95,8%	84,6%	80,0%		89,8%	90,1%
doo	4	1	2		4		3	14
impl.	7,8%	25,0%	13,3%		36,4%		9,1%	11,7%
dos	47	3	13	5	7	1	30	106
expl.	92,2%	75,0%	86,7%	100%	63,6%	100%	90,9%	88,3%
dss	4	1	2		2		2	11
impl.	9,3%	33,3%	10,0%		28,6%		4,2%	7,6%
do	39	2	18	5	5	19	46	134
expl.	90,7%	66,7%	90,0%	100%	71,4%	100%	95,8%	92,4%

Figura 12. CCRT-LU. Deseos explícitos e implícitos en los principales objetos

3.5.1.2. Valencia de las Respuestas por objeto

CCRT

En las interacciones relacionales encontramos diferencias significativas entre el valor positivo o negativo de las respuestas del objeto y del sujeto (RO y RS) en función de principales objetos de interacción ($p=0,000913$ y $p=0,001287$ respectivamente).

El mayor porcentaje de respuestas negativas del otro tiene lugar en los episodios con su primera pareja, Pepe, del total de sus respuestas casi el 80% son descritas como negativas por la paciente (ver Figura 13), en estos episodios la propia respuesta de María es negativa en el 71% de las ocasiones. En las interacciones con su segunda pareja observamos que las respuestas de Félix son negativas en el 47% de las ocasiones y su respuesta en el 59% de las ocasiones, porcentajes inferiores en comparación con las interacciones con Pepe.

Las respuestas de las figuras parentales descritas por María son también negativas en la mayoría de las ocasiones así como las respuestas de María en estas interacciones, siendo más negativas las respuestas dirigidas a su madre que hacia su padre. Aproximadamente la mitad de las respuestas tanto del terapeuta hacia María como de María al terapeuta son positivas. En los episodios de interacción con ella misma, María despliega respuestas positivas principalmente.

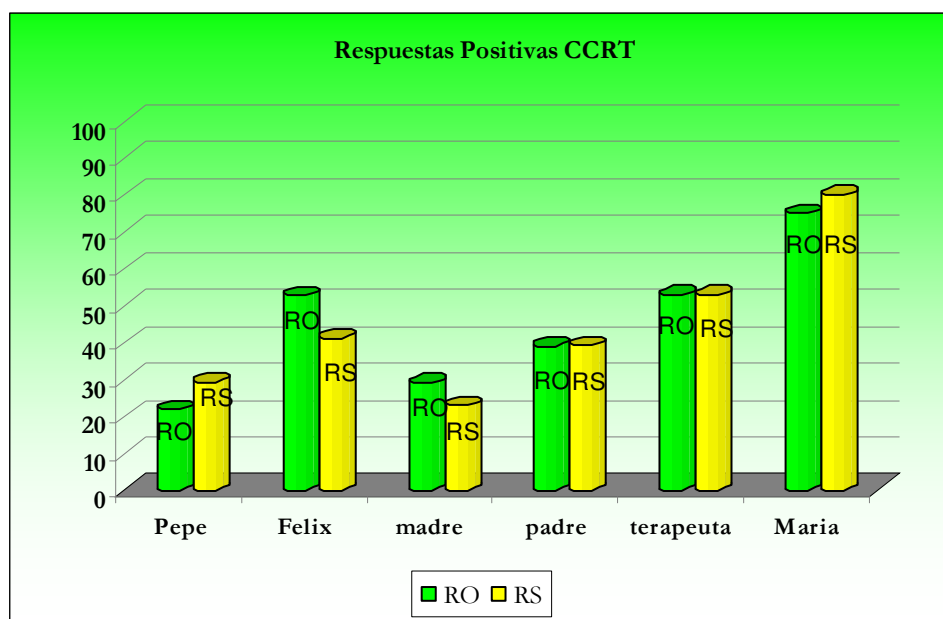


Figura 13. CCRT. Respuestas positivas en los principales objetos

Esto supondría el **índice de positividad** para cada uno de los principales objetos. Como observamos en la Tabla 19 el índice más alto de positividad lo encontramos en la figura del terapeuta (obviando los datos obtenidos para sí misma).

Tabla 19

CCRT. *Índice de Positividad en los principales objetos*

Respuestas	CCRT	Pepe	Félix	madre	padre	terapeuta	María	Otros	Total
R	854	25,5	47,2	26,2	39,0	52,9	78,3	31,1	31,9
RO	438	21,8	52,6	29,0	38,9	52,9	75,0	27,2	29,7
RS	416	29,2	41,2	23,0	39,1	52,9	80,0	34,9	34,1

CCRT-LU

Existen diferencias significativas en el valor positivo o negativo de las respuestas en función de los objetos principales en la respuesta de los objetos hacia María (ROS; $p=0,003607$) y en la reacción de María dirigida hacia sí misma con los diferentes objetos (RSS; $p=0,017463$)

Al igual que en CCRT, las respuestas de su primera pareja hacia ella (ver Figura 14) tienden a ser negativas (71%), las respuestas que María tiene hacia Pepe son también negativas, aunque en menor porcentaje (62%), destacando las reacciones de la paciente hacia ella misma en estas interacciones, que son negativas en el 76% de las ocasiones.

Si comparamos estos datos con los de su segunda pareja destacaríamos que el porcentaje de sus respuestas hacia María son positivas en la mitad de las ocasiones, ella reacciona de forma negativa hacia Félix (75%), pero las reacciones de la paciente hacia ella misma en estas interacciones son positivas en el 55% de las ocasiones, frente al 24% de las mismas en las interacciones con su primer novio.

Las respuestas de la madre y del padre hacia María suelen ser negativas, así como la reacción de la paciente hacia ellos y la reacción hacia ella misma en estas interacciones, con una ligera diferencia en las interacciones con la madre (80%) frente a las interacciones con el padre (69%). Las respuestas tanto del terapeuta hacia la paciente, como de la paciente hacia el terapeuta son generalmente positivas, si bien la respuesta de la paciente hacia ella misma es negativa en el 79% de las ocasiones, esta información la podemos analizar gracias al componente dirección del sistema CCRT-LU, ya que estas diferencias no las podíamos diferenciar en CCRT.

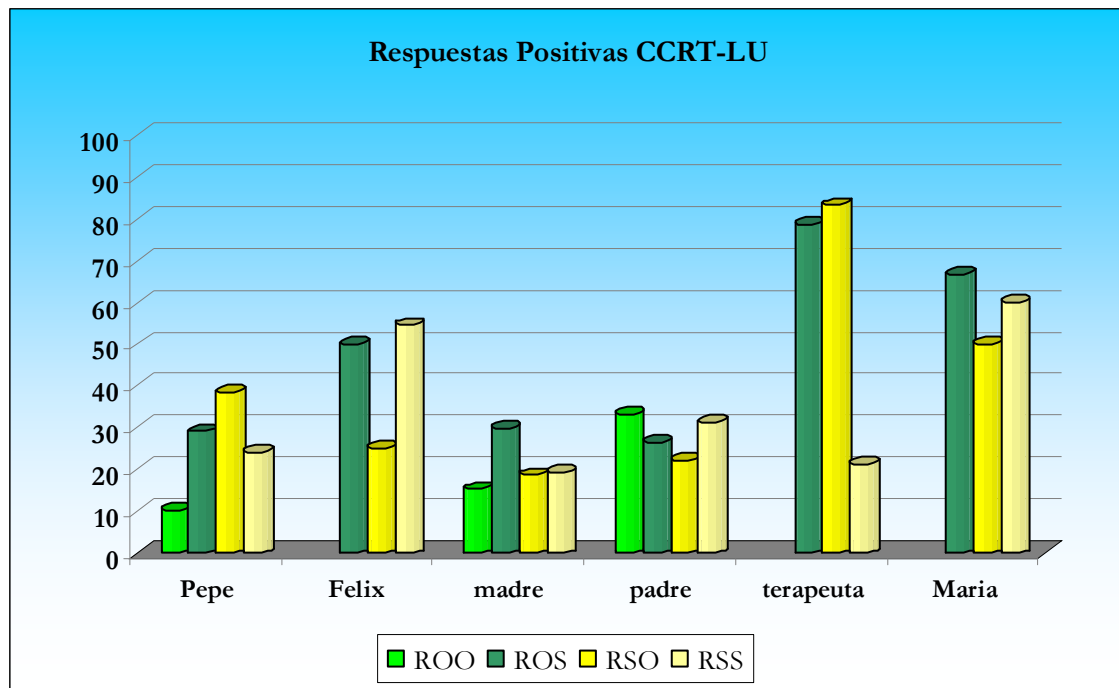


Figura 14. CCRT-LU. Respuestas positivas en los principales objetos

El índice de positividad en CCRT-LU para cada uno de los principales objetos (ver Tabla 20), recogería el aporte del componente de dirección en las respuestas.

Tabla 20

CCRT-LU. Índice de Positividad en los principales objetos

Respuestas	N	Pepe	Félix	madre	padre	terapeuta	María	Otros	Total
R	767	26,4	43,2	23,1	28,3	55,9	60,0	26,3	29,2
RO	344	24,1	50,0	26,7	28,6	78,6	66,7	22,6	27,9
RS	423	28,3	39,1	19,3	28,0	40,0	59,1	29,7	30,3
ROO	77	10,3		15,4	33,3			10,3	13,0
ROS	267	29,1	50,0	29,8	26,7	78,6	66,7	26,3	32,2
RSO	125	38,5	25,0	18,8	22,2	83,3	50,0	31,7	33,6
RSS	298	24,2	54,6	19,5	31,3	21,4	60,0	28,9	28,9

3.5.1.3. Armonía por objeto

Encontramos diferencias significativas en la característica de armonía de los deseos de la paciente hacia los objetos (DSO; $p=0,047463$), en la forma en que responden los

otros a la paciente (ROS; $p= 0,00469$), y en cómo la paciente reacciona hacia ellos (RSO; $p= 0,020261$) y hacia sí misma (RSS; $p= 0,010743$) en función del objeto de interacción.

Como podemos observar en la Tabla 21 la mayor parte de los deseos son armoniosos, tanto lo que María desea que le hagan, como lo que ella desea hacer a los demás y a ella misma, sin embargo en dos figuras, Pepe y el terapeuta, el porcentaje de deseos armoniosos hacia los otros es menor (63% y 55%).

Las respuestas de los otros hacia María son no armoniosas especialmente por parte de Pepe, con 71% de las respuestas no armoniosas, y de su madre, con un 66% de respuestas dirigidas a María no armoniosas. La reacción de María tanto sobre los otros como sobre sí misma es también no armoniosa en la relación con Pepe y con sus padres. En las interacciones con Félix cabe destacar que, pese a que tres de cada cuatro de las respuestas de María hacia él son no armoniosas, la reacción de María sobre sí misma es armoniosa en el 55% de las ocasiones, porcentaje mayor que en el resto de objetos relacionales, que fluctúan entre el 80% de las respuestas negativas sobre sí misma en las interacciones con su Madre al 72% de las que tienen lugar en los episodios con el terapeuta. Parece ser que la mayoría de las interacciones con los diferentes objetos de relación provocan en María reacciones poco armoniosas consigo misma, sin embargo esto no sucede en la interacción con Félix, su segunda pareja durante la terapia.

Tabla 21

CCRT-LU. Índice de armonía por objeto

Dimensión	N	Pepe	Félix	madre	padre	terapeuta	María	Otros	Total
D	460	86,6	87,5	95,5	92,6	78,3	90,0	94,0	90,4
DO	191	98,4	88,9	100,0	94,1	100,0		94,2	96,4
DS	265	78,7	85,7	91,4	90,0	72,2	90,0	93,8	86,0
DOO	53	94,7	100,0	100,0	100,0			90,0	94,3
DOS	142	100,0	85,7	100,0	92,3	100,0		95,9	97,2
DSO	120	62,8	75,0	80,0	80,0	54,6	100,0	90,9	73,3
DSS	145	97,7	100,0	100,0	100,0	100,0	89,5	95,8	96,6
R	767	30,9	46,0	27,4	34,8	67,7	68,0	31,3	34,3
RO	344	32,4	57,1	31,7	42,9	92,9	66,7	28,2	35,2
RS	423	29,7	39,1	22,8	28,0	50,0	68,2	34,1	33,6
ROO	77	41,4		23,1	33,3			17,2	28,6
ROS	267	29,1	57,1	34,0	46,7	92,9	66,7	31,6	37,1
RSO	125	38,5	25,0	31,3	22,2	100,0	100,0	41,5	40,0
RSS	298	26,3	54,6	19,5	31,3	28,6	65,0	30,9	30,9

En resumen, observamos que el índice de armonía para los deseos es mayoritariamente positivo para los diferentes objetos y que las respuestas armoniosas que obtiene de los otros y de sí misma varían en función del objeto de interacción.

Analizando la armonía de los componentes en las interacciones entre las dos parejas que tuvo María durante la terapia (ver Figura 15) observamos que, si bien esta cualidad es semejante en los deseos de María hacia ellos y lo que María espera de ellos, las respuestas de ambos hacia María son diferentes (ROS) y las respuestas de María hacia ella misma en estas interacciones (RSS). Parece ser que cómo se siente, piensa y actúa es más armonioso en las interacciones con su segunda pareja durante la terapia.

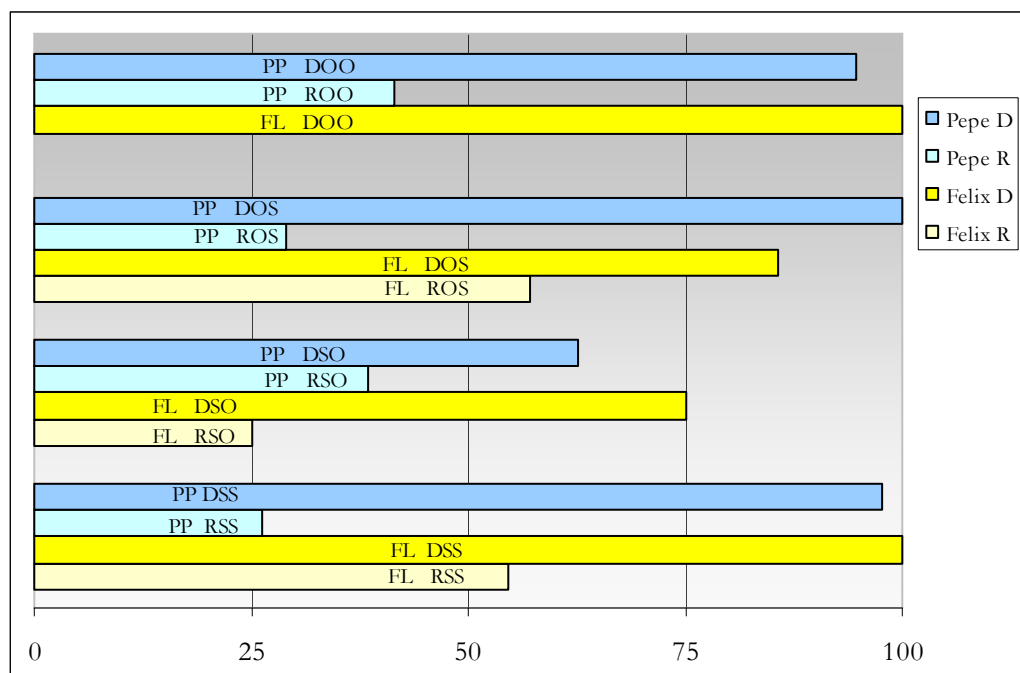
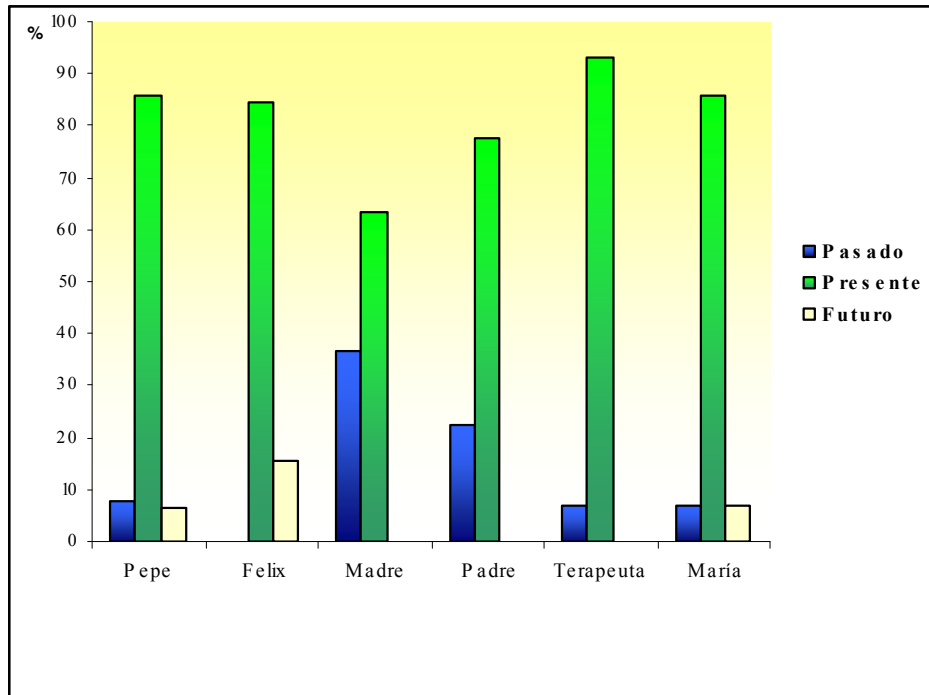


Figura 15. Porcentaje de Deseos y Respuestas armoniosas en dos objetos: Pepe y Félix

3.5.1.4. Tiempo para los diferentes objetos

Las diferencias en el tiempo en que sucedió el episodio en función del objeto son significativas ($p=0,00312$) como se establece a partir del test exacto de Fisher con 1000000 de simulaciones Montecarlo.

La mayor parte de los episodios de María son en presente con los diferentes objetos, si bien se observa una diferencia importante en las interacciones con la madre y el padre, que en un alto porcentaje de las ocasiones son narraciones del pasado (ver Figura 16).



	Pasado		Presente		Futuro	
	abs	rel	abs	rel	abs	rel
Pepe	7	7,6	79	85,9	6	6,5
Félix	0	0	11	84,6	2	15,4
Madre	15	36,6	26	63,4	0	0
Padre	4	22,2	14	77,8	0	0
Terapeuta	1	6,7	14	93,3	0	0
María	1	7,1	12	85,7	1	7,1
Otros	13	13,5	80	83,3	3	12
Total	41	14,2	236	81,7	3,1	4,2

Figura 16. Tiempo en el que sucedieron los episodios con los principales objetos

3.5.2. Patrones generales por objeto

Analizamos a continuación los patrones centrales de conflicto para los principales objetos de la paciente: el novio, la madre, el terapeuta y ella misma (ver Tabla 22 y 23).

CCRT

Existen diferencias significativas en los deseos en función de los 7 principales objetos ($p=0,00026$), en las respuestas del objeto ($p=0,0144$) y en las respuestas del sujeto ($p=0,00013$).

Analizando los deseos en los patrones centrales de relación podemos observar que aquellos más frecuentes son: “Sentirme bien y cómodo”, “Reafirmarme y ser independiente” y “Ser amado y entendido”, sin embargo encontramos algunas diferencias en función de los diferentes objetos de interacción:

- En los deseos más frecuentes con la segunda pareja no se encuentra “Reafirmarme y ser independiente”.
- En los deseos dirigidos al terapeuta más frecuentemente no aparece “Ser amado y entendido”
- En los episodios con ella misma aparece el deseo “Ser distante y evitar conflictos”.

Las respuestas del objeto más frecuentes, como en los patrones generales, son “Trastornan, alteran y enojan” y “Rechazan y están en contra de mí” si bien encontramos algunos matices diferentes dependiendo del objeto en interacción:

- Las respuestas de Félix más frecuentes incluyen “Me aprecian”, “Ayudan” y “Entienden”, respuestas positivas.
- Entre las respuestas del padre más frecuentes no aparece “Rechazan y están en contra de mí” y si aparece la respuesta positiva “Ayudan”.
- El patrón de respuestas del terapeuta es también diferente: “Entienden”, “Controlan” y son “Fuertes”

Las reacciones de María en los episodios de interacción suelen ser negativas, como las más frecuentes en los patrones globales, “Decepcionado y deprimido” o “Me opongo e hiero a los otros”, sin embargo encontramos reacciones positivas entre las más frecuentes en las interacciones con Félix, el padre y el terapeuta (“Respetado y aceptado”) y con ella misma

(“Autocontrol y autoconfianza”), al contrario que en los episodios con Pepe y su madre, en las que son siempre respuestas no armoniosas.

Tabla 22.

CCRT. Patrones generales por objeto

Pepe			
D	abs	rel	cum
D7 Sentirme bien y cómodo	45	26,0	26,0
D6 Ser amado y entendido	41	23,7	49,7
D1 Reafirmarme y ser independiente	32	18,5	68,2
RO			
RO3 Trastornan, alteran, enojan	50	35,2	35,2
RO5 Rechazan y están en contra de mí	28	19,7	54,9
RS			
RS7 Decepcionado y deprimido	35	25,5	25,5
RS2 No receptivo y cerrado	24	17,5	43,1
RS6 Desamparado	21	15,3	58,4

Félix			
D	abs	rel	cum
D7 Sentirme bien y cómodo	10	37,0	37,0
D6 Ser amado y entendido	7	25,9	63,0
RO			
RO3 Trastornan, alteran, enojan	6	31,6	31,6
RO7 Me aprecian	4	21,1	52,6
RO5 Rechazan y están en contra de mí	3	15,8	68,4
RO6 Ayudan	3	15,8	84,2
RO8 Entienden	3	15,8	100,0
RS			
RS3 Respetado y aceptado	5	29,4	29,4
RS2 No receptivo y cerrado	3	17,6	47,1
RS4 Me opongo e hiero a los otros	3	17,6	64,7

Madre			
D	abs	rel	cum
D7 Sentirme bien y cómodo	21	26,6	26,6
D6 Ser amado y entendido	18	22,8	49,4
D1 Reafirmarme y ser independiente	17	21,5	70,9
RO			
RO3 Trastornan, alteran, enojan	27	39,1	39,1
RO5 Rechazan y están en contra de mí	12	17,4	56,5
RS			
RS7 Decepcionado y deprimido	19	31,1	31,1
RS4 Me opongo e hiero a los otros	13	21,3	52,5
RS6 Desamparado	9	14,8	67,2

Padre			
D	abs	rel	cum
D1 Reafirmarme y ser independiente	8	30,8	30,8
D7 Sentirme bien y cómodo	8	30,8	61,5
D6 Ser amado y entendido	6	23,1	84,6
RO			
RO3 Trastornan, alteran, enojan	14	38,9	38,9
RO6 Ayudan	6	16,7	55,6
RS			
RS4 Me opongo e hiero a los otros	8	34,8	34,8
RS7 Decepcionado y deprimido	6	26,1	60,9
RS3 Respetado y aceptado	4	17,4	78,3
RS2 No receptivo y cerrado	3	13,0	91,3

Terapeuta			
D	abs	rel	cum
D1 Reafirmarme y ser independiente	6	33,3	33,3
D7 Sentirme bien y cómodo	5	27,8	61,1
RO			
RO8 Entienden	6	35,3	35,3
RO2 Controlan	4	23,5	58,8
RO1 Fuertes	3	17,6	76,5
RS			
RS3 Respetado y aceptado	6	35,3	35,3
RS2 No receptivo y cerrado	3	17,6	52,9
RS7 Decepcionado y deprimido	3	17,6	70,6
RS8 Asustado y avergonzado	3	17,6	88,2

María			
D	abs	rel	cum
D7 Sentirme bien y cómodo	7	36,8	36,8
D1 Reafirmarme y ser independiente	5	26,3	63,2
D4 Ser distante y evitar conflictos	4	21,1	84,2
RO			
RO2 Controlan	2	25,0	25,0
RO3 Trastornan, alteran, enojan	2	25,0	50,0
RO7 Me aprecian	2	25,0	75,0
RS			
RS5 Autocontrol y autoconfianza	8	53,3	53,3
RS3 Respetado y aceptado	3	20,0	73,3
RS8 Asustado y avergonzado	2	13,3	86,7

Nota: Se recogen las categorías cuya frecuencia observada es mayor que la frecuencia esperada para una distribución uniforme, $rel.>1/8=12,5\%$

Tabla 23

CCRT. Comparación patrones centrales de relación por objeto

Pepe	Félix	Madre	Padre	Terapeuta	María
D					
D7 Sentirme bien y cómodo	D7 Sentirme bien y cómodo	D7 Sentirme bien y cómodo	D1 Reafirmarme y ser independiente	D1 Reafirmarme y ser independiente	D7 Sentirme bien y cómodo
RO					
RO3 Trastornan, alteran, enojan	RO3 Trastornan, alteran, enojan	RO3 Trastornan, alteran, enojan	RO3 Trastornan, alteran, enojan	RO8 Entienden	RO2 Controlan
RS					
RS7 Decepcionado y deprimido	RS3 Respetado y aceptado	RS7 Decepcionado y deprimido	RS4 Me opongo e hiero a los otros	RS3 Respetado y aceptado	RS5 Autocontrol y autoconfianza

CCRT-LU

En los patrones relacionales de la paciente en función de los diferentes objetos de interacción observamos (ver Tabla 24 y 25) que lo que ella desea de los otros es, para todas las figuras, ser *“atendida”*, *“amada, sentirse bien”* y ser *“apoyada”*, al igual que lo que ella desea hacer a los otros, excepto en las interacciones con el terapeuta, en las que desea *“retirarse en ella”*. Los deseos dirigidos hacia ella misma son *“amar, sentirse bien”*, excepto en las interacciones con el terapeuta y con ella misma en las que desea *“tener autodeterminación”*.

Las respuestas de los otros dirigidas a María son negativas en el caso de Pepe, siendo el patrón *“rechazar”* y de la madre *“molestar y atacar”*; y positivas en el caso de Félix (*“amar, sentirse bien”*) y del terapeuta (*“atender”* y *“apoyar”*). Las respuestas del padre dirigidas hacia María son, por una parte, *“amar, sentirse bien”* y por otra *“dominar”*.

Con todos los objetos la reacción de María hacia ellos es no armoniosa, excepto con el terapeuta, en la que la respuesta es *“atender”*. Así mismo la reacción de María dirigida hacia sí misma en estas interacciones es negativa en el caso de Pepe, la madre y el terapeuta (*“insatisfecho, asustado”*), positiva en el caso de Félix (*“amar, sentirse bien”*) y en el de ella misma (*“tener autodeterminación”*) y ambigua en las interacciones con el padre, en las que por una parte se *“siente amada y bien”* y por otra parte *“enfadada, antipática”*.

Tabla 24

CCRT-LU. Patrones generales por objeto

Pepe				
DOO	abs	n	rel	cum
C amar, sentirse bien	8	19	42,1	42,1
D tener autodeterminación	7	19	36,8	78,9
B apoyar	2	19	10,5	89,5
DOS				
A atender a	20	44	45,5	45,5
C amar, sentirse bien	12	44	27,3	72,7
D tener autodeterminación	8	44	18,2	90,9
B apoyar	4	44	9,1	100
DSO				
C amar, sentirse bien	17	51	33,3	33,3
L molestar, atacar	9	51	17,6	51,0
M retirarse en uno mismo	8	51	15,7	66,7
D tener autodeterminación	7	51	13,7	80,4
B apoyar	17	51	33,3	33,3
DSS				
C amar, sentirse bien	23	43	53,5	53,5
D tener autodeterminación	18	43	41,9	95,3
ROO				
C amar, sentirse bien	7	29	24,1	24,1
E deprimirse, resignarse	4	29	13,8	37,9
F insatisfecho, asustado	4	29	13,8	51,7
I poco fiable	4	29	13,8	65,5
A atender a	3	29	10,3	75,9
H enfadado, antipático	3	29	10,3	86,2
ROS				
J rechazar	15	79	19,0	19,0
I poco fiable	12	79	15,2	34,2
K dominar	10	79	12,7	46,8
A atender a	8	79	10,1	57,0
H enfadado, antipático	8	79	10,1	67,1
C amar, sentirse bien	7	79	8,9	75,9
RSO				
H enfadado, antipático	8	39	20,5	20,5
A atender a	7	39	17,9	38,5
J rechazar	7	39	17,9	56,4
M retirarse en uno mismo	5	39	12,8	69,2
B apoyar	4	39	10,3	79,5
D tener autodeterminación	4	39	10,3	89,7
RSS				
F insatisfecho, asustado	26	99	26,3	26,3
H enfadado, antipático	21	99	21,2	47,5
C amar, sentirse bien	19	99	19,2	66,7
E deprimirse, resignarse	16	99	16,2	82,8

Félix				
DOO	abs	n	rel	cum
D tener autodeterminación	2	2	100	100
DOS				
C amar, sentirse bien	3	7	42,9	42,9
A atender a	2	7	28,6	71,4
B apoyar	1	7	14,3	85,7
M retirarse en uno mismo	1	7	14,3	100
DSO				
C amar, sentirse bien	3	4	75,0	75,0
K dominar	1	4	25,0	100
DSS				
C amar, sentirse bien	2	3	66,7	66,7
D tener autodeterminación	1	3	33,3	100
ROO				
ROS				
C amar, sentirse bien	4	14	28,6	28,6
J rechazar	3	14	21,4	50,0
A atender a	2	14	14,3	64,3
B apoyar	2	14	14,3	78,6
RSO				
J rechazar	3	12	25,0	25,0
A atender a	2	12	16,7	41,7
H enfadado, antipático	2	12	16,7	58,3
L molestar, atacar	2	12	16,7	75,0
C amar, sentirse bien	1	12	8,3	83,3
K dominar	1	12	8,3	91,7
M retirarse en uno mismo	1	12	8,3	100
RSS				
C amar, sentirse bien	6	11	54,5	54,5
H enfadado, antipático	2	11	18,2	72,7
E deprimirse, resignarse	1	11	9,1	81,8
L molestar, atacar	1	11	9,1	90,9
M retirarse en uno mismo	1	11	9,1	100

Madre				
DOO	abs	n	rel	cum
C amar, sentirse bien	3	8	37,5	37,5
D tener autodeterminación	3	8	37,5	75,0
A atender a	1	8	12,5	87,5
B apoyar	1	8	12,5	100
DOS				
A atender a	10	24	41,7	41,7
D tener autodeterminación	6	24	25,0	66,7
B apoyar	5	24	20,8	87,5
C amar, sentirse bien	3	24	12,5	100
DSO				
C amar, sentirse bien	6	15	40,0	40,0
B apoyar	3	15	20,0	60,0
A atender a	2	15	13,3	73,3
M retirarse en uno mismo	2	15	13,3	86,7
DSS				
C amar, sentirse bien	10	20	50,0	50,0
D tener autodeterminación	9	20	45,0	95,0
ROO				
G determinado por otros	4	13	30,8	30,8
M retirarse en uno mismo	3	13	23,1	53,8
ROS				
L molestar, atacar	12	47	25,5	25,5
K dominar	8	47	17,0	42,6
C amar, sentirse bien	7	47	14,9	57,4
J rechazar	7	47	14,9	72,3
B apoyar	6	47	12,8	85,1
RSO				
J rechazar	6	16	37,5	37,5
L molestar, atacar	3	16	18,8	56,3
D tener autodeterminación	2	16	12,5	68,8
H enfadado, antipático	2	16	12,5	81,3
RSS				
F insatisfecho, asustado	16	41	39,0	39,0
H enfadado, antipático	7	41	17,1	56,1
C amar, sentirse bien	6	41	14,6	70,7

Padre				
DOO	abs	n	rel	cum
D tener autodeterminación	3	4	75,0	75,0
C amar, sentirse bien	1	4	25,0	100
DOS				
A atender a	6	13	46,2	46,2
B apoyar	2	13	15,4	61,5
C amar, sentirse bien	2	13	15,4	76,9
D tener autodeterminación	2	13	15,4	92,3
DSO				
B apoyar	2	5	40,0	40,0
C amar, sentirse bien	2	5	40,0	80,0
M retirarse en uno mismo	1	5	20,0	100
DSS				
C amar, sentirse bien	4	5	80,0	80,0
D tener autodeterminación	1	5	20,0	100
ROO				
A atender a	1	6	16,7	16,7
C amar, sentirse bien	1	6	16,7	33,3
H enfadado, antipático	1	6	16,7	50,0
J rechazar	1	6	16,7	66,7
K dominar	1	6	16,7	83,3
L molestar, atacar	1	6	16,7	100
ROS				
C amar, sentirse bien	4	15	26,7	26,7
K dominar	4	15	26,7	53,3
B apoyar	2	15	13,3	66,7
L molestar, atacar	2	15	13,3	80,0
RSO				
J rechazar	3	9	33,3	33,3
C amar, sentirse bien	2	9	22,2	55,6
F insatisfecho, asustado	1	9	11,1	66,7
H enfadado, antipático	1	9	11,1	77,8
K dominar	1	9	11,1	88,9
L molestar, atacar	1	9	11,1	100
RSS				
C amar, sentirse bien	5	16	31,3	31,3
H enfadado, antipático	5	16	31,3	62,6
F insatisfecho, asustado	3	16	18,8	81,3
G determinado por otros	2	16	12,5	93,8

Terapeuta				
DOO^a	abs	n	rel	cum
DOS				
B apoyar	3	5	60,0	60,0
A atender a	1	5	60,0	80,0
C amar, sentirse bien	1	5	20,0	100
DSO				
M retirarse en uno mismo	4	11	36,4	36,4
B apoyar	2	11	18,2	54,5
C amar, sentirse bien	2	11	18,2	36,4
A atender a	1	11	9,1	81,8
D tener autodeterminación	1	11	9,1	90,9
K dominar	1	11	9,1	100
DSS				
D tener autodeterminación	4	7	57,1	57,1
C amar, sentirse bien	4	7	28,6	85,7
A atender a	1	7	14,3	100
ROO				
ROS				
A atender a	5	14	35,7	35,7
B apoyar	5	14	35,7	71,4
D tener autodeterminación	3	14	21,4	92,9
RSO				
A atender a	4	6	66,7	66,7
B apoyar	1	6	16,7	83,3
D tener autodeterminación	1	6	16,7	100
RSS				
F insatisfecho, asustado	7	14	50,0	50,0
D tener autodeterminación	3	14	21,4	71,4
E deprimirse, resignarse	2	14	14,3	85,7

María				
DOO	abs	n	rel	cum
DOS				
DSO				
C amar, sentirse bien	1	1	100	100
DSS				
D tener autodeterminación	9	19	47,4	47,4
C amar, sentirse bien	7	19	36,8	84,2
M retirarse en uno mismo	2	19	10,5	47,4
ROO				
ROS				
D tener autodeterminación	2	3	66,7	66,7
K dominar	1	3	33,3	100
RSO				
A atender a	2	2	100	100
RSS				
D tener autodeterminación	7	20	35,0	35,0
C amar, sentirse bien	5	20	25,0	60,0
E deprimirse, resignarse	2	20	10,0	70,0
F insatisfecho, asustado	2	20	10,0	80,0
G determinado por otros	2	20	10,0	90,0

Nota: Categorías cuya frecuencia observada es mayor que la frecuencia esperada para una distribución uniforme, $rel.>1/13= 7,7\%$.

^a --- Componentes menos relevantes desde el punto de vista del método CCRT

Tabla 25

CCRT-LU. Comparación patrones centrales de relación por objeto

Pepe	Félix	Madre	Padre	Terapeuta	María
DOS					
A atender a	C amar, sentirse bien	A atender a	A atender a	B apoyar	
DSO					
C amar, sentirse bien	C amar, sentirse bien	C amar, sentirse bien	B apoyar/ C amar, sentirse bien	M retirarse en uno mismo	
DSS					
C amar, sentirse bien	C amar, sentirse bien	C amar, sentirse bien	C amar, sentirse bien	D tener autodeterminación/ C amar, sentirse bien	D tener autodeterminación
ROS					
J rechazar	C amar, sentirse bien	L molestar, atacar	C amar, sentirse bien/ K dominar	A atender a/ B apoyar	
RSO					
H enfadado, antipático	J rechazar	J rechazar	J rechazar	A atender a	
RSS					
F insatisfecho, asustado	C amar, sentirse bien	F insatisfecho, asustado	C amar, sentirse bien/ H enfadado, antipático	F insatisfecho, asustado	D tener autodeterminación

Nota: No se recogen los componentes menos relevantes desde para el método DOO y ROO.

Los componentes significativamente diferentes en función de los principales objetos son DOS, ROO, ROS, y RSS (ver Tabla 26). Sin embargo, si consideramos este análisis en las dimensiones deseo del objeto, deseo del sujeto, respuesta del objeto y respuesta del sujeto, las diferencias significativas aparecen en las respuestas, tanto del sujeto como del objeto, lo que es relevante desde el punto de vista clínico.

Tabla 26

CCRT-LU. Diferencias entre principales objetos en categorías cluster

DOO	0,692	DO	0,010
DOS	0,011 *		
DSO	0,216	DS	0,097
DSS	0,833		
ROO	0,006 **	RO	<0,001 ***
ROS	<0,001 ***		
RSO	0,315	RS	<0,001 ***
RSS	<0,001 ***		

Nota: ^a Fisher-Test, p< * 0,05, ** 0,01, *** 0,001; 1000000 Monte Carlo trials

3.5.3. Patrones específicos por objeto

Originalmente Luborsky asumió, considerando el concepto de transferencia, que los patrones centrales aparecen de forma repetida en las narraciones del paciente en los diferentes objetos (Luborsky, 1990, 1998). En el apartado anterior hemos analizado los patrones más frecuentes para los principales objetos de la paciente. Sin embargo, hemos visto que este análisis nos aporta categorías similares para todos los objetos (ver Tablas 22 y 24).

Albani et al (2008) y Pokorny (en prensa) presentaron interesantes estudios de las similitudes y diferencias en patrones específicos de relación con diferentes objetos relacionales.

Su acercamiento no es preguntarse qué categoría es la más frecuente para el objeto considerado, más bien se preguntan qué categorías ocurren significativamente diferente para ese objeto que otras. Estas categorías se consideran *características* para el objeto de relación dado.

Por ejemplo, el deseo cluster CCRT más frecuente para el novio Pepe es D7 “Sentirme bien y cómodo” (ver Tabla 22). El mismo deseo es el más frecuente para cuatro de los seis objetos seleccionados (ver Tabla 23) así como el deseo más frecuente en la totalidad e la muestra investigada (ver Tabla 16). Por lo tanto, la información “*a María le gusta sentirse bien y cómoda con Pepe*” no es muy específica.

Por el contrario, buscando las categorías que son características para Pepe encontramos D6 “*a María le gusta ser amada y comprendida por su novio Pepe*” (ver Tabla 27). deseo que se puede esperar, obviamente. Las categorías de objeto características se pueden considerar como patrones de contraste en comparación con la totalidad de los patrones generales para los objetos tomados en conjunto.

El análisis de datos se realizó en tres fases:

1. Análisis de las frecuencias totales e identificación de patrones generales,
- 2a. Prueba global confirmatoria de diferencias en los patrones para los diferentes objetos.
- 2b. Pruebas exploratorias parciales para buscar patrones característicos.

La prueba global prueba la hipótesis de asociación en una tabla de contingencia de dos vías (categorías por objetos). Se realiza el test global para cada dimensión (D, RO, etc.) y para nivel de categoría (armonioso/no armonioso, clusters, categorías de nivel medio e

inferior) consecutivamente. La prueba decide generalmente (sí/no) si los objetos relacionales muestran alguna diferencia.

Tradicionalmente, se ha usado la prueba Chi-cuadrado de Pearson como una prueba global de asociación en las tablas de frecuencias de dos vías (RxC) (R filas por C columnas). Esta prueba asintótica estima la significación muy incorrectamente cuando las frecuencias esperadas son pequeñas, lo que es frecuente para el análisis en CCRT. Por esta razón, se está usando aquí el test exacto generalizado de Fisher para tablas de contingencia de dos dimensiones RxC (R filas por C columnas).

Mientras que la prueba exacta de Fisher para tablas 2x2 se puede calcular muy rápidamente, el algoritmo general conlleva una gran complejidad de tiempo. Cuando el cálculo no termina en un tiempo razonable, se han utilizado las simulaciones Monte Carlo en lugar del procedimiento exacto.

Se buscan los patrones característicos en el último paso. Definimos así que un patrón característico para un objeto dado es un conjunto de categorías CCRT (o CCRT-LU respectivamente) asociadas significativamente con ese objeto.

Probamos la asociación entre el objeto y la categoría mediante el test exacto de Fisher para una tabla de 2x2. Consideramos un nivel de significación de una cola $\alpha = 0,05$ como criterio. También se requiere que la combinación categoría-objeto suceda al menos tres (dos en CCRT-LU) veces en los datos. El test se aplica a cada área de las tablas RxC investigadas. Las filas de las tablas 2x2 representan el objeto considerado en ese momento y todos los demás objetos; las dos columnas representan la categoría considerada en ese momento y todas las otras categorías en ese nivel.

Calcular las series de pruebas Fisher simultáneamente está relacionado al problema de la inferencia simultánea. La probabilidad de un resultado falsamente positivo es limitado por $p=0,05$ para cada resultado individual; la probabilidad de que algunos de los resultados sean falsamente positivos pueden exceder el límite considerablemente. Se puede utilizar un procedimiento como el de Bonferroni o algún otro de inferencia simultánea para evitar este problema.

Una desventaja de este enfoque confirmatorio estriba en el poder decreciente, se encuentran en muchos casos resultados simultáneamente menores o no válidos. Por esta razón hemos decidido adoptar un enfoque exploratorio. Si se confirma la asociación por el test global entonces interpretamos el conjunto de resultados significativos como una explicación posible de la asociación global. Nuestra interpretación no depende demasiado

de cada resultado particular, interpretamos la estructura resultado como la exploración global.

El conjunto de los resultados locales es presentado de forma ordenada en cada dimensión según la significación decreciente. Por lo tanto, los resultados “más importantes” son los que aparecen en primer lugar.

CCRT

En la Tabla 27 aparecen las categorías que ocurren de forma significativamente diferente para un objeto frente al resto de los objetos tomados en conjunto, o (equivalente matemáticamente) categorías que ocurren más frecuente significativamente en la totalidad de la muestra.

Las categorías específicas más frecuentes en su primer novio, Pepe, son deseo “*ser amado y entendido*” y me siento “*desamparada*”, frente a los del segundo novio, en que la categoría específicamente diferente es Félix “*me aprecia*”. El deseo específico hacia su madre es “*Ser controlado, ser herido y no tener responsabilidad*” y la respuesta de María hacia su padre “*Me opongo e hiero a los otros*” y hacia su familia “*Ayudo*”. El patrón específico hacia la familia de Pepe es desea “*(tener éxito) y ayudar a los otros*”, éstos la “*trastornan, alteran, enojan*” y ella se “*opone y les hiere*”.

Con la gente del trabajo y profesores el deseo es “*(tener éxito) y ayudar a los otros*”, con los primeros la respuesta específica de María es sentirse “*asustada y avergonzada*”, mientras que los últimos “*le aprecian*” y se siente “*respetada y aceptada*” y con “*autocontrol y autoconfianza*”. También se siente “*respetada y aceptada*” en respuesta a las reacciones del terapeuta es “*fuerte*” y me “*entiende*”. En las interacciones con ella misma su propia reacción es de “*autocontrol y autoconfianza*” diferencialmente.

Tabla 27

CCRT. Patrones específicos para cada objeto

Pepe	Pepe			total			Fisher ^a
D	abs	n	rel	abs	n	rel	p
D6 Ser amado y entendido	41	173	23.7	88	507	17.4	.0053**
RS							
RS6 Desamparado	21	137	15.3	38	416	9.1	.0024**
Félix	Félix			total			Fisher
RO							
RO7 Me aprecian	4	19	21.1	37	438	8.4	.0066**
Madre	Madre			total			Fisher
D							
D3 Ser controlado, herido no respon.	3	79	3.8	5	507	1.0	.0288*
Padre	Padre			total			Fisher
RS							
RS4 Me opongo e hiero a los otros	8	23	34.8	62	416	14.9	.0121*
Familia	Familia			total			Fisher
RS							
RS1 Ayudo	3	16	18.8	21	416	5	.0406*
Familia de Pepe	F.Pepe			total			Fisher
D							
D8 (Tener éxito) y ayudar a los otros	9	27	33.3	60	507	11.8	.0021**
RO							
RO3 Trastornan, alteran, enojan	10	16	62.5	153	438	34.9	.0205*
RS							
RS4 Me opongo e hiero a los otros	6	18	33.3	62	416	14.9	.0372*
Gente trabajo	Trabajo			total			Fisher
D							
D8 (Tener éxito) y ayudar a los otros	13	35	37.1	60	507	11.8	.0001***
RS							
RS8 Asustado y avergonzado	5	36	13.9	23	416	5.5	.0389*
Profesores	Prof.s			total			Fisher
D							
D8 (Tener éxito) y ayudar a los otros	3	7	42.9	60	507	11.8	.0390*
RO							
RO7 Me aprecian	3	6	50	37	438	8.4	.0093**
RS							
RS3 Respetado y aceptado	4	9	44.4	59	416	14.2	.0267*
RS5 Autocontrol y autoconfianza	4	9	44.4	56	416	13.5	.0221*
Terapeuta	Terapeuta			total			Fisher
RO							
RO1 Fuertes	3	17	17.6	19	438	4.3	.0320*
RO8 Entienden	6	17	35.5	40	438	9.1	.0023**
RS							
RS3 Respetado y aceptado	6	17	35.3	59	416	14.2	.0222*
María	María			total			Fisher
RS							
RS5 Autocontrol y autoconfianza	8	15	53.3	56	416	13.5	.0002***

Nota: Fisher-Test: $p \leq 0,05$, frecuencia ≥ 3 ;

^a Significación de una cola (one-sided) Fisher-Test * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$

CCRT-LU

El análisis de los patrones específicos para los diferentes objetos de interacción en CCRT-LU nos aporta un mapa completo de relaciones específicas gracias al componente de dirección de deseos y respuestas y a los tres niveles de análisis: categorías de nivel inferior, medio y superior (ver Tabla 28).

Así, por ejemplo, podemos ver que las categorías que aparecen significativamente más en Pepe que en el resto de los objetos relacionales son: María desea que Pepe *“le ame, le haga sentir bien”*, y sea *“comprensivo”*, desea *“molestar, atacar”* a Pepe, y *“desarrollarse libremente, ser espontánea, feliz.”* Pepe reacciona ante estos deseos con *“enfado”* y *“retirándose en sí mismo”*, al igual que la respuesta de María hacia él. La respuesta de sí misma es sentirse *“infeliz, deprimida, desilusionada”*.

Este patrón de categorías es diferente del que encontramos con su segunda pareja, que le responde de forma específica *“amándole, haciéndole sentir bien”* y en la que la reacción de ella hacia sí misma es sentirse *“alegre, sorprendida, satisfecha”*.

Tabla 28

CCRT-LU. Patrones específicos por objeto en categorías de alto, medio y bajo nivel

Pepe	Pepe			total			Fisher ^a
	abs	n	rel	abs	n	rel	p
DOO^b							
C3 confiar, satisfecho, sentir placer	8	19	42.1	4	34	11.8	.0154 *
C32 aliviado	3	19	15.8	0	34	0.0	.0414 *
DOS							
C amar, sentirse bien	12	44	27.3	24	142	16.9	.0270 *
A26 comprensivo	4	44	9.1	5	142	3.5	.0297 *
DSO							
L molestar, atacar	9	51	17.6	10	120	8.3	.0018 **
L2 atacar	7	51	13.7	7	120	5.8	.0019 **
L23 castigar, vengar, destruir, usar violencia	5	51	9.8	5	120	4.2	.0123 *
DSS							
C33 expansionarse, espontáneo, desarrollarse libremente, feliz	17	43	39.5	40	145	27.6	.0312 *
ROO							
C13 gustar, querido, simpático, tener amigos, llevarse bien	3	29	10.3	3	77	3.9	.0500 *
ROS							
H1 sentir repulsa, enfadado	8	79	10.1	11	267	4.1	.0032 **
H enfadado, antipático	8	79	10.1	12	267	4.5	.0073 **
H16 enfadado, cólera, sentirse frustrado	5	79	6.3	6	267	2.2	.0089 **
H13 celoso, envidioso	3	79	3.8	3	267	1.1	.0252 *
M retirarse en uno mismo	4	79	5.1	5	267	1.9	.0259 *
I12 negligente, abandonar, superficial, irresponsable, crudo	6	79	7.6	10	267	3.7	.0413 *
J11 desconcertar, desanimar, menos preciar, ignorar	8	79	10.1	15	267	5.6	.0416 *
RSO							
M14 evitar conflictos, conformarse, ceder, someterse, sumiso	3	39	7.7	3	125	2.4	.0288 *
M retirarse en uno mismo	5	39	12.8	7	125	5.6	.0299 *
RSS							
E11 infeliz, deprimido, desilusionado	11	99	11.1	16	298	5.4	.0031 **
E1 desilusionado	14	99	14.1	24	298	8.1	.0075 **
E deprimirse, resignarse	16	99	16.2	30	298	10.1	.0135 *
Félix							
ROS							
C amar, sentirse bien	4	14	28.6	28	267	10.5	.0465 *
RSS							
C3 confiar, satisfecho, sentir placer	6	11	54.5	57	298	19.1	.0081 **
C amar, sentirse bien	6	11	54.5	60	298	20.1	.0106 *
C34 alegre, sorprendido, satisfecho	3	11	27.3	17	298	5.7	.0192 *
madre							
DOS							
B22 generoso, malcriar, preferir	2	24	8.3	2	142	1.4	.0276 *
DSO							
C13 gustar, querido, simpático, tener amigos,	4	15	26.7	7	120	5.8	.0046 **
C1 cercano	6	15	40.0	24	120	20.0	.0487 *
DSS							
D25 independiente, auto-suficiente	7	20	35.0	20	145	13.8	.0082 **
ROS							
L molestar, atacar	12	47	25.5	32	267	12.0	.0034 **
L2 atacar	6	47	12.8	11	267	4.1	.0051 **
B22 generoso, malcriar, preferir	3	47	6.4	4	267	1.5	.0172 *
L11 hacer daño, herir, ofender, reñir,	5	47	10.6	10	267	3.7	.0174 *

ridiculizar, humilar L22 torturarcausar daño físico,hostil hostigar	2	47	4.3	2	267	.7	.0304 *
RSO							
J21 oponer, competir, testarudo, disputar	4	16	25.0	9	125	7.2	.0156 *
RSS							
F11 sentirse culpable, arrepentirse	6	41	14.6	9	298	3.0	.0003 ***
F insatisfecho, asustado	16	41	39.0	75	298	25.2	.0253 *
F1 sentirse culpable, avergonzado, insatisfecho	9	41	22.0	36	298	12.1	.0400 *
padre							
DSO							
B21 proteger	2	5	40.0	4	120	3.3	.0081 **
ROS							
C43 tocar, besar, acariciar, afectuoso	2	15	13.3	3	267	1.1	.0084 **
C4 sexualmente activo, tener interés	2	15	13.3	4	267	1.5	.0166 *
RSS							
C31 confiar, seguro de sí mismo, creer, confiado, seguro	2	16	12.5	4	298	1.3	.0153 *
terapeuta							
DOS							
B11 explicar, comunicar, decir, expresar, con	2	5	40.0	3	142	2.1	.0029 **
B1 explicar, confirmar	2	5	40.0	6	142	4.2	.0141 *
B apoyar	3	5	60.0	18	142	12.7	.0147 *
DSO							
M11 dejar, poner distancia, poner límites	3	11	27.3	6	120	5.0	.0100 *
M1 retirarse en uno mismo, reservado	4	11	36.4	16	120	13.3	.0397 *
M retirarse en uno mismo	4	11	36.4	17	120	14.2	.0493 *
ROS							
B11 explicar, comunicar, decir, expresar, convencer	4	14	28.6	8	267	3.0	.0003 ***
B1 explicar, confirmar	5	14	35.7	17	267	6.4	.0008 ***
B apoyar	5	14	35.7	26	267	9.7	.0065 **
A12 comprenderse, buscar, defender algo	2	14	14.3	3	267	1.1	.0073 **
A atender a	5	14	35.7	30	267	11.2	.0124 *
A26 comprensivo	2	14	14.3	4	267	1.5	.0145 *
D tener autodeterminación	3	14	21.4	15	267	5.6	.0360 *
RSO							
A atender a	4	6	66.7	22	125	17.6	.0088 **
A21 aceptar, respetar, tomar en serio	2	6	33.3	6	125	4.8	.0266 *
A2 aceptar, comprensivo	3	6	50.0	18	125	14.4	.0384 *
RSS							
F12 avergonzarse	2	14	14.3	5	298	1.7	.0189 *
D26 seguro, creer y confiar de uno mismo	2	14	14.3	6	298	2.0	.0276 *
F insatisfecho, asustado	7	14	50.0	75	298	25.2	.0359 *
María							
DSS							
C5 sano, vivir	2	19	10.5	3	145	2.1	.0433 *
ROS							
D1 interiormente fuerte	2	3	66.7	14	267	5.2	.0073 **
D tener autodeterminación	2	3	66.7	15	267	5.6	.0084 **
RSO							
A atender a	2	2	100.0	22	125	17.6	.0298 *
RSS							
D2 orgulloso, autónomo	7	20	35.0	22	298	7.4	.0002 ***
D tener autodeterminación	7	20	35.0	26	298	8.7	.0006 ***

Note: Fisher-Test: $p \leq 0,05$, frecuencia ≥ 2

^a Significación one-sided Fisher Test: * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$

^b Componentes menos relevantes desde el punto de vista del método CCRT

3.6. Evolución del proceso terapéutico

A continuación analizaremos la evolución del proceso terapéutico en este caso singular usando el método CCRT con ambos sistemas de categorías, el tradicional y el sistema CCRT-LU

3.6.1. Características de los episodios de relación en el proceso

3.6.1.1. Episodios de relación en el proceso

Los resultados obtenidos respecto al número medio de episodios de relación por sesión obtenidos en cada fase (Figura 17) muestran que a medida que avanza el tratamiento se da una disminución considerable del número de episodios relatados en la sesión.

Utilizando el coeficiente de Spearman podemos señalar que hay una correlación de negativa significativa ($\rho = -0,0397^{**}$) en el número de episodios de relación a medida que avanzan las sesiones. Esta tendencia decreciente fue observada también en otros estudios, como el mencionado estudio caso singular alemán de Amalia X. Las primeras sesiones de un tratamiento de larga duración contienen típicamente mucho material narrativo de la biografía completa del paciente. En sesiones posteriores el interés se concentra cada vez más en la elaboración del material narrativo.

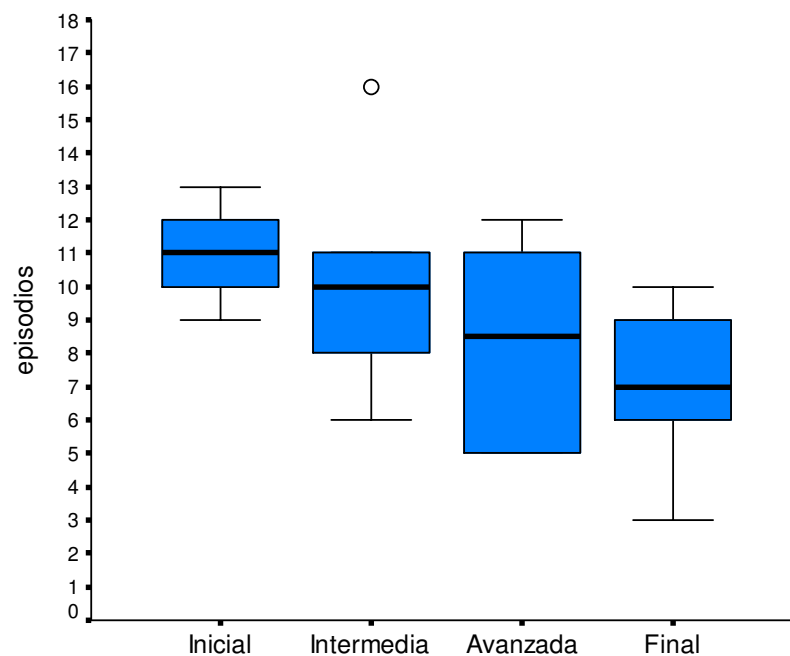
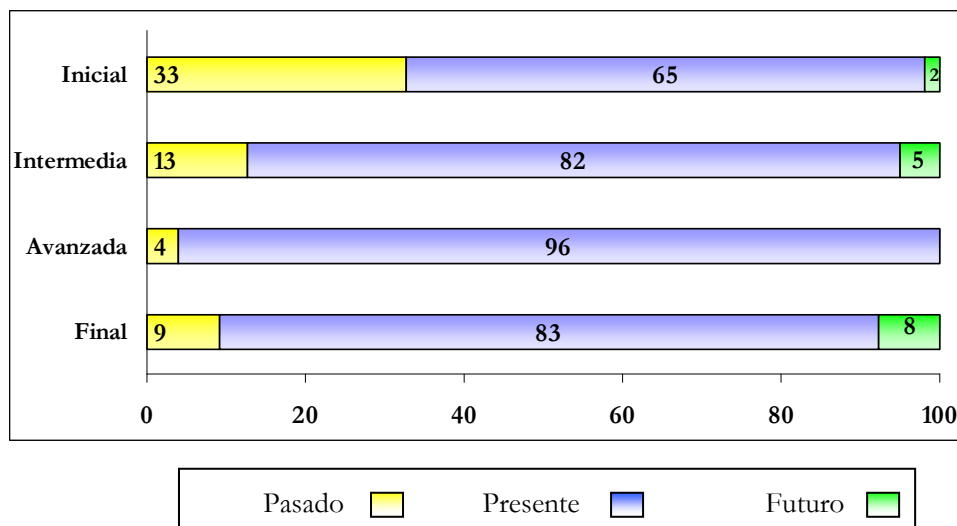


Figura 17. Número de episodios de relación por sesión las cuatro fases del tratamiento

3.6.1.2. Tiempo de los episodios de relación en el proceso

Existen diferencias significativas ($p < 0,001$) en el tiempo (presente, pasado o futuro) de los ER en las fases de la terapia. Evaluando el tiempo de los episodios de relación a lo largo de las diferentes fases (ver Figura 18) observamos que en todas el tiempo predominante es el presente, sin embargo, en la fase inicial hay mayor porcentaje de episodios narrados en pasado, uno de cada tres episodios hacen referencia al pasado de la paciente. El mayor porcentaje de episodios en tiempo futuro se dan en la última fase de la terapia. Esta tendencia también se observa en los bloques de la terapia, en los que encontramos diferencias significativas ($p < 0,001$) en el tiempo de los episodios de relación.



Fase	Inicial		Intermedia		Avanzada		Final	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
pasado	18	32.7	15	12.6	2	4.0	6	9.2
presente	36	65.5	98	82.4	48	96.0	54	83.1
futuro	1	1.8	6	5.0	0	0.0	5	7.7

Figura 18. Tiempo de los episodios de relación en las fases de la terapia

3.6.1.3. Objetos de relación en el proceso

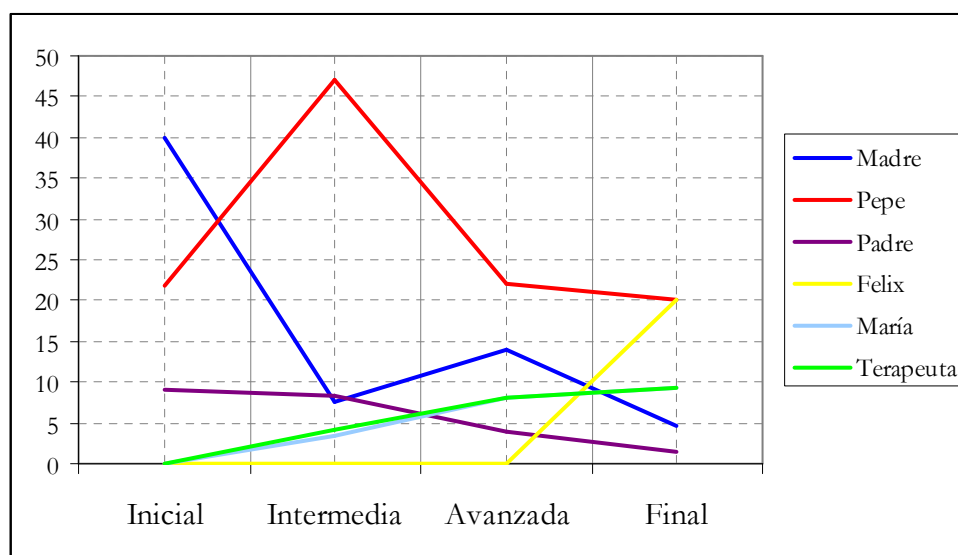
En relación al objeto más frecuente de interacción en el proceso señalar que existen diferencias significativas ($p < 0,001$) en la frecuencia de aparición de los diferentes objetos relacionales en las cuatro fases de la terapia. Destacaríamos, como podemos ver en la

Figura 19, que en la fase inicial los objetos de relación más frecuentes son la madre (40% de los episodios referidos a ella), Pepe (22%) y el padre (9%).

En la fase intermedia de la terapia el objeto más frecuente es Pepe (47%), decreciendo el porcentaje de episodios referidos a su madre hasta el 9%, similar a los del padre (10%).

En la fase avanzada, y a pesar de romper la relación, Pepe es el objeto más frecuente en los episodios, al igual que su nueva pareja, Félix (ambos el 20%). Los episodios con su madre y su padre disminuyen en esta fase hasta el 5% y el 2% respectivamente.

Los episodios con el terapeuta y con ella misma se incrementan ligeramente a medida que avanza la terapia, alcanzando su mayor frecuencia en la fase final del tratamiento, ambos con un porcentaje de episodios del 9%.



Objeto	Inicial		Intermedia		Avanzada		Final	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Pepe	12	21,8	56	47,1	11	22,0	13	20,0
Felix	0	0	0	0	0	0	13	20,0
Madre	22	40,0	9	7,6	7	14,0	3	4,6
Padre	5	9,1	10	8,4	2	4,0	1	1,5
Padres	5	9,1	1	,8	2	4,0	2	3,1
Hermano	2	3,6	0	0	2	4,0	3	4,6
Familia	2	3,6	3	2,5	2	4,0	3	4,6
Familia de Pepe	0	0	6	5,0	6	12,0	2	3,1
Amigos	3	5,5	7	5,9	1	2,0	1	1,5
Gente del trabajo	3	5,5	7	5,9	6	12,0	7	10,8
Profesores	0	0	2	1,7	0	0	2	3,1
Terapeuta	0	0	5	4,2	4	8,0	6	9,2
María	0	0	4	3,4	4	8,0	6	9,2
Otros	1	1,8	9	7,6	3	6,0	3	4,6

Figura 19. Porcentaje de episodios de relación con los principales objetos por fase

Incluso se observaron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de los objetos de relación en los bloques de sesiones durante la terapia (ver Figura 20).

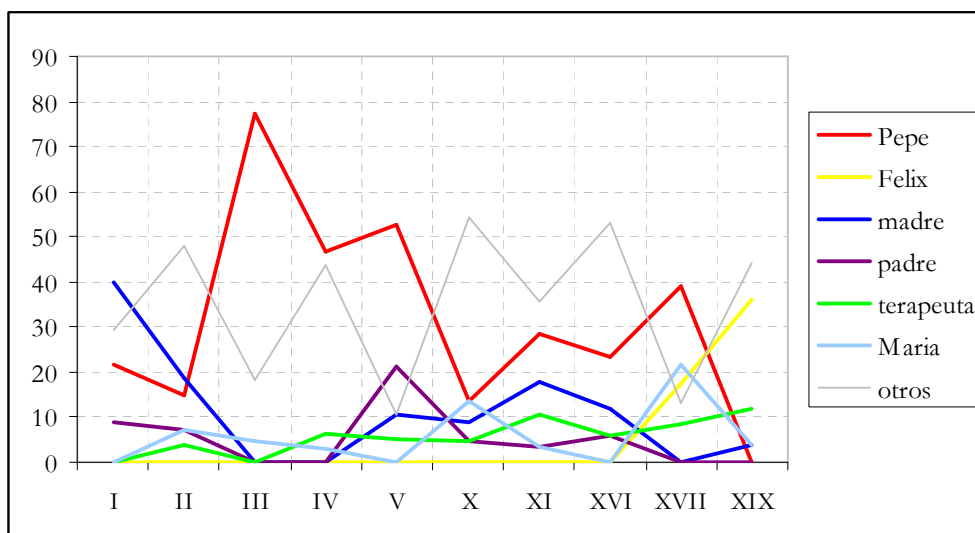


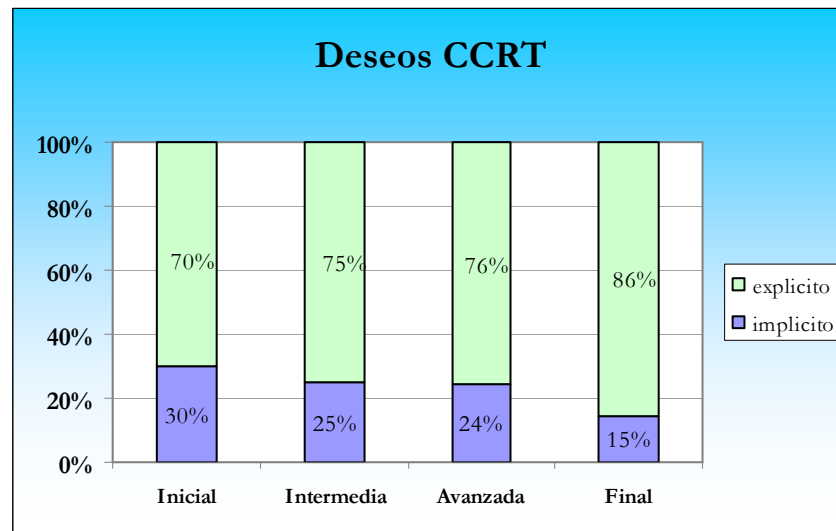
Figura 20. Porcentaje de episodios de relación con los principales objetos por bloque

3.6.2. Características de los componentes en el proceso

3.6.2.1. Deseos explícitos e implícitos por fase

CCRT

En CCRT existen diferencias significativas en el carácter explícito o implícito de los deseos en función de la fase de la terapia ($p=0,0425$). Como se infiere de la Figura 21, parece que a medida que avanza el tratamiento los deseos son más explícitos, lo que a nivel clínico se podría corresponder con una paulatina mayor elaboración y claridad de los deseos de la paciente. Sin embargo no se encontramos estas diferencias en CCRT-LU, debido probablemente al menor número de deseos implícitos que se encuentran en este método, por lo comentado anteriormente de la riqueza de categorías en este sistema que permite una codificación más directa de los elementos relacionales como deseos explícitos o respuestas.



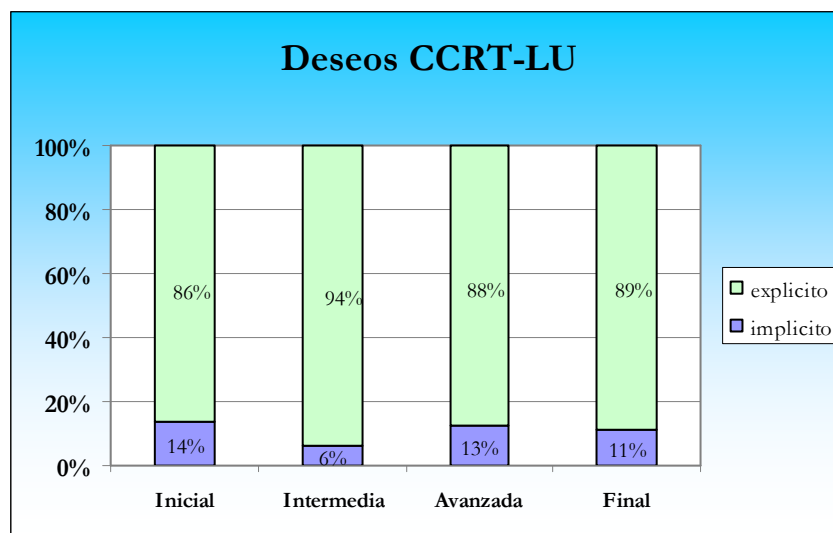
Deseos	Inicial		Intermedia		Avanzada		Final	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Implícitos	34	30,1%	50	24,9%	20	24,1%	16	14,5%
Explícitos	79	69,9%	151	75,1%	63	75,9%	94	85,5%

Figura 21. Deseos explícitos e implícitos por fase en CCRT

CCRT-LU

No encontramos diferencias significativas en los deseos para las diferentes fases del tratamiento ($p=0,129$), el porcentaje de deseos implícitos y explícitos a lo largo de la terapia usando el nuevo sistema de categorías es bastante similar (ver Figura 22).

Tampoco se encuentran diferencias significativas en las dimensiones del componente deseo DOO, DOS, DSO, DSS ($p>0,05$).



Fase		Inicial		Intermedia		Avanzada		Final	
		abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Deseo	Impl.	11	13,9%	12	6,2%	11	12,5%	11	11,0%
	Expl.	68	86,1%	181	93,8%	77	87,5%	89	89,0%
DOO	Impl.	1	11,1%	0	,0%	4	28,6%	1	6,3%
	Expl.	8	88,9%	14	100,0%	10	71,4%	15	93,8%
DOS	Impl.	4	12,9%	6	9,1%	1	4,3%	3	13,6%
	Expl.	27	87,1%	60	90,9%	22	95,7%	19	86,4%
DSO	Impl.	3	16,7%	3	7,1%	3	14,3%	4	16,0%
	Expl.	15	83,3%	52	92,9%	18	85,7%	21	84,0%
DSS	Impl.	3	14,3%	2	3,5%	3	10,0%	3	8,1%
	Expl.	18	85,7%	55	96,5%	27	90,0%	34	91,9%

Figura 22. Deseos explícitos e implícitos por fase en CCRT-LU

3.6.2.2. Valencia de las respuestas por fase

CCRT

Tanto en las respuestas de los otros como en las respuestas de María, hay diferencias en el valor que toman en función de la fase de la terapia ($p<0,0001$). Parece que hay un incremento de las respuestas positivas a medida que avanza el tratamiento (ver Figura 23).

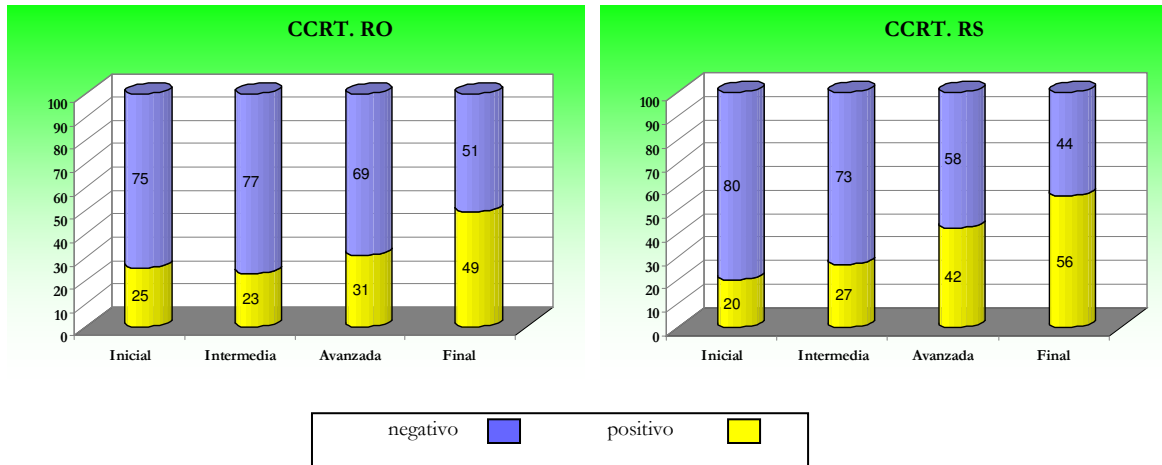


Figura 23. CCRT Respuestas positivas y negativas por fase

CCRT-LU

También encontramos diferencias significativas en el valor de las respuestas en las diferentes fases de la terapia en CCRT-LU, tanto en RO ($p=0,003702$) como en RS ($p=0,037619$) (ver Figura 24). Para un nivel más específico de análisis, encontramos diferencias significativas en las respuestas que los otros dan a María (ROS) y en las respuestas de María hacia sí misma.

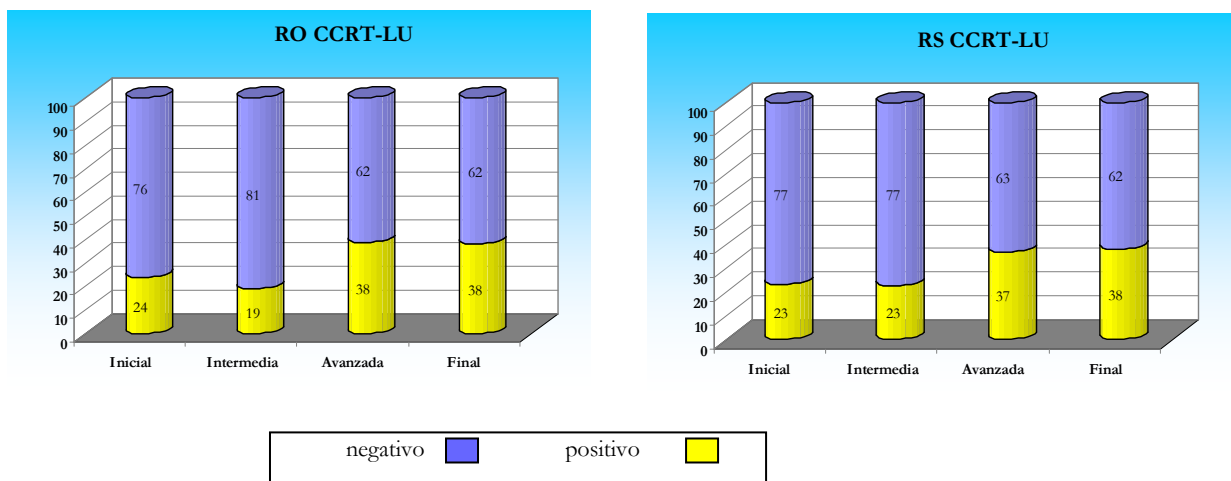


Figura 24. CCRT-LU Respuestas Positivas y Negativas por fase

Tanto en CCRT como en CCRT-LU existe un incremento de las respuestas positivas de los otros y en las respuestas de María a medida que avanza el tratamiento. Esto coincide con la mayoría de los estudios en este campo, la mejoría de la paciente se asociaría esencialmente con un mayor número de respuestas positivas hacia sí misma. El aumento del número de respuestas positivas de los otros puede deberse, tanto a la interpretación más favorable que hace María de las reacciones de los objetos de interacción, como a un mejor manejo de las situaciones relacionales, por el que logra que los demás le respondan de forma más positiva a sus demandas.

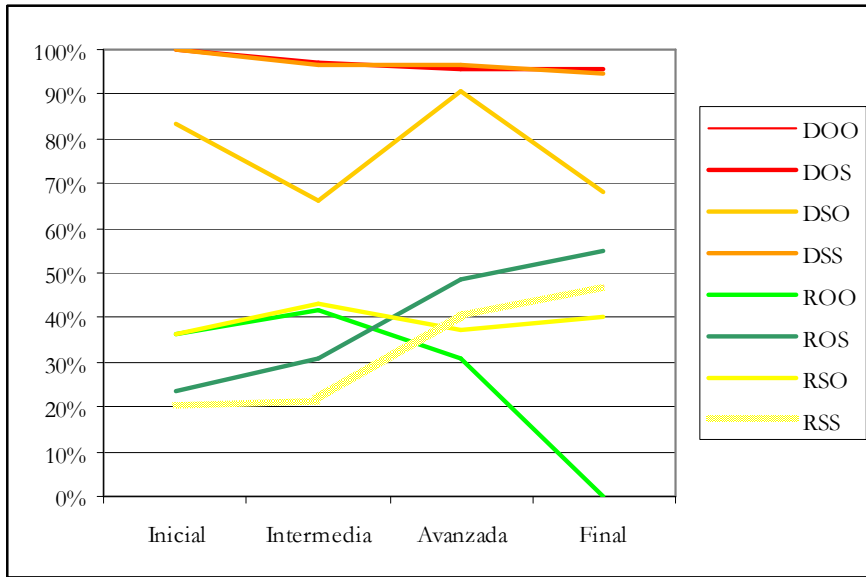
3.6.2.3. Armonía por fase

Podemos calcular el índice de armonía para las cuatro fases del proceso terapéutico, como se refleja en la Figura 25. El índice de armonía, como vimos anteriormente, nos permite establecer una medida de discrepancia entre los deseos y respuestas del sujeto, lo que resulta especialmente relevante en el estudio de la evolución del proceso terapéutico (ver Figura 26).

Encontramos diferencias estadísticamente significativas por fases en las siguientes dimensiones de los diferentes niveles: a) deseos y respuestas (D y R); b) respuestas del sujeto (RS); y c) respuestas del sujeto hacia sí mismo (ROO), respuestas del objeto hacia María (ROS) y respuestas de María hacia sí misma (RSS).

Cabe destacar la diferencia que existe en las respuestas en general, aumentando el índice de armonía desde el 25,2 hasta el 44,1 en la fase final de la terapia. Es especialmente importante el cambio en las respuestas de María hacia ella misma (índice de armonía de 20,4 a 47,0) y en las reacciones de los demás hacia María (23,4 a 55,0 puntos).

En general, podemos afirmar que existe una disminución en la discrepancia entre los deseos y las respuestas a medida que avanza la terapia.



Dimensión	Inicial	Intermedia	Avanzada	Final	Fisher test p
D	96,2	87,6	95,5	87,0	,027 *
DO	100,0	96,3	97,3	92,1	,337
DS	92,3	81,4	94,1	83,9	,101
DOO	20,4	21,8	40,7	47,0	,620
DOS	100,0	97,0	95,7	95,5	,729
DSO	83,3	66,1	90,5	68,0	,115
DSS	100,0	96,5	96,7	94,6	,860
R	25,2	29,9	40,5	44,1	,000 ***
RO	25,3	32,8	41,5	43,4	,073
RS	25,0	27,6	39,8	44,6	,008 **
ROO	36,4	41,7	30,8	,0	,013 *
ROS	23,4	30,8	48,7	55,0	,001 **
RSO	36,4	43,2	37,5	40,0	,959
RSS	20,4	21,8	40,7	47,0	,000 ***

Figura 25. Índice de armonía por fase

Note: Significación Fisher-Test * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$

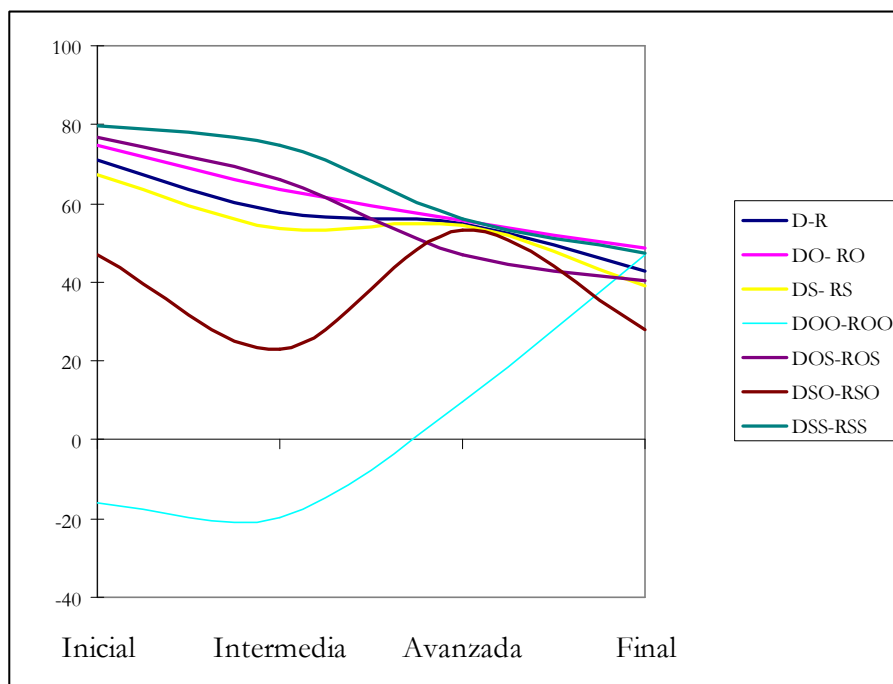


Figura 26. Discrepancia entre deseos y respuestas en el índice de armonía a lo largo del proceso terapéutico

3.6.3. Tendencias generales en el proceso

3.6.3.1. CCRT

CCRT. Cluster en el proceso

Para analizar tendencias generales en las diferentes categorías a lo largo del proceso terapéutico hemos analizado si la frecuencia de las categorías cluster y los índices de positividad incrementaban o se reducían durante la terapia (ver Tabla 29). Por esta razón hemos calculado la correlación de Spearman entre el tiempo (operacionalizado por el número del bloque) y la frecuencia relativa de la categoría. Una correlación significativa positiva (o negativa) muestra el incremento (o decremento) de la frecuencia de la categoría. Hemos ordenado las categorías cluster por el coeficiente de correlación de Spearman. De esta forma podemos ver la categoría con la mayor tendencia ascendente en la parte superior y la categoría con la mayor tendencia descendente en la parte inferior.

Los deseos y respuestas cambian a lo largo de la terapia, en relación a los deseos cabe destacar la gran disminución en la frecuencia del deseo *de “reafirmarse y ser independiente”*, María prefiere *“sentirse bien y cómoda”* y *“tener éxito y ayudar a los otros”* a medida que avanza la terapia. La respuestas de los objetos cambian radicalmente, así las respuestas

de “*me aprecian*” y “*entienden*” correlacionan positivamente con los bloques de la terapia (+0,73 y +0,70 respectivamente), disminuyendo la frecuencia de respuestas poco deseables como “*controlan*”, “*rechazan y están en contra de mí*” y “*son malos*”. Aunque el cambio más importante se observa en las respuestas de María, aumentan marcadamente categorías asociadas con mayor bienestar de la paciente (“*autocontrol y confianza*”, “*respetado y aceptado*”) y disminuyen las que producen malestar en María (“*decepcionado y deprimido*”, “*asustado y avergonzado*” y “*desamparado*”).

Tabla 29

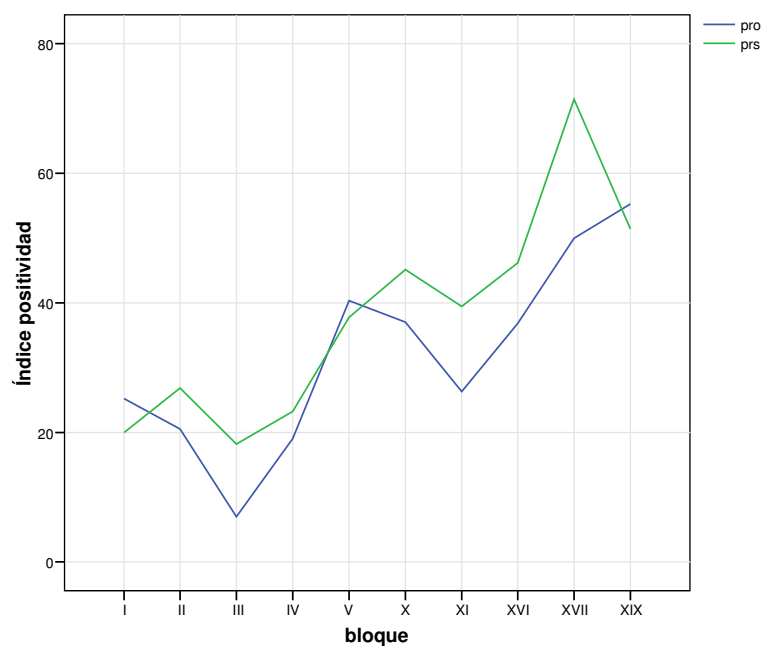
CCRT. Categorías cluster e índice de positividad en el proceso a través de los bloques

Categoría cluster	Correlación de Spearman categoría x tiempo
D7 Sentirme bien y cómodo	+ .59*
D8 (Tener éxito) y ayudar a los otros	+ .45~
D2 Oponerme, herir y controlar a los otros	+ .30
D5 Estar cerca (de los otros) y aceptar	+ .01
D4 Ser distante y evitar conflictos	- .25
D3 Ser controlado, ser herido y no tener responsabilidad	- .34
D6 Ser amado y entendido	- .35
D1 Reafirmarme y ser independiente	- .72**
RO7 Me aprecian	+ .73***
RO8 Entienden	+ .70*
RO1 Fuertes	+ .60*
RO6 Ayudan	+ .35
RO3 Trastornan, alteran, enojan	- .05
RO2 Controlan	- .59*
RO5 Rechazan y están en contra de mí	- .60*
RO4 Son malos	- .69*
RS5 Autocontrol y autoconfianza	+ .94***
RS3 Respetado y aceptado	+ .77**
RS1 Ayudo	+ .18
RS2 No receptivo y cerrado	- .24
RS4 Me opongo e hiero a los otros	- .38
RS7 Decepcionado y deprimido	- .55*
RS8 Asustado y avergonzado	- .65*
RS6 Desamparado	- .87***
RO índice de positividad	+ .78**
RS índice de positividad	+ .92***

Nota: Spearman correlation, significance level two-sided * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

CCRT. Índice de positividad en el proceso

Como hemos visto en la tabla anterior, existe una marcada correlación positiva significativa entre los bloques de la terapia y las respuestas del objeto (+0,78; $p \leq 0,01$); pero especialmente con las respuestas de María (+0,92; $p \leq 0,001$); es decir, a medida que avanza la terapia aumentan marcadamente las respuestas positivas de los objetos de interacción y, lo que es más interesante, la positividad en los pensamientos, sentimientos y acciones de María (ver Figura 27).



Bloque	I	II	III	IV	V	X	XI	XVI	XVII	XIX
RO	25,23	20,51	6,98	19,05	40,35	37,04	26,32	36,84	50	55,26
RS	20	26,83	18,18	23,26	37,78	45,16	39,47	46,15	71,43	51,43

Figura 27. Índice de positividad de respuestas del objeto y de María a lo largo de la terapia

CCRT. Tendencias generales por objeto

El método CCRT también nos permite estudiar cómo han evolucionado las categorías a través de los bloques en los objetos de interacción. A modo de ejemplo mostramos las tendencias generales en el principal objeto de interacción de María, su primer novio, Pepe (ver Tabla 30). Como podemos observar las variaciones que se observan a lo largo del tiempo en las categorías son bastante diferentes y particulares para este objeto de interacción así como en el índice de positividad en las respuestas del objeto y del sujeto.

Analizando los resultados podríamos decir que la relación con Pepe refleja un conflicto relacional central.

Tabla 30

CCRT. Categorías cluster e índice de positividad en el proceso a través de los bloques para Pepe

Categoría cluster	Correlación de Spearman categoría x tiempo
D7 Sentirme bien y cómodo	+.66*
D8 (Tener éxito) y ayudar a los otros	+.65*
D4 Ser distante y evitar conflictos	-.06
D2 Oponerme, herir y controlar a los otros	-.22
D5 Estar cerca (de los otros) y aceptar	-.24
D6 Ser amado y entendido	-.25
D3 Ser controlado, ser herido y no tener responsabilidad	-.27
D1 Reafirmarme y ser independiente	-.68*
RO3 Pepe me trastorna, altera, enoja	+.51~
RO6 Pepe me ayuda	+.51~
RO7 Pepe me aprecia	+.40
RO8 Pepe me comprende	+.19
RO5 Pepe me rechaza y está en contra de mí	-.28
RO4 Pepe es malo	-.61*
RO1 Pepe es fuerte	-.80**
RO2 Pepe me controla	-.85**
RS7 Decepcionado y deprimido	+.57~
RS5 Autocontrol y autoconfianza	+.43
RS1 Ayudo	+.34
RS3 Respetado y aceptado	+.26
RS2 No receptivo y cerrado	-.41
RS8 Asustado y avergonzado	-.57~
RS4 Me opongo e hiero a los otros	-.73**
RS6 Desamparado	-.80**
RO índice de positividad	+.68*
RS índice de positividad	+.48~

Nota: Spearman correlation, significance level one-sided * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

3.6.3.2. CCRT-LU

CCRT-LU. Cluster en el proceso

En CCRT-LU, y dado el componente dirección que subdivide deseos y respuestas en diferentes dimensiones, vamos a analizar primero deseos y posteriormente estudiaremos los cambios en las respuestas.

Observando las correlaciones entre bloques de la terapia y las diferentes categorías cluster (ver Tabla 31) podríamos afirmar que prácticamente no hay tendencias significativas en los deseos a lo largo de la terapia, los deseos tanto de los objetos (hacia si mismos, hacia María) como del sujeto (hacia los otros, hacia ella misma) no muestra una correlación con el avance de los bloques en terapia.

Tabla 31

CCRT-LU. Categorías cluster e índice de armonía de los deseos en el proceso a través de los bloques

n = 10 bloques	D	DO	DS	DOO	DOS	DSO	DSS
A atender a	-.32	-.07	+.33	-.61*	+.27	+.38	+.14
B apoyar	-.10	-.28	-.13	+.29	-.53~	+.07	
C amar, sentirse bien	-.15	+.39	-.33	+.06	+.37	-.08	-.47
D tener autodeterminación	+.20	+.08	+.23	-.12	-.53~	-.29	+.43
E deprimirse, resignarse							
F insatisfecho, asustado	-.06	-.06		-.06			
G determinado por otros							
H enfadado, antipático							
I poco fiable							
J rechazar							
K dominar	-.16		-.16			-.16	
L molestar, atacar	-.20		-.20			-.20	
M retirarse en uno mismo	+.35	+.54~	+.21	+.62*	+.15	+.30	+.16
armonioso	-.35	-.44	-.09	-.48	-.15	+.09	-.16

Nota: Spearman correlation, significance level one-sided * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

— Tendencias significativas positivas a través de los bloques

— Tendencias significativas negativas a través de los bloques

Sin embargo, encontramos tendencias significativas en las categorías cluster en las diferentes dimensiones de las respuestas (ver Tabla 32), además el CCRT-LU supone una ventaja sobre el CCRT, ya que nos permite indagar en la dirección precisa de las respuestas.

Las categorías que muestran una mayor tendencia positiva son aquellas que son consideradas armoniosas, además de la categoría “retirarse en uno mismo”. María informa que los otros le atienden y apoyan más a medida que avanza la terapia, y le dominan y enfadan menos, también aumenta su atención hacia los otros. Lo que se podría considerar más relevante desde el punto de vista clínico es la tendencia que María manifiesta de sentirse bien y amada, tener autodeterminación y retirarse en sí misma a medida que avanza el tratamiento.

Tabla 32

CCRT-LU. Categorías cluster e índice de armonía y positividad de las respuestas en el proceso a través de los bloques

n = 10 bloques	R	RO	RS	ROO	ROS	RSO	RSS
A atender a	+0.85***	+0.91***	+0.65*	-0.40	+0.80**	+0.65*	-0.32
B apoyar	+0.41	+0.59*	-0.08	+0.17	+0.62*	-0.06	-0.06
C amar, sentirse bien	+0.67*	+0.44	+0.60*	-0.47~	+0.51~	-0.10	+0.71*
D tener autodeterminación	+0.60*	+0.04	+0.67*	-0.23	-0.01	-0.05	+0.81**
E deprimirse, resignarse	+0.15	+0.55*	-0.21	+0.55*			-0.06
F insatisfecho, asustado	-0.55~	-0.08	-0.50~	-0.29	+0.25	-0.40	-0.51~
G determinado por otros	+0.27	+0.46~	-0.35	+0.26	+0.64*	-0.52~	-0.35
H enfadado, antipático	-0.58*	-0.49~	-0.58*	+0.01	-0.64*	-0.43	-0.53~
I poco fiable	-0.13	-0.13	+0.17	-0.10	-0.13	-0.12	+0.35
J rechazar	-0.25	-0.37	+0.02	-0.23	-0.27	-0.16	-0.31
K dominar	-0.90***	-0.90***	+0.41	+0.05	-0.93***	+0.53~	-0.06
L molestar, atacar	-0.09	-0.35	+0.67*	-0.50~	-0.34	+0.54~	+0.38
M retirarse en uno mismo	+0.55~	+0.52~	+0.41	+0.53~	+0.25	+0.18	+0.60*
positivo	+0.73**	+0.82**	+0.65*	-0.29	+0.76**	-0.09	+0.87***
armonioso	+0.75**	+0.71*	+0.75**	-0.50~	+0.70*	+0.22	+0.79**

Nota: Spearman correlation, significance level one-sided * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

— Tendencias significativas positivas a través de los bloques

— Tendencias significativas negativas a través de los bloques

CCRT-LU. Índice de positividad en el proceso

Encontramos una tendencia positiva en las respuestas a medida que avanza la terapia, como muestra la tabla anterior, siendo esta tendencia más marcada en las respuestas del objeto que del sujeto. Gracias al componente dirección del CCRT-LU observamos, sin embargo, que el cambio positivo se da especialmente en las respuestas del otro hacia María y en las reacciones sobre sí misma, aspecto que quedaba confuso si sólo analizáramos a nivel de respuestas del objeto y del sujeto (ver Figura 28)

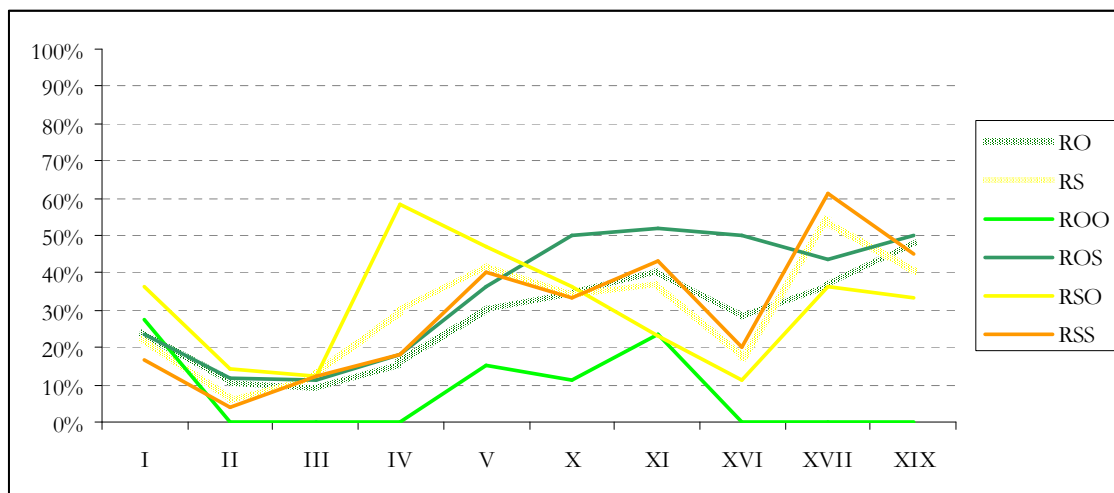


Figura 28. Índice de positividad de respuestas y sus dimensiones a lo largo de la terapia

CCRT-LU. Armonía en el proceso

Además el CCRT-LU nos aporta una característica más de análisis, que es la armonía en deseos y respuestas, en el que, al igual que en el índice de positividad, encontramos una correlación significativa positiva en las respuestas en general, en las respuestas del objeto y sujeto, y en las respuestas de los otros hacia María y de ella hacia sí misma (ver Tabla 31, 32 y Figura 29).

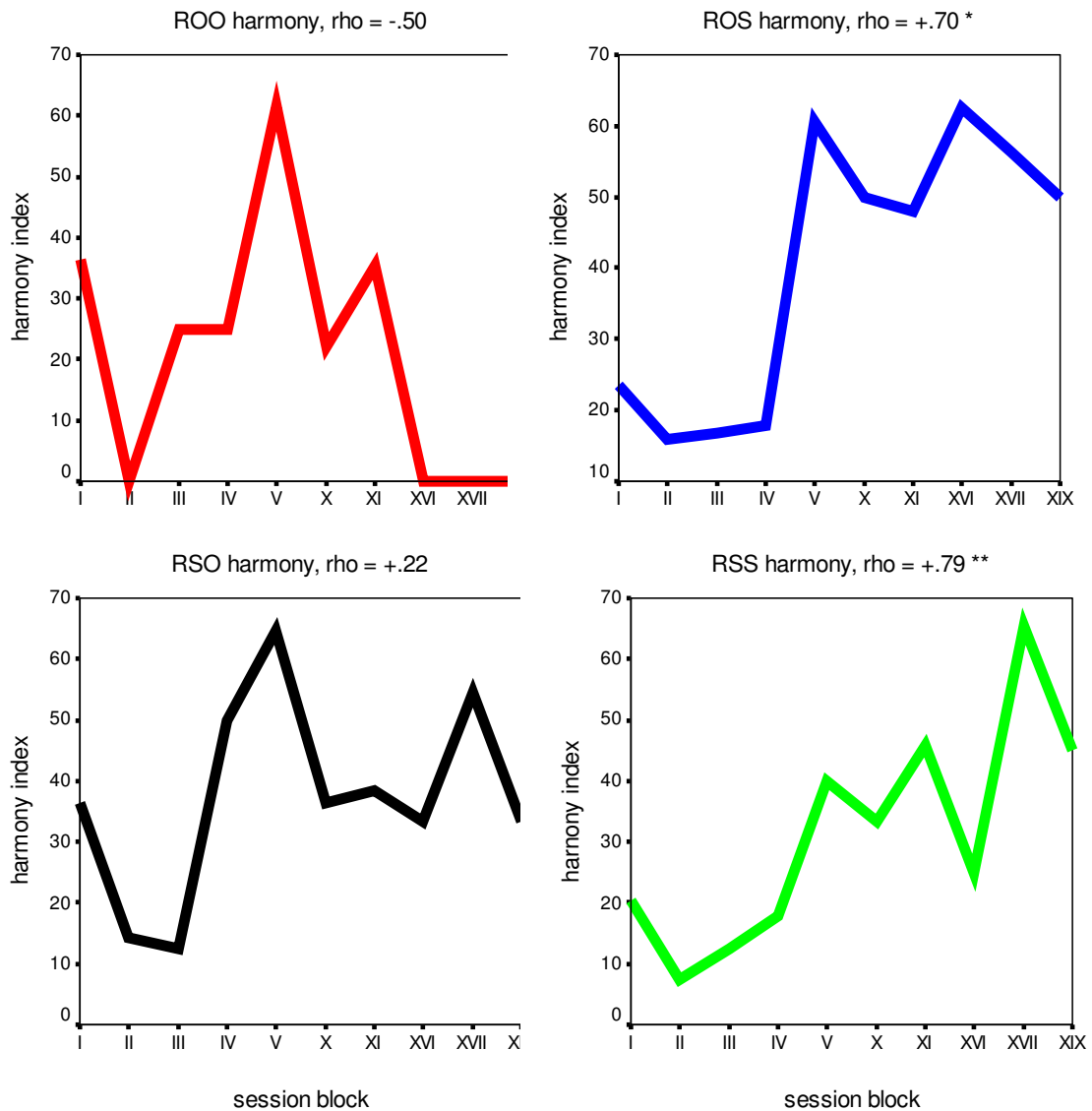


Figura 29. Evolución de las respuestas armoniosas en el proceso

Nota: Spearman correlation, significance level two-sided * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

CCRT-LU. Tendencias generales por objeto

Al igual que en CCRT podemos analizar las tendencias positivas o negativas de cambio a lo largo del proceso terapéutico, con la ventaja en CCRT-LU, una vez más de poder ver los cambios teniendo en cuenta la dimensión de dirección hasta el nivel más inferior (DOO, DOS, DSO, DSS, ROO, ROS, RSO y RSS).

Exponemos en la Tabla 33 las tendencias generales de Pepe. En los deseos no hay tendencias significativas en las categorías cluster a medida que avanza la terapia, sin embargo encontramos algunas tendencias importantes en las respuestas en los episodios de relación con Pepe, siendo la principal la tendencia creciente de respuestas armoniosas y positivas tanto de Pepe hacia María como de los sentimientos y acciones de ella misma, como por ejemplo, a medida que avanza la terapia María se siente más amada y mejor consigo misma (cluster C, RSS).

Tabla 33

CCRT-LU. Categorías cluster e índice de positividad y armonía en el proceso a través de los bloques para Pepe

n = 10 bloques	D	WO	DS	DOO	DOS	DSO	DSS
A atender a	-.17	-.12	+.53~	.08	0	.46	.00
B apoyar	.25	.15	-.03	.41	-.23	-.19	.
C amar, sentirse bien	+.06	.17	-.03	.12	.08	.17	.03
D tener autodeterminación	-.23	-.07	-.47	-.30	-.04	-.29	-.19
E deprimirse, resignarse	.	.	.	.	.	.	.
F insatisfecho, asustado	.00	.00	.	.08	.	.	.
G determinado por otros	.	.	.	.	.	.	.
H enfadado, antipático	.	.	.	.	.	.	.
I poco fiable	.	.	.	.	.	.	.
J rechazar	.	.	.	.	.	.	.
K dominar	-.32	.	-.32	.	.	-.51~	.
L molestar, atacar	.18	.	.18	.	.	.09	.
M retirarse en uno mismo	-.04	.	-.07	.	.	-.14	+.55~
armonioso	-.10	.00	-.10	-.08	.	.14	-.55~
n = 10 bloques	R	RO	RS	ROO	ROS	RSO	RSS
positivo	+.54	+.47	+.50~	.00	+.62*	-.14	+.49~
armonioso	+.68*	+.44	+.76**	-.60~	+.62*	+.52~	+.69**
A atender a	.08	.30	-.24	-.20	.43	-.16	-.27
B apoyar	.19	-.03	.38	.	-.03	.38	.00
C amar, sentirse bien	+.55~	.02	+.76**	-.59~	.02	.	+.76**
D tener autodeterminación	.04	.08	.17	.04	-.09	.25	.15
E deprimirse, resignarse	-.15	+.57~	-.36	+.57~	.	.	-.38
F insatisfecho, asustado	-.43	-.36	-.11	-.40	.07	-.55~	-.03
G determinado por otros	-.18	.23	-.22	-.20	.27	.	-.26
H enfadado, antipático	-.48~	-.11	-.54~	-.18	-.24	-.43	-.43
I poco fiable	.43	.35	.27	.48	.36	.27	.
J rechazar	-.64*	-.53~	-.42	-.61~	-.53~	-.49~	.
K dominar	-.57~	-.57~	.00	.	-.57~	.	.00
L molestar, atacar	.25	-.47	.46	.	-.52~	+.64*	.00
M retirarse en uno mismo	.26	-.09	+.59*	.	-.09	.10	+.55~

Nota: Spearman correlation significance level one-sided, $p < \sim 0,1$, * 0,05, ** 0,01, *** 0,001

- Tendencias significativas positivas a través de los bloques
- Tendencias significativas negativas a través de los bloques

3.6.4. Prevalencia, entropía, diversidad

Luborsky (1998) mantenía la hipótesis según la cual en el curso de la terapia con éxito, el repertorio de los elementos de relación tiende a ser más amplio. Al comienzo de la terapia típica ideal, el paciente que sufre y está atrapado en un patrón transferencial tiende a mostrar el tema central de conflicto D - RO - RS con una frecuencia muy alta. Su patrón de relación internalizado se proyecta y manifiesta en los múltiples episodios de relación con diferentes parejas relacionales. Esta percepción y este comportamiento rígidos e indiferenciados forman parte de los síntomas de trastorno. En una terapia con éxito el paciente encuentra muchas más formas diferentes de reaccionar; más adecuadas en el contexto de la persona con la que se relaciona y a la situación actual. El tema más frecuente llega a ser menos frecuente paso a paso.

Prevalencia: Luborsky operacionalizó esta rigidez relacional a través de la medida de prevalencia definida como la proporción relativa de episodios de relación que contenían el elemento más frecuente. Por ejemplo, al principio de la terapia el paciente puede informar sobre el cluster RO más frecuente (por ejemplo RO5 “*los otros me rechazan*”) en el 50 % de los episodios; más adelante podía ser en el 30 % indicando la consiguiente diferenciación de esquemas relacionales internalizados. De acuerdo con el modelo de datos aplicado en este estudio, definiremos la prevalencia como la frecuencia relativa del cluster más frecuente de la dimensión (D, RO o RS para CCRT; D, DO, DS, etc... para CCRT - LU).

Indicamos las frecuencias relativas observadas de k clusters r_1, r_2, \dots, r_k , (para CCRT: $k=8$; para CCRT-LU: $k=13$). Esto significa:

$$\sum r_i = r_1 + r_2 + \dots + r_k = 1 \quad (\approx 100\%).$$

La prevalencia se define como:

$$per = \max(r_1, r_2, \dots, r_k)$$

Entropía. La medida de prevalencia se basa sólo la categoría cluster más frecuente; no refleja los restantes. Toma los mismos valores para diferentes distribuciones de frecuencia 50-50 o 50-25-25 o 50-10-10-10-10-10. Sin embargo, es probable que el paciente con el primer patrón sea más rígido que el paciente con el último patrón. Esto se puede

recoger mediante la aplicación de las siguientes dos medidas, como ha sido propuesto por Pokorny (manuscrito no publicado, Universidad de Ulm). La medida clásica de la entropía introducida por Shanon refleja todas las frecuencias observadas k:

$$H = - \sum r_1 * \log_2(r_1)$$

Esta medida varía de 0 a $\log_2(k)$; esto es, 3 para $k=8$ (CCRT) o ≈ 3.70 para $k=13$ (CCRT-LU). La entropía alcanza su valor mínimo cuando el paciente usa sólo un cluster (“ellos me rechazan todo el tiempo”) y su valor máximo cuando el paciente usa todos grupos con la misma frecuencia (para 8 cluster esto significa 12.5 % para cada cluster). La entropía fue aplicada extensamente en psicología en los años 50 y 60 como una medida de riqueza de información, como una medida de la dimensión orden en oposición a caos.

Diversidad. La entropía H se puede transformar (2^H) en distribuciones que van desde 1 a 8 en CCRT o desde 1 a 13 en CCRT-LU. El valor 1 sería el caso en el que el paciente usa una sola categoría todo el tiempo, y el valor 8 cuando el paciente usa las 8 categorías con la misma frecuencia. Esta medida se puede interpretar como “número de categorías relacionales utilizadas de forma eficaz”.

Nota: Como la diversidad se deriva de la entropía mediante una transformación monótonica, los resultados de los métodos de clasificación no-paramétricos como el U-test de Mann-Whitney o el coeficiente de correlación de Spearman obtienen exactamente los mismos resultados para ambas medidas.

Hipótesis. De acuerdo con la hipótesis de Luborsky esperamos que la medida de prevalencia irá disminuyendo durante el curso de la terapia, y las medidas de entropía y diversidad irán aumentando. Estas hipótesis fueron puestas a prueba por el coeficiente de correlación de Spearman entre el tiempo (bloque o número de sesión) por una parte y la diversidad y la entropía por otra.

Resultados.

CCRT. No se encontró ninguna correlación significativa entre el tiempo y la prevalencia o entropía a nivel de bloque, para cualquier dimensión D, RO y RS (ver Tabla 34 y Figura 30).

CCRT - LU. La diversidad de las respuestas muestra un coeficiente de correlación positivo en muchas dimensiones; el resultado significativo del incremento en diversidad se obtuvo para la dimensión R (respuestas) (ver Tabla 35). En la Figura 31 podemos ver, por

una parte, que la diversidad de los deseos permanece prácticamente inalterable durante la terapia. Como vimos anteriormente, el deseo de María de relaciones armoniosas se mantiene constante durante la totalidad de la terapia.

Por otra parte, la diversidad de las respuestas se incrementa durante la terapia. Un mayor número de categorías armoniosas aumentan el repertorio de respuestas percibidas de otros y de sí misma. María es capaz de diferenciar e integrar mejor una mayor variedad de reacciones armoniosas y no armoniosas. Desde el punto de vista de la psicoterapia psicoanalítica este es un deseado resultado terapéutico.

Tabla 34

*Entropía y medidas relacionadas de 8 cluster CCRT;
tendencia temporal para investigar sesiones y bloques de sesiones*

Spearman rho	n = 10 prevalencia	Bloques entropía (o diversidad)
D	+ .48	-.15
RO	-.05	+.02
RS	+.04	-.34

Tabla 35

*Entropía y medidas relacionadas de 13 cluster CCRT-LU;
tendencia temporal para investigar sesiones y bloques de sesiones*

Spearman rho	n = 10 prevalencia	Bloques entropía (o diversidad)
en conjunto	+.25	-.30
D	-.14	+.11
DO	-.12	+.49
DS	-.10	+.20
DOO	+.41	-.24
DOS	+.27	-.49
DSO	-.13	-.08
DSS	-.41	+.21
R	-.38	+.55*
RO	-.33	+.38
RS	-.47	+.41
ROO	-.13	-.02
ROS	-.03	+.48
RSO	-.43	+.12
RSS	-.25	+.08

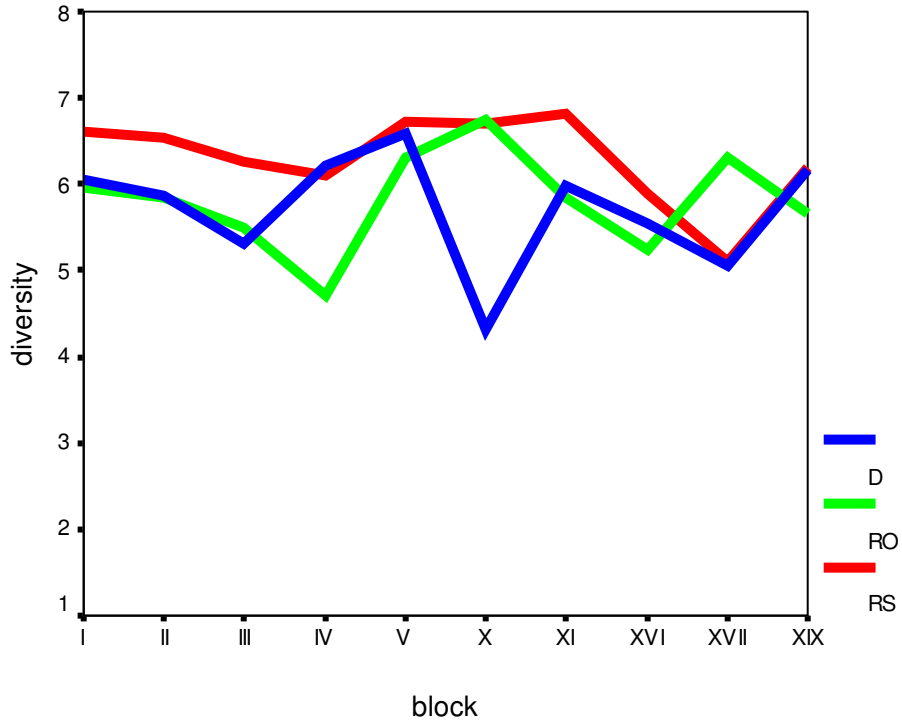


Figura 30. Diversidad de 8 CCRT clusters en el proceso

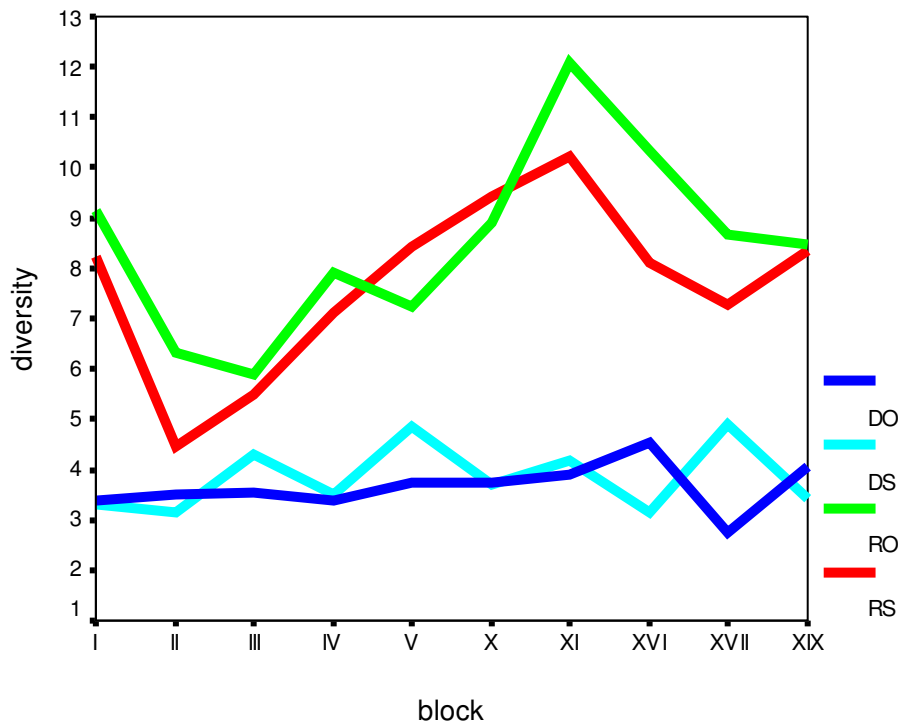


Figura 31. Diversidad de 13 CCRT-LU clusters en el proceso

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos podemos constatar que el método CCRT contribuye con gran precisión a la descripción y análisis de los patrones centrales de relación de un sujeto en terapia en un caso singular, como lo muestra el análisis en detalle de las características y componentes de estos temas relacionales centrales:

- ♦ El número medio de episodios de relación por sesión es bastante alto (9,03) comparado con otros estudios realizados con anterioridad. En el estudio del proceso psicoterapéutico del caso de Amalie (Albani et al., 2002) de la larga duración se encontró un número medio de 6,3 episodios de relación por sesión. En estudios previos este número es todavía inferior, como en el de Luborsky, Barber, Schaffler y Cacciola (1990) de 4 episodios relacionales por sesión. La discrepancia se podría deberse a diferentes tipos de tratamiento, tiempo de la sesión, diferencias individuales de la paciente, o criterio diferente de los jueces que identifican los ER, entre otras.

- ♦ Al igual que en la generalidad de estudios del proceso psicoanalítico la mayor parte de los episodios de relación hacen referencia a un tiempo presente, si bien en ciertos momentos de elaboración y en referencia a determinadas figuras objetales los episodios están narrados en pasado.

- ♦ Se confirma la hipótesis inicial según la cual los principales objetos de relación serían las figuras parentales y la pareja, si bien, destacar que su primer novio ocupa uno de cada tres episodios de relación, esto se podría deber a que los principales conflictos relacionales y sintomatología de María surgen en la relación con esta figura. Según Barber y col. (2002) el objeto en el que más se refleja el patrón central de relación es la pareja.

- ♦ Según Luborsky (1990, 1998) los episodios de relación con el terapeuta reflejarían el patrón transferencial, sin embargo en este caso no se contempla, ya que estos episodios no son muy numerosos debido quizá a que no se recogieron aquellos episodios que sucedieron in-situ en la terapia.

- ♦ También se muestra que los deseos que aparecen en los episodios de relación de la paciente son en su mayoría explícitos, si bien, también hay que contemplar la dificultad en el reconocimiento de deseos implícitos por parte de los jueces. Luborsky et al. (2004) mostraron que en CCRT no había diferencias significativas en las estimaciones de jueces experimentados en comparación con no experimentados, en

estudios posteriores se podría comprobar con CCRT-LU si existen diferencias entre jueces con diferentes niveles de experiencia clínica y de entrenamiento en el método.

- ♦ Como en la totalidad de los estudios que han analizado el proceso psicoterapéutico de larga duración (Albani, Pokorny et al., 2003; Jiménez, Kachele & Pokorny, 2006; Wiseman & Barber, 2004), el valor de las respuestas en las interacciones son predominantemente negativas y no armoniosas. El índice de positividad del tratamiento es muy bajo (CCRT; 31,9%) esto sucede en todos los estudios analizados y hay un gran debate en torno a esta cuestión. Incluso en sujetos sanos la mayor parte de las respuestas son negativas. Una posible explicación es la que defienden Brin, Grenyer y Luborsky (1998, 1998a) según la cual la mayor frecuencia de componentes negativos podría reflejar la preocupación por resolver conflictos en las relaciones con los otros. El esfuerzo de repetir ideas o escenas negativas podría suponer un intento de adquirir el control de ciertas situaciones traumáticas.

- ♦ Los temas centrales de conflicto relacional de la paciente aparecen descritos en detalle por los patrones hallados a través del método CCRT y CCRT-LU. Los resultados obtenidos tanto en características de los componentes como en los propios temas centrales de conflicto son parejos, si bien el método CCRT-LU aporta un aspecto muy importante al análisis, la dimensión de dirección, que determina el sentido de la acción y aporta mucha más información sobre deseos y respuestas. En CCRT la interpretación de los resultados en algunas ocasiones resultaba confusa debido a que las categorías se mezclaban al no contemplar la direccionalidad de deseos y respuestas.

- ♦ El método CCRT-LU nos permite además comparar los temas centrales de dos pacientes objeto de análisis en una terapia psicodinámica de larga duración, María y Amalie, encontrando que el deseo principal de ambas coincide, ser *“atendida”*. El deseo referido a ella misma es diferente (DS), siendo *“ser autónoma”* en Amalie, mientras que María desea de sí misma *“amar y sentirse bien”*. La respuesta de los otros más frecuente en ambas es de *“rechazo”* y *“no ser dignos de confianza”* y también coincide la respuesta de las pacientes (RS), Amalie se siente *“insatisfecha y asustada”* y *“enfadada y antipática”*, al igual que María. El método también nos permitiría comparar el proceso psicoterapéutico de ambas terapias a nivel macro analítico.

- ♦ Tanto las características de los componentes como los patrones relacionales generales y específicos de la paciente varían en función de la persona objeto de la interacción al igual que en los estudios de Albani et al. (2001); Demorest, Connolly (1990); Barber, Foltz, DeRubeis y Landis, (2002).

Una de las principales diferencias estadísticamente significativas encontradas en CCRT es el valor (positivo o negativo) en las respuestas tanto del sujeto como del objeto en función de la figura con quién interactúa María. CCRT-LU especifica que estas diferencias significativas son en la respuesta de los objetos hacia María (ROS) y en la reacción de María dirigida hacia si misma con los diferentes objetos (RSS), es decir, que a María le responden y se siente en función de esta respuesta de forma diferente según sea la persona con quien interacciona (primer o segundo novio, madre, padre, terapeuta, etc....).

También se encuentran diferencias en CCRT-LU en el índice de armonía que es mayoritariamente positivo para los deseos en los diferentes objetos y que las respuestas armoniosas que obtiene de los otros y de si misma varían en función del objeto de interacción. Pero, lo más importante, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los patrones de relación con los diferente objetos, tanto en deseos (DOS) como en respuestas (ROS y RSS).

- ♦ El interés clínico para el terapeuta del análisis de patrones y características de componentes durante la terapia queda demostrado, como podemos ejemplificar si analizamos el índice de armonía que se encontró en las dos parejas que tuvo María durante la terapia. Es semejante en los deseos de María hacia ellos y lo que María espera de ellos, sin embargo, las respuestas de ambos hacia María son diferentes (ROS), y también, en consecuencia, las respuestas de María hacia ella misma en estas interacciones (RSS). Parece que la paciente obtiene mayor beneficio emocional en las interacciones con el segundo que con el primer novio de la terapia.

El método CCRT puede ayudar al terapeuta en el análisis del foco psicoterapéutico y de su evolución a lo largo del tratamiento.

- ♦ El estudio de los temas interpersonales de relación refleja con exactitud el proceso psicoterapéutico, mostrando variaciones en los patrones relacionales centrales en las diferentes fases de la terapia.

Discutiremos a continuación las características del proceso psicoterapéutico en este caso singular:

- ✓ De forma significativa, y en contra de nuestra hipótesis inicial, el número de episodios de relación relatados en cada sesión disminuye a medida que avanza el tratamiento. Desde el punto de vista del proceso esto se podría explicar dada la urgencia de la paciente de ser evaluada y ayudada en la primera fase del tratamiento,

relatando múltiples problemas de relación, sin embargo a medida que se avanza en la terapia los focos pueden ser elaborados con mucha más profundidad, lo que conllevaría la disminución progresiva de los episodios relacionales tratados por sesión. También sucede que hacia el final de la terapia las narraciones son más introspectivas, reflexiones sobre si misma y no tanto relaciones con los demás.

- ✓ El tiempo en el que están narrados los episodios de interacción es también diferente en las fases del proceso terapéutico, así, en la fase inicial se relatan proporcionalmente más episodios en pasado que en el resto de las fases tomadas en conjunto. Esto refleja el proceso de la terapia psicoanalítica focal, según la cual en los primeros momentos se exponen los diferentes temas conflictuales, para después seleccionar focos de trabajo que se irán elaborando en las siguientes sesiones.

El mayor porcentaje de episodios en tiempo futuro se dan en la última fase de la terapia, estos podrían referir a planes o líneas de actuación futuras.

- ✓ Hay variaciones en la frecuencia de los objetos de interacción varía a medida que avanza el proceso terapéutico, en la primera fase de la terapia muchos de los episodios de interacción están referidos a las figuras parentales, acusadamente a la madre, episodios que corresponderían con presentación de conflictos y problemas al terapeuta. En las siguientes fases estos objetos de interacción están presentes, pero con mucha menos frecuencia, apareciendo mínimamente al final del tratamiento, en el que María habría elaborado los conflictos parentales del pasado.
- ✓ La figura mas frecuente en el tratamiento es su primera pareja, Pepe, la mayoría de los episodios son referidos a el, especialmente en las fases inicial e intermedia de la terapia, e incluso en la fase final, cuando su relación ya había terminado los episodios tambien son frecuentes. Pepe es la principal figura conflictual para María, si bien, al final del tratamiento los episodios se refieren a la elaboración de este foco siendo adaptativos, no así durante el resto del proceso. En la última fase surgen los episodios con la figura de su nuevo novio, en el que destacan los patrones relacionales más positivos de todo el tratamiento.
- ✓ Los episodios con el terapeuta y con ella misma se incrementan a medida que avanza la terapia, alcanzando su mayor frecuencia en la fase final del tratamiento, lo que se correspondería con la terminación del análisis y la despedida del analista, temas principales de esta última fase del proceso (Weiss et al., 1986)
- ✓ Encontramos una importante estabilidad en el componente deseo a lo largo de la terapia, esto confirma lo que defienden desde el punto de vista teórico las

observaciones Crits- Christoph y Luborsky (1990b), según las cuales hay una estabilidad en la persistencia de los deseos a lo largo de la vida.

- ✓ En CCRT encontramos que a medida que avanza el tratamiento disminuyen los deseos de carácter implícito, lo que podría indicar el mayor conocimiento de la paciente sobre sí misma y el reconocimiento consciente de sus deseos en los episodios de interacción. Si bien estas diferencias no aparecen en CCRT-LU, probablemente debido a la división del componente deseo teniendo en cuenta la dimensión de dirección (DOO, DOS, DSO, DSS), lo que disminuye el número de deseos explícitos e implícitos por fase, lo que podría determinar que las diferencias no sean significativas.
- ✓ Utilizando tanto CCRT como CCRT-LU encontramos diferencias significativas en las respuestas en función de las fases del proceso terapéutico, incrementándose notablemente las respuestas positivas en la fase avanzada y final, especialmente en las respuestas del propio sujeto. Al inicio de la terapia, la persistencia de respuestas negativas puede explicarse según la tesis defendida por Brin, Grenyer y Luborsky (1998, 1998a), en la que la alta aparición de componentes negativos podría reflejar la preocupación por resolver conflictos relacionales y la repetición de estas escenas e ideas negativas ayudaría a adquirir el control sobre estas situaciones. Si una terapia es exitosa el incremento de componentes positivos y la disminución de negativos significaría un aumento en el nivel de control.

Existe una marcada correlación positiva significativa entre los bloques de la terapia y las respuestas del objeto, pero especialmente con las respuestas de María, es decir, a medida que avanza la terapia aumentan marcadamente las respuestas positivas de los objetos de interacción y, lo que es más interesante, la positividad en los pensamientos, sentimientos y acciones de María. Desde el punto de vista de la efectividad de la terapia podríamos relacionar esto con una mejoría en la paciente, se siente, piensa y actúa mejor, pero también puede interpretar más positivamente las respuestas de los otros y/o hacer que las interacciones sean mejores.

- ✓ El método CCRT-LU nos aporta además el índice de armonía, en el que aparecen diferencias dependiendo de la fase del proceso tanto en deseos como en respuestas. La mayoría de los deseos de la paciente son armoniosos durante el tratamiento, variando, no tanto la respuesta de los otros que es similar en las diferentes fases del proceso, sino la propia respuesta de la paciente en el índice de armonía

- ✓ A través del método CCRT y CCRT-LU hemos establecido la secuencia de componentes más frecuente para cada sesión, bloque y fase del tratamiento en global y para los principales objetos de relación. Esto constituye una detallada estructura en la que se puede comprender la red de temas interrelacionados de la paciente y sus cambios durante el proceso psicoterapéutico con las figuras de interacción.
- ✓ Utilizando el método CCRT, no hemos encontrado que las medidas de cambio prevalencia, diversidad y entropía, varíen significativamente a medida que avanza la terapia. Utilizando CCRT-LU encontramos, al igual que en otros estudios similares (Albani et al., 2002) escasos cambios en prevalencia a lo largo del tratamiento, si bien, como explica Pokorny (en prensa) esta medida puede estar sesgada, ya que sólo toma en cuenta la categoría cluster más frecuente, obviando el resto de la distribución de categorías, por lo que evaluamos la medida de diversidad, en la que si encontramos un aumento en la diversidad y entropía de las respuestas a medida que avanza el tratamiento, lo que significaría un buen resultado terapéutico en el que se produce un incremento de las reacciones de la paciente ante las diferentes situaciones relacionales.
- ✓ Si bien en el caso de María se están llevando a cabo multitud de estudios que permitan comparar el estudio del proceso a través de diferentes métodos, una de las principales limitaciones en este momento es la no existencia de medidas externas del proceso terapéutico. Sería interesante comparar cambios en el patrón con otras medidas externas. Una mejoría en los síntomas indicaría que los conflictos son menos profundos, que han tenido un cierto nivel de elaboración, es decir, los conflictos se repiten menos en el discurso de los pacientes. Así, la disminución de la profundidad del conflicto, en el patrón de relación, funcionaría no solo como un factor curativo en el plano clínico disminuyendo los síntomas, sino que además el momento del cambio en sí mismo constituye una medida teórica relevante para los resultados de la psicoterapia dinámica. Este es un hecho relevante, ya que una de las necesidades más significativas de la investigación en psicoterapia, específicamente en la psicoterapia dinámica, es cómo medir sus resultados de una forma objetiva que se ajuste además a la teoría del cambio. De la misma forma se podría relacionar aspectos como la gravedad y los cambios en la terapia como se ha analizado en otros estudios (Albani et al., 2002; Cierpka et al., 1998; Wilczek et al., 2000).

A partir de la realización del estudio y el análisis de los resultados obtenidos en el mismo podemos concluir que:

a) el estudio demuestra la funcionalidad del método CCRT y CCRT-LU para la investigación del proceso en psicoterapia ilustrando en detalle los patrones centrales de relación y su evolución.

b) el método CCRT y CCRT-LU demuestran su capacidad para reflejar los temas centrales de relación y mostrar los cambios durante el curso de una terapia psicoanalítica. Si bien el CCRT-LU es particularmente sensible al material clínico y especialmente recomendable para el análisis del proceso en psicoterapia.

El método CCRT y CCRT-LU ya han demostrado su utilidad desde el punto de vista clínico, pero además también se puede aplicar en el apoyo de la práctica de la terapia psicoanalítica y en la investigación que permite progresar en la teoría psicodinámica en psicoterapia.

EMPIRICAL PART	151
1. INTRODUCTION	151
2. METHOD	153
2.1. Subject. Clinical characteristics	153
2.2. Sample	153
2.3. Instruments	155
2.3.1. Session transcription protocol	155
2.3.2. CCRT and CCRT-LU Method	155
2.4. Procedure	156
2.5. Design and data analysis	159
3. RESULTS	161
3.1. Reliability	161
3.2. Relationship episodes characteristics	165
3.2.1. Relationship episodes number	165
3.2.2. Relationship episodes time	166
3.2.3. Relationship objects	166
3.3. Component characteristics	168
3.3.1. Explicit and implicit wishes	168
3.3.2. Value of responses	169
3.3.3. Harmony	171
3.4. General Patterns CCRT and CCRT-LU	174
3.5. Analysis by object	178
3.5.1. Components characteristics by object	178
3.5.1.1. Explicit and implicit wishes by object	178
3.5.1.2. Responses value by object	181
3.5.1.3. Harmony by object	183
3.5.1.4. Time for different objects	185
3.5.2. General patterns by object	187
3.5.3. Specific patterns of María by object	195

3.6. Evolution of psychotherapy process	202
3.6.1. Characteristics of the relationship episodes in the process	202
3.6.1.1. Relationship episodes in the process	202
3.6.1.2. Time of the relationship episodes in the process	203
3.6.1.3. Relationship objects in the process	204
3.6.2. Characteristics of the components in the process	207
3.6.2.1. Explicit and implicit wishes by phase	207
3.6.2.2. Value of the responses by phase	208
3.6.2.3. Harmony in the process	210
3.6.3. General trends in the process	213
3.6.3.1. CCRT	213
CCRT. Cluster in time	213
CCRT. Positivity index in time	214
CCRT. General trends by object	215
3.6.3.2. CCRT-LU	217
CCRT-LU. Cluster in time	217
CCRT-LU. Positivity index in time	218
CCRT-LU. Harmony in process in time	219
CCRT-LU. General trends by object	220
3.6.4. Pervasiveness, entropy, diversity	222
 DISCUSSION AND CONCLUSIONS	 226

EMPIRICAL PART

1. INTRODUCTION

As we have noticed, a great variety of different studies have been developed using the Core Conflictual Relationship Theme method. However, among them, there are few researches whose objective is to describe the therapeutic process in a long term case. Most of the studies that use the CCRT method to analyze the process are based in brief therapies (Albani, Pokorny, Dahlbender, & Kaechele, 1994; Anstadt, Merten, Ullrich, & Krause, 1996; Grabhorn, Ovebeck, Gernhof, Jordan & Mueller, 1994; Luborsky, Crits-Christoph, Friedman, Mark & Schaffer, 1991).

Among the existing studies that investigate the long term psychotherapeutic process, it is worth mentioning the thorough study on the case of Amalia X which analyzes the therapeutic process based on the Ulm Process Model (Kächele, 1988; Albani, Pokorny et al., 2003).

The main objective of our study is to demonstrate that the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) method captures adequately the general patterns of interaction and the evolution of the therapeutic process in a single case treated by long-term focal planned therapy.

As an example of a single case study we have chosen the case of the Spanish patient called by the pseudonym of Maria, that has been already investigated by various process-research methods.

Specifically, this study is intended to establish the relationship patterns in this singular case and to analyze their evolution during the treatment, checking their variations in every phase of the therapy.

In order to achieve this, we have applied the Core Conflictual Relationship Theme using both the traditional and the new category system, which permit us to compare both category systems.

Expectations:

- 1) the mean number of relationship episodes will be similar to comparable studies.
- 2) the relationship episodes will be narrated mostly in the present time, referring to current interaction episodes.

- 3) the more frequent relationship objects in the narrations of interactions will be the parental figures (specially her mother) and her couple.
- 4) the majority of the wishes that appear in the relationship episodes of the patient will be explicit.
- 5) The value of the responses in the interactions with relationship objects will be negative. ... In the same way, responses will not be harmonious.
- 6) The core conflictual themes of Maria will be described by central patterns obtained through the method.
- 7) We expect to find similarities between patterns found through CCRT method and the new CCRT-LU method.
- 8) Characteristics and components of the general and specific relationship patterns of the patient will be significantly different depending of the interaction object.
- 9) As the therapy advances, the number of relationship episodes will increase in each session.
- 10) an increment of harmonic responses appears throughout therapy, specially in responses from subject versus from objects.
- 11) a sequence of the more frequent components in the treatment can be establish.
- 12) some components appear with a pronounced intensity compared with the rest, and this intensity varies throughout the therapy
- 13) there is more flexibility of wishes and responses in the patient at the final stages of the therapy
- 14) there is an increment of the positive responses as the therapy advances, mainly in the answers emitted by the patient versus answers emitted for the objects
- 15) different relational representations appear for the main relationship objects.
- 16) the time and the valence of relationship episodes and components change throughout the therapy
- 17) the pervasiveness measure will be decrease during therapy and entropy and diversity will be increase.

2. METHOD

2.1. Subject. Clinical characteristics

The patient called “María” is a Spanish woman who began the therapy when she was 22 years old. She decided to ask for the help of a therapist because she felt insecure in her interpersonal relationships and she was tired of always accepting the fear of being rejected by the others.

Her familiar relationships were difficult: her father was most of his time working, day and night, and he had not spent too much time with her. Her mother was a housewife and she bore the responsibility of raising two children with an absent husband. Her younger brother had problems to assume obligations. The relationships with her boyfriend, friends and co-workers were being problematic

She perceives her infancy like unhappy and she has a difficult adolescence, leaving home at sixteen with a old man and consuming drugs during more than three years.

“María” was diagnosed of histrionic personality disorder. She has been treated by a psychologist of more than ten years clinical experience in private consult using unlimited focal psychoanalytical psychotherapy during 269 sessions, twice per week. (1994-2000).

María” was diagnosed with histrionic personality disorder. She was treated by a psychologist with more than ten years clinical experience in private therapy, using unlimited focal psychoanalytic psychotherapy during 269 sessions, twice per week. (1994-2000).

Complete records and verbatim protocol transcription have been prepared for 200 sessions that represent all the phases of the treatment. The treatment was divided into “blocks” related to the seasons of “autumn”, “winter” and “spring”, with interruptions on the sessions marked by holidays. These blocks have been also divided into four phases: A) Initial (Block I), that constitutes the baseline of the treatment; B) Intermediate (Blocks II-V) that corresponds with the two first years of therapy; C) Advanced (X-XI Blocks) that constitutes the two following years; and D) Final (XVI-XIX Blocks) corresponding to sessions in the last years of the treatment.

2.2. Sample

The analysis was carried out in a clinical representative sample of the transcriptions of the sessions selected in the following way: at the beginning, the first five sessions of the treatment were analyzed since it was considered fundamental to establish an initial

formulation; later, sequences of three sessions were selected through simple random sampling from each phase of therapy (see Table 10).

Table 10

Sample of sessions

BLOCKS	SESSIONS	n	PHASES	n
I	1, 2, 3, 4, 5	5	INITIAL	5
II	17, 18, 19	3	INTERMEDIATE	12
III	38, 40, 41	3		
IV	49, 50, 51	3		
V	63, 64, 65	3		
X	134, 135, 136	3	ADVANCED	6
XI	156, 157, 158	3		
XVI	213, 215, 216	3	FINAL	9
XVII	223, 225, 226	3		
XIX	259, 260, 261	3		

In Figure 2 we can observe the distribution of 32 sessions that compose the sample throughout the treatment.

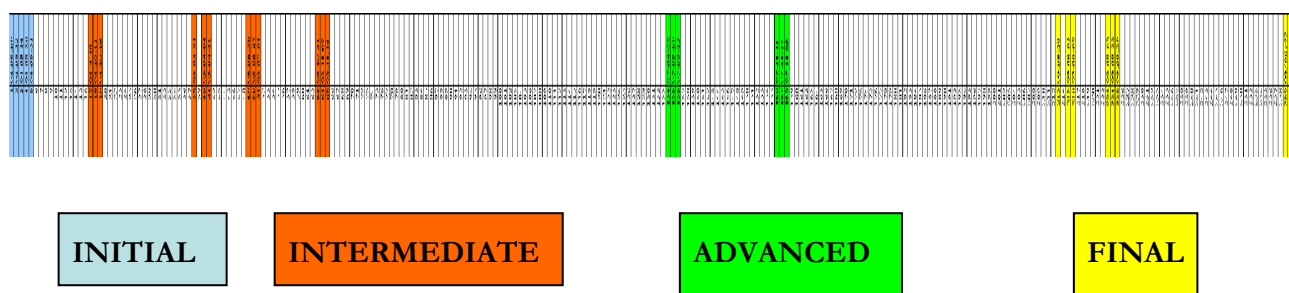


Figure 2. Distribution of sample of sessions in treatment

2.3. Instruments

2.3.1. Session transcription protocol

The sessions were recorded in audio and transcribed later by a team of researchers independent to the evaluation, using the Computerized Protocol for transcription of the content of psychotherapy sessions (Mergenthaler, Gril, Ávila-Espada & Vidal, 2003).

This method fulfills the necessity of developing transcriptions of sessions and other clinical materials according to common rules that permit the comparison in the field of psychotherapy research.

This protocol was developed from other previous protocols (Mergenthaler, 1992; Mergenthaler & Stinson, 1992) and contains more complete and detailed instructions to carry out the transcription of the discourse into Spanish.

All the people and place names, as well as any date that can provide any information concerning the patient, were substituted by fictitious names or alternative places for preserving the patient's privacy.

2.3.2. CCRT and CCRT-LU Method

This method has been explained in detail in theoretical part, next we will describe in short some of the main characteristics of the method.

The Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) is a system for clinical evaluation of the content of the central relationship patterns, in the context of psychotherapy sessions. It was developed by Lester Luborsky (1977; 1990) in the University of Pennsylvania.

It is based on the analysis of episodes narrated by the patient about their experiences in the personal relationships. These episodes are called Relationship Episodes (RE).

From repetitions in these significant interpersonal experiences for the subject, can be inferred the structure, the central relationship pattern, how it behaves and interacts with the others. These patterns are described as characteristic ways of interacting with others and are thought to be built initially from interactions loaded with emotions with the parental figures in the first years of life. These patterns will be repeated in later relationships.

They are conceived as mental representations of interpersonal relationship with associated wishes and affects. From other perspectives, they are thought to reflect the operation of schemas. The patterns form the individual experiences of the subject with himself and with the others. The core pattern remains – according to the basic assumption of the Luborsky's approach – as a constant in the vital history of the subject. This transfer of the relationship conflict theme from one object to another one is explained by the transference in the sense of Freud.

However, a closer look to the distribution of relationship elements in various observational studies has shown that these structures change according to the relationship object, narrative time, real therapy time, setting and other factors. This issue shifted the focus of attention from a core conflictual theme to the investigation of the structure of relationship patterns.

Using the CCRT method we identify first the general structure of relationship pattern and second the patterns specific for individual relationship objects, for different life phases etc. The CCRT method provides a structured representation of the repertoire of patient's relationships. In this way, the more relationship episodes we obtain, the more accurate will be this representation.

Relationship episodes are taken from verbatim transcriptions of the psychotherapy sessions, although they can be obtained from any material that includes descriptions relatively concrete about interpersonal relationships of the subject: clinical observation, RAP interviews, dreams, daydreams, transcriptions of psychotherapy in group, etc...

Categories used traditionally in the application of CCRT method (Barber, Crits-Christoph & Luborsky, 1990) have received some important critics (see Albani, Villmann, Blaser et al., 1999; Strauss et al., 1995; Albani et al., 2003; López & Ávila-Espada, 2003), because of this, we will use the new category system CCRT-LU (Albani et al. 2002; Spanish adaptation from López, Ávila-Espada, Pokorny & Albani, 2004, Pokorny, submitted) which allow us to confirm and compare the validity of both systems in the analysis of therapeutic process.

2.4. Procedure

Three independent judges trained in the application of the CCRT method analyzed every transcription of the 32 taken during the psychotherapy sessions that were part of the selected sample. The final formulation was obtained from the consensus among the judges

who were part of the work group. The membership to the work group was conditioned to the measure of the reliability that will be explained in detail in the section dedicated to it.

The evaluation procedure is based on the instructions of Luborsky (1990, 1998) and Albani et al. (2002; 2008), following their steps:

■ Step 1. Identification of relationship episodes

The identification of the relationship episodes can be defined in other words as the identification of specific examples of interactions with a certain person in a certain context.

In each relationship episode it was determined:

- The **Object** with which the patient interacted
- The **Time** when RE happened: past, present or future. The relationship episodes that happened in the last two weeks were considered present.
- **Completeness:** Each episode was marked in a scale from 1 to 5 in function of the information that it contained, being 1 not very complete narrative and 5 very complete.

RE should contain the maximum information about the concrete fact, because if they are very schematic they cannot be taken into account to establish CCRT. Those episodes marked with less than 2.5 were discarded.

In order to help locating the RE in the text, the page where the episode appeared was indicated, as well as its first and last words.

Step 2. Determination of the components Wishes (W) and Responses (R)

In CCRT:

According to Luborsky, the central relationship patterns have three components that are inferred from the relationship episodes (RE):

- ≡ Wish (W). What does the subject want or wish?
- ≡ Wish, necessity or intention. It was also defined if the wish was explicit or implicit, inferred from the text.
- ≡ Response from the Others (RO). How do other people respond to these wishes?
Imagined answer from the others, anticipated or real
- ≡ Response from the self (RS). How does the subject react to this response of the other?

Response of the self imagined, anticipated or real, in the form of thought, emotion, behavior or symptom (RS).

It was identified if the responses of the object as well as the subject were positive or negative, (they help to satisfy the wish of the subject or, on the contrary, they go against him).

Components W, RO, and RS were formulated, in a first moment, as close as possible to the narratives' transcriptions. They are called tailor-made categories. These first tailor-made categories were adapted to the cluster standard categories (Barber, Crits-Christoph & Luborsky, 1990) (see Figure 1 of the theoretical part).

In CCRT-LU:

One of the main differences in the CCRT-LU method is the incorporation of a direction dimension in wishes and responses components depending on on whom the activity falls: the subject or on the object. Then, we can differentiate four components: WO, WS, RO and RS that are subdivided at the same time in eight (WOO, WOS, WSO, WSS, ROO, ROS, RSO, RSS).

≡ Wish from Object (WO). What does the subject want the others to do?

≡ Wish from Subject (WS). What does the subject want to do?

In the same way that in the previous procedure, it is determined if wishes are implicit or explicit.

≡ Response from object (RO). How do other people respond to this wish?

≡ Response from Subject (RS). How does the subject react to the response of the object?

We also established the value of the answers (positive or negative).

In the same way that in the application of the CCRT category system, these components are defined, in a first moment, as close as possible to the narratives' transcriptions (tailor-made categories) in order to be adapted to the categories. However, in CCRT-LU, the predicates list is common to all dimensions, then, we assigned the categories following a bottom-down procedure, that is, first we assigned one of 13 cluster (A-M), then the middle level categories and at the end, one of 119 subcategories (see Table 5 of theoretical part). It is important that the judges see the meaning of every predicate in the context of the category.

■ Step 3. Formulation of the central relationship pattern

The core conflictual theme will be obtained from the wishes and responses that appear more frequently.

2.5. Design and data analysis

Descriptive single case study in which we analyze the therapeutic process of a single clinical case treated with long term focal psychoanalytic psychotherapy.

All the data obtained of the application of the method were collect in a protocolized score sheet and later compiled in data matrix, both CCRT and CCRT-LU (See *Appendices A and B*, respectively)

For analyzing statistically the results we used the statistical package SPSS 11.0.

The total number of relationship episodes analyzed is 289, and they contained 1361 CCRT components and 1227 CCRT-LU components (see Table 11). The reason for a higher number of wish components in CCRT than in CCRT-LU is the particular characteristic in the last: every component must correspond with one category, while in the classic category system of CCRT we do not have this characteristic.

Table 11

Components obtained through CCRT and CCRT-LU method.

CCRT		CCRT- LU			
dimension	n	dimension	n	dimension	n
W	507	W total	460	R total	767
RO	438	WO total	195	RO total	344
RS	416	WS total	265	RS total	423
		WOO	53	ROO	77
		WOS	142	ROS	267
		WSO	120	RSO	125
		WSS	145	RSS	298

As we mentioned before, in this study we will carry out an analysis about the possibilities of using the CCRT method to describe the central relationship patterns and the evolution of the therapeutic processes.

The statistical analysis realized to complete this objective were the following:

- Reliability:
Kappa coefficient for a 12-judges sample
- General patterns CCRT and CCRT-LU:
Simple frequency analysis
- More frequent patterns according to the different objects.
Simple frequency analysis in subsamples for different objects.
- Specific patterns (Fisher):
Comparison of frequencies in subsamples with expected frequencies based in the whole sample.
- Time-trends:
Study of changes in general time trends in the course of therapy.

3. RESULTS

3.1. Reliability

The evaluation of central relationship patterns requires such a big volume of work that it was necessary teamworking. Our team of judges was composed by twelve senior students in the Faculty of Psychology who had special interest in research. They received an intensive training in the application of CCRT method and CCRT-LU of more than 50 hours with continuous discussions and feedback on their performance.

The relevance of the studies done required an exact measure of reliability to determine the inclusion of the judges in the joint work of consensus.

The CCRT method is a prototypical case of categorical data. In a standardized way, the interjudges agreement is measured through the Cohen Kappa coefficient (κ) which improves the simple measure of percentage of agreement, correcting the result that could be obtained by chance and providing a measure that reflects the real interjudges agreement.

Design of the reliability study

Twelve relationship episodes obtained through a RAP interview were selected. They contained 83 components to be evaluated by the judges using CCRT-LU method. Every judge was given the text with the components identified, but without any information about dimension or category. The judges marked these components independently.

The basic matrix contains the data of 83 components by 12 judges, in which we will compare the interjudges consensus in the next decisions:

- 1) Is the component Wish o Response?
- 2) Is the component WOO, WOS, WSO, WSS, ROO, ROS, RSO or RSS?
- 3) Is an harmonious (A, B, C, D) or not harmonious category (E, F, G, H, I, J, K, L, M)?
- 4) Which cluster category was chosen (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M)?
- 5) Which middle level category was chosen (A1, A2, B1...)?
- 6) Which subcategory was chosen (A11, A12, A13...)?
- 7) Is the value of category positive or negative?

The analysis of agreement in the different levels of category, as well as the value of the responses, was carried out, when possible, in the whole sample, in the subsamples of wishes and responses and in the subsamples established by the “direction” dimension (WO, WS, RO and RS)

Therefore, the agreement between two judges in the different criteria of analysis was expressed by means of the kappa coefficient. Values for the twelve judges build a square matrix of 12x12, as is presented in Table 12, in which the agreement values for the choice of category high level cluster are observed.

Table 12

Kappa Coefficients of interjudges agreement in high level categories.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
tota	.6	.70	.64	.65	.65	.60	.62	.60	.69	.64	.68	.54	.68
1	4	.70	.64	.65	.65	.60	.62	.60	.69	.64	.68	.54	.68
1	.70	.	.64	.70	.82	.67	.70	.54	.77	.73	.80	.48	.79
2	.64	.64	.	.59	.66	.51	.54	.66	.71	.59	.77	.73	.64
3	.65	.70	.59	.	.67	.62	.67	.71	.68	.65	.68	.46	.71
4	.65	.82	.66	.67	.	.56	.66	.53	.70	.66	.72	.52	.70
5	.60	.67	.51	.62	.56	.	.63	.58	.64	.62	.61	.53	.63
6	.62	.70	.54	.67	.66	.63	.	.54	.65	.70	.60	.52	.65
7	.60	.54	.66	.71	.53	.58	.54	.	.74	.53	.61	.56	.60
8	.69	.77	.71	.68	.70	.64	.65	.74	.	.68	.77	.55	.71
9	.64	.73	.59	.65	.66	.62	.70	.53	.68	.	.68	.48	.73
10	.68	.80	.77	.68	.72	.61	.60	.61	.77	.68	.	.58	.70
11	.54	.48	.73	.46	.52	.53	.52	.56	.55	.48	.58	.	.56
12	.68	.79	.64	.71	.70	.63	.65	.60	.71	.73	.70	.56	.

The values in main diagonal of this symmetrical matrix are, by definition, $\kappa=1.00$ (agreement of every judges with him/herself) and it's composed by 66 kappa coefficients $n(n-1)/2$

It was analyzed, on the one hand, each judge's agreement with the rest of the judges, and on the other, the general agreement in the total of the coefficients. In this case, the general average is $\kappa=.64$, a very satisfactory value.

The existing agreement, according to the established criteria, was calculated for the total sample and the subsamples.

The obtained results showed that the average of agreement to differentiate between wishes and responses was .95, between wishes of object and subject and responses of object and subject (WO, WS, RO and RS) was .91 and .90 when the difference was established among

WOO, WOS, WSO, WSS, ROO, ROS, RSO, and RSS. For those first approaches about dimension we obtained a very high inter-judges agreement, $\kappa > .90$, value that can only be achieved when the judges agree in most of the cases.

Situations in which disagreement can seem surprising are however understandable because tailor-made category was not facilitated to the judges, but it was established by them. In this way, the sentence “I told to my father that I was going on holidays” can be understood like a wish (tailor-made category: “I wanted to go on holidays”) or like a response (tailor-made category: “I told him that I wanted to go on holidays”).

Values for average agreement in high, middle and low level categories, the harmonious and disharmonious characteristic and the value of the responses (positive or negative) are summarized in Table 13 for the total sample and for the subsamples that arise from the direction dimension (W and R, WO, WS, RO and RS).

Table 13

Reliability in variables value, harmonious and high, middle and low level categories.

	Value P/(P-N)	Harmony	Cluster A	Middle level categories An	Low level categories Ann
Total	–	.90	.64	.56	.46
W	–	–	.63	.49	.44
WO	–	–	.64	.52	.47
WS	–	–	.56	.41	.34
R	.82	.90	.63	.56	.46
RO	.85	.89	.64	.54	.43
RS	.76	.89	.63	.60	.47

There was a high agreement level in the value of the responses ($\kappa=.82$), if we differ between response of object and self, values are higher for object values ($\kappa=.80$) than subject values ($\kappa=.76$).

We will discuss now the agreement in categories in the four dimensions, for the first decision, if the component is or disharmonious, we obtained an extremely high agreement, a kappa coefficient above .90 in all the sample and subsamples. Calculating the kappa value for wishes subsample wasn't possible because all the wishes were inside harmonious category.

A high level of agreement for responses in harmonious category has been found, that is very important for María's main study, since we will see some very significant results in the harmony index that is based on this decision of high reliability on the judges, for this, their credibility will also be very high.

The average of the agreement for high, middle and low level categories was .64, .56 and .46 respectively. In the context of CCRT method these values are very satisfactory, similar and even better in comparable studies. These values were found in teams on similar researches just after an intensive training. These satisfactory values make possible to carry out exploratory analysis with a solid base in the search of María's relationship patterns.

The CCRT-LU method developed in Ulm and Leipzig from its beginnings was worried for reliability aspects, as on CCRT method as on new category system CCRT-LU. In a study developed in the University of Leipzig (Albani et al. 2002) that tried to contrast the reliability obtained using both systems it was found that German group reached better values in reliability, for these reason our group decided to concentrate its attention to contrast its own reliability using CCRT-LU. Our team reached values of reliability for CCRT-LU comparable with Leipzig judges (see Table 14).

Table 14

Comparison in reliability between Leipzig and Salamanca groups

		Leipzig 2 judges CCRT	Leipzig 3 judges CCRT-LU	Salamanca 12 judges CCRT-LU
CCRT: clusters CCRT-LU: high level	W	.48	.66	.64
	RO	.47	.65	.64
	RS	.65	.63	.63
CCRT: standard categories CCRT-LU: middle level	W	.42	.60	.49
	RO	.37	.58	.54
	RS	.52	.56	.60

3.2. Relationship episodes characteristics

3.2.1. Relationship episodes number

We obtained 289 relationship episodes from the 32 analyzed sessions throughout therapy. The mean of relationship episodes collected in each session in the treatment was 9.03 REs per session, a quite high number. The standard deviation obtained was 2.66.

The percentage distribution of the episodes by phase and block appears in Figure 3. As we can observe, the intermediate phase contains the highest number of analyzed relationship episodes, 41% of the total relationship episodes compared with percentages of rest of the other phases: initial, advanced and final (19, 17 and 22% respectively).

Nevertheless, the intermediate phase contained the highest number of analyzed sessions, too. Computing the average number of relationship episodes in a session we can see the regularly decreasing trend from 11.00 episodes in the initial phase to the 7.22 episodes in the final phase. The observed trend of decreasing episode density will be exactly statistically tested later.

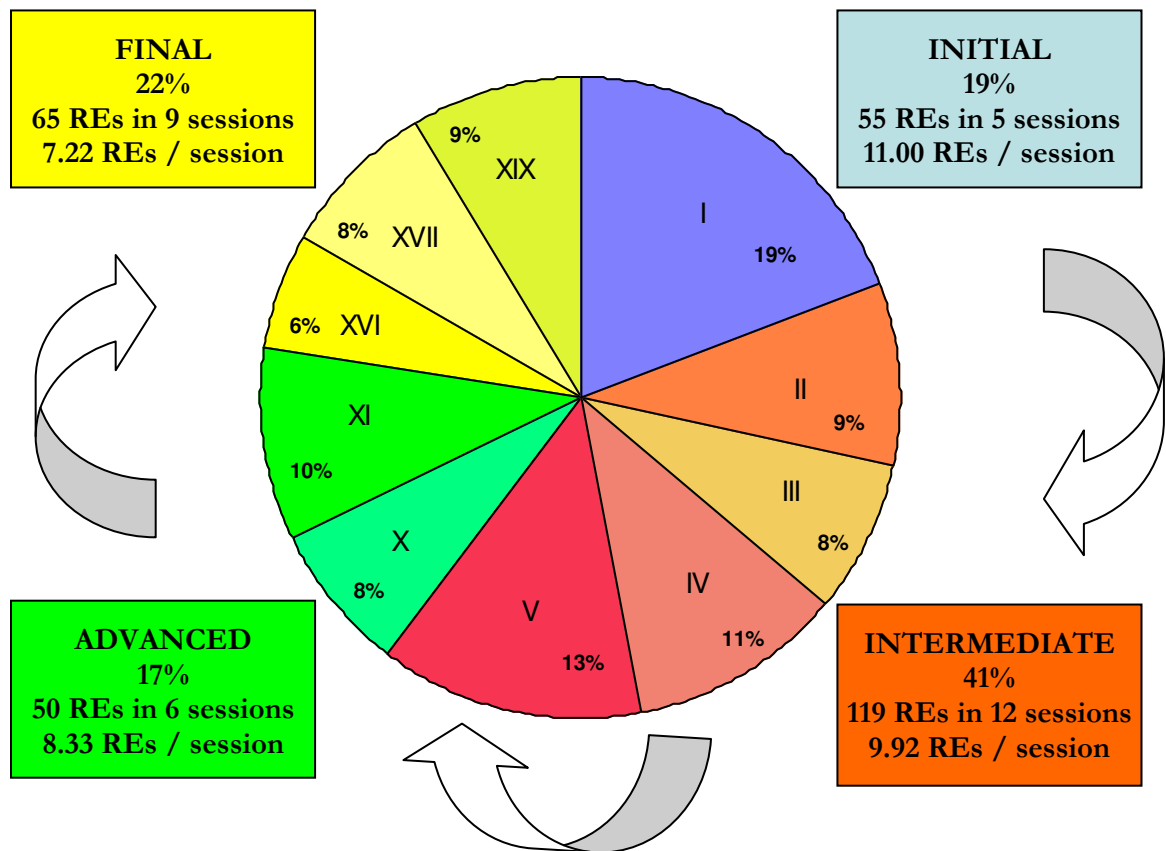


Figure 3. Percentage distribution of relationship episodes by phase and block.

3.3.2. Relationship episodes time

We will analyze now the time in which relationship episodes were developed: present, past or future (Figure 4). In the whole sample 82 percent of relationship episodes happened in present time, while only the 14% of interactional narratives happened in the past. The episodes that occur in the future only appear in 4% of the cases.

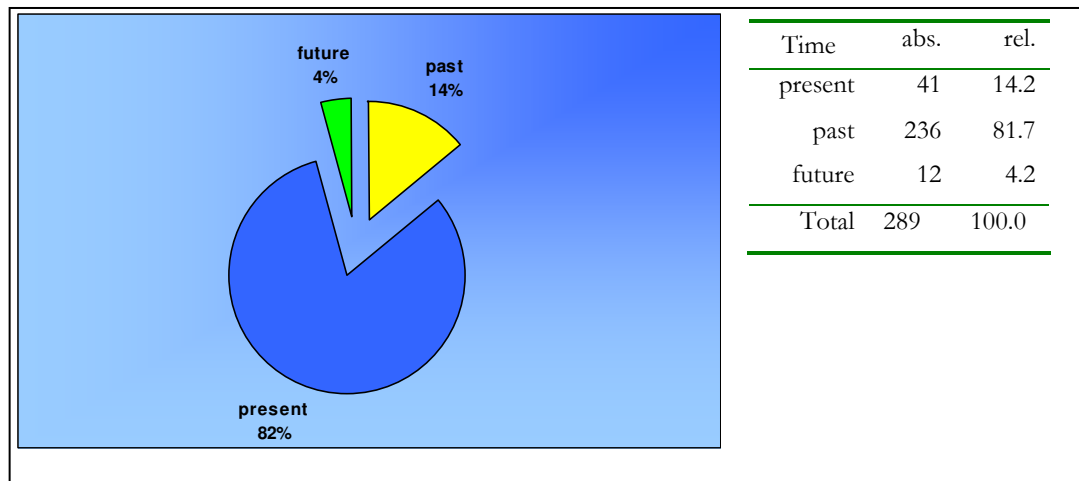


Figure 4. Time in whole treatment

3.2.3. Relationship objects

Regarding the person with whom María interacts in the different episodes, that is, the relational object, the results indicate that the person with whom María interacts more throughout the treatment is her boyfriend Pepe, 32% of all relationship episodes are referred to him (see Figure 5). Next object that appears more frequently during therapy is her mother individually (14%) and colleagues of job (8%) and the father (5%). To parental figures individually we must to add those episodes in which the object are both jointly, father and mother. Those are a 4% of the episodes. During the treatment, relationship object in which the object is the therapist only represent about 5% of the whole episodes. In the same way, the self-referential episodes with herself, represent 5%.

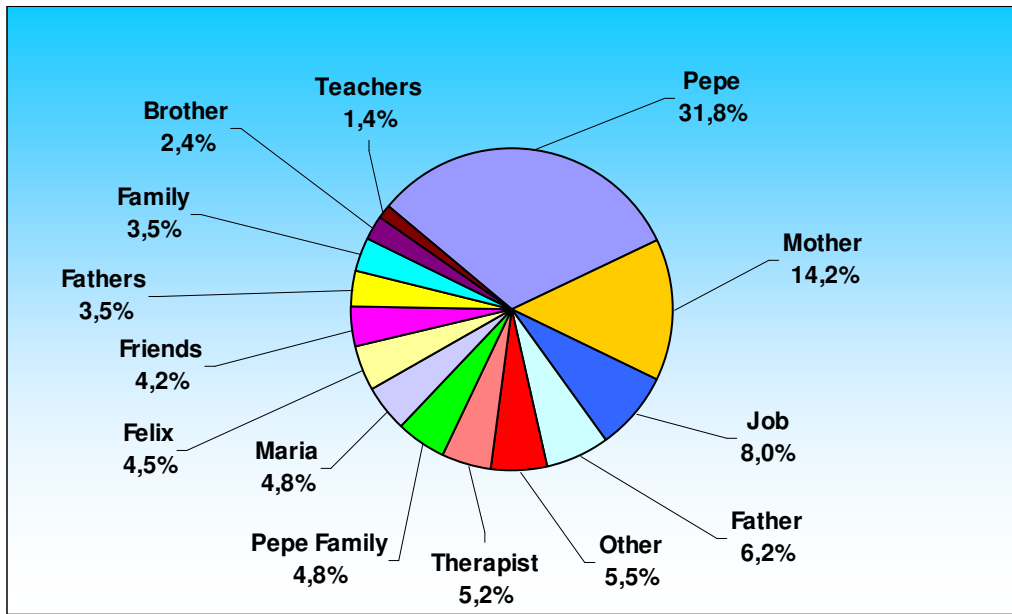


Figure 5. Objects in treatment

3.3. Component characteristics

3.3.1. Explicit and implicit wishes

As we have already explained in the procedure, in the Wish component it is necessary to establish if this is explicit or implicit and if is inferred from the text. We can see that in most of the wishes, as CCRT as in CCRT-LU are explicit (Figure 6). This tendency is more accused in CCRT-LU (76% versus 90%, respectively), without differences taking account the dimension of direction in this component, whose percentage fluctuates between 88% and 92% of explicit wishes (see Figure 7).

A lower percentage of implicit wishes in CCRT-LU corresponds to the earlier experience in analogous studies in Leipzig. The richness of the CCRT-LU category system seems to allow a more direct coding of relationship elements as explicit wishes or reactions.

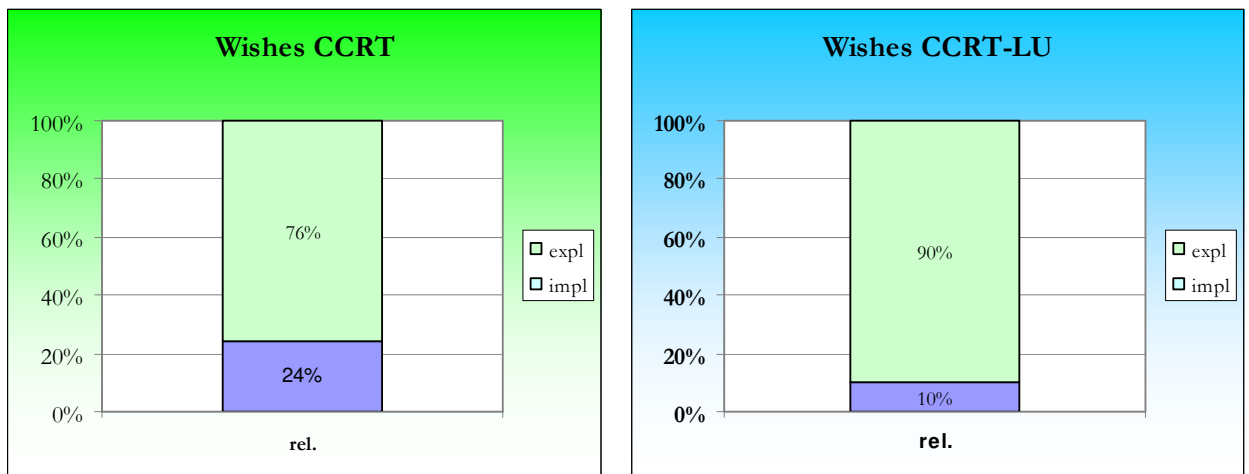


Figure 6. Implicit and explicit wishes

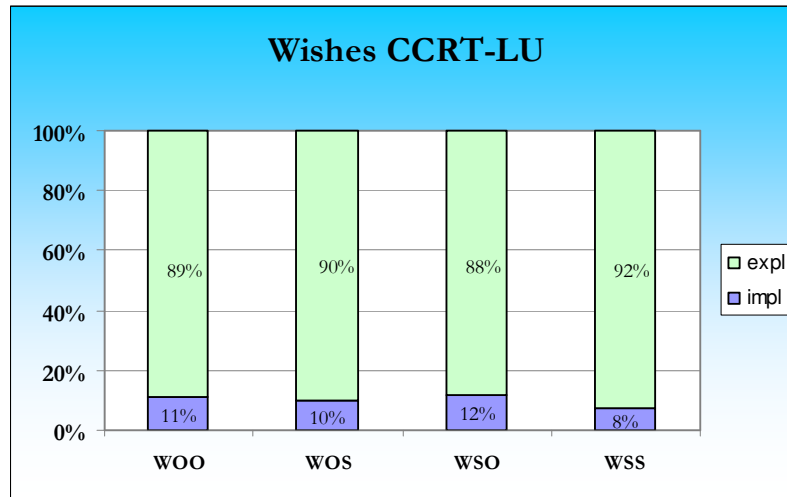


Figure 7. Implicit and explicit wishes in CCRT-LU with direction dimension

3.3.2. Value of responses

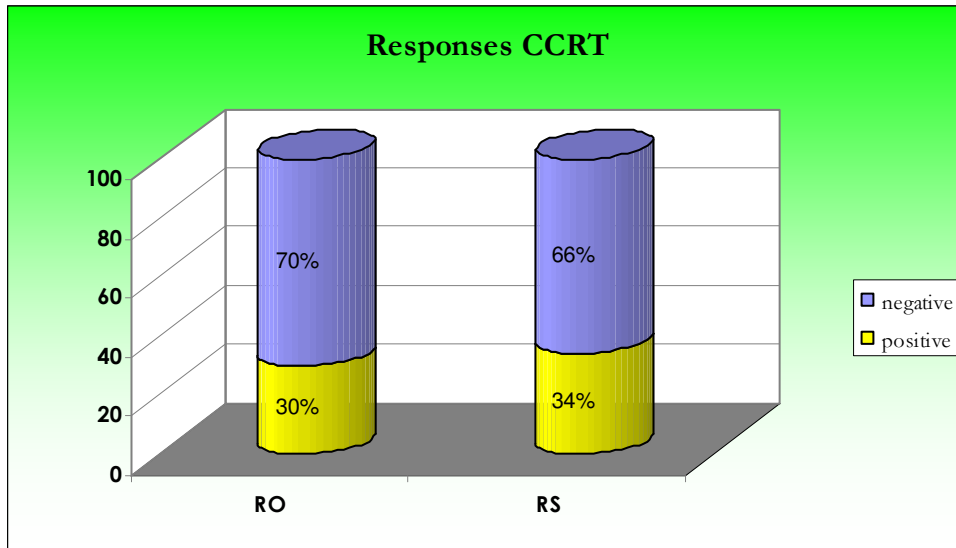
We analyze now the value of the answer, the percentage of negative or positive responses in the treatment. First, we will see CCRT responses and after that we will compare them with CCRT-LU.

As we can see, a considerably bigger percentage of negative responses appears from object (70.3%) as well as from subject (65.9%). Positive answers represent the third part of the total object and subject responses (see Figure 8).

Therefore we could calculate the positivity index, resultant of the next formula:

$$\text{Positivity Index} = \frac{\text{positive responses} \times 100}{\text{positive responses} + \text{negative responses}}$$

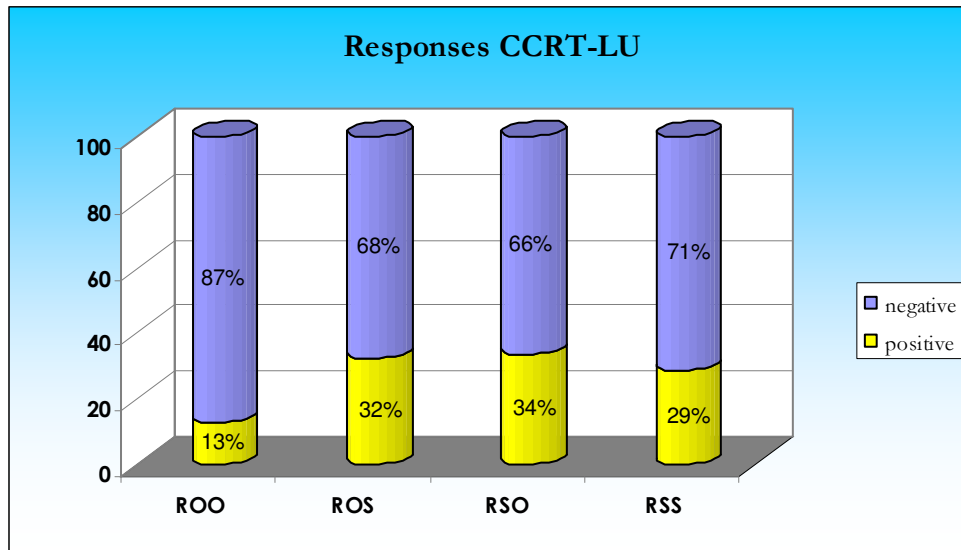
Then, we would find that the CCRT positivity index during the treatment is 31.9%, and that it is higher in the responses given by the patient than in those given by the others.



CCRT	positive		negative		total
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.
R	272	31.9	582	68.1	854
RO	130	29.7	308	70.3	438
RS	142	34.1	274	65.9	416

Figure 8. CCRT negative and positive responses

In CCRT-LU, taking into account the direction dimension, we can observe the positivity in responses from object to him/herself (ROO), responses from object to subject (ROS), responses from subject to other (RSO) and responses from subject to herself (RSS) finding similar values (ROS: 32,2%, RSO: 33,6% and RSS: 28,9%) except in ROO (13%) (see Figure 9)



CCRT-LU	positive		negative		total abs.
	abs.	rel.	abs.	rel.	
R	224	29.2	543	70.8	767
RO	96	27.9	248	72.1	344
RS	128	30.3	295	69.7	423
ROO	10	13.0	67	87.0	77
ROS	86	32.2	181	67.8	267
RSO	42	33.6	83	66.4	125
RSS	86	28.9	212	71.1	298

Figure 9. CCRT-LU positive and negative responses.

In general, we can conclude that the positivity index is similar in CCRT and in CCRT-LU for responses from object and subject.

3.3.3. Harmony

In CCRT-LU system we can observe harmony quality in every component, i.e., if wishes and responses were formulated according to the categories considered harmonious (A-D) or not harmonious (E-M). This index allows us to establish a discrepancy measure between the wishes and responses of the subject, which is relevant in the study of the evolution of the process, as well as in its analysis related to different objects.

We can calculate the **harmony index**, in other words, we can estimate a value result of the next formula

$$\text{Harmony Index} = \frac{\text{Harmonious components (A-D)} \times 100}{\text{Harmonious components} + \text{disharmonious}}$$

Most wishes are expected (see Table 15) to be located in harmonious category, more accurately the 90% here. However we obtained a different result in WSO component (“I want to do to the other”) in which the harmony index decreases to 73%. This can mean that what María wants to do to others is not as harmonious as what she wants the others to do to her.

Table 15

Harmony index

dimension	harmony	dimension	harmony
W (n=460)	90.4	R (n=767)	34.3
WO (n=195)	96.4	RO (n=344)	35.2
WOO (n=53)	94.3	ROO (n=77)	28.6
WOS (n=142)	97.2	ROS (n=267)	37.1
WS (n=265)	86.0	RS (n=423)	33.6
WSO (n=120)	73.3	RSO (n=125)	40.0
WSS (n=145)	96.6	RSS (n=298)	30.9

The CCRT-LU method allows us to compare this characteristic between wishes and responses as it is shown in Figure 10, in which we can observe the differences between responses of the patient and responses given by the person with whom Maria interacts.

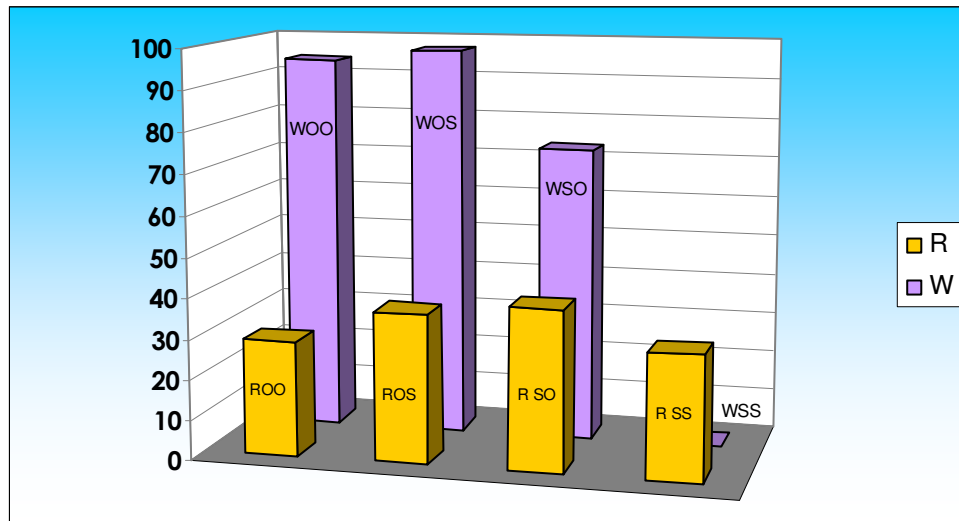


Figure 10. Harmony index between wishes and responses

3.4. General Patterns CCRT and CCRT-LU

CCRT

We present below the core conflictual relationship themes that, as Luborsky established (Luborsky, 1990, 1998), are built from the more frequent categories (see Table 16).

Table 16

CCRT: Core conflictual relationship themes

W		abs.	rel.	cum.
total		507	100.0	100.0
W7	to feel good, comfortable	147	29.0	29.0
W1	to assert self, be independent	95	18.7	47.7
W6	to be loved, understood	88	17.4	65.1
W8	to achieve, help others	60	11.8	76.9
W5	to be close, accepting	43	8.5	85.4
W4	to be distant, avoid conflicts	41	8.1	93.5
W2	to oppose, hurt and control others	28	5.5	99.0
W3	to be controlled, hurt, not responsible	5	1.0	100.0

RO		abs.	rel.	cum.
total		438	100.0	100.0
RO3	they are upset	153	34.9	34.9
RO5	they are rejecting, opposing	69	15.8	50.7
RO4	they are bad	44	10.0	60.7
RO8	they are understanding	40	9.1	69.9
RO2	they control	38	8.7	78.5
RO6	they are helpful	38	8.7	87.2
RO7	they like me	37	8.4	95.7
RO1	they are strong	19	4.3	100.0

RS		abs.	rel.	cum.
total		416	100.0	100.0
RS7	I am disappointed, depressed	102	24.5	24.5
RS4	I oppose, hurt others	62	14.9	39.4
RS3	I feel respected, accepted	59	14.2	53.6
RS5	I felt selfcontrolled, selfconfident	56	13.5	67.1
RS2	I am unreceptive	55	13.2	80.3
RS6	I am helpless	38	9.1	89.4
RS8	I am anxious, ashamed	23	5.5	95.0
RS1	I am helpful	21	5.0	100.0

Nota: The categories highlighted have an observed frequency that exceeds the frequency expected by the uniform distribution, $rel. > 1/8 = 12.5\%$.

We can say that the Core Conflictual Relationship Theme using Luborsky categories is as follows:

*“I wish to feel good and comfortable (=W);
the others upset me (=RO);
and then I am disappointed and depressed (=RS)”.*

CCRT-LU

Let us analyze the core conflictual theme obtained with CCRT-LU categories. We can omit the dimension WOO and ROO, that remember, do not contribute too much information to the core conflictual theme that has an “egocentric” character per se (see Table 17).

The core wishes of María are as follows:

*“I wish that ...
others attend to me (=WOS);
and to love the others and to feel well with them (=WSO);
as well as with myself (=WSS)”.*

The reactions in the real world as reported by María are in contrast to her wishes:

*“The others reject me (=ROS);
and I reject them, too (=RSO);
and then I feel dissatisfied and scared.” (RSS)*

Table 17

CCRT-LU: Core conflictual relationship themes; components WOO, WOS, WSO, WSS and ROO, ROS, RSO and RSS

WOO <i>I wish that they would feel ... / be ... to themselves</i>	abs.	rel.
total	53	100.0
D self-determined	25	47.2
C loving, feeling well	16	30.2
A attending to	6	11.3

WOS <i>I wish that they would be ... to me</i>	abs.	rel.
total	142	100.0
A attending to	72	50.7
C loving, feeling well	24	16.9
D self-determined	24	16.9
B supporting	18	12.7

WSO <i>I wish that I would be ... to them</i>	abs.	rel.
total	120	100.0
C loving, feeling well	41	34.2
B supporting	24	20.0
M withdrawing	17	14.2
D self-determined	14	11.7
L annoying, attacking	10	8.3

WSS <i>I wish that I would feel ... / be ... to myself</i>	abs.	rel.
total	145	100.0
C loving, feeling well	67	46.2
D self-determined	66	45.5

ROO <i>They feel ... / they are ... to themselves</i>	abs.	rel.
total	77	100.0
C loving, feeling well	12	15.6
G determined by others	10	13.0
M withdrawing	10	13.0
I unreliable	8	10.4
F dissatisfied, scared	7	9.1

ROS <i>They are ... to me</i>	abs.	rel.
total	267	100.0
J rejecting	44	16.5
K dominating	39	14.6
L annoying, attacking	32	12.0
A attending to	30	11.2
C loving, feeling well	28	10.5
I unreliable	27	10.1
B supporting	26	9.7

RSO <i>I am ... to them</i>	abs.	rel.
total	125	100.0
J rejecting	29	23.2
A attending to	22	17.6
H angry, unlikable	21	16.8
B supporting	12	9.6
D self-determined	10	8.0
L annoying, attacking	10	8.0

RSS <i>I feel ... / I am ... to myself</i>	abs.	rel.
total	298	100.0
F dissatisfied, scared	75	25.2
H angry, unlikable	61	20.5
C loving, feeling well	60	20.1
E depressed, resigning to sth.	30	10.1
D self-determined	26	8.7

Note: The categories highlighted have a relative observed frequency that exceeds the frequency expected by the uniform distribution, $rel. > 1/13 = 7.7\%$.

If we compare both systems (see Table 16 and 17) we can confirm that the main wish components in CCRT “to feel good, comfortable; to assert self, be independent; and to be loved, understood” could be the resultant of addition of WO and WS in CCRT-LU.

The principal responses of the object “*the others are upset with me; and they are rejecting, opposing*” corresponds too with categories found in CCRT-LU “*rejecting; dominating; unreliable; annoying, attacking*”. However, it seems that in CCRT-LU more positive responses appear “*Attend; support; love, feeling well*”.

In the same way, it seems that more frequent responses of subject in CCRT and in CCRT-LU also coincide: “*I am disappointed, depressed; I oppose, hurt others*” and “*I feel dissatisfied, scared; angry, unlikable*”

Comparison of these data stands out the important quality of the “direction” component that determines the sense of the action, adding much more information about wishes and responses of the patient in CCRT-LU (see Table 18).

Table 18

CCRT-LU: Core conflictual relationship themes; WO, WS, RO and RS

WO I wish that they would feel / be / do ...	abs.	rel.	cum.
total	195	100.0	100.0
A attending to	78	40.0	40.0
D self-determined	49	25.1	65.1
C loving, feeling well	40	20.5	85.6
B supporting	21	10.8	96.4
WS I wish that I would feel / be / do ...	abs.	rel.	cum.
Total	265	100.0	100.0
C loving, feeling well	108	40.8	40.8
D self-determined	80	30.2	70.9
B supporting	24	9.1	80.0
M withdrawing	22	8.3	88.3
RO They are feeling / being / doing ...	abs.	rel.	cum.
Total	344	100.0	100.0
J rejecting	48	14.0	14.0
K dominating	42	12.2	26.2
C loving, feeling well	40	11.6	37.8
I unreliable	35	10.2	48.0
L annoying, attacking	35	10.2	58.1
A attending to	34	9.9	68.0
B supporting	27	7.8	75.9
RS I am feeling / being / doing ...	abs.	rel.	cum.
Total	423	100.0	100.0
H angry, unlikable	82	19.4	19.4
F dissatisfied, scared	77	18.2	37.6
C loving, feeling well	66	15.6	53.2
D self-determined	36	8.5	61.7

Note: Categories selected when the relative observed frequency exceeds the frequency expected by the uniform distribution, $rel. > 1/13 = 7.7\%$.

The core conflictual relationship patterns are exemplified in relationship episodes in *Appendice C*.

3.5. Analysis by object

The relational patterns that María has described throughout therapeutic process vary depending of the person object of interaction. We will analyze next the characteristics of components in the principal relational objects of the patient that we considered from analysis of the therapy. They are:

Pepe: It is the name assigned to the patient's boyfriend during most of therapy. Relationships with Pepe are very problematic and ended with their separation before the finalization of the treatment.

Félix: It is the name of the patient's boyfriend in the final phase of the therapy.

Mother: With Pepe, it is the most important figure in this process. The relationships with her are very conflicting. Their mother is a housewife who had to raise María and her brother practically alone.

Father: Analysis of the relationship with the father is important cause of its ambivalence made him that due to labor reasons, he was very absent in the childhood and patient's adolescence.

Although appear frequent episodes of the parents' relationship taken together, here we will analyze only those in which the figures appear separately.

Therapist: We selected this relational object, not for the number of relationship episodes with him, instead for the importance that this relation supposes from a clinical point of view.

María: They are also essentially important the relationship episodes with herself.

3.5.1. Components characteristics by object

3.5.1.1. Explicit and implicit wishes by object

CCRT

The percentage of implicit wishes inferred from interactions of the patient is similar for the different objects, fluctuating between the 19% and the 25% of the whole wishes, except in the relation situations with the father, in which the percentage of implicit wishes

is higher, in the way that one wish of every three about father is implicit. Similarly, we find that almost all the wishes referred to herself is implicit (see Figure 11).

However, we do not interpret these differences because they are not generally significant; the result of the generalized Fisher's test using 1 000 000 Monte Carlo simulations was $p = 0.335$.

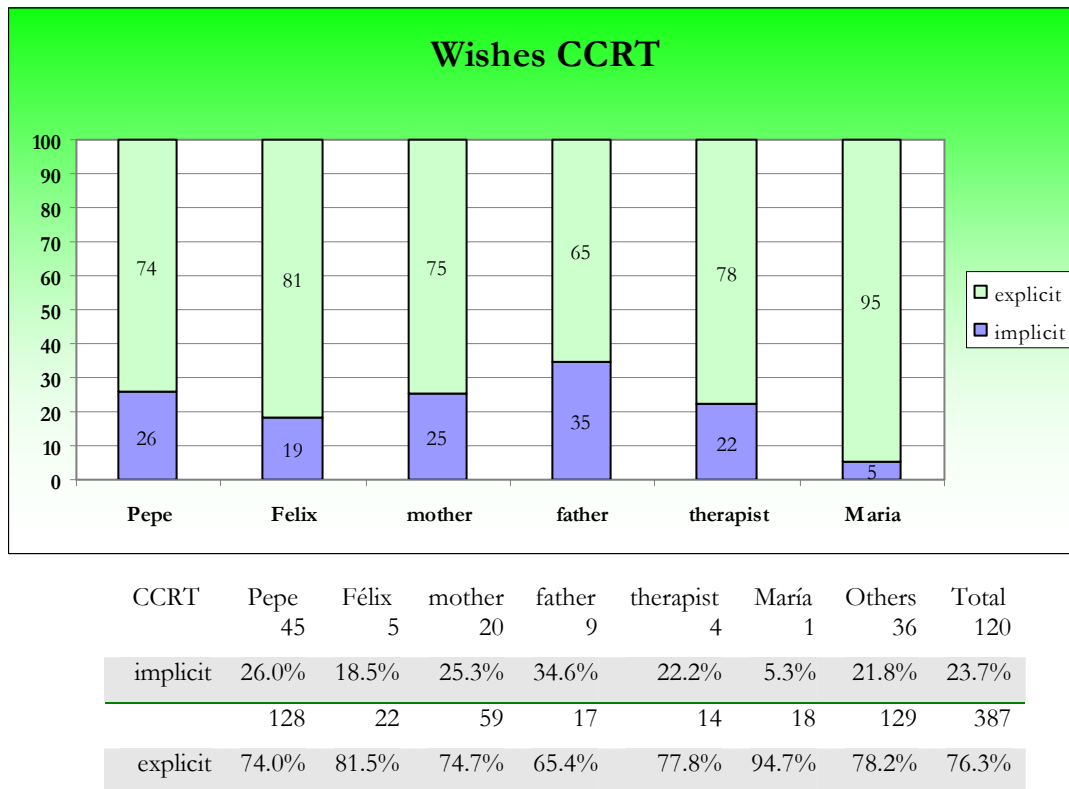


Figure 11. CCRT. Explicit and implicit wishes in main objects.

CCRT-LU

Using Fisher exact test we can say that doesn't exist significant differences in explicit or implicit wishes in function of the main objects (WOO, WOS, WSO, WSS; WO, WS).

Althought using CCRT-LU we find that wishes tend to be evaluated like more explicit in general (see Figure 12). If we analyze wishes in relationship objects we see that all implicit wishes in father relationship are wishes from father to María (WOS). This tendency is opposite with mother, in which appears less number of wishes in this structure (4,2%) and higher in those that María wants to do something to her mother (WSO; 13,3%).

There are a particular characteristic in episodes with herself. In these episodes, frequently appears dissociation in her personality between what she must to do it and what she does in fact. For this reason, in these episodes appears wishes and responses from object and subject, being always herself.



Figura 12. CCRT-LU. Explicit and implicit wishes in main objects.

3.5.1.2. Responses value by object

CCRT

In relationship interactions we find significant differences between the positive or negative value of response from object and subject (RO and RS) in function of the main relationship objects ($p=0.000913$ and $p=0.001287$ respectively).

The higher percentage of negative responses of other is in the episodes with first boyfriend, Pepe. Almost 80% of the total of responses from Pepe are described as negatives by the patient (see Figure 13), in these episodes the own María's response is negative in 71% of the occasions. In interactions with her second boyfriend we observe that Felix's responses are negatives in the 47% of the occasions and her response in the 59%, inferior percentages in comparison with interactions with Pepe.

Responses of parental figures described by María are also negative in the most of the interactions, as well as María's responses in these episodes, being the responses directed to her mother more negative than those directed her father. Approximately the half responses of therapist to María as those of María to therapist are positives. In relationship episodes with herself María deploys positive responses mainly.

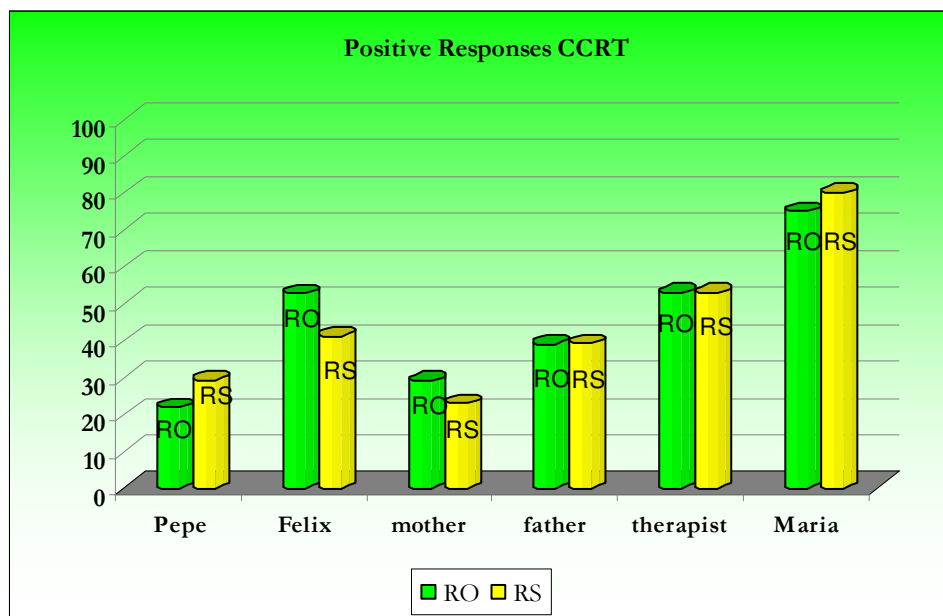


Figura 13. CCRT. Positive responses in the main objects

This is the **positivity index** for every of main objects. As we see in Table 19 highest positivity index corresponds in therapist figure (obviating the data obtained for herself).

Table 19

CCRT. Positivity index in main objects

Responses	N	Pepe	Félix	mother	father	therapist	María	Others	Total
R	854	25.5	47.2	26.2	39.0	52.9	78.3	31.1	31.9
RO	438	21.8	52.6	29.0	38.9	52.9	75.0	27.2	29.7
RS	416	29.2	41.2	23.0	39.1	52.9	80.0	34.9	34.1

CCRT-LU

Significant differences exists in the positive or negative value of the responses in function of the main objects in the response from others to María (ROS; $p= 0.003607$) and in María reaction directed to herself with different objects (RSS; $p= 0.017463$).

In the same way that in CCRT, responses of first boyfriend to her (see Figure 14) tend to be negative (71%), responses that María has to Pepe are negative too, although in a lower percentage (62%), highlighting patient's reactions to herself in these interactions, which are negative in 76% of the occasions.

If we compare these data with her second boyfriend data we can emphasize that the percentage of his responses to María are positive in half of the occasions, she reacts in a negative way to Félix (75%), but the reactions of the patient to herself in this episodes are positive in a 55% of occasions, versus the 24% in the interactions with her first boyfriend.

Mother and father responses to María are usually negative, as well as reaction of patient to them; and reaction to herself in these episodes, with a light difference in mother (80%) versus father interactions (69%). Responses as therapist to patient as well as patient to therapist are positive in general, although the patient's response to herself is negative in 79%, this information can be analyzed thanks to the direction dimension of CCRT-LU category system, since these differences could not be appreciate in CCRT.

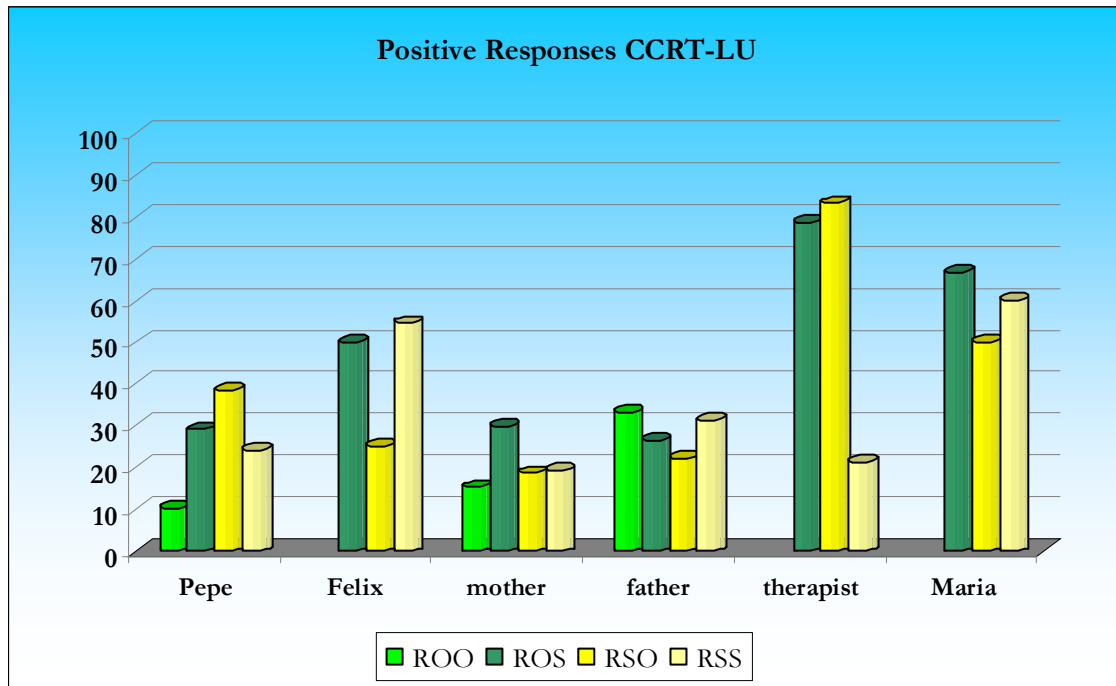


Figure 14. CCRT-LU. Positive responses in the main objects

The positivity index in CCRT-LU for each main object (see Table 20), with dimension direction in responses.

Table 20

CCRT-LU. Positivity index in main objects

Responses	N	Pepe	Félix	mother	father	therapist	María	Others	Total
R	767	26.4	43.2	23.1	28.3	55.9	60.0	26.3	29.2
RO	344	24.1	50.0	26.7	28.6	78.6	66.7	22.6	27.9
RS	423	28.3	39.1	19.3	28.0	40.0	59.1	29.7	30.3
ROO	77	10.3		15.4	33.3			10.3	13.0
ROS	267	29.1	50.0	29.8	26.7	78.6	66.7	26.3	32.2
RSO	125	38.5	25.0	18.8	22.2	83.3	50.0	31.7	33.6
RSS	298	24.2	54.6	19.5	31.3	21.4	60.0	28.9	28.9

3.5.1.3. Harmony by object

We find significant differences in harmony by object in wishes from patient to objects (WSO; $p= 0,047463$), in responses from other to María (ROS; $p= 0,00469$), in responses from María to others ellos (RSO; $p= 0,020261$) and to herself (RSS; $p= 0,010743$).

As we can see in Table 21 most of the wishes are harmonious, both what María wants to be done by others, and what she wants to do to the others and to herself. However in two figures, Pepe and therapist, the percentage of harmonious wishes is inferior (63% and 55%).

Responses of others to María are disharmonious especially from Pepe, with 71% of disharmonious reactions, and from her mother, with 66% of disharmonious reactions directed to her. María's response for others and for herself is disharmonious in her relation with Pepe and her parents. In Felix interactions, is remarkable that although three of four responses from María to him are disharmonious, reaction of María to herself is harmonious in the 55% of the occasions, a higher percentage than in the rest of relational objects, which fluctuate between 80% of disharmonious responses to herself in mother's interactions to 72% in therapist's episodes.

It seems that most of the interactions with the different objects cause in María not very harmonious reactions with herself, however, that doesn't happen in the interaction with Félix, the second boyfriend during the therapy.

Table 21

CCRT-LU. Harmony index by object

CCRT-LU Dimension	N	Pepe	Félix	mother	father	therapist	María	Others	Total
W	460	86.6	87.5	95.5	92.6	78.3	90.0	94.0	90.4
WO	191	98.4	88.9	100.0	94.1	100.0		94.2	96.4
WS	265	78.7	85.7	91.4	90.0	72.2	90.0	93.8	86.0
WOO	53	94.7	100.0	100.0	100.0			90.0	94.3
WOS	142	100.0	85.7	100.0	92.3	100.0		95.9	97.2
WSO	120	62.8	75.0	80.0	80.0	54.6	100.0	90.9	73.3
WSS	145	97.7	100.0	100.0	100.0	100.0	89.5	95.8	96.6
R	767	30.9	46.0	27.4	34.8	67.7	68.0	31.3	34.3
RO	344	32.4	57.1	31.7	42.9	92.9	66.7	28.2	35.2
RS	423	29.7	39.1	22.8	28.0	50.0	68.2	34.1	33.6
ROO	77	41.4		23.1	33.3			17.2	28.6
ROS	267	29.1	57.1	34.0	46.7	92.9	66.7	31.6	37.1
RSO	125	38.5	25.0	31.3	22.2	100.0	100.0	41.5	40.0
RSS	298	26.3	54.6	19.5	31.3	28.6	65.0	30.9	30.9

In resume, we can see harmony index for different objects, proving that this index is mostly positive for objects and that harmonious responses that she obtained from others and from herself vary depending on interaction person.

Analyzing the harmony of the components in interactions between the two boyfriends that María had during therapy (see Figure 15) we see that, if this quality is similar in wishes from María to them, and what she waits from them, the responses of both toward María are different (ROS) and the responses of María to herself in this interactions (RSS). It showed that she thinks, feels and acts in a harmonic way after interactions with her second boyfriend.

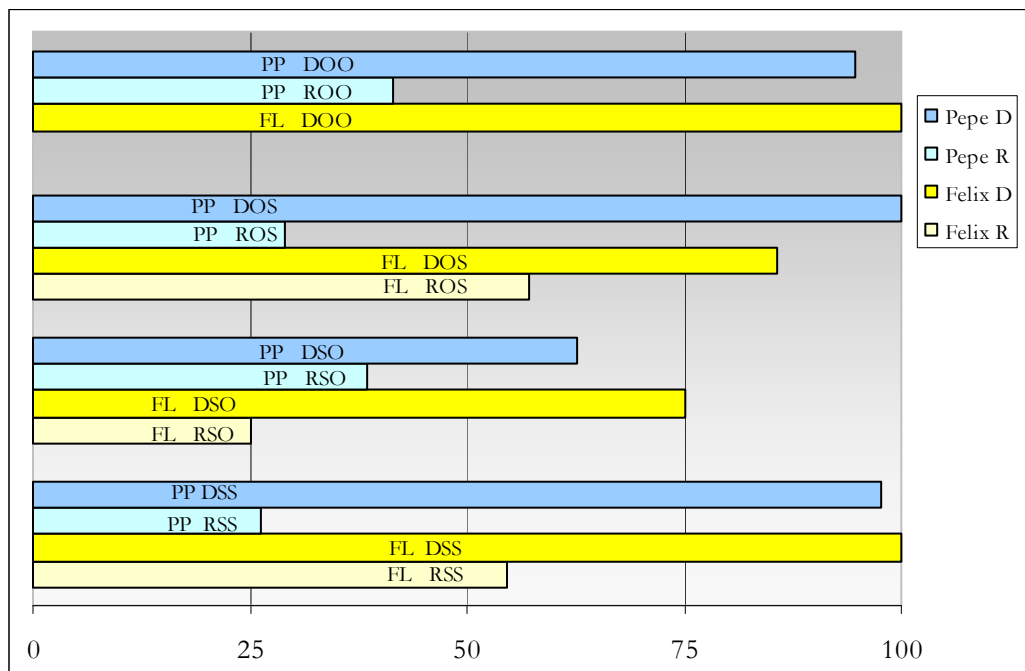


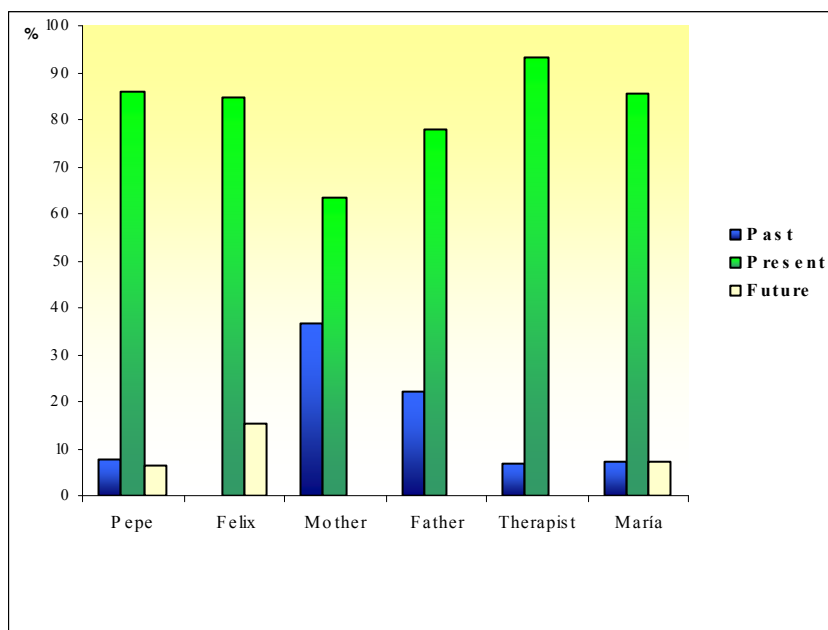
Figure 15. Percentage of harmonious wishes and responses in two objects: Pepe and Félix.

Note: D= wishes, desires R= responses

3.5.1.4. Time for different objects

The differences in the time that episode occurred depending of object are significant ($p=0.00312$) as stated by the Fisher Exact Test with 1000000 Monte Carlo simulations. Inspecting the values in the table we have seen that particularly the reported episodes with

mother and father were more often in the past than by other relationship objects (see Figure 16).



	Past		Present		Future	
	abs	rel	abs	rel	abs	rel
Pepe	7	7.6	79	85.9	6	6.5
Felix	0	0	11	84.6	2	15.4
Mother	15	36.6	26	63.4	0	0
Father	4	22.2	14	77.8	0	0
Therapist	1	6.7	14	93.3	0	0
María	1	7.1	12	85.7	1	7.1
Others	13	13.5	80	83.3	3	12
Total	41	14.2	236	81.7	3.1	4.2

Figure 16. Episodes time with main objects

3.5.2. General patterns by object

We will analyze below the core conflictual patterns for the principal objects of María patient: boyfriend, mother, therapist and herself (see Table 22 and 23).

CCRT

There exist significant differences in distributions of wish cluster depending on the principal objects ($p=0.00026$), in responses of object ($p=0.0144$) and in responses of subject ($p=0.00013$).

Wishes more frequent in central relationship patters are: *“to feel good, comfortable”*, *“to assert self, be independent”* and *“to be loved, understood”*, however we find some differences depending on the interaction objects:

- In the most frequent wishes with the second boyfriend does not appear *“to assert self, be independent”*.
- In wishes to therapist, between the more frequent doesn't appear *“to be loved, understood”*.
- In episodes to herself appears the wish *“to be distant, avoid conflicts”*.

More frequent responses of object, like in general pattern, are *“they are upset”* and *“they are rejecting, opposing”*, but we find some different nuances depending on the object in interaction:

- Felix more frequent responses include *“they like me”*, *“they are helpful”* and *“they are understanding”*, positive reactions.
- Among the most frequent father's reactions we do not find *“they are rejecting, opposing”*, but there is the positive response *“they are helpful”*.
- Therapist responses pattern is different too: *“they are understanding”*, *“they control”* and *“they are strong”*.

María's responses in relationship episodes are usually negative, like the most frequent in global patterns *“I oppose, hurt others”* and *“I am disappointed, depressed”*, however we find positive reactions in interactions with Felix, father and therapist *“I feel respected, accepted”* and with herself *“I fell selfcontrolled, selfconfident”*, in the opposite way than in episodes with Pepe and with her mother, when they are always disharmonious reactions.

Table 22.

CCRT. General patterns by object

Pepe			
W	abs	rel	cum
W7 to feel good, comfortable	45	26.0	26.0
W6 to be loved, understood	41	23.7	49.7
W1 to assert self, be independent	32	18.5	68.2
RO			
RO3 they are upset	50	35.2	35.2
RO5 they are rejecting, opposing	28	19.7	54.9
RS			
RS7 I am disappointed, depressed	35	25.5	25.5
RS2 I am unreceptive	24	17.5	43.1
RS6 I am helpless	21	15.3	58.4

Félix			
W	abs	rel	cum
W7 to feel good, comfortable	10	37.0	37.0
W6 to be loved, understood	7	25.9	63.0
RO			
RO3 they are upset	6	31.6	31.6
RO7 they like me	4	21.1	52.6
RO5 they are rejecting, opposing	3	15.8	68.4
RO6 they are helpful	3	15.8	84.2
RO8 they are understanding	3	15.8	100.0
RS			
RS3 I feel respected, accepted	5	29.4	29.4
RS2 I am unreceptive	3	17.6	47.1
RS4 I oppose, hurt others	3	17.6	64.7

Mother			
W	abs	rel	cum
W7 to feel good, comfortable	21	26.6	26.6
W6 to be loved, understood	18	22.8	49.4
W1 to assert self, be independent	17	21.5	70.9
RO			
RO3 they are upset	27	39.1	39.1
RO5 they are rejecting, opposing	12	17.4	56.5
RS			
RS7 I am disappointed, depressed	19	31.1	31.1
RS4 I oppose, hurt others	13	21.3	52.5
RS6 I am helpless	9	14.8	67.2

Father			
W	abs	rel	cum
W1 to assert self, be independent	8	30.8	30.8
W7 to feel good, comfortable	8	30.8	61.5
W6 to be loved, understood	6	23.1	84.6

RO			
RO3 they are upset	14	38.9	38.9
RO6 they are helpful	6	16.7	55.6
RS			
RS4 I oppose, hurt others	8	34.8	34.8
RS7 I am disappointed, depressed	6	26.1	60.9
RS3 I feel respected, accepted	4	17.4	78.3
RS2 I am unreceptive	3	13.0	91.3

Therapist			
W	abs	rel	cum
W1 to assert self, be independent	6	33.3	33.3
W7 to feel good, comfortable	5	27.8	61.1
RO			
RO8 they are understanding	6	35.3	35.3
RO2 they control	4	23.5	58.8
RO1 they are strong	3	17.6	76.5
RS			
RS3 I feel respected, accepted	6	35.3	35.3
RS2 I am unreceptive	3	17.6	52.9
RS7 I am disappointed, depressed	3	17.6	70.6
RS8 I am anxious, ashamed	3	17.6	88.2

María			
W	abs	rel	cum
W7 to feel good, comfortable	7	36.8	36.8
W1 to assert self, be independent	5	26.3	63.2
W4 to be distant, avoid conflicts	4	21.1	84.2
RO			
RO2 they control	2	25.0	25.0
RO3 they are upset	2	25.0	50.0
RO7 they like me	2	25.0	75.0
RS			
RS5 I fell selfcontrolled, selfconfident	8	53.3	53.3
RS3 I feel respected, accepted	3	20.0	73.3
RS8 I am anxious, ashamed	2	13.3	86.7

Note: Categories selected when the observed frequency exceeds the frequency expected by the uniform distribution, $rel. > 1/8 = 12.5\%$.

Table. 23

CCRT. Comparison of central relationship patterns by object

Pepe	Félix	Mother	Father	Therapist	María
W					
W7 to feel good, comfortable	W7 to feel good, comfortable	W7 to feel good, comfortable	W1 to assert self, be independent	W1 to assert self, be independent	W7 to feel good, comfortable
RO					
RO3 they are upset	RO3 they are upset	RO3 they are upset	RO3 they are upset	RO8 they are understanding	RO2 they control
RS					
RS7 I am disappointed, depressed	RS3 I feel respected, accepted	RS7 I am disappointed, depressed	RS4 I oppose, hurt others	RS3 I feel respected, accepted	RS5 I feel selfcontrolled, selfconfident

CCRT-LU

In relationship patterns of the patient with different objects obtained through CCRT-LU we observe (see Table 24 and 25) that she wants from others, for all the figures, to be “attended”, “loved and well” and to be “supported”, the same that she wants to do to others, except in therapist interactions, in which she wishes “be supported”. Wishes address to herself are to be “love, feel well”, except in interactions with therapist and herself, in which she wants to be “self-determined”.

Reactions from others to María are mostly negative with Pepe and mother, being “rejecting” and “annoying, attacking” the most frequent respectively. The responses from Félix to María are positives (“loving, feeling well”) and from therapist (“attending to” and “supporting”). Father’s answer manage to María are, by one hand, “loving, feeling well” and in the other hand “dominating”.

Reaction from María toward others is disharmonious with all, except to therapist, in which the answer is “attending”. Likewise María’s reaction to herself in these interactions is negative with Pepe, mother and therapist (“dissatisfied, scared”), positive with Félix (“loving, feeling well”) and with herself (“self-determined”) and ambiguous in father’s interactions, in which, she feels “loved and well” but too “angry and unlikable”.

Table 24

CCRT-LU. General patterns by object

Pepe				
WOO	abs	n	rel	cum
C__ loving, feeling well	8	19	42.1	42.1
D__ self-determined	7	19	36.8	78.9
B__ supporting	2	19	10.5	89.5
WOS				
A__ attending to	20	44	45.5	45.5
C__ loving, feeling well	12	44	27.3	72.7
D__ self-determined	8	44	18.2	90.9
B__ supporting	4	44	9.1	100
WSO				
C__ loving, feeling well	17	51	33.3	33.3
L__ annoying, attacking	9	51	17.6	51.0
M__ withdrawing	8	51	15.7	66.7
D__ self-determined	7	51	13.7	80.4
B__ supporting	17	51	33.3	33.3
WSS				
C__ loving, feeling well	23	43	53.5	53.5
D__ self-determined	18	43	41.9	95.3
ROO				
C__ loving, feeling well	7	29	24.1	24.1
E__ depressed, resigning to sth.	4	29	13.8	37.9
F__ dissatisfied, scared	4	29	13.8	51.7
I__ unreliable	4	29	13.8	65.5
A__ attending to	3	29	10.3	75.9
H__ angry, unlikable	3	29	10.3	86.2
ROS				
J__ rejecting	15	79	19.0	19.0
I__ unreliable	12	79	15.2	34.2
K__ dominating	10	79	12.7	46.8
A__ attending to	8	79	10.1	57.0
H__ angry, unlikable	8	79	10.1	67.1
C__ loving, feeling well	7	79	8.9	75.9
RSO				
H__ angry, unlikable	8	39	20.5	20.5
A__ attending to	7	39	17.9	38.5
J__ rejecting	7	39	17.9	56.4
M__ withdrawing	5	39	12.8	69.2
B__ supporting	4	39	10.3	79.5
D__ self-determined	4	39	10.3	89.7
RSS				
F__ dissatisfied, scared	26	99	26.3	26.3
H__ angry, unlikable	21	99	21.2	47.5
C__ loving, feeling well	19	99	19.2	66.7
E__ depressed, resigning to sth.	16	99	16.2	82.8

Félix				
WOO	abs	n	rel	cum
D__ self-determined	2	2	100	100
WOS				
C__ loving, feeling well	3	7	42.9	42.9
A__ attending to	2	7	28.6	71.4
B__ supporting	1	7	14.3	85.7
M__ withdrawing	1	7	14.3	100
WSO				
C__ loving, feeling well	3	4	75.0	75.0
K__ dominating	1	4	25.0	100
WSS				
C__ loving, feeling well	2	3	66.7	66.7
D__ self-determined	1	3	33.3	100
ROO				
ROS				
C__ loving, feeling well	4	14	28.6	28.6
J__ rejecting	3	14	21.4	50.0
A__ attending to	2	14	14.3	64.3
B__ supporting	2	14	14.3	78.6
RSO				
J__ rejecting	3	12	25.0	25.0
A__ attending to	2	12	16.7	41.7
H__ angry, unlikable	2	12	16.7	58.3
L__ annoying, attacking	2	12	16.7	75.0
C__ loving, feeling well	1	12	8.3	83.3
K__ dominating	1	12	8.3	91.7
M__ withdrawing	1	12	8.3	100
RSS				
C__ loving, feeling well	6	11	54.5	54.5
H__ angry, unlikable	2	11	18.2	72.7
E__ depressed, resigning to sth.	1	11	9.1	81.8
L__ annoying, attacking	1	11	9.1	90.9
M__ withdrawing	1	11	9.1	100

Mother				
WOO	abs	n	rel	cum
C__ loving, feeling well	3	8	37.5	37.5
D__ self-determined	3	8	37.5	75.0
A__ attending to	1	8	12.5	87.5
B__ supporting	1	8	12.5	100
WOS				
A__ attending to	10	24	41.7	41.7
D__ self-determined	6	24	25.0	66.7
B__ supporting	5	24	20.8	87.5
C__ loving, feeling well	3	24	12.5	100
WSO				
C__ loving, feeling well	6	15	40.0	40.0
B__ supporting	3	15	20.0	60.0
A__ attending to	2	15	13.3	73.3
M__ withdrawing	2	15	13.3	86.7
WSS				
C__ loving, feeling well	10	20	50.0	50.0
D__ self-determined	9	20	45.0	95.0
ROO				
G__ determined by others	4	13	30.8	30.8
M__ withdrawing	3	13	23.1	53.8
ROS				
L__ annoying, attacking	12	47	25.5	25.5
K__ dominating	8	47	17.0	42.6
C__ loving, feeling well	7	47	14.9	57.4
J__ rejecting	7	47	14.9	72.3
B__ supporting	6	47	12.8	85.1
RSO				
J__ rejecting	6	16	37.5	37.5
L__ annoying, attacking	3	16	18.8	56.3
D__ self-determined	2	16	12.5	68.8
H__ angry, unlikable	2	16	12.5	81.3
RSS				
F__ dissatisfied, scared	16	41	39.0	39.0
H__ angry, unlikable	7	41	17.1	56.1
C__ loving, feeling well	6	41	14.6	70.7

Father				
WOO	abs	n	rel	cum
D__ self-determined	3	4	75.0	75.0
C__ loving, feeling well	1	4	25.0	100
WOS				
A__ attending to	6	13	46.2	46.2
B__ supporting	2	13	15.4	61.5
C__ loving, feeling well	2	13	15.4	76.9
D__ self-determined	2	13	15.4	92.3
WSO				
B__ supporting	2	5	40.0	40.0
C__ loving, feeling well	2	5	40.0	80.0
M__ withdrawing	1	5	20.0	100
WSS				
C amar, sentirse bien	4	5	80.0	80.0
D tener autodeterminación	1	5	20.0	100
ROO				
A__ attending to	1	6	16.7	16.7
C__ loving, feeling well	1	6	16.7	33.3
H__ angry, unlikable	1	6	16.7	50.0
J__ rejecting	1	6	16.7	66.7
K__ dominating	1	6	16.7	83.3
L__ annoying, attacking	1	6	16.7	100
ROS				
C__ loving, feeling well	4	15	26.7	26.7
K__ dominating	4	15	26.7	53.3
B__ supporting	2	15	13.3	66.7
L__ annoying, attacking	2	15	13.3	80.0
RSO				
J__ rejecting	3	9	33.3	33.3
C__ loving, feeling well	2	9	22.2	55.6
F__ dissatisfied, scared	1	9	11.1	66.7
H__ angry, unlikable	1	9	11.1	77.8
K__ dominating	1	9	11.1	88.9
L__ annoying, attacking	1	9	11.1	100
RSS				
C__ loving, feeling well	5	16	31.3	31.3
H__ angry, unlikable	5	16	31.3	62.6
F__ dissatisfied, scared	3	16	18.8	81.3
G__ determined by others	2	16	12.5	93.8

Therapist	abs	n	rel	cum
WOO^a				
WOS				
B__ supporting	3	5	60.0	60.0
A__ attending to	1	5	60.0	80.0
C__ loving, feeling well	1	5	20.0	100
WSO				
M__ withdrawing	4	11	36.4	36.4
B__ supporting	2	11	18.2	54.5
C__ loving, feeling well	2	11	18.2	36.4
A__ attending to	1	11	9.1	81.8
D__ self-determined	1	11	9.1	90.9
K__ dominating	1	11	9.1	100
WSS				
D__ self-determined	4	7	57.1	57.1
C__ loving, feeling well	4	7	28.6	85.7
A__ attending to	1	7	14.3	100
ROO				
ROS				
A__ attending to	5	14	35.7	35.7
B__ supporting	5	14	35.7	71.4
D__ self-determined	3	14	21.4	92.9
RSO				
A__ attending to	4	6	66.7	66.7
B__ supporting	1	6	16.7	83.3
D__ self-determined	1	6	16.7	100
RSS				
F__ dissatisfied, scared	7	14	50.0	50.0
D__ self-determined	3	14	21.4	71.4
E__ depressed, resigning to sth.	2	14	14.3	85.7

María	abs	n	rel	cum
WOO				
WOS				
WSO				
C__ loving, feeling well	1	1	100	100
WSS				
D__ self-determined	9	19	47.4	47.4
C__ loving, feeling well	7	19	36.8	84.2
M__ withdrawing	2	19	10.5	47.4
ROO				
ROS				
D__ self-determined	2	3	66.7	66.7
K__ dominating	1	3	33.3	100
RSO				
A__ attending to	2	2	100	100
RSS				
D__ self-determined	7	20	35.0	35.0
C__ loving, feeling well	5	20	25.0	60.0
E__ depressed, resigning to sth.	2	20	10.0	70.0
F__ dissatisfied, scared	2	20	10.0	80.0
G__ determined by others	2	20	10.0	90.0

Note: Categories selected when the relative observed frequency exceeds the frequency expected by the uniform distribution, $rel. > 1/13 = 7.7\%$.

^a --- Components less relevant from point of view of CCRT' method.

Table 25

CCRT-LU. Comparison central relationship by object

Pepe	Félix	mother	father	therapist	María
WOS					
A attending to	C loving, feeling well	A attending to	A attending to	B supporting	
WSO					
C loving, feeling well	C loving, feeling well	C loving, feeling well	B supporting / C loving, feeling well	M withdrawing	
WSS					
C loving, feeling well	C loving, feeling well	C loving, feeling well	C loving, feeling well	D self-determined / C loving, feeling well	D self-determined
ROS					
J rejecting	C loving, feeling well	L annoying, attacking	C loving, feeling well / K dominating	A attending to / B supporting	
RSO					
H angry, unlikable	J rejecting	J rejecting	J rejecting	A attending to	
RSS					
F dissatisfied, scared	C loving, feeling well	F dissatisfied, scared	C loving, feeling well / H angry, unlikable	F dissatisfied, scared	D self-determined

Note: Components less relevant for method are not collected (WOO and ROO)

The components significant differences in order to the main objects are: WOS, ROO, ROS and RSS (see Table 26). However, if we consider wish from object and self, and response from other and self, there are significant differences in responses.

Table 26

CCRT-LU. Differences in cluster categories in the main objects

WOO	0,692 ^a	DO	0,010
WOS	0,011 *		
WSO	0,216	DS	0,097
WSS	0,833		
ROO	0,006 **	RO	<0,001 ***
ROS	<0,001 ***		
RSO	0,315	RS	<0,001 ***
RSS	<0,001 ***		

Note: ^a Fisher-Test, p< * 0,05, ** 0,01, *** 0,001; 1000000 Monte Carlo trials

3.5.3. Specific patterns of María by object

Originally Luborsky assumed, regarding the concept of transference, that central patterns repeatedly in the narratives of the patient in the different objects (Luborsky, 1990, 1998). In the previous section we've analyzed the most frequent categories for main objects of the patient. However we have seen that this analysis offers us relatively similar categories for all the objects (see Tables 22 and 24).

Albani et al (2008) and Pokorny (submitted) presented interesting studies of the similarities and differences in specific relationship patterns in diverse relational objects. Their approach is not to ask which category is the most frequent one for the considered object. Rather, they ask which categories occur by the considered object significantly more frequently than by other ones. These categories are called to be *characteristic* for the given relationship object.

For instance, the most frequent CCRT wish-cluster by the boyfriend Pepe is W7, *to feel good and comfortable* (see Table 22). The same wish is the most frequent one by four from six selected objects (see Table 23) as well as the most frequent wish in the whole investigated sample (see Table 16). Hence, the information "*María likes to feel good and comfortable by Pepe*" is not a very specific one.

On the contrary, looking for the categories that are characteristic for Pepe we find W6 "*María likes to be loved and understood by her boyfriend Pepe*" (see Table 27). This is obviously an expected and sound finding. Object characteristic categories can be seen as contrast patterns observed against the background of subjects overall general patterns.

The data analysis proceeds in three steps:

1. Analysis of the total frequencies and identification of general patterns,
- 2a. Global confirmatory test of pattern differences between objects,
- 2b. Local exploratory tests – search for characteristic patterns.

The global test checks hypothesis of association in the two-way contingency table "categories by objects". The global test is performed for each dimension (W, RO, etc.) and for each category level (harmonious/disharmonious, clusters, middle level categories, low level categories) in turn. The test decides generally (yes/no), if observed relationship objects show any difference.

Traditionally, the Pearson's Chi-square test has been used as a global test of association in the two-way frequency tables $R \times C$ (R rows by C columns). This asymptotical test estimates the significance very inaccurately when the expected frequencies are small; this is a frequent case by the CCRT analyses. For this reason, the generalized Fisher exact

test for two-dimensional contingency tables $R \times C$ (R rows by C columns) is being used here. Whereas the exact Fisher test for the 2×2 table can be computed very quickly, the generalized algorithm has a high time complexity. When the computation does not finish within a reasonable time, the Monte Carlo simulations have to be used instead of the exact procedure.

Characteristic patterns are then being search in the last step. We define: A pattern characteristic for a given object is a set of CCRT (or CCRT-LU respectively) categories associated significantly with this object.

We test association between the object and category by the Fisher exact test for a 2×2 table. We consider the one-sided significance level $\alpha = 0.05$ as a criterion. Moreover, we demand the considered object-category combination occurs at least 3 times in the data. The test is applied to each field in the investigated $R \times C$ tables. Two rows of the 2×2 table represent the actually considered object and all other objects; two columns represent the actually considered category and all other categories on this level.

Computing the series of Fisher tests simultaneously is connected to the problem of simultaneous inference. The probability of a falsely positive result is limited by $p = 0.05$ for *each* individual result; the probability that *some* of results will be falsely positive can exceed this limit considerably. A Bonferroni procedure or some other procedure of simultaneous inference can be used in the sake to avoid this problem. A disadvantage of this confirmatory approach consists of the decreasing power; less or no simultaneously valid results are found in many cases. For this reason, we have decided to adopt an exploratory approach. If the association is confirmed by the global test then we interpret the set of locally significant results as a possible explanation of the global association. Our interpretation does not depend heavily on each particular local result; we interpret the result structure as the whole exploratory.

The set of local results is presented in the order sorted within each dimension with respect to the decreasing significance. Hence, the “most important results” are coming first.

CCRT

In Table 27, the CCRT categories appear that occur significantly more frequent for one object than for remaining ones, or – mathematically equivalently – significantly more frequent than in the whole sample.

The more frequent specific categories in her first boyfriend, Pepe, are: I wish “*to be loved, understood*” and I feel “*helpless*”; versus the categories of the second friend, in which the specific different category is Félix “*likes me*”. Specific wish to her mother is “*to be controlled, hurt, not responsible*” and the María’s responses to her father is “*I oppose, hurt others*” and to her family “*I help*”. Specific pattern to Pepe’s family is: I wish “*to achieve, help others*”, they “*are upset*” and María “*opposes, hurts others*”.

With people of job and teachers the wish is “*to achieve, help others*”, with coworkers the specific response is to feel “*anxious, ashamed*”, while teachers “*like her*” and she “*feels respected, accepted*” and “*selfcontrolled and selfconfident*”. She feels too “*respected, accepted*” as response to reactions of therapist, that “*is strong*” and “*understand me*”. In interactions with herself the reaction is “*selfcontrolled and selfconfident*” specifically.

Table 27

CCRT. Specific patterns for every object

Pepe	Pepe			total			Fisher ^a
W	abs	n	rel	abs	n	rel	p
W6 to be loved, understood	41	173	23.7	88	507	17.4	.0053**
RS							
RS6 I am helpless	21	137	15.3	38	416	9.1	.0024**
Felix	Felix			total			Fisher
RO							
RO7 they like me	4	19	21.1	37	438	8.4	.0066**
Madre	Madre			total			Fisher
W							
W3 to be controlled, hurt, not responsible	3	79	3.8	5	507	1.0	.0288*
Padre	Padre			total			Fisher
RS							
RS4 I oppose, hurt others	8	23	34.8	62	416	14.9	.0121*
Familia	Familia			total			Fisher
RS							
RS1 I am helpful	3	16	18.8	21	416	5	.0406*
Familia de Pepe	F.Pepe			total			Fisher
W							
W8 to achieve, help others	9	27	33.3	60	507	11.8	.0021**
RO							
RO3 they are upset	10	16	62.5	153	438	34.9	.0205*
RS							
RS4 I oppose, hurt others	6	18	33.3	62	416	14.9	.0372*
Gente trabajo	Trabajo			total			Fisher
W							
W8 to achieve, help others	13	35	37.1	60	507	11.8	.0001***
RS							
RS8 I am anxious, ashamed	5	36	13.9	23	416	5.5	.0389*
Profesores	Prof.s			total			Fisher
W							
W8 to achieve, help others	3	7	42.9	60	507	11.8	.0390*
RO							
RO7 they like me	3	6	50	37	438	8.4	.0093**
RS							
RS3 I feel respected, accepted	4	9	44.4	59	416	14.2	.0267*
RS5 I fell selfcontrolled, selfconfident	4	9	44.4	56	416	13.5	.0221*
Terapeuta	Terapeuta			total			Fisher
RO							
RO1 they are strong	3	17	17.6	19	438	4.3	.0320*
RO8 they are understanding	6	17	35.5	40	438	9.1	.0023**
RS							
RS3 I feel respected, accepted	6	17	35.3	59	416	14.2	.0222*
María	María			total			Fisher
RS							
RS5 I fell selfcontrolled, selfconfident	8	15	53.3	56	416	13.5	.0002***

Note: Fisher-Test: $p \leq 0.05$, frequency ≥ 3

^a Significance of the one-sided Fisher Test: * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

CCRT-LU

The analysis of specific patterns for different relational objects in CCRT-LU offers us a complete map of the specific relations thanks to the direction component of wishes and responses and to the three levels of analysis: low, middle and high level categories (see Table 28).

Therefore, as an example, we can see that the categories that appear significantly more frequent for Pepe than for the rest of relational objects are: María wishes that Pepe “loves her, to feel her well” and “understanding”, she wants “annoying, attacking” to Pepe and “punishing”. Pepe reacts to these wishes with “angry, unlikable” and “withdrawing”, the same response of María to him. María reacts to herself being “depressed, resigning”.

These category pattern is different to the one found in her second boyfriend, who responds to her in a specific way “loving, feeling her well” and in which the reaction of María to herself is feeling “happy, surprised, satisfied”.

Table 28

CCRT-LU. Specific patterns by object in high, middle and down level categories

Pepe	Pepe			total			Fisher ^a
	abs	n	rel	abs	n	rel	p
WOO^b							
C3_ confident, content, experiencing pleasure	8	19	42.1	4	34	11.8	.0154 *
C32 relieved	3	19	15.8	0	34	0.0	.0414 *
WOS							
C__ loving, feeling well	12	44	27.3	24	142	16.9	.0270 *
A26 understanding	4	44	9.1	5	142	3.5	.0297 *
WSO							
L__ annoying, attacking	9	51	17.6	10	120	8.3	.0018 **
L2_ attacking	7	51	13.7	7	120	5.8	.0019 **
L23 punishing, avenging, destroying, violent	5	51	9.8	5	120	4.2	.0123 *
WSS							
C33 letting oneself go, spontaneous, - happy, feeling well	17	43	39.5	40	145	27.6	.0312 *
ROO							
C13 liking, liked, likeable, having a friendship	3	29	10.3	3	77	3.9	.0500 *
ROS							
H1_ feeling disgust, angry	8	79	10.1	11	267	4.1	.0032 **
H__ angry, unlikable	8	79	10.1	12	267	4.5	.0073 **
H16 angry, enraged, frustrated by something	5	79	6.3	6	267	2.2	.0089 **
H13 jealous, envious	3	79	3.8	3	267	1.1	.0252 *
M__ withdrawing	4	79	5.1	5	267	1.9	.0259 *
I12 neglecting, letting down, superficial, heartless	6	79	7.6	10	267	3.7	.0413 *
J11 unnerving, disheartening, devaluating, - ignoring	8	79	10.1	15	267	5.6	.0416 *
RSO							
M14 avoiding conflict, conforming - giving in, submissive	3	39	7.7	3	125	2.4	.0288 *
M__ withdrawing	5	39	12.8	7	125	5.6	.0299 *

RSS							
E11 unhappy, depressed, disappointed	11	99	11.1	16	298	5.4	.0031 **
E1_ disappointed	14	99	14.1	24	298	8.1	.0075 **
E_ depressed, resigning	16	99	16.2	30	298	10.1	.0135 *
Felix							
ROS							
C__ loving, feeling well	4	14	28.6	28	267	10.5	.0465 *
RSS							
C3_ confident, content, experiencing pleasure	6	11	54.5	57	298	19.1	.0081 **
C__ loving, feeling well	6	11	54.5	60	298	20.1	.0106 *
C34 glad, happily surprised, satisfied	3	11	27.3	17	298	5.7	.0192 *
madre							
WOS							
B22 generous, spoiling, favoring	2	24	8.3	2	142	1.4	.0276 *
WSO							
C13 liking, liked, likeable, having a friendship, -	4	15	26.7	7	120	5.8	.0046 **
C1_ close	6	15	40.0	24	120	20.0	.0487 *
WSS							
D25 independent, autonomous	7	20	35.0	20	145	13.8	.0082 **
ROS							
L__ annoying, attacking	12	47	25.5	32	267	12.0	.0034 **
L2_ attacking	6	47	12.8	11	267	4.1	.0051 **
B22 generous, spoiling, favoring	3	47	6.4	4	267	1.5	.0172 *
L11 offending, insulting, embarrassing - humiliating	5	47	10.6	10	267	3.7	.0174 *
L22 tormenting, injuring, hostile, wrecking	2	47	4.3	2	267	.7	.0304 *
RSO							
J21 opposing, competing, stubborn, disputing	4	16	25.0	9	125	7.2	.0156 *
RSS							
F11 feeling guilty, regretting	6	41	14.6	9	298	3.0	.0003 ***
F__ dissatisfied, scared	16	41	39.0	75	298	25.2	.0253 *
F1_ feeling guilty, ashamed, discontent	9	41	22.0	36	298	12.1	.0400 *
padre							
WSO							
B21 protecting	2	5	40.0	4	120	3.3	.0081 **
ROS							
C43 touching, kissing, cuddling, tender	2	15	13.3	3	267	1.1	.0084 **
C4_ sexually active, interested	2	15	13.3	4	267	1.5	.0166 *
RSS							
C31 trusting, certain, believing, confident, secure	2	16	12.5	4	298	1.3	.0153 *
terapeuta							
WOS							
B11 explaining, communicating, having a talk, expressing, -	2	5	40.0	3	142	2.1	.0029 **
B1_ explaining, confirming	2	5	40.0	6	142	4.2	.0141 *
B__ supporting	3	5	60.0	18	142	12.7	.0147 *
WSO							
M11 leaving, distancing, demarcating	3	11	27.3	6	120	5.0	.0100 *
M1_ retreating, reserved	4	11	36.4	16	120	13.3	.0397 *
M__ withdrawing	4	11	36.4	17	120	14.2	.0493 *
ROS							
B11 explaining, communicating, having a talk, expressing, -	4	14	28.6	8	267	3.0	.0003 ***
B1_ explaining, confirming	5	14	35.7	17	267	6.4	.0008 ***
B__ supporting	5	14	35.7	26	267	9.7	.0065 **
A12 finding oneself, searching, to devote oneself to sth.	2	14	14.3	3	267	1.1	.0073 **
A__ attending to	5	14	35.7	30	267	11.2	.0124 *
A26 understanding	2	14	14.3	4	267	1.5	.0145 *
D__ self-determined	3	14	21.4	15	267	5.6	.0360 *

RSO							
A__ attending to	4	6	66.7	22	125	17.6	.0088 **
A21 accepting, respecting, taking seriously	2	6	33.3	6	125	4.8	.0266 *
A2_ accepting, understanding	3	6	50.0	18	125	14.4	.0384 *
RSS							
F12 shaming oneself	2	14	14.3	5	298	1.7	.0189 *
D26 sure of oneself, having trust in oneself, self-confident	2	14	14.3	6	298	2.0	.0276 *
F__ dissatisfied, scared	7	14	50.0	75	298	25.2	.0359 *
María							
WSS							
C5_ healthy, living	2	19	10.5	3	145	2.1	.0433 *
ROS							
D1_ strong inside	2	3	66.7	14	267	5.2	.0073 **
D__ self-determined	2	3	66.7	15	267	5.6	.0084 **
RSO							
A__ attending to	2	2	100.0	22	125	17.6	.0298 *
RSS							
D2_ proud, autonomous	7	20	35.0	22	298	7.4	.0002 ***
D__ self-determined	7	20	35.0	26	298	8.7	.0006 ***

Note: Fisher-Test: $p \leq 0.05$, frequency ≥ 2

^a Significance of the one-sided Fisher Test: * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

^b Components less relevant from point of view of CCRT method

3.6. Evolution of psychotherapy process

We will analyze below how the therapeutic process evolves in this single case using CCRT method through both category systems, the traditional and the CCRT-LU.

3.6.1. Characteristics of the relationship episodes in the process

3.6.1.1. Relationship episodes in the process

The results obtained regarding the mean number of relationship episodes by session extracted in every phase (see Figure 17) show that as the treatment advances a the number of episodes related in the season decrease considerably.

Using the Spearman coefficient we can point that exists a significant negative correlation ($\rho = -0.0397^{**}$) between the number of relationship episode and the advance of the sessions. Such a decreasing trend was observed also in other studies; like by the mentioned German single case Amalia X. First sessions of the long-time treatment contains typically a lot of narrative material from the whole patient's biography. In later sessions the interest focuses on the working out of the narrative material increasingly.

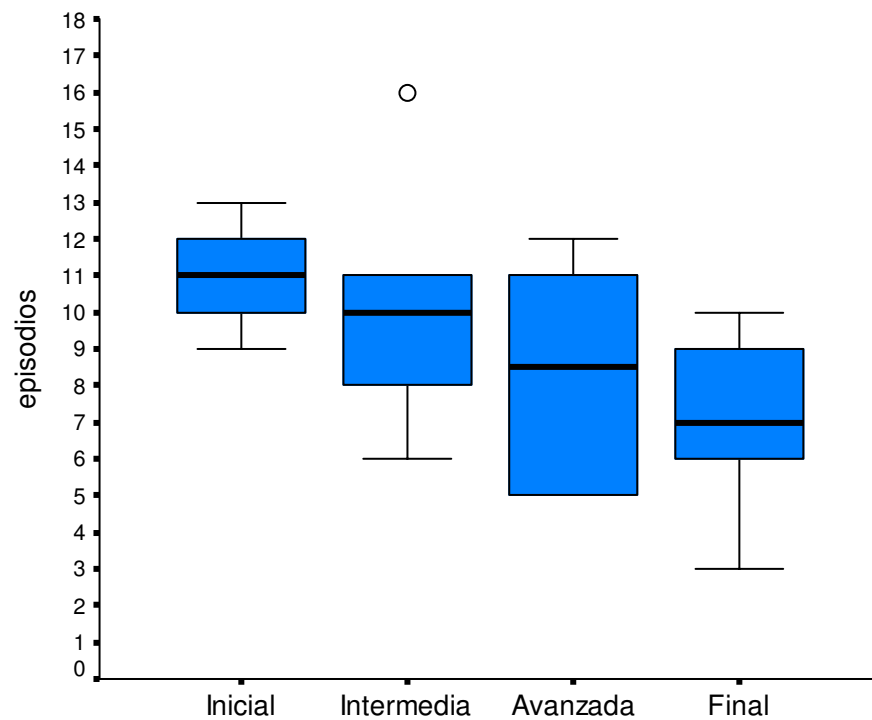
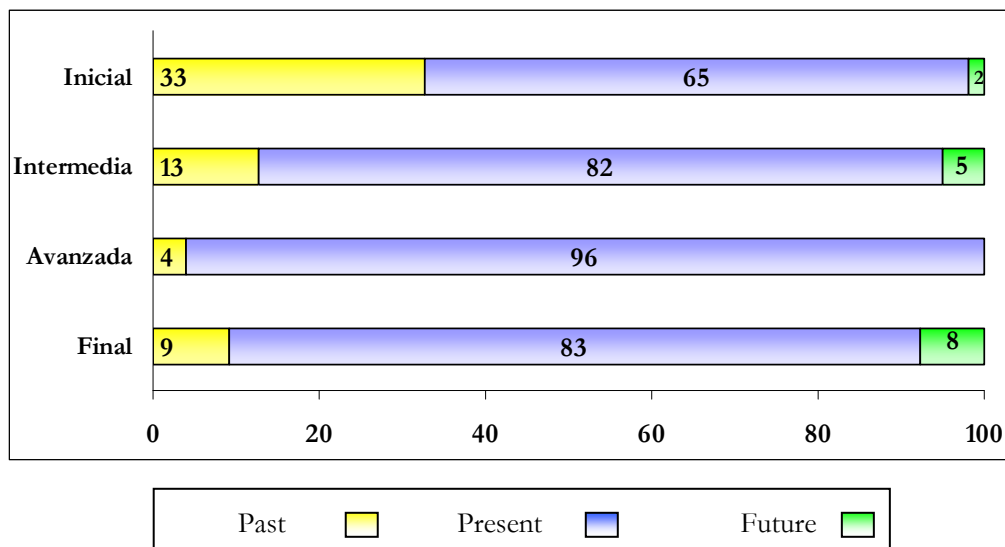


Figure 17. Number of relationship episodes per session in the four phases of the treatment

3.6.1.2. Time of the relationship episodes in the process

There are significant differences ($p < 0.001$) in the time (present, past o future) of the RE in the four phases of the therapy. Studying the time of the relationship episodes throughout the different phases (see Figure 18) we can observe that the predominant time in all of them is the present. However, in the initial phase there is a higher percentage of episodes narrated in the past (one of three episodes refer to Maria’s past). The highest percentage of episodes in the future appears in the last phase of the therapy. This trend can also be observed in the blocks of the therapy, in which there are significant differences ($p < 0.001$) in the time of the relationship episodes.



Phase	Initial		Intermediate		Advanced		Final	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
past	18	32.7	15	12.6	2	4.0	6	9.2
present	36	65.5	98	82.4	48	96.0	54	83.1
future	1	1.8	6	5.0	0	0.0	5	7.7

Figure 18. Time of relationship episodes by phase

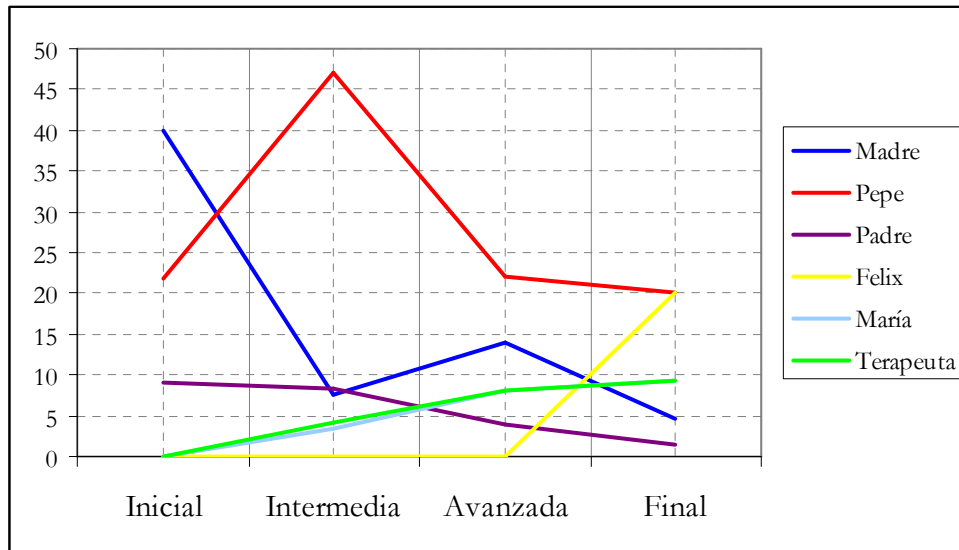
3.6.1.3. Relationship objects in the process

Regarding the most frequent object of interaction in the process, we note that there are significant differences ($p < 0.001$) in the frequency of occurrence of the different relationship objects within the four phases of the therapy. We can note (as it can be seen in Figure 19) that in the initial phase the most frequent relationship objects are the mother (40% of the episodes referred to her), Pepe (22%) and the father (9%).

In the intermediate phase of the therapy the most frequent object is Pepe (47%), and the percentage of episodes referred to her mother decreases to 9%, very similar to her father episodes (10%).

In the advanced phase, even though their relationship breaks, Pepe is the most frequent object in the episodes, as well as her new boyfriend, Félix (both 20%). The episodes with her mother and father fall in this phase to 5% and 2% respectively.

The episodes with the therapist and with herself increase slightly as the therapy advances, reaching their highest frequency in the final phase of the treatment, with a percentage of episodes of 9% for both of them.



Objeto	Phase	Initial		Intermediate		Advanced		Final	
		abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Pepe		12	21.8	56	47.1	11	22.0	13	20.0
Felix		0	.0	0	.0	0	.0	13	20.0
Mother		22	40.0	9	7.6	7	14.0	3	4.6
Father		5	9.1	10	8.4	2	4.0	1	1.5
Parents		5	9.1	1	.8	2	4.0	2	3.1
Brother		2	3.6	0	.0	2	4.0	3	4.6
Family		2	3.6	3	2.5	2	4.0	3	4.6
Pepe's family		0	.0	6	5.0	6	12.0	2	3.1
Friends		3	5.5	7	5.9	1	2.0	1	1.5
Coworkers		3	5.5	7	5.9	6	12.0	7	10.8
Teachers		0	.0	2	1.7	0	.0	2	3.1
Therapist		0	.0	5	4.2	4	8.0	6	9.2
María		0	.0	4	3.4	4	8.0	6	9.2
Others		1	1.8	9	7.6	3	6.0	3	4.6

Figure 19. Percentage of relationship episodes with the main objects by phase.

We even noted that there are significant differences ($p < 0.001$) in the occurrence of various relationship objects within the ten session blocks during the therapy (see Figure 20).

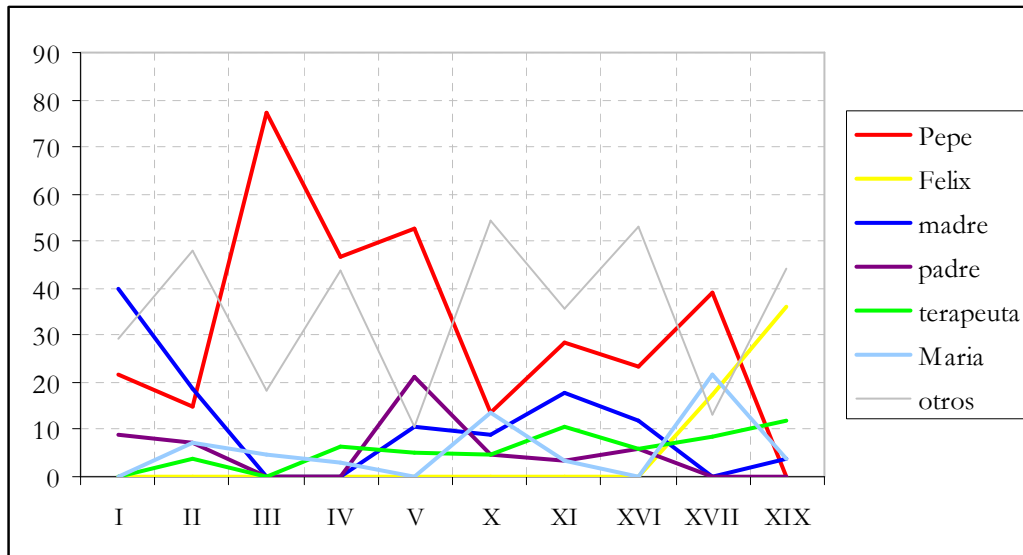


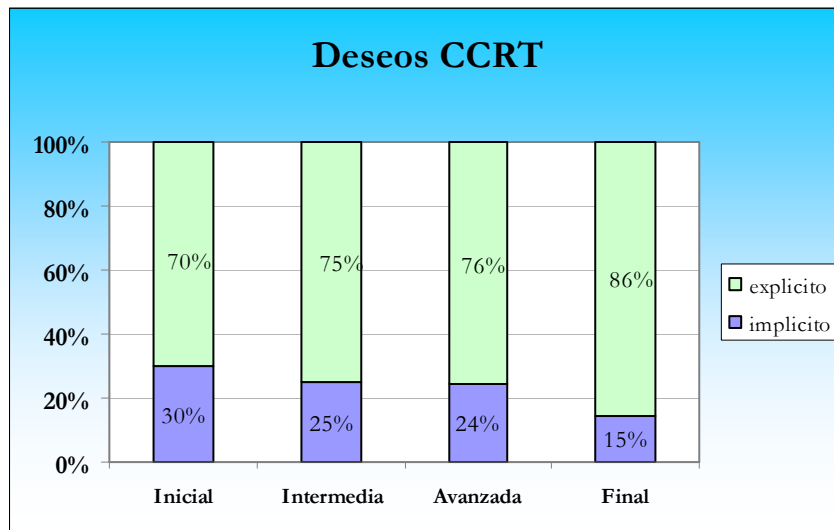
Figure 20. Percentage of relationship episodes with the main objects by block

3.6.2. Characteristics of the components in the process

3.6.2.1. Explicit and implicit wishes by phase

CCRT

There are significant differences in the explicit or implicit character of the wishes depending on the phase of the therapy ($p=0.0425$). As we can infer from Figure 21, it seems that as the treatment advances, wishes are more explicit. In a clinical level this can correspond with gradually more elaborated and clear wishes in the patient. However, we do not find these differences in CCRT-LU, probably because in this method there is a lower number of implicit wishes due to a more direct codification of the relationship elements as explicit wishes or responses, as we mentioned before.



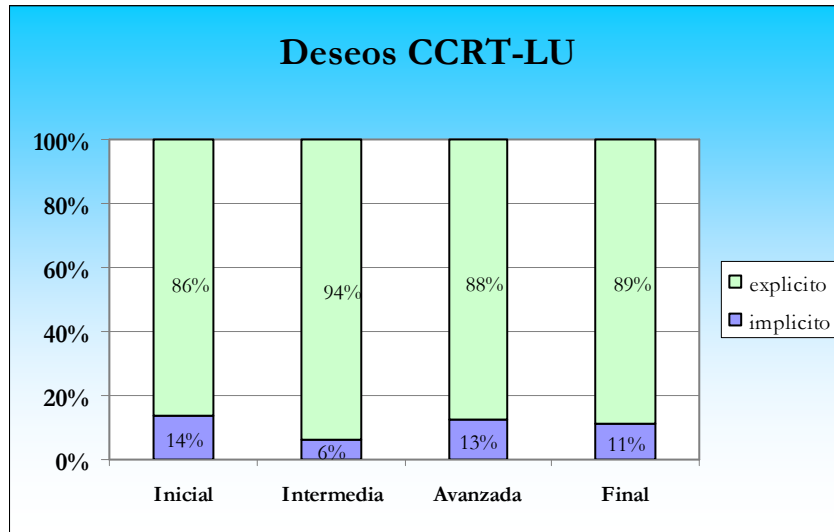
Wishes	Initial		Intermediate		Advanced		Final	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Implicit	34	30.1%	50	24.9%	20	24.1%	16	14.5%
Explicit	79	69.9%	151	75.1%	63	75.9%	94	85.5%

Figure 21. Explicit and implicit wishes by phase in CCRT

CCRT-LU

We do not find significant differences in the wishes for the different phases of the treatment ($p=0.129$), the percentage of implicit and explicit wishes throughout the therapy when we use the new category system is quite similar (see Figure 22).

There are no significant differences in the dimensions of the wish component WOO, WOS, WSO, WSS ($p > 0.05$).



Fase		Initial		Intermediate		Advanced		Final	
		abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Wishes	Impl.	11	13.9%	12	6.2%	11	12.5%	11	11.0%
	Expl.	68	86.1%	181	93.8%	77	87.5%	89	89.0%
WOO	Impl.	1	11.1%	0	.0%	4	28.6%	1	6.3%
	Expl.	8	88.9%	14	100.0%	10	71.4%	15	93.8%
WOS	Impl.	4	12.9%	6	9.1%	1	4.3%	3	13.6%
	Expl.	27	87.1%	60	90.9%	22	95.7%	19	86.4%
WSO	Impl.	3	16.7%	3	7.1%	3	14.3%	4	16.0%
	Expl.	15	83.3%	52	92.9%	18	85.7%	21	84.0%
WSS	Impl.	3	14.3%	2	3.5%	3	10.0%	3	8.1%
	Expl.	18	85.7%	55	96.5%	27	90.0%	34	91.9%

Figure 22. Explicit and implicit wishes by phase in CCRT-LU

3.6.2.2. Value of the responses by phase

CCRT

In the responses of the other as well as in the responses of María, there are differences in the positive and negative value that they take depending on the phase of the therapy ($p < 0.00001$). It seems that there is an increase of positive responses as the therapy advances (see Figure 23).

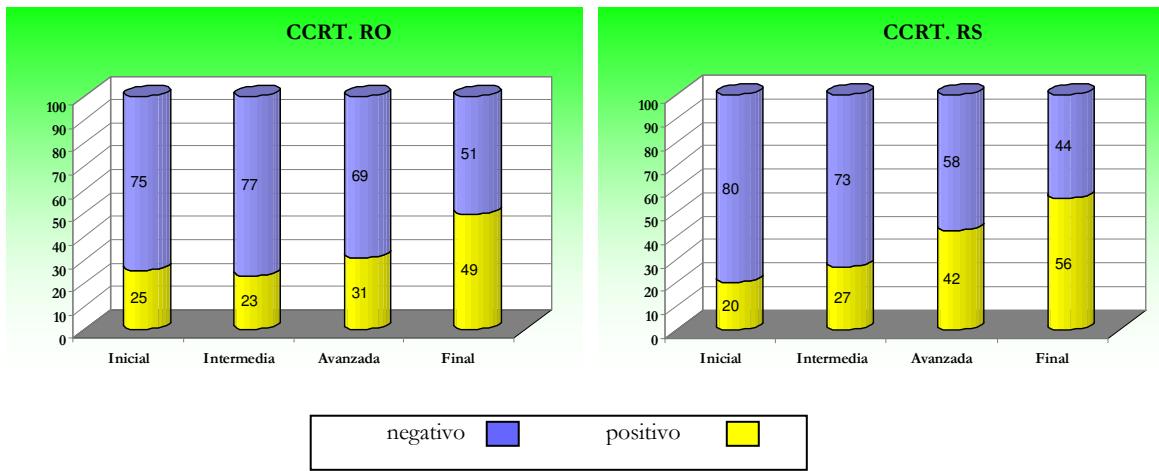


Figure 23. CCRT Positive and negative responses by phase.

CCRT-LU

We also find significant differences in the value of the responses in the different phases of the therapy in CCRT-LU, both in RO ($p=0.003702$) and in RS ($p = 0.037619$) (see Figure 24). In a more detailed level, we see significant differences in the responses from others to María (ROS) and in the responses from María to herself (RSS).

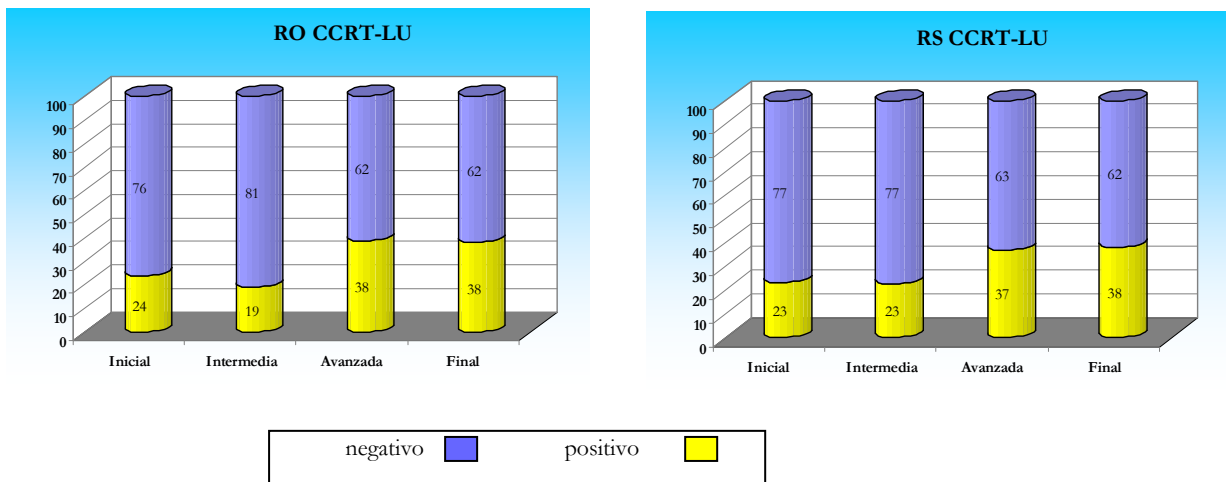


Figure 24. CCRT-LU Positive and negative responses by phase.

In both CCRT and CCRT we find an increase of the positive responses from others and from María as the therapy advances. This aspect is in accordance with most of the studies in this field. The improvement of María is associated with a higher number of positive reactions to herself. The increase of positive reactions from others can be explained by a more favorable interpretation of María about reactions of interactional objects, or by a better dealing with the relationship situations by which she obtains more positive reactions from others to her demands.

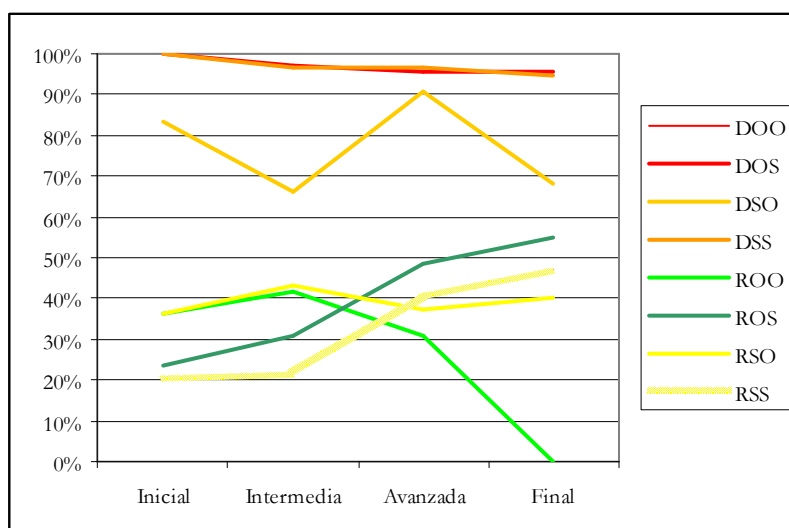
3.6.2.3. Harmony in the process

We can calculate the harmony index for the four phases of the therapeutic process, as it is shown in the Figure 25. The harmony index, as we saw previously, permits us to establish a discrepancy measure between the wishes and responses of the subject, and this is especially relevant in the study of the evolution of the psychotherapeutic process (see Figure 26).

We find significant differences by phases in the following dimensions of the different levels: a) wishes and reactions (W and R); b) responses from subject (RS); c) responses from object to object (ROO), responses from object to María (ROS) and responses from María to herself (RSS).

We must note the difference in responses in general and the increase in the harmony index, from 25.2 to 44.1 in the final phase of therapy. It is especially important the change in María's responses to herself (harmony index from 20.4 to 47.0) and in the reactions from others to María (23.4 to 55.0 points).

In general terms, we can conclude that there is a decrease in discrepancy between wishes and responses as the therapy advances.



Dimension	Initial	Intermediate	Advanced	Final	Fisher test p
W	96.2	87.6	95.5	87.0	.027 *
WO	100.0	96.3	97.3	92.1	.337
WS	92.3	81.4	94.1	83.9	.101
WOO	20.4	21.8	40.7	47.0	.620
WOS	100.0	97.0	95.7	95.5	.729
WSO	83.3	66.1	90.5	68.0	.115
WSS	100.0	96.5	96.7	94.6	.860
R	25.2	29.9	40.5	44.1	.000 ***
RO	25.3	32.8	41.5	43.4	.073
RS	25.0	27.6	39.8	44.6	.008 **
ROO	36.4	41.7	30.8	.0	.013 *
ROS	23.4	30.8	48.7	55.0	.001 **
RSO	36.4	43.2	37.5	40.0	.959
RSS	20.4	21.8	40.7	47.0	.000 ***

Figure 25. Harmony index by phase

Note: Significance of the Fisher-Test * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

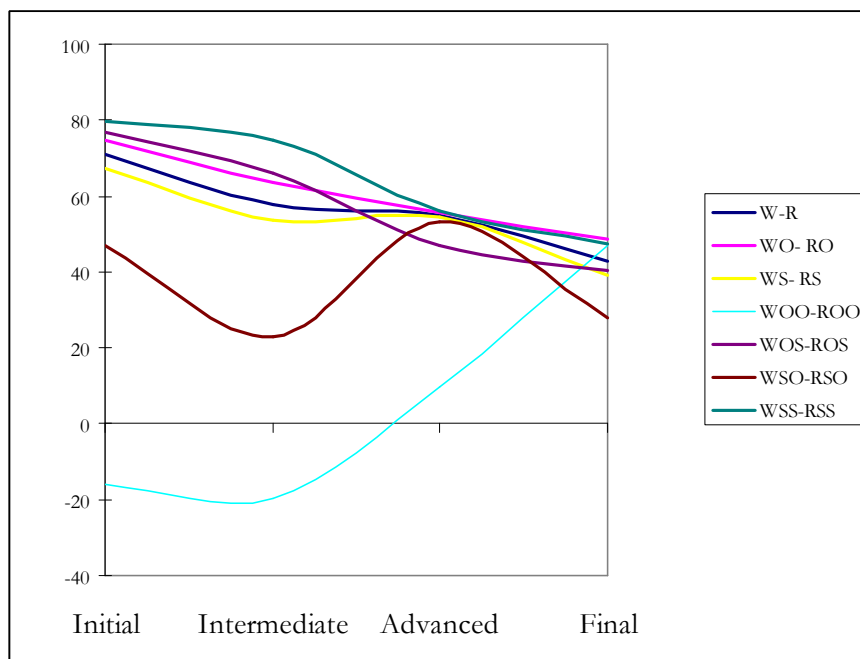


Figure 26. Discrepancy between wishes and responses in harmony index during the therapeutic process.

3.6.3. General trends in the process

3.6.3.1. CCRT

CCRT. Cluster in time

In order to analyze general trends in the different categories throughout the process, we have studied whether the occurrence of cluster categories and positivity indices increases or decreases during the therapy (see Table 29). For this reason we have computed the Spearman correlation between the time – operationalized by the block number – and the relative frequency of the category. A positive (respectively negative) significant correlation indicates the increasing (respectively decreasing) category frequency.

We have sorted cluster categories by the Spearman correlation coefficient. We can see the category with the most increasing trend in the top of the block and the category with the most decreasing trend in the bottom of the block.

Wishes and reactions change throughout therapy. Regarding to wishes, we must note the marked decrease in the occurrence of wish “*to assert self, be independent*”, María prefers “*to feel good, comfortable*” and “*to achieve, help others*” as the therapy advances. Responses of objects change radically, responses as “*they like me*” and “*they understand*” correlate positively with therapy blocks (+0.73 and +0.70 respectively), decreasing the occurrence of not very desirable responses such as “*they control*”, “*they are rejecting, opposing*” and “*they are bad*”. The most important change is observed in María’s reactions. The categories related to a highest well-being of patient (“*I fell selfcontrolled, selfconfident*” and “*I feel respected, accepted*”) increase considerably and those which cause unrest in María (“*I am disappointed, depressed*”, “*I am anxious, ashamed*” and “*I am helpless*”).

Table 29

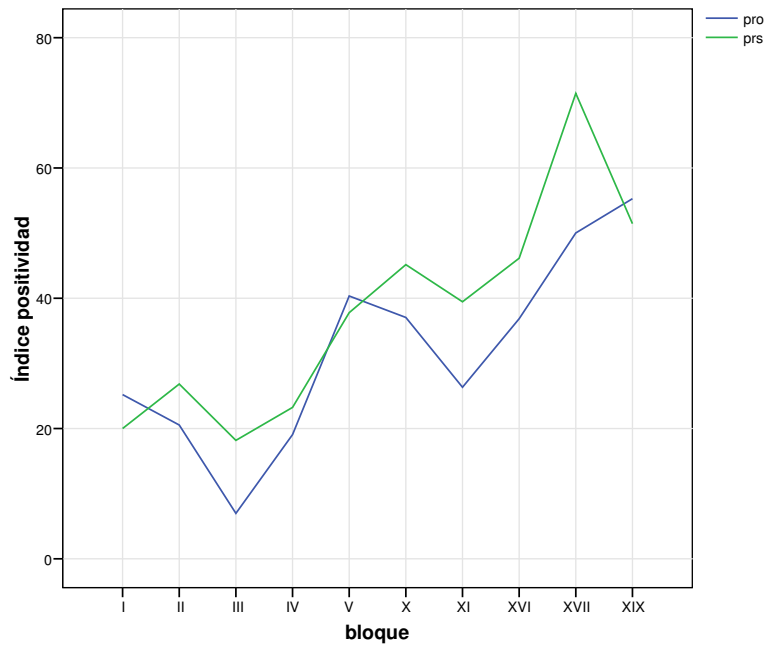
CCRT. Cluster categories and positivity index in process throughout blocks.

cluster category	Spearman correlation category x time
W7 to feel good, comfortable	+ .59*
W8 to achieve, help others	+ .45~
W2 to oppose, hurt and control others	+ .30
W5 to be close, accepting	+ .01
W4 to be distant, avoid conflicts	- .25
W3 to be controlled, hurt, not responsible	- .34
W6 to be loved, understood	- .35
W1 to assert self, be independent	- .72**
RO7 they like me	+ .73***
RO8 they understand	+ .70*
RO1 they are strong	+ .60*
RO6 they are helpful	+ .35
RO3 they are upset	- .05
RO2 they control	- .59*
RO5 they are rejecting, opposing	- .60*
RO4 they are bad	- .69*
RS5 I fell selfcontrolled, selfconfident	+ .94***
RS3 I feel respected, accepted	+ .77**
RS1 I am helpful	+ .18
RS2 I am unreceptive	- .24
RS4 I oppose, hurt others	- .38
RS7 I am disappointed, depressed	- .55*
RS8 I am anxious, ashamed	- .65*
RS6 I am helpless	- .87***
RO positivity index	+ .78**
RS positivity index	+ .92***

Note: Spearman correlation, significance level two-sided * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

CCRT. Positivity index in time

As we have seen in the previous table, there is a significant positive correlation between blocks of therapy and responses from object (+0.78; $p \leq 0.01$); but especially with responses from María (+0.92; $p \leq 0.001$); In other words, as the therapy advances there is a significant increase in the positive responses from interaction objects and, which is more interesting, the positivity in thoughts, feelings and actions of María (see Figure 27).



Block	I	II	III	IV	V	X	XI	XVI	XVII	XIX
RO	25.23	20.51	6.98	19.05	40.35	37.04	26.32	36.84	50	55.26
RS	20	26.83	18.18	23.26	37.78	45.16	39.47	46.15	71.43	51.43

Figure 27. Positivity index in responses from object and María during therapy

CCRT. General trends by object

The CCRT method allows us to study how the categories have evolved through the blocks in relationship objects. As an example we show the general trends in the main interaction object of María, her first boyfriend, Pepe (see Table 30). As we can see, the variations in categories throughout time are quite different and particular for this object as well as the positivity index in the responses from object and of subject. If we study the results, we can affirm that the relationship with Pepe reflects a core relationship conflict.

Table 30

CCRT.Cluster categories and positivity index in process throughout blocks for Pepe

cluster category	Spearman correlation category x time
W7 to feel good, comfortable	+.66*
W8 to achieve, help others	+.65*
W4 to be distant, avoid conflicts	-.06
W2 to oppose, hurt and control others	-.22
W5 to be close, accepting	-.24
W6 to be loved, understood	-.25
W3 to be controlled, hurt, not responsible	-.27
W1 to assert self, be independent	-.68*
RO3 Pepe is upset	+.51~
RO6 Pepe is helpful	+.51~
RO7 Pepe likes me	+.40
RO8 Pepe understands	+.19
RO5 Pepe is rejecting, opposing	-.28
RO4 Pepe is bad	-.61*
RO1 Pepe is strong	-.80**
RO2 Pepe controls me	-.85**
RS7 I am disappointed, depressed	+.57~
RS5 I fell selfcontrolled, selfconfident	+.43
RS1 I am helpful	+.34
RS3 I feel respected, accepted	+.26
RS2 I am unreceptive	-.41
RS8 I am anxious, ashamed	-.57~
RS4 I oppose, hurt others	-.73**
RS6 I am helpless	-.80**
RO positivity index	+.68*
RS positivity index	+.48~

Note: Spearman correlation, significance level one-sided * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

3.6.3.2. CCRT-LU

CCRT-LU. Cluster in time

In CCRT-LU, because of the direction component that subdivides wishes and responses into different dimensions, we will analyze wishes in first place and, after that, changes in responses.

If we observe the correlations between therapy blocks and cluster categories (see Table 31) we can affirm that there are not significant trends in wishes by blocks throughout the therapy. Wishes from objects (to themselves, to Maria), as well as from subject (to the others, to herself) do not show a correlation with the progression of the blocks in therapy.

Table 31

CCRT-LU. Cluster categories and harmony index in wishes in process throughout blocks

n = 10 blocks	W	WO	WS	WOO	WOS	WSO	WSS
A attending to	-.32	-.07	+.33	-.61*	+.27	+.38	+.14
B supporting	-.10	-.28	-.13	+.29	-.53~	+.07	
C loving, feeling well	-.15	+.39	-.33	+.06	+.37	-.08	-.47
D being self-determined	+.20	+.08	+.23	-.12	-.53~	-.29	+.43
E being depressed, resigning to sth.							
F being dissatisfied, being scared	-.06	-.06		-.06			
G being determined by others							
H being angry, unlikable							
I being unreliable							
J rejecting							
K subjugating	-.16		-.16			-.16	
L annoying, attacking	-.20		-.20			-.20	
M withdrawing	+.35	+.54~	+.21	+.62*	+.15	+.30	+.16
Harmonious	-.35	-.44	-.09	-.48	-.15	+.09	-.16

Note: Spearman correlation, significance level one-sided * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

— Positive significant trends throughout the blocks

— Negative significant trends throughout the blocks

However, we find significant trends in the cluster categories in different dimensions of the responses (see Table 32); CCRT-LU supposes an advantage on CCRT, since this allows us to analyze the precise direction of the responses.

Categories which show a higher positive trend are those that are considered harmonious, in addition to the category “*withdrawing*”. María reports that the others attend and support her more as the therapy advances, and they subjugate and upset less. Her attention to other also increases. More relevant from the clinical point of view is María’s trend to feel well and loved, to be self-determined and withdraw into herself as the treatment advances.

Table 32

CCRT-LU. Cluster categories, harmony and positivity index in responses in process throughout blocks

n = 10 blocks	R	RO	RS	ROO	ROS	RSO	RSS
A attending to	+.85***	+.91***	+.65*	-.40	+.80**	+.65*	-.32
B supporting	+.41	+.59*	-.08	+.17	+.62*	-.06	-.06
C loving, feeling well	+.67*	+.44	+.60*	-.47~	+.51~	-.10	+.71*
D being self-determined	+.60*	+.04	+.67*	-.23	-.01	-.05	+.81**
E being depressed, resigning to sth.	+.15	+.55*	-.21	+.55*			-.06
F being dissatisfied, being scared	-.55~	-.08	-.50~	-.29	+.25	-.40	-.51~
G being determined by others	+.27	+.46~	-.35	+.26	+.64*	-.52~	-.35
H being angry, unlikable	-.58*	-.49~	-.58*	+.01	-.64*	-.43	-.53~
I being unreliable	-.13	-.13	+.17	-.10	-.13	-.12	+.35
J rejecting	-.25	-.37	+.02	-.23	-.27	-.16	-.31
K subjugating	-.90***	-.90***	+.41	+.05	-.93***	+.53~	-.06
L annoying, attacking	-.09	-.35	+.67*	-.50~	-.34	+.54~	+.38
M withdrawing	+.55~	+.52~	+.41	+.53~	+.25	+.18	+.60*
Positive	+.73**	+.82**	+.65*	-.29	+.76**	-.09	+.87***
Harmonious	+.75**	+.71*	+.75**	-.50~	+.70*	+.22	+.79**

Note: Spearman correlation, significance level one-sided * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$

— Positive significant trends throughout the blocks

— Negative significant trends throughout the blocks

CCRT-LU. Positivity index in time

We find a positive trend in responses as the therapy advances, as the previous table showed. This trend is higher in responses from object than in those from subject. Thanks to CCRT-LU direction component we observe, however, that positive change is given especially in responses from others to María and in reactions to herself. This aspect would

be confusing if we only analyzed it at the level of response from object and from subject (see Figure 28).

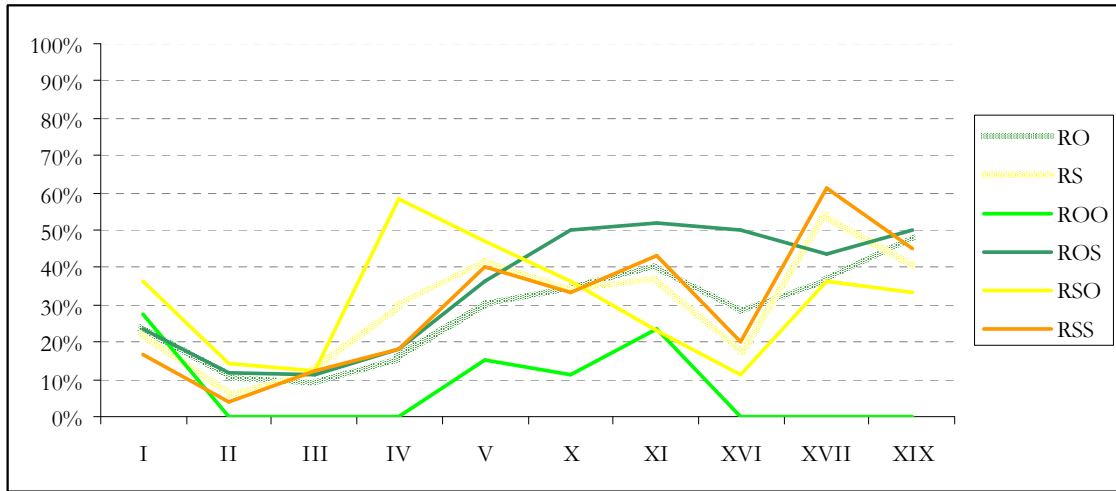


Figure 28. Positivity index of responses and dimensions over therapy

CCRT-LU. Harmony in process in time

CCRT-LU contributes to the analysis with one more characteristic: harmony in wishes and responses, in which, like in the positivity index, we find a positive correlation in the responses in general, in the responses from object and subject, and in the responses from others to her and from María to herself (see Table 31, 32 and Figure 29)

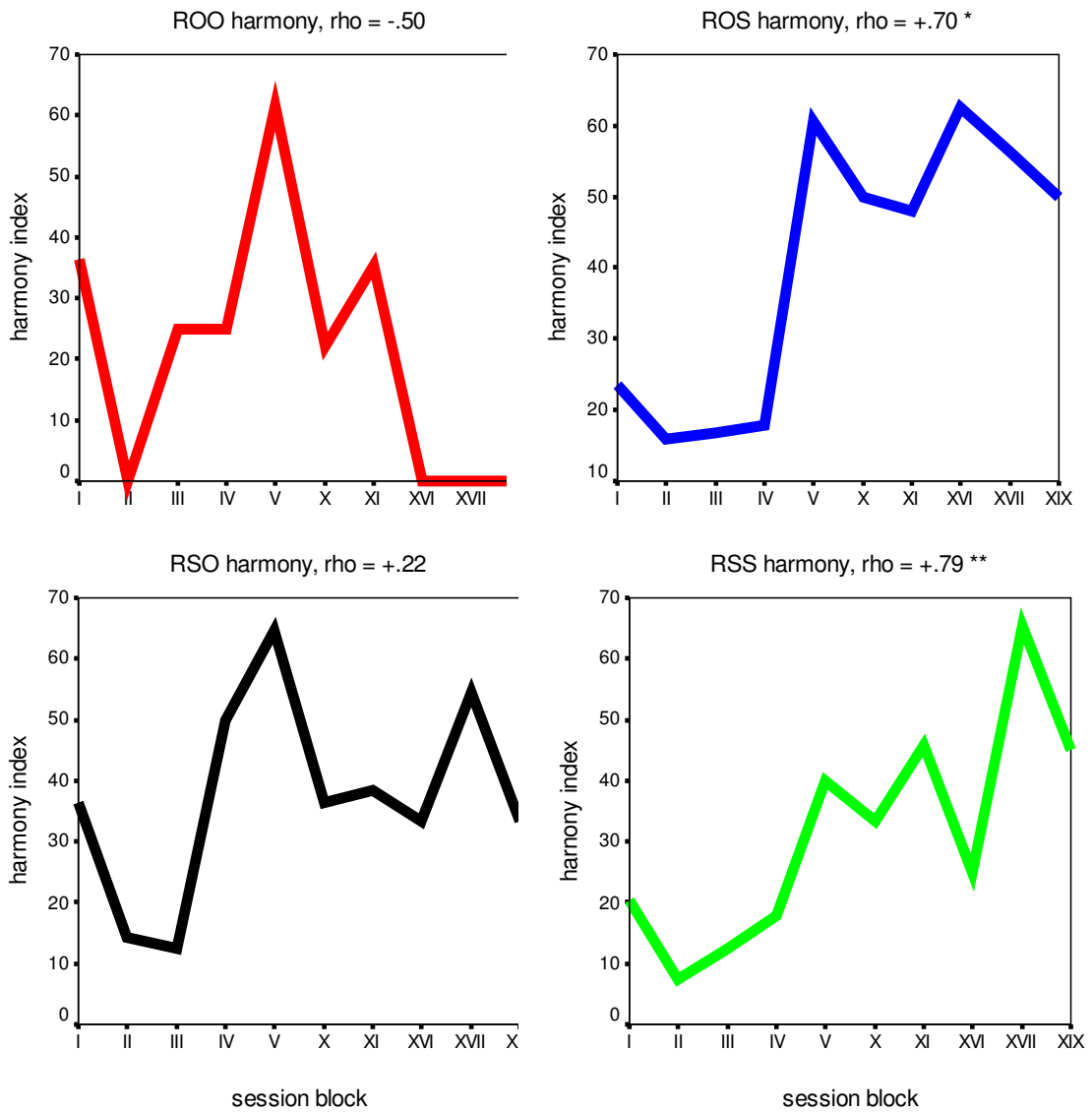


Figure 29. Evolution of harmony index responses in the process.

Note: Spearman correlation, significance level two-sided * $p \leq 0.05$, ** 0.01, *** 0.001

CCRT-LU. General trends by object

We can analyze the positive or negative trends throughout the therapeutic process as in CCRT, but in CCRT-LU we have the advantage of being able to observe the changes taking into account the direction dimension to the lowest level (WOO, WOS, WSO, WSS, ROO, ROS, RSO, RSS).

In Table 33 we expose the general trends of Pepe. There aren't significant trends as the therapy advances, however we find important tendencies in responses in the relationship

episodes of Pepe. The main on is the increasing trend of harmonious and positive responses from Pepe to María, and feelings and actions of herself. For instance, María feels more loved and better with herself (cluster C, RSS).

Table 33

CCRT-LU.Cluster categories, harmony and positivity index in process throughout blocks for Pepe

n = 10 blocks	W	WO	WS	WOO	WOS	WSO	WSS
A attending to	-.17	-.12	+53~	+.08	.00	+.46	.00
B supporting	+.25	+.15	-.03	+.41	-.23	-.19	.
C loving, feeling well	+.06	+.17	-.03	+.12	+.08	+.17	+.03
D being self-determined	-.23	-.07	-.47	-.30	-.04	-.29	-.19
E being depressed, resigning to sth.	.	.	.	.	.	.	.
F being dissatisfied, being scared	.00	.00	.	+.08	.	.	.
G being determined by others	.	.	.	.	.	.	.
H being angry, unlikable	.	.	.	.	.	.	.
I being unreliable	.	.	.	.	.	.	.
J rejecting	.	.	.	.	.	.	.
K subjugating	-.32	.	-.32	.	.	-.51~	.
L annoying, attacking	+.18	.	.18	.	.	+.09	.
M withdrawing	-.04	.	-.07	.	.	-.14	+.55~
W harmony index	-.10	.00	-.10	-.08		+.14	-.55~
	R	RO	RS	ROO	ROS	RSO	RSS
A attending to	+.08	+.30	-.24	-.20	+.43	-.16	-.27
B supporting	+.19	-.03	+.38	.	-.03	+.38	+.00
C loving, feeling well	+.55~	+.02	+.76**	-.59~	+.02	.	+.76**
D being self-determined	+.04	+.08	+.17	+.04	-.09	+.25	.15
E being depressed, resigning to sth.	-.15	+.57~	-.36	+.57~	.	.	-.38
F being dissatisfied, being scared	-.43	-.36	-.11	-.40	+.07	-.55~	-.03
G being determined by others	-.18	.23	-.22	-.20	+.27	.	-.26
H being angry, unlikable	-.48~	-.11	-.54~	-.18	-.24	-.43	-.43
I being unreliable	+.43	+.35	.27	+.48	+.36	+.27	.
J rejecting	-.64*	-.53~	-.42	-.61~	-.53~	-.49~	.
K subjugating	-.57~	-.57~	.00	.	-.57~	.	.00
L annoying, attacking	+.25	-.47	+.46	.	-.52~	+.64*	.00
M withdrawing	+.26	-.09	+.59*	.	-.09	+.10	+.55~
R positivity index	+.54	+.47	+.50~	.00	+.62*	-.14	+.49~
R harmony index	+.68*	+.44	+.76**	-.60~	+.62*	+.52~	+.69**

Note: Spearman correlation' significance level one-sided, ~ p≤0.1, * .05, ** .01, *** .001

— Positive significant trends throughout the blocks

— Negative significant trends throughout the blocks

3.6.4. Pervasiveness, entropy, diversity

Luborsky (1990, 1998) postulated the hypothesis that in the course of a successful therapy, the repertoire of relationship elements tends to be broader. In the beginning of the typically ideal therapy, the patient who is suffering and caught in one transference pattern tends to show one core conflictual theme W-RO-RS with a very high frequency. Her/his internalized relationship pattern is projected and appears in the many relationship episodes with different relationship partners. This rigid and undifferentiated perception and behavior are part of the disorder symptoms. In a successful therapy the patient finds more ways to react in different ways, more appropriate to the context of the relationship person and of the current situation. The most frequent theme loses its frequent occurrence step by step.

Pervasiveness. Luborsky operationalized this relationship rigidity by the measure of pervasiveness defined as a relative proportion of relationship episodes containing the most frequent element. For instance, at the beginning of the therapy the patient can report the most frequent RO cluster (for instance, RO5 “*the others reject me*”) in 50% of episodes; later it could be 30%, pointing out the forthcoming differentiation of internalized relationship schemes. According to the data model applied in this study, we will define the pervasiveness as the relative frequency of the most frequent cluster of the considered dimension (W, RO or RS for CCRT; W, WO, WS, etc. for CCRT-LU).

We show here the observed relative frequencies of k clusters r_1, r_2, \dots, r_k , (for the CCRT: $k=8$; for the CCRT-LU: $k=13$). This means:

$$\sum r_i = r_1 + r_2 + \dots + r_k = 1 \quad (\approx 100\%).$$

The pervasiveness is defined as

$$\text{per} = \max(r_1, r_2, \dots, r_k)$$

Entropy. The measure of pervasiveness is only based on the most frequent category cluster; without reflecting the rest. It reaches the same values for the frequency distributions 50-50 or 50-25-25 or 50-10-10-10-10-10. However, the patient with the first pattern will be probably seen as more rigid than the patient with the last pattern. This can be taken in consideration by the application of the following two measures, as proposed by Pokorny (unpublished manuscript, University of Ulm). The classical measure of entropy introduced by Shannon reflects all k frequencies observed:

$$H = - \sum r_i^* \log_2 (r_i)$$

This measure ranges from 0 to $\log_2(k)$; it is 3 for $k=8$ (CCRT) or ≈ 3.70 for $k=13$ (CCRT-LU). The entropy reaches its minimum value when the patient uses one cluster only (“they reject me all the time”) and its maximum value when the patient uses all clusters with the same frequency (for 8 cluster, i.e. 12.5% by each cluster). The entropy was widely applied in psychology in the fifties and the sixties as a measure for the richness of information, as a measure of the order dimension versus chaos dimension.

Diversity. Entropy H can be transformed (2^H) into ranges from 1 to 8 for the CCRT (or from 1 to 13 for the CCRT-LU). Value 1 is the case when the patient used one single category all the time, and value 8 (respectively 13) when the patient used all 8 (respectively 13) categories with the same frequency. This measure can be interpreted as the “number of effectively used relationship categories”.

Note: As the diversity is derived from the entropy by a monotonic transformation, the results of non-parametric classification methods like Mann-Whitney U-test or Spearman correlation coefficient show exactly the same results for both measures.

Hypotheses. According to Luborsky’s hypotheses, we expected that the measure of pervasiveness would decrease during the course of the therapy, and the measures of entropy and diversity would increase. These hypotheses were tested by the Spearman correlation coefficient between the time (the block number) on the one side and the diversity or the entropy on the other side.

Results.

CCRT. There was no significant correlation between the time and pervasiveness or entropy in the block level, for any dimension W, RO and RS (see Table 34 and Figure 30).

CCRT-LU. The diversity of the reactions shows a positive correlation coefficient in many dimensions; the significant result of increased diversity was obtained for the dimension R (reactions), see Table 35. In the Figure 31 we can see – on one side – that the diversity of wishes remains nearly unchanged during the therapy. As shown earlier, María’s desire for the harmonic relationships is a constant feature during the whole therapy.

On the other side, the diversity of reactions increases during the therapy. More harmonic categories enhanced the repertoire of María's perceived reactions of the others and herself. María is able to differentiate and integrate better a broader variety of harmonic and disharmonic reactions. From the point of view of the psychoanalytical psychotherapy, this is a desirable therapeutic result.

Table 34

*Entropy and related measures of 8 CCRT clusters;
a time trend for investigated sessions and session blocks.*

Spearman rho	n = 10 Blocks	
	pervasiveness	entropy (or diversity)
W	+.48	-.15
RO	-.05	+.02
RS	+.04	-.34

Table 35

*Entropy and related measures of 13 CCRT-LU clusters;
a time trend for investigated sessions and session blocks.*

Spearman rho	n = 10 Blocks	
	pervasiveness	entropy (or diversity)
all together	+.25	-.30
W	-.14	+.11
WO	-.12	+.49
WS	-.10	+.20
WOO	+.41	-.24
WOS	+.27	-.49
WSO	-.13	-.08
WSS	-.41	+.21
R	-.38	+.55*
RO	-.33	+.38
RS	-.47	+.41
ROO	-.13	-.02
ROS	-.03	+.48
RSO	-.43	+.12
RSS	-.25	+.08

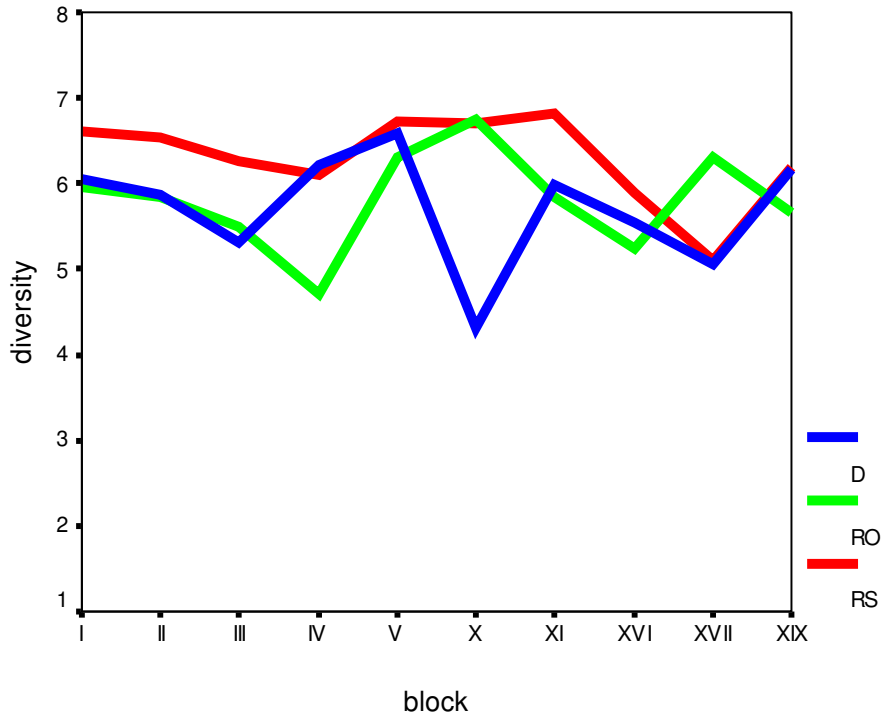


Figure 30. Diversity of 8 CCRT clusters in process

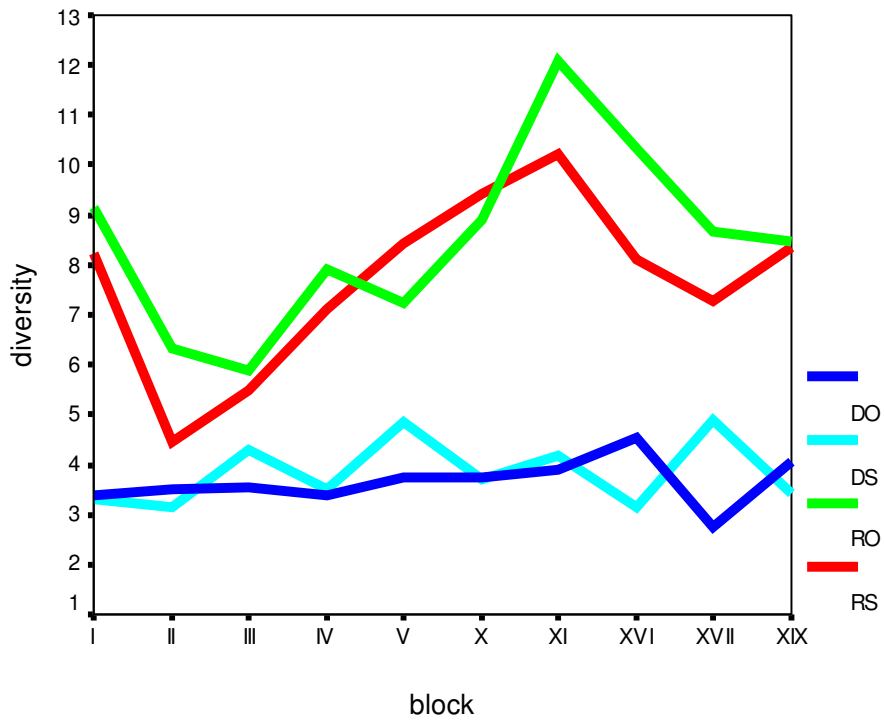


Figure 31. Diversity of 13 CCRT-LU clusters in process

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

From the results obtained we can state that the CCRT method contributes with great precision to the description and analysis of the core relationship patterns in a subject during therapy in a singular case, as it is shown by the study in detail of the characteristic and components of these central themes:

- ♦ The mean number of relationship episodes by session is quite high (9.03) compared with other studies carried out before. In the study of the long-term psychotherapeutic process in the case of Amalie (Albani et al., 2002) the mean number of relationship episodes was 6.3 by session. In previous studies this number was even lower, like in Luborsky, Barber, Schaffler and Cacciola (1990), with 4 relationship episodes by session. The discrepancy could be due to the different treatment types, the time of the session, the patient's individual differences, or a different approach from the judges that identified the RE, among others.

- ♦ In the same way that in the majority of the studies about the psychoanalytical process, most of the relationship episodes are related in present time, although in certain elaboration moments and regarding certain objetal figures, some episodes are narrated in the past.

- ♦ The initial hypothesis according to which the main relationship objects would be the parental figures and the partner was confirmed. Although, we must point out that her first boyfriend appears in one in three relationship episodes. The reason for this could be that the main conflicts and symptoms of María arise in her relationship with this figure. According to Barber et al. (2002) the object in which the central relationship pattern appears more frequently is the partner.

- ♦ According to Luborsky (1990 1998) the relationship episodes with the therapist would reflect the transference pattern, but in this case this does not happen since these episodes are not very numerous, maybe because those that happened in-situ during the therapy were not compiled.

- ♦ It was also proved that the wishes which appear in the relationship episodes of the patient are mostly explicit, although it is also necessary to note the difficulty in the recognition of implicit wishes by the judges. Luborsky et al. (2004) demonstrated that in CCRT there were not significant differences in the rating of judges experienced in comparison with the not experienced ones. In later studies it might be proved if there

are differences among judges with different levels of clinical experience and training in the method CCRT-LU.

- ♦ As in the whole of the studies that analyzed the long term psychotherapeutic process (Albani, Pokorny et al., 2003; Jiménez, Kachele & Pokorny, 2006; Wiseman & Barber 2004), the value of the responses in the interactions is mainly negative and disharmonious. The positivity index of the treatment is very low (CCRT; 31.9%). This happens in all the analyzed studies and there is a big debate about this question. Even in healthy individuals, most of the responses are negative. A possible explanation is given by Brin, Grenyer and Luborsky (1998, 1998a). They argue that the higher frequency of negative components could reflect the concern to solve conflicts in the relationships with the others. The effort of repeating ideas or negative scenes may mean an attempt to take the control over certain traumatic situations.

- ♦ The core conflictual relationship themes of the patient are described in detail in the patterns found by the method CCRT and by CCRT-LU. The results obtained both in the characteristic of the components and in the own central relationship themes are similar, although the method CCRT-LU provides a very important aspect to the analysis: the dimension of direction that determines the sense of the action and contributes with much more information about wishes and responses. In CCRT the interpretation of the results in some occasions was confusing as the categories were mixed because the method does not take into account the directionality of wishes and responses.

- ♦ The method CCRT-LU allows us to compare María's central themes with the central themes of Amalie, and we found that the main wish in both of them is the same: to "be attended." The wish referred to herself is different (DS): to "*be self-determined*" in Amalie, while María wants to "*love and feel well*". The most frequent response of the other in both of them is "*rejecting*" and "*not to be worthy of trust*" and the reactions of the patient (RS) are also the same: Amalie feels "*dissatisfied, scared*" and "*angry, unlikable* ", just like María. The method also allows us to compare the psychotherapeutic process in both cases in a macro-analytic level.

- ♦ The characteristics of the components and the relationship patterns that María has described throughout the therapeutic process vary depending on the person object of the interaction, as in the studies of Albani et al. (2001); Demorest, Connolly (1990); Barber, Foltz, DeRubeis & Landis, (2002).

One of the main statistically significant differences found in CCRT is the value (positive or negative) in the responses of the object and subject in function of the

figure with whom María interacts. CCRT-LU specifies that these significant differences are in the responses of the objects to María (ROS) and in María's reactions to herself with the different objects (RSS), i.e., that the reactions to María and her feelings regarding this response are different depending on the person with whom she interacts (first or second boyfriend, mother, father, therapist, etc.).

They are also differences in CCRT-LU in the harmony index that is mostly positive for the wishes in the different objects. The harmonious responses from others and of herself vary in function of the interaction object. But, the most important thing, we found statistically significant differences in the components of the relationship patterns with the different objects, as much in wishes (WOS) as in responses (ROS and RSS).

- ♦ The clinical interest of the analysis of patterns and characteristic of components during the therapy for the therapist was demonstrated, as we can exemplify analyzing the harmony index in the two boyfriends of María during the therapy. The wishes from María to them and what María expects from them are similar, however, the responses of both towards María are different (ROS), the same as, in consequence, María's responses to herself in these interactions (RSS). It seems that the patient obtains more emotional benefit in the interactions with the second boyfriend than with the first during the therapy.

The method CCRT can help the therapist in the analysis of the psychotherapeutic focus and its evolution throughout the treatment.

- ♦ The study of the relationship themes reflects with accuracy the psychotherapeutic process, showing variations in the relationship patterns in the different phases of the therapy.

The characteristics of the psychotherapeutic process in this singular case are discussed below:

- ✓ Significantly and against our initial hypothesis, the number of relationship episodes related in each session decreases as the treatment advances. From the point of view of the process this could be explained because of the patient's urgency for being evaluated and helped in the first phase of the treatment, relating multiple relationship problems. However, as the therapy advances, the focuses can be elaborated with much more depth and this could lead to the progressive decrease of the relationship episodes treated by session. It also happens that at the end of the therapy the narrations are more introspective, meditations about herself and not so many relations with the others.

- ✓ The time in which the interaction episodes are narrated is also different in the phases of the therapeutic process, i.e., more episodes are related in past in the initial phase than in the rest of the phases taken together. This reflects the process of the psychoanalytical focal therapy, according to which in the initial moments the different conflictual themes are exposed, and after that comes the selection of the work focuses that will be elaborated in the following sessions.
The higher percentage of episodes in the future appears in the last phase of the therapy. These episodes could refer to plans or future lines of action.
- ✓ The main interaction object varies as the therapeutic process advances. In the first phase of the therapy many of the interaction episodes are referred to the parental figures, specially to the mother, episodes that would correspond with the presentation of conflicts and problems to the therapist. In the following phases these interaction objects are present, but with much less frequency, appearing sparsely at the end of the treatment, in which María would have elaborated the parental conflicts of the past.
- ✓ The most frequent figure in the treatment is her first boyfriend, Pepe. Most of the episodes are referred to him, especially in the initial and intermediate phases of the therapy, and even in the final phase, when their relationship had already finished. Pepe is the main conflictual figure for María, although at the end of the treatment the episodes which refer to the elaboration of this focus became adaptative, contrary to the rest of the process. In the last phase the episodes with her new boyfriend arise, and we can find in them the most positive relationship patterns of the whole treatment.
- ✓ The episodes with the therapist and with herself increase as the therapy advances, reaching its higher frequency in the final phase of the treatment, that corresponds with the end of the analysis and the analyst's farewell, main topics on this last phase of the process (Weiss et al., 1986)
- ✓ We find an important stability in the component of desire throughout the therapy. This confirms what was stated from a theoretical point of view in the observations of Crits - Christoph and Luborsky (1990b). According to them, there is a stability in the persistence of the wishes throughout the life.
- ✓ In CCRT we find that as the treatment advances the implicit wishes decrease. This could indicate a higher knowledge of herself in the patient, and the conscious recognition of her wishes in the interaction episodes. Although these differences do not appear in CCRT-LU, probably due to the division of the wish component taking

into account the direction dimension (DOO, DOS, DSO, DSS), this reduces the number of explicit and implicit wishes by phase, which could determine that the differences are not significant.

- ✓ Using both CCRT and CCRT-LU we find significant differences in the responses depending on the phases of the therapeutic process. The positive responses increase notably in the advanced and final phase, especially in the responses of the self. At the beginning of the therapy, the persistence of negative reactions could be explained according to the thesis defended by Brin, Grenyer and Luborsky (1998, 1998a) which states that the high occurrence of negative components could reflect the concern to solve relationship conflicts and the repetition of these scenes and negative ideas would help to acquire the control on these situations. If a therapy is successful the increase of positive components and the decrease of the negative ones would mean a higher level of control.

There is a significant marked positive correlation between the blocks of the therapy and the responses of the object, but especially with María's responses. As the therapy advances, the positive responses of the interaction objects increase markedly and also, what is more interesting, the positivity in the thoughts, feelings and actions of María. From the point of view of the effectiveness of the therapy we could relate this to an improvement in how the patient feels. She thinks and acts better, but she can also interpret more positively the responses of the other and/or make the interactions better.

- ✓ The method CCRT-LU also offers to us the harmony index in which differences arise depending on the phase of the process, both in wishes and in responses. Most of the patient's wishes are harmonious during the treatment, and there is a variation not so much in the answer of the other, that is similar in the different phases of the process, but in the own response of the patient in the harmony index.
- ✓ Through the CCRT and CCRT-LU method we have established the most frequent sequence of components for each session, block and phase of the treatment in general and for the main relationship objects. This constitutes a detailed structure in which the net of the patient's interrelated topics and their changes during the psychotherapeutic process with the interaction figures can be understood.
- ✓ Using the method CCRT, we have not found that the change measures of pervasiveness, diversity and entropy vary significantly as the therapy advances. Using CCRT-LU we find, as in other similar studies (Albani et al., 2002), scarce changes in pervasiveness throughout the treatment, although, as Pokorny explains (unpublished)

this measure can be biased, since is based only on the most frequent cluster category and it obviates the rest of the distribution of categories. For this reason we evaluate the measure of diversity, in which we find an increase in the diversity and entropy of the responses as the treatment advances, which would mean a good therapeutic result in which we have an increase of the patient's reactions in the different relationship situations.

- ✓ Although in the case of María a lot of studies are being carried out and they allow us to compare the study of the process through different methods, one of the main limitations until this moment is the non existence of external measures of the therapeutic process. It would be interesting to compare changes in the pattern with other external measures. An improvement in the symptoms would indicate that the depth of the conflicts is lower, that they have had a certain level of elaboration, i.e., that the conflicts occur with less frequency in the discourse of the patients. In this way, the decrease in the depth of the conflict in the relationship pattern, would not only work as a healing factor in the clinical plan, reducing the symptoms, but also the moment of the change in itself constitutes a theoretical outstanding measure for the results of the dynamic psychotherapy. This is an outstanding fact, since one of the most significant necessities in the investigation in psychotherapy, specifically in the dynamic psychotherapy, is how to measure its results objectively and in a way that complies with the theory of the change. On the same way other aspects such as severity and changes in therapy could be related, as it has been analyzed in other studies (Albani et al., 2002; Cierpka et al., 1998; Wilczek et al., 2000).

After the completion of the study and the analysis of the results obtained in it, we can conclude that:

a) The study demonstrates the functionality of the CCRT and CCRT-LU methods for the investigation of the process in psychotherapy, illustrating in detail the core relationship patterns and its evolution.

b) The methods CCRT and CCRT-LU show their capacity to reflect the central topics of relationship and to show the changes during the course of a psychoanalytical therapy. Nevertheless, CCRT-LU is particularly sensitive to the clinical material and especially advisable in the analysis of the process in psychotherapy.

The CCRT and CCRT-LU method have already proven to be useful from the clinical point of view but they can also be applied to support the practice of psychoanalytical therapy and in the research that allows to progress in the psychodynamic theory in psychotherapy.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agin, S., Fodor, I.-E. (1996). The use of the Core Conflictual Relationship Theme method in describing and comparing gestalt and rational emotive behavior therapy with adolescents. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 14 (3), 173-186
- Albani, C., Blaser, G., Benninghoven, D., Cierpka, M., Dahlbender, R., Geyer, M., Körner, A., Pokorny, D., Staats, H., Kächele, H. (1999). On the connection between affective evaluation of recollected relationship experiences and the severity of the psychic impairment. *Psychotherapy Research*, 9 (4), 452-467.
- Albani, C., Blaser, G., Hölzer, M., Pokorny, D. (2002). Emotionen und Beziehung - zum Beziehungsaspekt emotionaler Äußerungen. Eine Validierungsstudie der Methode zur Klassifikation verbalisierter Emotionen nach DAHL et al. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 1, 29-46.
- Albani, C., Blaser, G., Körner, A., Geyer, M., Strauß, B. (2002). Bindungsprototypen und zentrale Beziehungsmuster. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52 (12), 521-525.
- Albani, C., Blaser, G., Körner, A., Koenig, S., Marschke, F., Geissler, I., et al. (2002). Zum Zusammenhang zwischen der Valenz von Beziehungserfahrungen und der Schwere der psychischen Beeinträchtigung. / The connection between affective evaluation of recollected relationship experiences and the severity of the psychic impairment. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52(6), 282-285.
- Albani, C., Blaser, G., Pokorny, D., Koerner, A., Koenig, S., Marschke, F., Brenk, K., Buchheim, A., Geyer, M., Kächele, H., Strauß, B. (2001). Zentrale Beziehungsmuster und Bindungsprototypen bei Psychotherapiepatientinnen. / Core relationship patterns and relationship prototypes in adult psychotherapy patients. *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49(4), 345-360.
- Albani, C., Geyer, M., Kächele, H., & Pokorny, D. (2003). Relationship patterns and relationship conflicts / Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. *Psychotherapeut*, 48(6), 388-402.
- Albani, C., Kuehnast, B., Pokorny, D., Blaser, G., & Kächele, H. (2001). Beziehungsmuster in Traeumen und Geschichten ueber Beziehungen in einem psychoanalytischen Prozess. / Relationship patterns in dreams and in narratives in psychoanalysis. *Forum der Psychoanalyse: Zeitschrift fuer klinische Theorie and Praxis*, 17(3), 287-296.
- Albani, C., Pokorny, D., Blaser, G., Grueninger, S., Koenig, S., Marschke, F., et al. (2002). Reformulation of the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) categories: The CCRT-LU Category System. *Psychotherapy Research*, 12(3), 319-338.

- Albani, C., Pokorny, D., Blaser, G., König, S., Geyer, M., Thomä, H., Kächele, H. (2002). Zur empirischen Erfassung von Übertragung und Beziehungsmustern eine Einzelfallanalyse. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52, 226-235
- Albani, C., Pokorny, D., Dahlbender, R. W., & Kaechele, H. (1994). Vom Zentralen Beziehungs-Konflikt-Thema (ZBKT) zu Zentralen Beziehungsmustern (ZBM). Eine methodenkritische Weiterentwicklung der Methode des "Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas". / Central relationship patterns (CRPs): A structural version of the core conflictual relationship theme (CCRT). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 44(3-4), 89-98.
- Albani, C., Pokorny, D., Blaser, G., König, S., Thomä, H., Kächele, H. (2003). Study of a psychoanalytic process using the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) Method according to the Ulm Process Model. *European Psychotherapy*, 4 (1), 11-32.
- Albani, C. Pokorny, D. Blaser, G. & Kächele, H. (2008). *Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. Theorie, Klinik und Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Albani, C., Pokorny, D., Blaser, G., Koenig, S., Geyer, M., Thomae, H., et al. (2002). El Analisis Final de Amalie: Investigacion de un proceso terapeutico psicoanalitico, segun el modelo de proceso de Ulm, utilizando el metodo del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT). / The final analysis of AMALIE: A study of the psychoanalytic process with the Core Conflictual Relationship Theme Method according to the Ulm Process Model. *Intersubjetivo: Revista de Psicoterapia Psicoanalitica y Salud*, 4(1), 45-63.
- Albani, C., Reulecke, M., Körner, A., Villmann, T., Blaser, G., Geyer, M., Pokorny, D., Kächele, H. (2002). Erinnerung an elterliches Erziehungsverhalten und Zentrale Beziehungsmuster bei Psychotherapiepatientinnen. *Psychotherapie Forum*, 9 (4), 162-171.
- Albani, C., Villmann, T., Blaser, G., Korner, A., Reulecke, M., Pokorny, D., et al. (2001). Zentrale Beziehungsmuster im Vergleich verschiedener Objekte. [Central relationship patterns in comparison with different objects]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 51(7), 298-300.
- Albani, C., Villmann, T., Villmann, B., Koerner, A., Geyer, M., Pokorny, D., et al. (1999). Kritik der kategorialen Strukturen der Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas (ZBKT). / Review of the categorial structures of the Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 49(11), 408-421.
- Alvaro, C.-E. (2006). La transferencia en psicoterapia con púberes y adolescentes / Transference in psychotherapy with teenagers and adolescents. *Intersubjetivo*, 8 (1), 7-16.
- Anstadt, T., Merten, J., Ullrich, B., y Krause, R. (1996). Erinnern und Agieren. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 42, 34-55.
- Anstadt, T., Merten, J., Ullrich, B., Krause, R. (1997). Affective dyadic behavior, core conflictual relationship themes, and success of treatment. *Psychotherapy Research*, 7 (4), 397-417.
- Arlow, J. y Brenner, C. (1964). *Psychoanalytic concepts and the structural theory*. N. Y.: International Universities Press.

- Auerbach, A. H., & Luborsky, L. (1968). Accuracy of judgments of psychotherapy and the nature of the "good hour." En J. Shlien, H. F. Hunt, J. P. Matarazzo, & C. Savage (Eds.). *Research in psychotherapy* (Vol. 3, pp. 155-168). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Azzone, P., Vigano, D. (1995). Defense mechanisms and CCRT in 15 supportive-expressive psychotherapies. Paper presented at the International Workshop on the Core Conflictual Relationship Theme Method, 10th German Annual CCRT-Meeting, University Ulm. Unpublished manuscript.
- Barber, J. P., & Crits Christoph, P. (1991). Comparison of brief psychodynamic therapies. En P. Crits Christoph & J. P. Barber (Eds.), *Handbook of short-term dynamic psychotherapy* (pp 323-355). New York: Basic Books.
- Barber, J. P., & Crits Christoph, P. (1993). Advances in measures of psychodynamic formulations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 574-585.
- Barber, J.P., Crits-Christoph, P., & Luborsky, L. (1990). A guide to CCRT standard categories and their classification. En L. Luborsky & P. Crits-Christoph, *Understanding transference: The CCRT method* (pp. 37-50). New York: Basic Books.
- Barber, J. P., Foltz, C., DeRubeis, R. J., & Landis, J. R. (2002). Consistency of interpersonal themes in narratives about relationships. *Psychotherapy Research*, 12(2), 139-158.
- Barber, J. P., Foltz, C., & Weinryb, R. M. (1998). The Central Relationship Questionnaire: Initial report. *Journal of Counseling Psychology*, 45(2), 131-142.
- Barber, J. P., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Diguier, L. (1998). Stability of the CCRT from before psychotherapy starts to the early sessions. En L. Luborsky, P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method* (pp. 253-260) (2nd ed.). Washington: American Psychological Association.
- Barber, J. P., Luborsky, L., Crits Christoph, P., Diguier, L., & et al. (1995). A comparison of core conflictual relationship themes before psychotherapy and during early sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 145-148.
- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering: A study in experimental and social psychology*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. N.Y.: Hober.
- Benjamin, L. (1974). Structural analysis of social behaviour. *Psychological Review*. 81, 392- 425.
- Benjamin, L. (1986a). Operational definition and measure of dynamics shown in the stream of free associations. *Psychiatry*, 49, 104- 129.
- Benjamin, L. (1986b). Adding social and intrapsychic descriptors to Axis I of DSM-III. En T. Millon y G. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology*. N. Y.: Guilford Press.
- Benninghoven, D., Schneider, H., Strack, M., Reich, G., Cierpka, M. (2003). Family representations in relationship episodes of patients with a diagnosis of bulimia nervosa. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76 (3), 323-336.

- Beretta, V., de Roten, Y. (2003). CCRT and psychopathology: Finally some positive results in relation to defense functioning. Paper presented at the International CCRT-Workshop, Weimar. Unpublished manuscript.
- Beretta, V., de Roten, Y., Stigler, M., Drapeau, M., Fischer, M., Despland, J. N. (2005). The influence of patient's interpersonal schemas on early alliance building. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, 64 (1), 13-20.
- Blos, P. (1941). *The adolescent personality: A study of individual behaviour commission on secondary school curriculum*. N. Y.: Appleton- Century- Crofts.
- Blaser, G. (1999): *Ein Beitrag zur Konstruktvalidierung der Methode zur Klassifikation verbalisierter Emotionen nach Dahl*. Psychologische Dissertation, Abteilung für Psychotherapie, Universität Ulm.
- Blumstengel, K. (2000). *Beziehungsverhalten von Patientinnen mit der Diagnose Anorexia nervosa und Bulimia nervosa Eine methodenkritische Studie mit der Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas (ZBKT)*. Medizinische Dissertation, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universität Leipzig.
- Bond, J. A., Hansell, J., & Shevrin, H. (1987). Locating transference paradigms in psychotherapy transcripts: Reliability of relationship episode location in the core conflictual relationship theme (CCRT) method. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(4), 736-749.
- Bond, J. A. & Shevrin, H. (1986). *Similarities and differences between two methods of formulating a patient's psychodynamically relevant schemata*. Unpublished manuscript. University Michigan.
- Bottino, S. M. B., Junqueira, C., Bairaio, J. F. M. H., Hanns, L. A., Rosa, M. D., de-Andrade, L. H. S. G. (2003). Transtornos da compulsao alimentar periodica e psicoterapia: E possivel sistematizar a formulacao psicodinamica de caso? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (3), 166-170
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Attachment*. (Vol. 2). N. Y.: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. N. Y.: Basic Books.
- Bressi, C., Amadei, G., Astori, S., Boato, P., Colombo, E., Coppola, M. T., Linciano, A. D., Luoni, P., Invernizzi, G. (1997). The therapeutic process in psychotherapy: A study of the Core Conflictual Relationship Theme. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 13 (4), 257-266.
- Bressi, C., Amadei, G., Caparrelli, S., Cattaneo, C., Cova, F., Crespi, S., Dell'Aringa, M., Ponti, F., Zirulia, V., Invernizzi, G. (2000). A clinical and psychodynamic follow-up study of crisis intervention and brief psychotherapy in psychiatric emergency. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 16 (1-4), 31-37.
- Brin, F., Grenyer, B. & Luborsky, L. (1998a). Positive versus negative CCRT patterns. En L. Luborsky y P. Crits- Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method, 2nd Edition*. W.: American Psychological Association.
- Brin, F., Grenyer, B. & Luborsky, L. (1998b). The measurement of mastery of relationships conflicts. En L. Luborsky y P. Crits- Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method, 2nd Edition*. W.: American Psychological Association.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible works*. Cambridge, London: Harvard Univ. Press.

- Bucci, W. (1985). Dual coding: A cognitive model for psychoanalytic research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 33, 571- 607.
- Carlson, R. (1981). Studies in script theory: 1 Adult analogs of a childhood nuclear scene. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 246-252.
- Carson, R. C. (1969). *Interaction concepts of personality*. Chicago: Aldine.
- Caspar, F. (1989). *Introduction to plan analysis*. Berne, Switzerland: Huber.
- Caston, J. (1977). Manual on how to diagnose the plan. En J. Weiss, H. Sampson, J. Caston y G. Silberschatz (Eds.), *Research on the psychoanalytic process: A comparison of two theories about analytic neutrality*. San Francisco: Psychotherapy Research Group, Department of Psychiatry, Mount Zion Hospital and Medical Center.
- Catania, R., Di-Stefano, G., Ruvolo, G. (2004). L'analisi del campo transferale istituzionale mediante il metodo del Core Conflictual Relationship Theme. Uno studio pilota / The analysis of transference field using the Core Conflictual Relationship Theme method. A pilot study. *Ricerca in Psicoterapia*, 7 (2-3), 145-158.
- Chance, S. E., Bakeman, R., Kaslow, N. J., Farber, E., & Burge Callaway, K. (2000). Core conflictual relationship themes in patients diagnosed with borderline personality disorder who attempted, or who did not attempt, suicide. *Psychotherapy Research*, 10(3), 337-355.
- Chang, C. F., Hsueh, H. C., Liu, S. N., Wen, J. K. (2000). The study on core conflictual relationship of short-term counseling. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 16 (9), 468-475.
- Charlin, R., Larrea, V., Florenzano, R., Valdes, M., Serrano, T., & Roizblatt, A. (2001). Modelo de entrevista en adolescentes: Aplicación del CCRT de Luborsky. / Adolescent interview model based in Luborsky's CCRT. *Acta Psiquiatrica y Psicológica de América Latina*, 47(4), 333-339.
- Cierpka, M., Strack, M., Benninghoven, D., Staats, H., Dahlbender, R., Pokorny, D., et al. (1998). Stereotypical relationship patterns and psychopathology. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67(4-5), 241-248.
- Connolly, M. B., Crits Christoph, P., Demorest, A., Azarian, K., & et al. (1996). Varieties of transference patterns in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1213-1221.
- Contiero, Luana, Calloni, Simona, Gatti, M, Giussani, Silvia, Pastori, M, Rodini, Carlo, et al. (2002). Individualized therapeutic focus and verification of a time-limited, expressive-supportive psychodynamic psychotherapy: Use of the RAP interview with CCRT and SASB coding. *Ricerca in Psicoterapia*, 5(1-2), 57-74.
- Crits-Christoph, P. (1986). The factor structure of the Cognitive-Somatic Anxiety Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 30(6), 685-690.
- Crits-Christoph, P., Barber, J. P., & Kurcias, J. S. (1993). The accuracy of therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, 3(1), 25-35.
- Crits-Christoph, P., Connolly, M. B., Shappell, S., Elkin, I., Krupnick, J., & Sotsky, S. (1999). Interpersonal narratives in cognitive and interpersonal psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 9(1), 22-35.

- 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*(4), 490-495.
- Crits-Christoph, P., Cooper, A., & Luborsky, L. (1990). The measurement of accuracy of interpretations. . En L. Luborsky y P. Crits- Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method*. N. Y.: Basic Books.
- Crits-Christoph, P., & Demorest, A. (1988). *List of standard categories* (2nd ed.). Philadelphia: University of Pennsylvania School of Medicine.
- Crits-Christoph, P., & Demorest, A. (1991). Quantitative assessment of relationship theme components. En M. J. Horowitz (Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns. The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development* (pp. 197-212). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Crits-Christoph, P., Demorest, A., & Connolly, M. B. (1990). Quantitative assessment of interpersonal themes over the course of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 27*(4), 513-521.
- Crits-Christoph, P., Demorest, A., Muenz, L. R., & Baranackie, K. (1994). Consistency of interpersonal themes for patients in psychotherapy. *Journal of Personality, 62*, 499-526.
- Crits-Christoph, P. & Luborsky, L (1990a). Changes in CCRT pervasiveness during psychotherapy. En L. Luborsky y P. Crits- Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method*. N. Y.: Basic Books.
- Crits-Christoph, P. & Luborsky, L (1990b). The measurement of self- understanding. En L. Luborsky y P. Crits- Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method*. N. Y.: Basic Books.
- Crits-Christoph, P. & Luborsky, L (1998). Self-understanding of the CCRT. En L. Luborsky y P. Crits- Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method, 2nd Edition*. W.: American Psychological Association.
- Crits-Christoph, P., Luborsky, L., Dahl, L., Popp, C., & et al. (1988). Clinicians can agree in assessing relationship patterns in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme method. *Archives of General Psychiatry, 45*(11), 1001-1004.
- Crits-Christoph, P., Luborsky, L., Popp, C., & et al. (1990). The reliability of choice of narratives and of the CCRT measure. En L. Luborsky y P. Crits- Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method*. N. Y.: Basic Books.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., & et al. (1997). The National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study: Rationale and methods. *Archives of General Psychiatry, 54*(8), 721-726.
- Curtis, H. (1983) *Toward a metapsychology of transference*. Paper presented to the annual meeting of the American Psychoanalytic Association. N. Y.
- Curtis, J., Silberschatz, Sampson, H., & Weiss, (1994). The Plan Formulation Method. *Psychotherapy Research, 4*(3-4), 197-207.

- Curtis, J., Weiss, J., Silberschatz, G., Sampson, H & Rosenberg, S. E. (1988). Developing reliable psychodynamic case formulations: An illustration of the Plan Diagnosis Method. *Psychotherapy*, 25, 256-265.
- Dahl, H. (1988). Frames of mind. En H. Dahl, H. Kächele & H. Tomae (Eds.), *Psychoanalytic process research strategies*. N. Y.: Springer- Verlag.
- Dahl, H., Kächele, H. & Thoma, H. (1988). *Psychoanalytic process research strategies*. N. Y.: Basic Books.
- Dahl, H. & Teller, V. (1993). Characteristics and identification of frames. En N. Miller, L. Luborsky & Docherty (Eds.), *Doing research on psychodynamic therapy*. N. Y.: Basic Books.
- Dahlbender, R. W., Albani, C., Pokorny, D., & Kächele, H. (1994). Patronos centrales en la relación (PCR): Una version structural del Tema Central del Conflicto en la Relación (TCCR). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 3, 263-291.
- Dahlbender, R. W., Albani, C., Pokorny, D., & Kächele, H. (1998). The Connected Central Relationship Patterns (CCRP): A structural version of the CCRT. *Psychotherapy Research*, 8(4), 408-425.
- Dahlbender, R. W., Erena, C., Reichenauer, G., Kächele, H. (2001). Meisterung konflikthafter Beziehungsmuster im Verlaufe einer psychodynamischen Fokaltherapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 51, 176-185
- Dahlbender, R. W., Torres, L., Reichert, S., Stuebner, S., & et al. (1993). Die Praxis des Beziehungsepisoden-Interviews. / The practice of the Relationship Episodes-Interview. *Zeitschrift fuer Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 39(1), 51-62.
- Davanloo, H. (1980). A method of short-term dynamic psychotherapy. En H. Davanloo (Ed.), *Short-term dynamic psychotherapy*. N. Y.: Jason Aronson.
- Davis, J. (1989). *The development of emotional and interpersonal structures in three-year-old children*. Doctoral dissertation, Derner Institute for Advanced Psychological Studies, Adelphi University.
- Dazzi, N., De-Coro, A., Ortu, F., Andreassi, S., Cundari, M., Ostuni, V., Petruccelli, I., Sergi, G. (1998). Il CCRT in un campione italiano di psicoterapie: Uno studio della relazione tra categorie su misura e categorie standard / The CCRT in an Italian psychotherapy sample: A study on the relation of measured categories and standard categories. *Ricerca in Psicoterapia*, 1 (2), 205-223.
- Dazzi, N., Petruccelli, I. (1997). The "Core Conflictual Relationship Theme (CCRT)" in an Italian sample of different psychotherapies. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 13 (4), 235-244.
- De Roten, Y., Beretta, V., Stigler, M., Despland, J. N. (2002). Relationship theme and psychopathology: comparison between two different CCRT categorizations methods and defense functioning. Paper presented at the Annual International Meeting of the Society for Psychotherapy, Santa Barbara. Unpublished manuscript.
- De Roten, Y., Drapeau, M. (2003). Comparing the CCRT and the CCRT-LU using two independent samples: I. Psychiatric outpatients and II. Borderline personality disorders. Paper presented at the International CCRT-Workshop, Weimar. Unpublished manuscript.

- De Roten, Y., Drapeau, M., Stigler, M., Despland, J.N. (2004). Yet another look at the CCRT: the Relation between Core Conflictual Relationship Themes and defensive functioning. *Psychotherapy Research*, 14 (2), 252-260.
- De Roten, Y., Stigler, M., Despars, J., Meartinez, E., Solai, S., Despland, J. N. (2001). CCRT, defenses and early alliance building in psychodynamic investigation. Paper presented at the Joint Meeting of the Society for Psychotherapy Research European and UK Chapters, Leiden. Unpublished manuscript.
- Demorest, A. & Alexander, I. (1992). Affective scripts as organizers of personal experience. *Journal of Personality*, 60, 645-663.
- Demorest, A., Crits Christoph, P., Hatch, M., & Luborsky, L. (1999). A comparison of interpersonal scripts in clinically depressed versus nondepressed individuals. *Journal of Research in Personality*, 33(3), 265-280.
- Demorest, A., & Siegel, P. (1996). Personal influences on professional work: An empirical case study of Skinner. *Journal of Personality*, 64, 243-261.
- Descoteaux, J., Diguier, L., Lefebvre, R., Drapeau, M., Luborsky, L., Rousseau, J.-P., Hebert, E., Daoust, J.-P., Pelletier, S., Scullion, M. (2001). The Core Conflictual Relationship Theme of psychotic, Borderline and neurotic personality organizations. *Psychotherapy Research*, 11, 169-186
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S. et al. (1970). Dimensions of outpatient neurotic pathology : Comparison of a clinical vs. an empirical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 164-171.
- Deserno, H. (1998). Wie wird Übertragung erfaßt? Die Auswertung der 290. Stunde in klinischer Perspektive. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 48, 308-313
- Deserno, H. (2007). Zur Traumdeutung in der gegenwärtigen psychoanalytischen Therapie. Eine Diskussionsanregung. *Psyche*, 61 (9/10).
- DeWitt, K. N., Kaltreider, N., Weiss, D. & Horowitz, M. (1983). Judging change in psychotherapy: Reliability of clinical formulation. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1121-1128.
- Diguier, L., Barber, J. P., & Luborsky, L. (1993). Three concomitants: Personality disorders, psychiatric severity, and outcome of dynamic psychotherapy of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 150(8), 1246-1248.
- Diguier, L., Lefebvre, R., Drapeau, M., Luborsky, L., Rousseau, J. P., Hebert, E., et al. (2001). The core conflictual relationship theme of psychotic, borderline, and neurotic personality organizations. *Psychotherapy Research*, 11(2), 169-186.
- Doyle, L. F. (2002). The referential cycle of the multiple code theory and the CCRT: A convergent validation study. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63 (3-B).
- Drapeau, M. (2006). Repetition or reparation? An exploratory study of the relationship schemas of child molesters in treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 21 (9), 1224-1233.

- Drapeau, M., de Roten, Y., & Korner, A. C. (2004). An Exploratory Study of Child Molesters' Relationship Patterns Using the Core Conflictual Relationship Theme Method. *Journal of Interpersonal Violence, 19*(2), 264-275.
- Drapeau, M., Perry, C. (2004a). Interpersonal conflicts in borderline personality disorder: an exploratory study using the CCRT-LU. *Swiss Journal of Psychology, 63* (1), 53-57.
- Drapeau, M., Perry, C. (2004b). Childhood trauma and adult interpersonal functioning: a study using the Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT). *Child Abuse and Neglect, 28*, 1049-1066.
- Drapeau, M. & Perry, J. Christopher. (2009). The Core Conflictual Relationship Themes (CCRT) in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 23*, 425-431.
- Drapeau, M., Perry, C., Körner, A. (2002). An exploratory study of the old and new CCRT categories and borderline personality disorder. Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Santa Barbara. Unpublished manuscript.
- Drapeau, M., Perry, C., Lefebvre, R., Zheutlin, B., Lapitsky, L. (2000). Naturalistic response to treatment and change in the CCRT after 3 to 5 years among treatment-resistant adults in the Austen Riggs follow-along study. Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Chicago. Unpublished manuscript.
- Eagle, M. & Wolitsky, D. (1989). The idea of progress in psychoanalysis. *Psychoanalysis and contemporary thought, 12*, 27-72.
- Eckert, R., Luborsky, L., Barber, J. P. & Crits- Christoph, P. (1990). The CCRT in patients with major depression. En L. Luborsky & P. Crits- Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method*. N. Y.: Basic Books.
- Eells, T. D., Horowitz, L. M., Singer, J. et al. (1995). The role relationships models method: A comparison of independently derived case formulations. *Psychotherapy Research, 5*, 161-175.
- Eells, Tracy D. (2007). Generating and generalizing knowledge about psychotherapy from Pragmatic Case Studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 3*(1), 35-54.
- Ekstein, R. (1956). Psychoanalytic techniques. En D. Brower & L. E. Abt (Eds.), *Progress in clinical psychology*. N. Y.: Grune and Stratton.
- Firneburg, M., Klein, B. (1993). Probleme bei der Anwendung des ZBKT-Verfahrens im Gruppensetting. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 29* (2), 147-169.
- Fischmann, T., Kaufhold, J., Stirn, A., Grabhorn, R. (1995). *Changes of central self-and object-relationship patterns under psychotherapy*. (Ulm).
- Fortgang, S. (1999). Core conflictual relational themes of women childhood sexual abuse patients. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 59* (8-B)
- Fox, A.R. (2004). The schizoid personality in "against nature": A theoretical and empirical analysis. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 64* (8-B)
- French, T. & Wheeler, D. R. (1963). Hope and repudiation of hope in psychoanalytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis, 44*, 304-316.

- Freni, S., Azzone, P. (1997). CCRT as a measure of psychotherapy process for two patients belonging to different diagnostic categories. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 13 (4), 245-256.
- Freni, S., Azzone, P., Bartocetti, L., Molinari, G., Piasentin, V., Verga, M., Vigano, D. (1998). Modelli relazionali e meccanismi di difesa: Studio empirico di venti psicoterapie supportivo-espressive / Relational models and defense mechanism: Empirical study of 20 supportive-expressive psychotherapies. *Ricerca in Psicoterapia*, 1 (1), 101-114
- Freud, S. (1895). *Estudios sobre la histeria*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo VII, 1978.
- Freud, S. (1901). *Análisis fragmentario de una histeria*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo VII, 1978.
- Freud, S. (1912). *La dinámica de la transferencia*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo XII, 1980.
- Freud, S. (1912a). *Recomendaciones a los médicos para la práctica del psicoanálisis*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo XII, 1980.
- Freud, S. (1914). *Recuerdo, repetición y elaboración*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo XII, 1980.
- Freud, S. (1915). *Observaciones sobre el amor de transferencia*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo XII, 1980.
- Freud, S. (1917). *La transferencia*. Lecturas introductorias al psicoanálisis. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo XVI, 1992.
- Freud, S. (1937). *Análisis terminable e interminable*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu, Tomo XXIII, 1993.
- Freud, S. (1958). The dynamics of transference. En J. Strachey (Ed.), *The standard edition to the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 99-108). London: Hogarth Press. (Original work published 1912).
- Frevert, G., Cierpka, M., Dahlbender, R. W., Albani, C., Plöttner, G. (1992). Die Familien-Beziehungskonflikt-Themen. *Familiendynamik*, 17 (3), 273-289
- Frevert, G., Dahlbender, R., Reichert, S., Pokorny, D., Kächele, H. (1995). Variability or consistency across different objects in different periods of life. Paper presented at Ulm CCRT Meeting, April 1995 (Ulm).
- Fried, D., Crits Christoph, P., & Luborsky, L. (1990). The parallel of narratives about the therapist with the CCRT for the people. En L. Luborsky & P. Crits- Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method*. N. Y.: Basic Books.
- Fried, D., Crits Christoph, P., & Luborsky, L. (1992). The first empirical demonstration of transference in psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(5), 326-331.
- Friedman, S. & Luborsky, L. (1996). *Enhancing agreement of dynamic formulations: Comparison before versus after training in the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) method*. Unpublished manuscript.
- Gedo, P. (1993). A micro analytic method for tracing transference references: Gill and Hoffman's PERT coding scheme and its elaborations. En N. Miller, L. Luborsky & J. Docherty (Eds.), *Doing research on psychodynamic therapy*, N. Y.: Basic Books.
- Gill, M. & Hoffman, I. (1982). A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience of the relationship in psychoanalysis and psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, 137-167.

- Gleason, K. E. (2001). Attachment and object relations theories: Understanding adolescent mother-infant relationships. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62(3-B), 1575.
- Gleason, K. E. (2001). *Attachment and object relations theories: Understanding adolescent mother-infant relationships*. Gleason,-Karin-Elizabeth: U Western Ontario, Canada.
- Götze, P., Eckert, J., Nilsson, B., Biermann-Ratjen, E. M., Jählig, C., Kamp-Kowerk, M., Mohr, M., Niedermeyer, U., Papenhausen, R., Preuss, W., Thomasius, R. (2003). Fokalthherapie. Was trägt zum Therapieerfolg bei? *Psychotherapeut*, 48 (2), 122-128
- Grabbhorn, R., Overbeck, G., Kernhof, K., Jordan, J., & et al. (1994). Veraenderung der Selbst^Objekt-Abgrenzung einer e[sgestoerten Patienten im stationaeren Therapieverlauf. / Changes in the self^object differentiation during inpatient therapy with a female patient with an eating disorder. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 44(8), 273-283.
- Grawe, K. & Caspar, F. (1984). Die Plan Analyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapie Forschung. En U. Bauman (Ed.), *Psychotherapy: Makround mikro Perspectives*. Cologne: Hogrete.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambül, H. (1984). The Berner comparisons of therapies study. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 362-376.
- Grenyer, B. F. S. (1997). Mastery through psychotherapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57(8-B), 5326.
- Grenyer, B. F. S., & Luborsky, L. (1996). Dynamic change in psychotherapy: Mastery of interpersonal conflicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 411-416.
- Grenyer, B. F. S., Luborsky, L. (1998a). Positive versus negative CCRT patterns. In L. Luborsky, P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method* (pp. 55-64). Washington: American Psychological Association.
- Grenyer, B. F. S., Luborsky, L. (1998b). The measurement of mastery of relationship conflicts. In L. Luborsky, P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method* (pp. 261-272). Washington: American Psychological Association.
- Grenyer, B. F. S., Parker, L., Luborsky, L. (2003). Core conflictual relational themes in long term psychotherapy: findings from the Penn Psychoanalytic Collection. Paper presented at the International CCRT-Workshop, Weimar. Unpublished manuscript.
- Grünbaum, A. (1984). *The foundations of psychoanalysis: A philosophical critique*. Berkeley: University of California Press.
- Guitar-Amsterdamer, H., Stähli, R., Schneider, H., Berger, E. (1988). Können Komponenten konfliktiver Beziehungsmuster in einem psychotherapeutischen Gespräch reliabel identifiziert werden? In L. Luborsky, H. Kächele (Hrsg.), *Der zentrale Beziehungskonflikt - ein Arbeitsbuch* (S. 60-78). Ulm: PSZ-Verlag.
- Hall, W. C. (2000). Working through the patient's problematic relationship pattern: An empirical investigation of transference/countertransference enactments in two short-term psychotherapy cases. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60 (8-B)

- Hartog, J. (1994). Die Methode des Zentralen-Beziehungskonflikt-Themas (ZBKT): eine linguistische Kritik. In A. Redder, I. Wiese (Hrsg.), *Medizinische Kommunikation* (S. 306-326). Opladen: Westdeutscher Verla.
- Hartung, J. (1991). Conflictual relationship and anxiety disorders: Changes in the subjective reconstruction of conflictual relationships during behavior therapy. Paper presented at the 22nd Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Lyon, France. Unpublished manuscript.
- Hassabis, D., Kumaran, D., & Maguire, E. A. (2007). Using imagination to understand the neural basis of episodic memory. *Journal of Neuroscience*, 27, 14365-14374.
- Hau, S., Brech, E., Deserno, H. (2004). Beziehungsepisode Therapeut Typ-X: Eine Modifikation der ZBKT-Methode. In M. Leuzinger-Bohleber, S. Hau, H. Deserno (Eds.), *Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft* (p. 216-227). Stuttgart: Kohlhammer.
- Henry, W., Schacht, T. & Strupp, H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 27-31.
- Hill, C.E. & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship, *Psychotherapy Research*, 19, 1, 13-29.
- Hinojosa-Ayala, N.A. (2005). Transference and relationship: Technical implications in the psychoanalytic process with a borderline patient. *International Forum of Psychoanalysis*, 14 (1), 36-44
- Hoffman, I. & Gill, M. (1988a). A scheme for coding the patient's experience of the relationship with the therapist (PERT): Some applications, extensions, and the comparisons. En H. Dahl, H. Kächele y H. Tomae (Eds.), *Psychoanalytic process research strategies*. N. Y.: Springer- Verlag.
- Hoffman, I. & Gill, M. (1988b). Critical reflections on a coding scheme. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 55-64.
- Holmqvist, R., Hansjons-Gustafsson, U., Gustafsson, J. (2002). Patients' relationship episodes and therapists' feelings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75 (4), 393-409
- Holzman, P. (1985). Psychoanalysis: Is the therapy destroying the science?. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 33, 725-770.
- Hori, S., Tsujikawa, M., Ushijima, S. (1995). Research on the training of psychotherapists by using CCRT. Paper presented at the International Workshop on the Core Conflictual Relationship Theme Method, Ulm. Unpublished manuscript.
- Horowitz, M. (2005). Review of configurational analysis. En M. Horowitz. *Understanding psychotherapy change: A practical guide to configurational analysis* (pp. 113-118). Washington, DC, US: American Psychological Association, US.
- Horowitz, L. M. & Rosenberg, S. E. (1994). The consensual response psychodynamic formulation: I. Method and research results. *Psychotherapy Research*, 4 (3-4), 222-233.

- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., et al. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 885-892.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Ureno, G., Kalebzan, B. M., & O'Halloran, P. (1989). Psychodynamic formulation, consensual response method and interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 599-606.
- Horowitz, L. M. y Vitkus, J. (1986). The interpersonal basis of psychiatric symptoms. *Clinical Psychology Review*, 6, 443-469.
- Horowitz, M. J. (1989). Relationship schema formulation: Role-relationship models and intrapsychic conflict. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 52(3), 260-274.
- Horowitz, M. J. (1987). *States of mind: Analysis of change in psychotherapy*. N. Y.: Plenum Press.
- Horowitz, M. J., & Eells, T. D. (1993). Case formulations using role-relationship model configurations: A reliability study. *Psychotherapy Research*, 3, 57-68.
- Horowitz, M. J., Luborsky, L., & Popp, C. (1991). A comparison of the Role-Relationship Models Configuration and the Core Conflictual Relationship Theme. In M. J. Horowitz (Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns. The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development* (pp. 213-219). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Horowitz, M. J., Merluzzi, T. V., Ewert, M., Ghannam, J., Hartley, D., & Stinson, C. H. (1991). Role-relationship models configuration (RRMC). En M. J. Horowitz (Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns* (pp. 115-154). Chicago: University of Chicago Press.
- Iwakabe, Shigeru and Gazzola, Nicola (2009). From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies. *Psychotherapy Research*, 19: 4, 601- 611
- Jenuwine, M.J. (2001). Narratives of suicidal adolescents. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 61 (10-B).
- Jimenez, J. P., Kächele, H., Pokorny, D. (2006). The Psychoanalytic Loss-Separation Model (LSM): Evolution of the reaction to the breaks in the psychoanalytical process as an indicator of change. *International Journal of Psychotherapy*, 10 (1), 22-34.
- Johnson, M. E., Popp, C., Schacht, T. E., Mellon, J., & et al. (1989). Converging evidence for identification of recurrent relationship themes: Comparison of two methods. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 52(3), 275-288.
- Jordan, J., Kirsch, H. (2004). The illustration of models for the evaluation of patient relationships in the course of a psychotherapy. En B. Klapp, O. Walter, J. Jordan (Eds.), *Role Repertory Grid and Body Grid - construct psychological approaches in psychosomatic research* (pp. 71-102). Frankfurt a. M.: Verlag für Akademische Schriften
- Kächele, H., Luborsky, L. & Thoma (1988). Transference as structure and process pattern- Two method versions of these aspects. En L. Luborsky & H. Kächele (Eds.), *Der zentrale beziehungskonflikt*. Ulm, Germany: PSZ- Verlag.

- Kächele, H., Dengler, D., Eckert, R., Schneckenburger, S. (1990). Veränderung des zentralen Beziehungskonfliktes durch eine Kurztherapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 40 (5), 178-185.
- Kaplan, D. J. (1995). Internalization in psychotherapy supervision. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 55 (8-B).
- Kazdin, A. E. (1981). Drawing valid inferences from case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 183-192.
- Kernberg, O. et al. (1972). Psychotherapy and Psychoanalysis: Final Report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. *Bulln. Menninger Clinic*, 36, 1-275.
- Kiesler, D. (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological review*, 90, 185, 214.
- Kiesler, D. (1987). *Check List of Psychotherapy Transactions- Revised (CLOPT-R) and Check List of Interpersonal Transactions- Revised (CLOIT-R)*. Richmond: Virginia Commonwealth University Press.
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy*. N.Y.: Wiley.
- Kiesler, D. et al. (1985). *The impact Message Inventory: Form II*. Palo Alto, C. A.: Consulting Psychologist Press.
- Kiesler, D., Goldston, C. & Schmidt, J. (1991). *Manual for the Check List of Interpersonal Transactions*. Richmond: Virginia Commonwealth University.
- Kiesler, D. & Schmidt, J. (1993). *The impact Message Inventory: Form IIA Octant Scale Version*. Palo Alto, C. A.: Mind Garden.
- Kim, S. J., & Kim, S. H. (1997). The interpersonal patterns and internal conflicts of depressed undergraduates. *Korean Journal of Counseling and Psychotherapy*, 9(1), 409-441.
- Knaan-Kostman, I. (2006). Maturation, referential activity, and aggression during first pregnancy: An empirical study of pregnant women's dreams and reveries. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67 (1-B).
- Körner, A. (2000): *Kategorisierung von Beziehungsmustern mit der Methode "Das Zentrale Beziehungskonfliktthema"*. Psychologische Dissertation, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Universität Leipzig
- Körner, A., Albani, C., Villmann, T., Pokorny, D., & Geyer, M. (2002). Alternative Clusterstrukturen für die ZBKT-Methode (Zentrales Beziehungskonfliktthema). [Alternative German clusters for the core conflictual relationship theme method (CCRT)]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 52(8), 363-367.
- Krause, R. (1997). *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre, Bd 1*. Kohlhammer Stuttgart.
- Krause, R. & Benecke, C. (1998). *Beziehungsregulierung und Behandlungserfolg in der Psychotherapie von Patientinnen mit Angststörungen*. Forschungsantrag an die Deutsche Forschungsgemeinschaft.
- Kreische, R., Biskup, J. (1990). Die Untersuchung von zentralen Beziehungskonflikten in Paartherapien mit dem CCRT-Verfahren. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 26 (2), 161-172

- Kurth, R. A., Pokorny, D., Körner, A., Geyer, M. (2002). Der Beziehungsmuster-Fragebogen (BeMus): Validierung anhand einer repräsentativen *Bevölkerungsstichprobe*. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52 (3-4), 179-188.
- Landis, J.R., Koch, G.G., (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Langkau, K. (1995): *Der Zentrale Beziehungskonflikt bei Patienten mit phobischen Syndromen unterschiedlichen Schweregrades*. Medizinische Dissertation, Universität Leipzig
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press.
- Lee, C. Y., Liu, S. N., Chang, C. F., Wen, J. K. (2000). Change of core conflicts of schizophrenic patients who received brief psychodynamic psychotherapy: a pilot study in Taiwan. *Changeng Yi Xue Za Zhi*, 23 (8), 458-466
- Leuner, H. (1969) Guided affective imagery (GAI). A method of intensive psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*. 1969 Jan;23(1):4-21.
- López del Hoyo, Y., Ávila- Espada, A., Pokorny, D. y Albani, C. (2004). Adaptación del sistema de categorías CCRT-LU a la lengua castellana: el sistema de categorías CCRT-LU-S. *Intersubjetivo*, 2 (6), 296-308.
- López del Hoyo, Y. (in preparation): *Evaluación del proceso en psicoterapia mediante el método del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT)*. Doctoral theses. Universidad de Salamanca.
- Lorr, M. & McNair, D. M. (1965). Expansion of the interpersonal behavior circle. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 823-830.
- Loughead, James W, Luborsky, Lester, Weingarten, Carol P, Krause, Elizabeth D, German, Ramaris E, Kirk, Daniel, et al. (2010). Brain activation during autobiographical relationship episode narratives: A core conflictual relationship theme approach. *Psychotherapy Research*, 20, 321-336.
- Luborsky, L. (1962). Clinicians' judgments of mental health: A proposed scale. *Archives of General Psychiatry*, 7, 407-417.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy: The groundwork for a study of their relationship to is outcome. En J.L. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy*. N.Y.
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme. En N. Freedman & S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures* (pp. 367-395). New York: Plenum.
- Luborsky, L. (1978). *A measure of self-understanding based on self-interpretation of one's own relationship anecdotes*. Unpublished manuscript.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive expressive treatment*. New York. Basic Books.
- Luborsky, L. (1985). *A dictionary of standard categories for the CCRT. Edition I*. Unpublished Manuscript.
- Luborsky, L. (1988). A comparison of three transference-related measures applied to the specimen hour. En H. Dahl, H. Kächele & Thomae (Eds.), *Psychoanalytic process research strategies*. N.Y.: Springer.

- Luborsky, L. (1988a). Recurrent momentary forgetting: Its content and its context. En M. J. Horowitz (Ed.), (1988). *Psychodynamics and cognition* (pp. 223-251). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Luborsky, L. (1989). *Principles for guiding inferences about the unconscious components of the CCRT*. Unpublished manuscript.
- Luborsky, L. (1990). A guide to the CCRT Method. En L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method*. N.Y.: Basic Books.
- Luborsky, L. (1990a). The every clinical uses of the CCRT. En L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method*. N.Y.: Basic Books.
- Luborsky, L. (1990b). The Relationship Anecdotes Paradigms (RAP) interview as a versatile source of narratives. En L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method*. N.Y.: Basic Books.
- Luborsky, L. (1992). Does psychotherapy research really offer good ideas for psychotherapists? *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1(4), 310-312.
- Luborsky, L. (1994). The benefits to the clinician of psychotherapy research: A clinician-researcher's view. En P. F. Talley & H. H. Strupp (Eds.), *Psychotherapy research and practice: Bridging the gap* (pp. 167-180). New York, NY: Basic Books, Inc.
- Luborsky, L. (Ed.). (1996). *The symptom-context method: Symptoms as opportunities in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Luborsky, L. (1997). The core conflictual relationship theme: A basic case formulation method. En T. D. Eells (Ed.), (1997). *Handbook of psychotherapy case formulation* (pp. 58-83). New York, NY: Guilford Press.
- Luborsky, L. (1998a). A guide to the CCRT method. En L. Luborsky, P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method* (2nd ed.). Washington: American Psychological Association.
- Luborsky, L. (1998). Alternative measures of the Central Relationship Pattern. En L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method, 2nd Edition*. W.: American Psychological Association.
- Luborsky, L. (1998a). The convergence of Freud's observations about transference with the CCRT evidence. En L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method, 2nd Edition*. W.: American Psychological Association.
- Luborsky, L. (2000). An introduction to central relationship pattern measures: The Central Relationship Questionnaire. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(4), 200.
- Luborsky, L. & Bachrach, H. (1974). Factors influencing clinicians judgments of mental health: Eighteen experiences with the Health- Sickness Rating Scale. *Archives of General Psychiatry*, 31, 292-299.
- Luborsky, L., & Barber, J. P. (1994). Perspectives on seven transference-related measures applied to the interview with Ms. Smithfield. *Psychotherapy Research*, 4(3-4), 152-154.

- Luborsky, L., Barber, J. P., Binder, J., Curtis, J., Dahl, H., Horowitz, L. M., et al. (1993). Transference-related measures: A new class based on psychotherapy sessions. En N. E. Miller & L. Luborsky (Eds.), *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice* (pp. 326-341). New York, NY: Basic Books, Inc.
- Luborsky, L., Barber, J. P., & Diguier, L. (1992). The meanings of narratives told during psychotherapy: The fruits of a new observational unit. *Psychotherapy Research*, 2(4), 277-290.
- Luborsky, L., Barber, J.P., & Schaffler, P. (1989). The assessment of the CCRT: Comparison of tailor-made with standard category ratings on a specimen case. En J. C. Perry (Chair). *Progress in assessing psychodynamic functioning: A comparison of four methods on a single case*. Symposium conducted at the meeting of the Society for Psychotherapy Research, Toronto.
- Luborsky, L., Barber, J., Schaffler, P., & Cacciola, J. (1990). The narratives told during psychotherapy and the different types of CCRTs within them. En L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method* (pp. 117-132). New York: Basic Books.
- Luborsky, L., & Crits Christoph, P. (1988). Measures of psychoanalytic concepts: The last decade of research from "the Penn studies." *International Journal of Psycho Analysis*, 69(1), 75-86.
- Luborsky, L., & Crits Christoph, P. (1990). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method*. New York, NY: Basic Books, Inc.
- Luborsky, L., & Crits Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (2nd ed.). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Luborsky, L., Crits Christoph, P., & Alexander, K. J. (1995). Repressive style and relationship patterns: Three samples inspected. En J. L. Singer (Ed.), (1995). *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health. The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development* (pp. 275-298). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Luborsky, L., Crits Christoph, P., Friedman, S. H., Mark, D., & Schaffler, P. (1991). Freud's transference template compared with the core conflictual relationship theme (CCRT): Illustrations by the two specimen cases. In M. J. Horowitz (Ed.), *Person schemas and maladaptive interpersonal patterns. The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development* (pp. 167-195). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Luborsky, L., Crits Christoph, P., & Mellon, J. (1986). Advent of objective measures of the transference concept. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 39-47.
- Luborsky, L., Crits Christoph, P., Mintz, J., & Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy?: Predicting therapeutic outcomes*. New York, NY: Basic Books, Inc.
- Luborsky, L., Diguier, L. (1990a). The reliability of the CCRT measure: Results from eight samples. In L. Luborsky, P. Crits-Cristoph (Eds.), *Understanding transference: the CCRT method* (pp. 97-108). New York: Basic Books.
- Luborsky, L. & Diguier, L. (1994). *Advances in procedures for evaluating CCRT results*. Unpublished manuscript.

- Luborsky, L., & Diguier, L. (1995). A novel CCRT reliability study: Reply to Zander et al. *Psychotherapy Research*, 5(3), 237-241.
- Luborsky, L., & Diguier, L. (1998). The reliability of the CCRT measure: Results from eight samples. En L. Luborsky & P. Crits Christoph (Eds.), *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (2nd ed.). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Luborsky, L., Diguier, L., Andrusyna, T., Friedman, S., Tarca, C., Popp, C. A., et al. (2004). A Method of Choosing CCRT Scorers. *Psychotherapy Research*, 14(1), 127-134.
- Luborsky, L., Diguier, L., Cacciola, J., Barber, J. P., Moras, K., Schmidt, K., et al. (1996). Factors in outcomes of short-term dynamic psychotherapy for chronic vs. nonchronic major depression. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(2), 152-159.
- Luborsky, L., Diguier, L., Kächele, H., Dahlbender, R., Waldinger, R., Freni, S., et al. (1999). A guide to the CCRT's methods, discoveries and future [On-line]. Accessed February 20, 2004. Available: <http://sip.medizin.uni-ulm.de/abteilung/projekte/CCRT/ccrtmain.html>.
- Luborsky, L., Graff, H., Pulver, S., & Curtis, H. (1973). A clinical-quantitative examination of consensus on the concept of transference. *Archives of General Psychiatry*.
- Luborsky, L., Kächele, H., Dahlbender, R. & Diguier, L. (In press). *Discoveries about the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) in Practice and Research*. Washington DC: APA Books.
- Luborsky, L., & Luborsky, E. (1995). The era of measures of transference: The CCRT and other measures. In T. Shapiro & R. N. Emde (Eds.), (1995). *Research in psychoanalysis: Process, development, outcome* (pp. 329-351). Madison, CT: International Universities Press, Inc.
- Luborsky, L., Luborsky, E., Diguier, L., Schmidt, K., Dengler, D., Schaffler, P., et al. (1996). Extending the core relationship theme into early childhood. In G. G. Noam (Ed.), (1996). *Development and vulnerability in close relationships. The Jean Piaget symposium series* (pp. 287-308). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Luborsky, L., Luborsky, E., Diguier, L., Schmidt, K., et al. (1998). Stability of the CCRT from age 3 to 5. En L. Luborsky & P. Crits- Christoph (Eds.), *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (2nd ed.). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Luborsky, L., Mark, D., Hole, A. V. et al (1995). Supportive- Expressive (SE) dynamic psychotherapy of depression: A time-limited version. En J. P. Barber & P. Crits- Christoph (Eds.), *Psychodynamics: Psychotherapies for Psychiatric disorders Axis I*. N.Y.: Basic Books.
- Luborsky, L., Mellon, J., Alexander, K. et al. (1985). A verification of Freud's grandest clinical hypothesis. The transference. *Clinical Psychology Review*, 5, 231-246.
- Luborsky, L., Popp, C., & Barber, J. P. (1994). Common and special factors in different transference-related measures. *Psychotherapy Research*, 4(3-4), 277-286.
- Luborsky, L., Popp, C., Barber, J. P., y Shapiro, D. (1994). Editor's introduction. *Psychotherapy Research*, 4, 151.
- Luborsky, L., Popp, C., Luborsky, E., & Mark, D. (1994). The core conflictual relationship theme. *Psychotherapy Research*, 4(3-4), 172-183.

- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Levitt, J. T., Seligman, D. A., et al. (2003). Are some psychotherapies much more effective than others? *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 5(4), 455-460.
- Luborsky, L. & Schaffler, P. (1990). Illustration of the CCRT scoring guide. En L. Luborsky & Crits-Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method*. N.Y.: Basic Books.
- Luborsky, L., van Ravenswaay, P. et al. (1993). How to focus psychiatric hospital treatment: Use of the CCRT-FIT method. *Psicoanalitiche nel Lavoro Istituzionale*, 11, 9-16.
- Lunnen, K.-M. (2000). An evaluation of CCRT pervasiveness in the Vanderbilt II psychotherapy project. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60 (9-B).
- Lunnen, K.-M., Ogles, B.-M., Anderson, T.-M., Barnes, D.-L. (2006). A comparison of CCRT pervasiveness and symptomatic improvement in brief therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79 (2), 289-302.
- Main, M. & Goldwyn, R. (1984). Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experiences: Implications for the abused-abusing intergenerational cycle. *Child Abuse and Neglect*, 8, 203-217.
- Malan, D. M. (1976). *The frontier of brief psychotherapy*. New York: Plenum.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*. 42, 38-50.
- Masiello, G. J. (2001). Adult attachment styles as predictors of core conflictual relationship patterns. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61(7-B), 3903.
- Masserini, C., Fava, E., Arduini, L., Borghetti, S., Calini, P., Corbellini, G., Ferri, A., Fontolan, M., Gatta, S., Mazzariol, M., Pazzi, E., Spoletini, E., Pazzaglia, P. (1998). Drop out in psicoterapie psicodinamicamente orientate: Uno studio con il metodo del CCRT / Dropout in psychodynamic psychotherapy: A study using the CCRT method. *Ricerca in Psicoterapia*, 1 (1), 61-77.
- Maxim, P. (1986). *The Seattle Psychotherapy Language Analysis Schema: Reliability and validity*. Unpublished manuscript.
- Maxim, P. & Sprage, M. (1989). *Metacomunication of interactive sequences in therapy*. Seattle: University of Washington Press.
- McMain, S. F. (1996). Relating changes in self-other schemas to psychotherapy outcome. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56 (10-B)
- McMullen, L. & Conway, J. (1997). Dominance and nurturance in the narratives told by clients in psychotherapy. *Psychotherapy Research*. 7, 83-89.
- Meier, I., Stigler, M. (2003). CCRT in daydreams and later reports. Paper presented at the International CCRT-Workshop, Weimar. Unpublished manuscript.
- Mergenthaler, E., Gril, S., Ávila-Espada, A. y Vidal, J.J. (2003). Protocolo de transcripción computarizado del contenido de sesiones de psicoterapia, entrevistas y otros textos de interés clínico en español. *Revista de Psicoterapia*, XIV (53), 5-28.

- Mergenthaler, E. (1992). Die Transkription von Gesprächen. Eine Zusammenstellung von Regeln mit einem Beispieltranskript. Ulm: Ulmer Textbank.
- Mergenthaler, E., Stinson, C. H. (1992). Psychotherapy Transcription Standards. *Psychotherapy Research*, 2 (2), 125-142.
- Merten, J., Anstadt, T., Ullrich, B., Krause, R., & Buchheim P., (1996) Emotional experience and facial behavior during the psychotherapeutic process and its relation to the treatment outcome: a pilot study. *Psychotherapy Research* 6 (3) 198-212.
- Michal, M. (1998). Zur Validierung der Formalen Textanalyse als Instrument der Psychotherapieprozessforschung. Eine vergleichende psycholinguistische Studie anhand der Gottschalk-Gleser-Sprachanalyse, der ZBKT-Methode und des Affektiven Diktionärs Ulm. Frankfurt a. M.: Verlag für Akademische Schriften
- Miller, J. B. (1970). Waking and dreaming conceptualization in depression. En J. Masserman (Ed.), *Depression: Science and psychoanalysis*. N. Y.: Grune and Stratton.
- Miller, N. E., Luborsky, L., Barber, J. P., & Docherty, J. P. (Eds.). (1993). *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice*. New York, NY: Basic Books, Inc.
- Mischel, W. (1973). Towards a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252-283.
- Mischel, W. (1979). On the interface of cognition and personality: Beyond the person-situation debate. *American Psychologist*, 34, 740-754.
- Mitchell, J. (1995). Coherence of the relationship theme: An extension of Luborsky's core conflictual relationship theme method. *Psychoanalytic Psychology*, 12 (4), 495-512
- Modica, C. (En preparación): *Beziehungskonfliktthemen in einer Gruppe von Gewalttäterinnen*. Ulm, Psychologische Dissertation, Universität Ulm.
- Murray, H. (1938). *Explorations in personality: A clinical and experimental study of fifty men of college age*. Oxford: Oxford Univ. Press.
- Nathans, S. (1988). *Plan Attainment: An individualized measure for assessing outcome in psychodynamic psychotherapy*. Unpublished doctoral dissertation, California School of Professional Psychology at Berkeley.
- Nelson, D.K. (2007). Core relationship themes: Suspiciousness, self-esteem, and quality of relationships. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67 (9-B)
- Norville, R. et al. (1996). Accurate interpretations and brief psychotherapy outcome. *Psychotherapy Research*, 6, 16-29.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Noseda, F., Gatta, S., Podio, C., Camarda, P., Cossa, M., Arduini, A., Landra, S. (2001). Analisi del cambiamento mediante il metodo del CCRT in due single case con diagnosi di "disturbo da attacchi di panico" trattati con psicoterapie psicodinamiche / Analysis of change using the CCRT

- method in two single cases of panic disorder treated with psychodynamic psychotherapy. *Ricerca in Psicoterapia*, 4 (2-3), 194-207.
- Nunberg, H. (1951). Transference and reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 32, 1-9.
- Okey, J. L., McWrighter, J. J., Delaney, M. K. (2000). The central relationship patterns of male veterans with posttraumatic stress disorder: A descriptive study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37 (2), 171-179
- Parker, Lisa M & Grenyer, Brin F. S. (2007). New developments in core conflictual relationship theme (CCRT) research: A comparison of the QUAIN and CCRT-LU coding systems. *Psychotherapy Research*, 17, 443-449
- Perry, J. C., Augusto, F., & Cooper, S. H. (1989). Assessing psychodynamic conflicts: I. Reliability of the idiographic conflict formulation method. *Psychiatry*, 52, 289-301.
- Perry, J. C., & Cooper, S. H. (1989). An empirical study of defense mechanism: 1. Clinical interview and life vignette ratings. *Archives of General Psychiatry*, 46, 444-452.
- Perry, J. C., Luborsky, L., Silberschatz, G., & Popp, C. (1989). An examination of three methods of psychodynamic formulation based on the same videotaped interview. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 52(3), 302-323.
- Pfeffer, A. (1963). The meaning of the analyst after analyses: A contribution to the theory of therapeutic results. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 11, 229-244.
- Piaget, J. (1926). *The language and thought of the child*. New York: Harcourt Brace.
- Pokorny, D. (1995). EXACT-Programme - Software und Manual. Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm. Unveröffentlichtes Manuskript
- Pokorny, D. (en prensa) Internalisierte Beziehungsmuster. [Internalized relationship patterns] Habilitation thesis. University of Ulm.
- Pokorny, D., Stigler, M. (2002). A Cluster procedure for small frequencies: crisp data, fuzzy distances, crisp clusters. *Neural Network World*, 5 (2), 483-497.
- Pokorny, D., Vicari, A., Blaser, G., Geyer, M., Kächele, H., Albani, C. (2003). Struttura logica del sistema di categoria CCRT-LU: teoria e applicazione ad caso singolo. *Psicoterapia*, 9 (27), 19-30
- Pokorny, D., Stigler, M. (2006). Beziehungsepisoden in der realen und in der imaginierten Welt: Mit der Clusteranalyse der Verschiebung auf der Spur. In L. Kottje-Birnbacher, E. Wilke, K. Krippner, W. Dieter (Eds.), *Mit Imaginationen therapieren* (p. 108-123). Lengerich: Pabst
- Polterock, S.A. (1996). The perceived transference of patterns of family relationships onto interpersonal working relationships. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 56 (9-A).
- Popp, C., Taketomo, Y. (1993). The application of the core conflictual relationship theme method to Japanese psychoanalytic psychotherapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 21 (2), 229-252
- Popp, C., Diguier, L., Luborsky, L., Faude, J. et al. (1998). The parallel of the CCRT from waking narratives with the CCRT from dreams: A further validation. En L. Luborsky & P. Crits-

- Christoph (Eds.), *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method* (2nd ed.). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Popp, C. A., Diguier, L., Luborsky, L., Faude, J., & et al. (1996). Repetitive relationship themes in waking narratives and dreams. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 1073-1078.
- Popp, C., Luborsky, L., & Crits- Christoph, P. (1990). The parallel of the CCRT based on waking narratives with the CCRT based on dreams. En L. Luborsky & P. Crits- Christoph (Eds.), *Understanding Transference: The CCRT Method*. N. Y.: Basic Books.
- Popp, C. A., Luborsky, L., Andrusyna, T. P., Cotsonis, G., Seligman, D. (2002). Relationships between God and people in the Bible: a core conflictual relationship theme study of the Pentateuch/Torah. *Psychiatry*, 65 (3), 179-196.
- Popp, C., Luborsky, L., Descoteaux, J., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Kirk, D., Cotsonis, G. (2003). Relationships between God and people in the Bible, Part II: The New Testament, with comparisons with the Torah. *Psychiatry*, 66 (4), 285-307.
- Popp, C., Luborsky, L., Descoteaux, J., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Kirk, D., Cotsonis, G. (2004). Relationships between God and people in the Bible, part III: When the other is an outsider. *Psychiatry*, 67 (1), 26-37.
- Pulver, S. E. (1987). The manifest dream in psychoanalysis: A clarification. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35, 99-118.
- Rapaport, D. (1951). *Organization and pathology of thought*. N.Y. Columbia University Press.
- Rapaport, D. (1960). The structure of psychoanalytic theory: A systematizing attempt. *Psychological issues* (Monograph N° 6).
- Reeves, K. M. (2001). A qualitative study of patients' experience in bereavement therapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61 (8-B).
- Reiser, M. (1984). *Mind, brain, body: Toward a convergence of psychoanalysis and neurobiology*. N. Y.: Basic Books.
- Rosenberg, S. et al. (1986). A method for establishing reliability of statements from psychodynamic case formulations. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1454-1456.
- Sacchi, M. C. (2005): The CCRT-LU-method: a study of a single case. Psychological Diploma Paper, University of Milano-Bicocca.
- Sammons, M., Siegel, P., & Nieto, C. (1998). Una comparacion de FRAMES con el CCRT y la CRA. / A comparison of FRAMES with core conflictual relationship theme and computerized referential activity. *Revista Argentina de Clínica Psicología*, 7(2), 131-145.
- Sandler, J. (1989). Unconscious wishes and human relationships. En S. Sandler (Ed.). *Dimensions of Psychoanalysis*. London: Karnac Books.
- Schacht, T.B., & Binder, J.(1982). *Focusing: A manual for indentifying a circumscribed area of work for time-limited dynamic psychotherapy (TLDP)*. Unpublished manuscript, Vanderbilt University.
- Schacht, T.B., Binder, J., Strupp, H. (1984). The dynamic focus. In H. Strupp & J. Binder, *Psychotherapy in a new key: A guide to time limited dynamic psychotherapy* (pp. 65-109). New York: Basic Books.

- Schauenburg, H., Schäfer, S., Raschka, S., Benninghoven, D., Leibing, E. (1997). Zentrale Beziehungsmuster als Prädiktoren in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 43, 381-394.
- Schlesinger, H. J. (1974). Problems of doing research on the therapeutic process in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22, 3-13.
- Schlessinger, N & Robins, F. (1975). The psychoanalytic process: Recurrent patterns of conflict and changes in ego. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 23, 761-782.
- Seewaldt, V.-A. (2006). Using the CCRT to interpret the TAT: Understanding the phenomenon of "card pull". *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67 (4-B).
- Seidler, K. P. (2003). Are patients with different quality of attachment representations distinguishable in their core conflictual relational themes in early psychotherapy sessions? Paper presented at the International CCRT-Workshop, Weimar. Unpublished manuscript
- Seitz, P. F. (1966). The consensus problem in psychoanalytic research. En L. Gottschalk & A. Auerbach (Eds.), *Method of research in psychotherapy*. N. Y.: Appleton- Century- Crofts.
- Sharp, D. M. (2001). Core conflictual relationship themes of women with bulimia symptoms. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61(7-B), 3861.
- Silberschatz, G. (1986). Testing pathogenic beliefs. En J. Weiss, H. Sampsons, & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research*. N. Y.: Guilford.
- Silberschatz, G., Curtis, J. & Nathans, S. (1989). Using the patient's plan to assess progress in psychotherapy. *Psychotherapy*, 26, 40-46.
- Singer, J.(1985). Transference and the human condition: A cognitive-affective perspective. *Psychoanalytic Psychology*.
- Singer, J. & Luborsky, L. (1977). Countertransference: The status of clinical vs. quantitative research. En A. Gurman & A. Razin (Eds.), *The therapist's handbook for effective psychotherapy: An empirical assessment*. N. Y.: Pergamon.
- Spitz, R. (1956). Transference, the analytic setting and its prototype. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 380-385.
- Staats, H. (1996). Geschlechtsunterschiede in Erzählungen von Patientinnen und Patienten zu Beginn einer Paartherapie [Differences between Men and Women in Their Narratives at the Beginning of Couples Therapy]. *Gruppenpsychother. Gruppenny*, 32, 366-377.
- Staats, H., Strack, M. (1995). Re-test reliability of the CCRT in patients and controls. Paper presented in the Ulm CCRT meeting in April, 1995. (Ulm)
- Staats, H., Strack, M. & Seinfeld, B. (1997). Veränderungen des zentralen Beziehungskonfliktthemas bei Probanden, die nicht in Psychotherapie sind [Changes of the CCRT in subjects not in psychotherapy]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 43, 166-178.

- Staats, H., May, M., Herrmann, C., Kersting, A., König, K. (1998). Different patterns of change in narratives of men and women during analytical group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 48 (3), 363-380
- Staats, H., Herrmann-Lingen, C., Kersting, A., Kreische, R., Voelkel, W., Rüger, U. (2002). Maladaptive geschlechtsstereotype Beziehungsmuster und ihre Veränderung im Verlauf psychotherapeutischer Behandlungen. In G. Mattke, G. Hertel, S. Büsing, K. Schreiber-Willnow (Hrsg.), *Störungsspezifische Konzepte und Behandlung in der Psychosomatik* (S. 262-267). Frankfurt: VAS
- Staats, H., Feldmann, A., Heuerding, M., May, M. (2003). Re-test reliabilities of CCRT parameters. Implications for the clinical validity of different approaches in collecting and evaluating narratives. Paper presented at the International CCRT-Workshop, Weimar. Unpublished manuscript.
- Stammer, H., Schrey, C., Wischmann, T. (2003). Wie sich Kommunikations- und Erlebensmuster durch Paartherapie verändern können. *Familiendynamik*, 28 (4), 492-512.
- Stief, B. (1991): *ZBKT bei schwer gestörten Patienten - Untersuchung der Therapie einer Borderline-Patientin mit der ZBKT-Methode*. Psychologische Diplomarbeit, Universität Tübingen.
- Stigler, M. (1995). CCRT and guided affective imagery. Paper presented at the International Workshop on the Core Conflictual Relationship Theme Method, 10th German Annual CCRT-Meeting, Ulm. Unpublished manuscript.
- Stigler, M., Pokorny, D. (1995). CCRT in Daydream Psychotherapy. Paper presented at the Annual International Meeting of the SPR, Vancouver. Unpublished manuscript.
- Stigler, M., Pokorny, D. (2003). Daydreams and nightmares. Paper presented at the International CCRT-Workshop, Weimar. Unpublished manuscript.
- Stigler, M., de Roten, Y., Drapeau, M & Despland, J.-N. (2007). Process research in psychodynamic psychotherapy: A combined measure for accuracy and conflictuality of interpretations. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 158(5), 225-232.
- Stirn, A., Overbeck, G., Grabhorn, R., Jordan, J. (2001). Drei Therapieverläufe von essgestörten Patientinnen, verglichen mit der Methode des Zentralen Beziehungskonfliktthemas (ZBKT). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 51 (5), 227-229, T216-T226.
- Stirn, A., Overbeck, G., Pokorny, D. (2005). The core conflictual relationship theme (CCRT) applied to literary works: An analysis of two novels written by authors suffering from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38 (2), 147-156
- Strauß, B., Daudert, 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. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 45 (9-10), 342-350
- Strupp, H. S., & Bergin, A. (1969). Some empirical and conceptual bases for coordinated research in psychotherapy. *International Journal of Psychiatry*, 7, 18-90.

- Strupp, H. S., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Tsujikawa, M., Hori, S., Research on the Japanese version of the CCRT standard categories. Presentation to the CCRT pre-conference, June 1998.
- Teller, V. & Dahl, H. (1981). The framework for a model of psychoanalytic inference. *Proceedings of the Seventh International Joint Conference on Artificial Intelligence, 1*, 394-400.
- Teller, V. & Dahl, H. (1986). The microstructure of free association. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 34*, 763-798.
- Thorne, A. (1995). Development truths in memories of childhood and adolescence. *Journal of Personality, 63*, 139-163.
- Thorne, A. (1995a). Juxtaposed scripts, traits, and the dynamics of personality. *Journal of Personality, 63*, 593-616.
- Thorne, A., & Klohnen, E. (1993). Interpersonal memories as maps for personality consistency. En D. C. Funder, R. D. Parke, C. Tomlinson-Keasey, & K. Widaman (Eds.), *Studying lives through time: Personality and development* (pp.223-253). Washington, DC: American Psychological Association.
- Thorne, A. & Michaelieu, Q. (1996). Situating adolescent gender and self-esteem with personal memories. *Child Development, 67*, 1374-1390.
- Thorne, A., Cutting, L. & Skaw, D. (1998). Young adult's relationship memories. *Narrative Inquiry*, in press.
- Tishby, O., Raitchick, I. & Shefler, G. (2007). Changes in interpersonal conflicts among adolescents during psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research, 17*: 3, 297- 304
- Tomkins, S. (1987). Script theory. En V. Aronoff, A. Rabin & R. Zucker (Eds.), *The emergence of personality*. N. Y.: Springer- Verlag.
- Torres, L. (1993). *Método TCRR, manual para su uso*. Traducción y adaptación al español. Con complementos del Grupo de Trabajo TCCR de Ulm.
- Tschesnova, I., Kalmykova, K. (1995). Content analysis vs. discours analysis method. Implication for the reliability of the CCRT. Paper presented at the International Workshop on the Core Conflictual Relationship Theme Method, 10th German Annual CCRT-Meeting, Ulm. Unpublished manuscript.
- Van Ravenswaay, P., Luborsky, L. & Childress, A. (1983). *Consistency of the transference in versus out of psychotherapy*. Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research, Seffield, England.
- Vanheule, S., Desmet, M., Rosseel, Y., Meganck, R. (2006). Welche Kategorien des zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas stehen in Zusammenhang mit Depressions-Symptomen? Eine explorative Studie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 52* (2), 172-189.
- Vanheule, S., Vandenbergen, J., Desmet, M., Rosseel, Y., Inslegheers, R. (2007). Alexithymia and core conflictual relationship themes: A study in a chronically fatigued primary care population. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 37* (1), 87-98

- Vicari, A. (en preparación): *Semantische Kategorisierung der Beziehung zu Mutter und Vater und Bindungsrepräsentanzen*. Psychologische Dissertation, Universität Ulm.
- Waelder, R. (1936). The principle of multiple function: Observations on overdetermination. *Psychoanalytic Quarterly*, 5, 45-62.
- Waldinger, R. J. (1997). *Continuities and discontinuities in relationship themes from adolescence to young adulthood*. Manuscript in preparation.
- Waldinger, R. J., Diguier, L., Guastella, F., Lefebvre, R., Allen, J. P., Luborsky, L., et al. (2002). The same old song?--Stability and change in relationship schemas from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 17-29.
- Waldinger, R. J., Seidman, E. L., Gerber, A. J., Liem, J. H., Allen, J. P., & Hauser, S. T. (2003). Attachment and core relationship themes: Wishes for autonomy and closeness in the narratives of securely and insecurely attached adults. *Psychotherapy Research*, 13(1), 77-98.
- Waldvogel, B., Vogt, C., Seidl, O. (1995). Das Beziehungserleben von Ärzten in der Therapiebeziehung zu AIDS-, Krebs- und Stoffwechselfpatienten: Zentrales Beziehungskonflikt-Thema und Affekte. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 41 (2), 158-169
- Wallerstein, R. S. (1986). *Forty- Two Lives in Treatment*. N. Y.: Guilford Press.
- Weiss, J., Sampson, H., & Mount Zion Psychotherapy Research Group. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research*. N.Y.: Guilford Press.
- Weinryb, R. M., Barber, J. P., Foltz, C., Goransson, S. G., Gustavsson, J. P. (2000). The central relationship questionnaire (CRQ): psychometric properties in a Swedish sample and cross-cultural studies. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9 (4), 201-212.
- Wilczek, A., Weinryb, R. M., Barber, J. P., Gustavsson, J. P., & Asberg, M. (2000). The core conflictual relationship theme (CCRT) and psychopathology in patients selected for dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10(1), 100-113.
- Wilczek, A., Weinryb, R. M., Barber, J. P., Gustavsson, J. P., & Asberg, M. (2004). Change in the Core Conflictual Relationship Theme after Long-Term Dynamic Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 14(1), 107-125.
- Wiseman, H., Barber, J. P. (2004). The Core Conflictual Relationship Theme Approach to Relational Narratives: Interpersonal Themes in the Context of Intergenerational Communication of Trauma. In A. Lieblich, D. P. McAdams, R. Josselson (Eds.), *Healing plots: The narrative basis of psychotherapy* (pp. 151-170). Washington: American Psychological Association.
- Wiseman, H., Hashmonay, R., Harel, J. (2006). Interplay of Relational Parent-Child Representations from a Psychoanalytic Perspective: An Analysis of Two Mother-Father-Child Triads. In O. Mayslees (Ed.), *Parenting representations: Theory, research, and clinical implications* (pp. 352-387). New York: Cambridge University Press.
- Zander, B., Strack, M., Cierpka, M., Reich, G., & et al. (1995a). Coder agreement using the German edition of Luborsky's CCRT method in videotaped or transcribed RAP interviews. *Psychotherapy Research*, 5(3), 231-236.

Zander, B., Strack, M., Cierpka, M., Reich, G., & et al. (1995b). Different reliabilities at the episode level and that of the final CCRT: A rejoinder to Luborsky and Diguer. *Psychotherapy Research*, 5(3), 242-244.

Zollner, M. (1998): *Beziehungsmuster junger gesunder Frauen*. Medizinische Dissertation, Universität Ulm.

ANEXOS

Anexo A

Hoja de Recogida de Datos CCRT

Corrección CCRT Publicitaria Sesión ... Juez ...

EPISODIOS DE RELACIÓN	ER 1 Pág: 1as.: Fin:	ER 2 Pág: 1as.: Fin:	ER 3 Pág: 1as.: Fin:	ER 4 Pág: 1as.: Fin:	ER 5 Pág: 1as.: Fin:	ER 6 Pág: 1as.: Fin:	ER 7 Pág: 1as.: Fin:	ER8 Pág: 1as.: Fin:	ER 9 Pág: 1as.: Fin:	ER 10 Pág: 1as.: Fin:	ER 11 Pág: 1as.: Fin:	ER 12 Pág: 1as.: Fin:	T O T A L
Objeto													
Tiempo													
Valoración													
DESEOS (D): <i>Yo quiero...</i>													
D1 Reafirmarme y ser independiente.													
D2 Oponerme, herir y controlar a los otros.													
D3 Ser controlado, ser herido y no tener responsabilidad.													
D4 Ser distante y evitar conflictos.													
D5 Estar cerca (de los otros) y aceptar.													
D6 Ser amado y entendido.													
D7 Sentirme bien y cómodo.													
D8 (Tener éxito) y ayudar a los otros.													
REACCIÓN DEL OBJETO (RO): <i>Otros son / hacen...</i>													
RO1 Fuertes.													
RO2 Controlan.													
RO3 Trastoman, alteran, enojan.													
RO4 Son malos.													
RO5 Rechazan y están en contra de mí.													
RO6 Ayudan.													
RO7 Me aprecian.													
RO8 Entienden.													
REACCIÓN DEL SUJETO (RS): <i>Me siento / soy / hago / tengo...</i>													
RS1 Ayudo.													
RS2 No receptivo y cerrado.													
RS3 Respetado y aceptado.													
RS4 Me opongo e hiero a los otros.													
RS5 Autocontrol y autoconfianza.													
RS6 Desamparado.													
RS7 Decepcionado y deprimido.													
RS8 Asustado y avergonzado.													

CCRT

Formulación Final del

D _	_ RO _	_ RS _
-----	--------	--------

Anexo B

Hoja de Recogida de Datos CCRT-LU

Anexo C

**Episodios de relación que ejemplifican temas centrales de conflicto
con diferentes objetos**

Episodio de relación 1. Objeto de relación madre. Tiempo: presente

P: que la parte de responsabilidad que a él! le toca, a parte que yo no soy el marido de mi madre! sabes? osea, que que que no me toque las narices! que yo! no me he casado con mi madre! o sea además no sé, cuando le hablo , nunca le hablo es que “ mamá hm te no, perdona, tu mujer, que te puede claro no mi madre, tú mujer” o sea si te casaste, pues tú sabrás lo que tienes que hacer con tu mujer, o sea yo desde luego! no sé lo que tengo que hacer con mi mujer porque no tengo. Total, que la llamo, me montó un pollo cuando le dije que no sabía si me iba a marchar--- bueno, no lo sabes, “ay, cómo me vas a dejar sola, que yo aquí sola y no tendrás tiempo de salir y cómo me haces esto, es que no tienes pena, no tienes compasión, es que cómo eres, es que tu hermano se ha ido también y yo aquí y yo aquí so-” bueno, te juro *Santiago o sea yo me querí- o sea pues no sé si lo hice mira, no fui!, osea no fui!, y me quedé en *Valencia dije, lo siento pero no voy!, o sea no voy pero qué pasa?, que dije no voy pero ya estoy en las mismas, estoy haciendo lo que mi madre no quiere que haga, no estoy haciendo lo que yo quiero! porque lo que yo hubiese querido era irme a la sierra tranquilamente, sin ningún cargo de conciencia y qué hice, no ir a dormir pero no me fui tampoco a la sierra, o sea que hice todo lo contrario, sabes? o sea que el irme o el quedarme significó lo mismo para mí porque estaba hecha una pena-- porque tenía una culpa y una y una angustia y una sensación de decir madre de mi vida qué mala persona que soy que no tengo compasión de mi madre que está allí sola, que se ha muerto su madre y que tiene miedo, pero qué hago si no?, no salgo y me estoy con ella? y es que mi madre no lo entiende.

Episodio de relación 2. Objeto de relación: Novio. Tiempo: presente

P: pienso que no que no tiene nada que ver con lo de *Roberto - - - es algo que; el otro día pues: el viernes tuvimos un trabajo y había muchísimas modelos entonces *Pepe petardeo todo lo que quiso y un poco mas sabes lo que sentí? coqueteó hasta decir para - - ! entonces yo me sentí tan mal diciendo pero bueno que es esto - dije - estoy harta estoy harta harta (sonido de automóvil) que sea yo siempre la que tenga que estar - - diciendo: no pasa nada *Pepe es así no pasa nada es así (susurrando) pues que pasa pues yo también soy así si tu coqueteas porque yo voy a quitarlo de mi vida! no era coquetear sabes? sino en sentimiento que - con *Pepe pues hace tiempo que - - , no es que me falte porque no es faltar la palabra tampoco, pero no se que - ; que coño que - salimos del coche llevaba, iba con los esquís con las botas con la bolsa y le dije: me llevas: algo? y me dijo: no se fue tan tranquilamente y yo a rastras con los esquís con los palos con las botas y él sin nada, porque él alquiló los esquís, yo llevaba los esquís de su hermana, no se de repente el profesor este, que no tiene que ver, ningún monitor te coge los esquís, nadie te coge los esquís va y me los coge y me los lleva todo el tiempo. No se que posiblemente es comparar y vale yo se que este tío era monitor y se lo estaba currando para hacerlo bien como profesor y no se que pero dijo: joder un extraño o sea es que el amor que siento por *Pepe y *Pepe por mi son tres mil seiscientas pesetas sabes? o sea un señor por tres mil seiscientas pesetas hace más cosas que mi novio parece que no me quiere? (sollozando)

Episodio de relación 3. Objeto de relación: padre. Tiempo: presente

P: que si, no no no me siento mal, me pone de los nervios - - de los nervios o sea, no puedo soportarlo - y después de toda esa movida, yo estaba esperando una carta del banco - y: nada, qué raro! esta carta que no llega, no llega, bueno pues nada, iré al banco a ver que pasa. y llego y digo a mi padre 'no habéis visto en el buzón una carta del banco?' 'ah! sí' - 'dónde está?' 'aquí abierta' - - 'quién la abierto?' 'yo' 'por qué?' 'porque sí - perdona mira *María' - 'ya perdóname. pero, me abres las cartas?. me abres las cartas' *Santiago, me abren las cartas - - - sabes?, o sea, que que que, no sé - no sé, uff es que, yo no le abro las tuyas, yo no le abro las cartas a nadie - - joder macho, pues pu- pu-pues no me abras las mías, que porque seas mi padre no tienes derecho a controlar mi vida, ni mi vida personal, entiendes?. soy, tu hija y me has puesto en el mundo para que haga mi vida, no la tuya - me encontraba tan mal, o sea, de co- todo, sabes?

