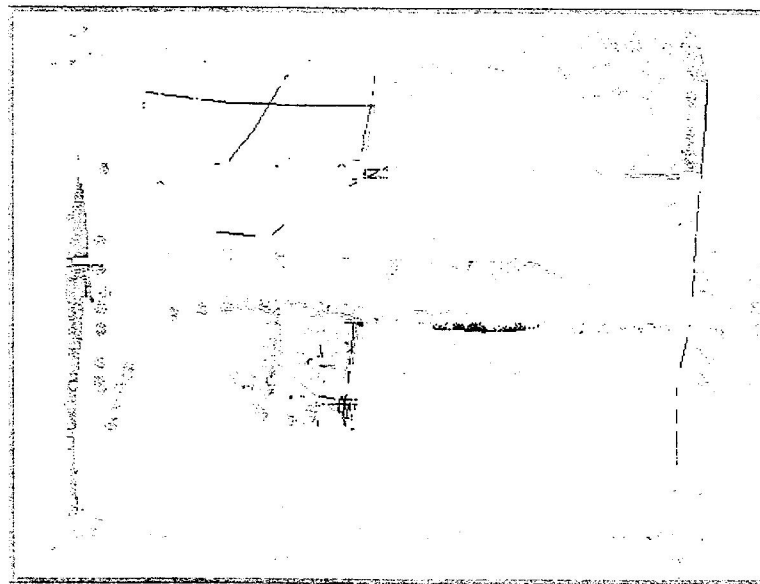


PSIC CONSULTAZI ISSN 1127-886X

1-2

Trimestrale
volume VII
gennaio/giugno
2007



Psichiatria di consultazione

Organo ufficiale della
Società Italiana
di Psichiatria
di Consultazione



Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale
D.L. 609/2006 (Conversione in legge 27/02/2007 n. 46 Art. 1) comma 1 DCB Roma
In caso di mancato versamento inviarlo alla: Roma Roma Italia Stampato e distribuito al milione presso Pagamenti Postali
Confidenze



CIC Edizioni Internazionali

1-2

Trimestrale
volume VII
gennaio/giugno
2004

Direttore: G. Invernizzi

Direttore responsabile: Andrea Salvati

Comitato di redazione: C. Bressi, C. Gala

Segreteria di redazione: Iole Di Francesco

e-mail: difrancesco@gruppocic.it

Area Pubblicità

Patrizia Arcangioli, Roma (responsabile)

e-mail: arcangioli@gruppocic.it

Carla Sgarbi, Roma

e-mail: sgarbi@gruppocic.it

Area Marketing & Sviluppo

Marta Castellani, Roma

e-mail: castellani@gruppocic.it

Antonietta Garzonio, Milano

e-mail: garzonio@gruppocic.it

Progetto grafico: Grazia Mannoni

Immagine in copertina di Maurizio Monteforte

A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Direzione Redazione, Amministrazione:

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma

Tel. 06.8412673 - Fax 06.8412688

E-mail: info@gruppocic.it

Ufficio di Milano:

Viale E. Caldara, 35/A - 20122 Milano

Tel. 02.55187057 - Fax 02.55187061

Autorizzazione Trib. di Roma n. 149/1998

Abbonamento annuo € 40,00

Esteri € 60,00 - Un fascicolo € 11,00

Arretrato il doppio

L'IVA, condensata nel prezzo di vendita, è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma, lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29-12-1989

Il periodico viene anche inviato ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore. Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) La informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali: sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). La informiamo inoltre che ha diritto in qualsiasi momento, ai sensi dell'art. 7, di richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

Stampa: Tipo-lito Aurelia 72 s.r.l.

Via L. Calamatta 29/a - Roma

Finito di stampare nel mese di settembre 2004

Psichiatria di consultazione



Organo Ufficiale della
Società Italiana
di Psichiatria
di Consultazione

Sommario

In memoriam

Ricordo del Prof. Flavio Frighi

G. Vetrone, P. Carbone 3

C. BRESSI, C. CATTANEO, I. IANDOLI, S. MANENTI,
M. PORCELLANA, C. MANOUSSAKIS, G. INVERNIZZI
Psicoterapia nell'ospedale generale:

modelli di intervento e dati sperimentali 5

C. BRESSI, P. FRONGIA, I. IANDOLI, C. MANOUSSAKIS,
M. PORCELLANA, M. BONFIGLIO, G. INVERNIZZI
Terapia Familiare Sistemica (TFS) e crisi psicologica
nelle malattie organiche 11

C. BRESSI, C. CATTANEO, S. MANENTI, I. IANDOLI,
C. MANOUSSAKIS, M. PORCELLANA, P. BOATO,
C. OGGIONI, G. INVERNIZZI
Psicoterapia breve nell'ospedale generale:
studio dell'efficacia clinica e del modello relazionale 15

C. FRATICELLI, M. PICCINELLI
Situazioni cliniche problematiche in psichiatria
di consultazione: i sintomi senza spiegazione medica 19

M. MERLI, M. BELLINI
Il trattamento farmacologico del Binge-Eating Disorder 25

M. PESERICO, C. GALA
Il ruolo della riabilitazione psichiatrica all'interno dei
percorsi terapeutici del Dipartimento di Salute Mentale 37

E. RIZZUTI, G. PIERANGELI, M. BELLINI
Psichiatria di Liaison e continuum assistenziale: case-report
di cefalea in "ipofrenico a struttura insicuro-sensitiva" 46

Psicoterapia breve nell'ospedale generale: studio dell'efficacia clinica e del modello relazionale

C. BRESSI¹, C. CATTANEO, S. MANENTI, I. IANDOLI, C. MANOUSSAKIS, M. PORCELLANA,
P. BOATO, C. OGGIONNI, G. INVERNIZZI

Introduzione

Lester Luborsky nella sua ricerca (Luborsky L. et al., 1977, 1983, 1990) ha evidenziato come ogni persona nelle relazioni con gli altri, come all'interno della relazione psicoterapeutica, utilizza un proprio schema o "modello relazionale personale". Il C.C.R.T. si configura come uno strumento capace di misurare in narrative e sogni il "Tema Centrale Conflittuale", analogo del "Pattern Relazionale Centrale" del paziente in psicoterapia. Per Luborsky è fondamentale il concetto che analizzare il modello relazionale all'interno degli episodi narrativi del paziente corrisponde a comprendere, da una parte, i suoi desideri, bisogni ed intenzioni nei confronti dell'oggetto, dall'altra, le reazioni delle altre persone e del paziente stesso all'espressione della propria volontà.

Il metodo di Luborsky si articola attraverso tre fasi fondamentali:

1. estrapolare, tra le narrative che il soggetto riferisce, gli episodi relazionali (RE= relationship episode), nei quali sia presente una relazione con terzi (compreso il terapeuta) o con il Sé;
2. analizzare gli episodi mediante la ricerca di:
 - W (wishes) cioè i desideri, i bisogni, le intenzioni del paziente nei confronti degli altri
 - RO (responses from others) cioè le risposte, positive o negative, che egli riceve o pensa di ricevere dagli altri in conseguenza del proprio comportamento
 - RS (responses from self) cioè le risposte, positive o negative, che il paziente dà a se stesso, il modo in cui si tratta;
3. misurare la frequenza di ogni W, RO, RS scegliendo le categorie che si presentano con maggior frequenza nei vari episodi relazionali.

Nel presente lavoro si è valutato il possibile utilizzo del CCRT di Luborsky come strumento adeguato per misurare i pattern relazionali. A tale scopo sono stati presi in considerazione tre gruppi di pazienti per i quali clinicamente sono state poste indicazioni per un intervento psicoterapico differente. Si tratta in particolare di individui giunti all'osservazione dell'Unità Urgenze Psichiatriche della Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Milano per una situazione di crisi psicologica acuta. I soggetti erano stati inviati al nostro ambulatorio da varie strutture distribuite sul territorio (CPS, medici di base, psicoterapeuti privati, altri specialisti dell'ospedale). Una parte dei soggetti è stata selezionata, sulla base di parametri clinici e relazionali, per una Psicoterapia Breve di Crisi (PBC, psicoterapia supportiva a breve termine articolata in 8-10 sedute a cadenza settimanale), un secondo gruppo, scelto mediante ulteriori criteri, ha intrapreso una Psicoterapia Breve (PBA, Psicoterapia Breve ad orientamento analitico della durata di circa 40 settimane) e per un terzo è risultata indicata e quindi avviata una terapia psichiatrica (TP). La misurazione del CCRT dei pazienti afferenti ai diversi modelli di trattamento si pone come finalità la comprensione di possibili analogie e differenze nel profilo relazionale dei tre gruppi in studio.

La seconda parte dello studio ha lo scopo di valutare, con un'analisi di follow up della durata di 12 mesi, i cambiamenti dei modelli relazionali dei pazienti che hanno concluso una Psicoterapia Breve ad orientamento dinamico; la casistica di controllo è rappresentata da soggetti che hanno seguito una terapia psichiatrica di routine (terapia farmacologica e colloqui clinici).

Materiali e metodi

Sono stati reclutati 37 soggetti afferiti all'Unità Urgenze Psichiatriche della Clinica Psichiatrica dell'Ospedale Maggiore di Milano per una situazione

Università degli Studi di Milano, IRCCS
Clinica Psichiatrica I
Ospedale Maggiore, Milano
¹ Prof.ssa Cinzia Bressi, Clinica Psichiatrica I, Università degli Studi di Milano.
Ospedale Policlinico, Via F. Sforza, 35 - 20122 MI
E-mail: cinzia.bressi@unimi.it

TABELLA 1- PSICOTERAPIA BREVE VS TERAPIA PSICHIATRICA: FOLLOW UP A 12 MESI.

	Campione Psicoterapia Breve		Campione Tp.Psichiatria	
Andamento della sintomatologia				
• Migliorato	14	93.2%	8	80%
• Peggiorato	1	6.7%	2	20%
Funzionamento relazionale				
• migliorato	14	93.2%	5	50%
• peggiorato	1	6.7%	5	50%
Funzionamento sessuale				
• migliorato	14	93.2%	5	50%
• peggiorato	1	6.7%	5	50%
Funzionamento sociale				
• migliorato	14	93.2%	6	60%
• peggiorato	1	6.7%	4	40%
Assunzione farmaci				
• Assente			2	20%
• Presente	15	100%	8	80%

di crisi psicologica acuta. 12 pazienti hanno seguito una Psicoterapia Breve di Crisi (PBC), 15 una Psicoterapia Breve ad orientamento analitico (PBA) e 10 una terapia psichiatrica (TP).

Tutti i soggetti sono stati sottoposti ad una prima fase di valutazione clinica e testale che prevede la raccolta anamnestica, la formulazione della diagnosi secondo i criteri del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) e la valutazione del funzionamento relazionale, sociale e sessuale del paziente (Invernizzi, Bressi, 1999). Le sedute della Psicoterapia Breve di Crisi e della PBA sono state audioregistrate e trascritte. Sulle trascrizioni dei colloqui di inizio (T0), fine terapia (T1) e follow up ad un anno (T2) è stato applicato il metodo del Core Conflictual Relationship Theme CCRT (Luborsky, 1990). Nel caso della Terapia Psichiatrica, all'inizio del trattamento (T0) e a distanza di un anno (T1), il CCRT è stato valutato mediante il metodo dell'intervista Relationship Anecdotes Paradigm (RAP), ideato dallo stesso Luborsky (Luborsky, 1990).

Psicoterapia Breve di Crisi (PBC)

Variabili sociodemografiche

Il campione è costituito da 4 maschi (33.3%) e 8 femmine (66.7%). L'età media è 29.33 anni (ds. 7.39; range 18-38), con una scolarità media di 12.92 anni (ds 2.19; range 8-16); il 25% (n= 3) ha conseguito il diploma di scuola media inferiore, il 66.7% (n= 8) il diploma di media superiore, l'8.3% (n=1) la laurea. Il 41.7% (n= 5) è nubile o celibe, il 58.3% (n=7) è coniugato, il 3.9% (n= 3) è divorziato. Il 25% (n= 3) ha una situazione non professionale (studente, casalinga, invalido), il 58.3% (n= 7) ha un lavoro dipendente, il 16.7% (n= 2) è libero professionista.

Variabili cliniche

La durata media di malattia è 1 anno (DS: 2,3;

range 0-8) con un'età media di prima manifestazione dei sintomi di 28,33 (DS: 8,48; range: 11-37) ed un'età media al primo contatto in ambito psichiatrico di 28,67 (DS: 8,66; range: 11-38).

Nessun paziente ha in anamnesi tentati suicidi. All'inizio del trattamento 9 soggetti (75%) assumevano una terapia farmacologica.

Il funzionamento relazionale è cattivo nel 50% dei casi (n= 6), buono nel 50% (n= 6). Il funzionamento sessuale è cattivo in 3 pazienti (25%), buono in 9 (75%). Il funzionamento sociale è cattivo nel 58.3% dei casi (n= 7), buono nel 41.7% (n= 5).

La diagnosi, formulata in base al DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), è distribuita come segue. Per quel che riguarda il I asse si sono evidenziate le seguenti diagnosi: disturbo dell'umore in 2 pazienti (16.7%), disturbo d'ansia in 6 (50%), altri disturbi (Disturbo dell'Adattamento, Disturbo Somatoforme, Disturbo Psicotico NAS) in 3 (25%) e nessuna diagnosi in 1 (8.3%).

Per quel che riguarda il II asse le diagnosi sono così distribuite: disturbo di personalità del cluster B (Disturbo Istrionico, Narcisistico, Borderline e Antisociale) in 2 pazienti (16.7%), del cluster C (Disturbo di Evitamento, Dipendente, Ossessivo-compulsivo) in 2 (16.7%) e nessuna diagnosi in 8 (66.7%).

Al 33.3% dei soggetti (n= 4) è stata posta diagnosi anche sul III asse.

Psicoterapia Breve Analitica (PBA)

Variabili sociodemografiche

Il campione è costituito da 2 maschi (13.3%) e 13 femmine (86.7%). L'età media è 29.4 anni (ds. 6.14; range 21-40), con una scolarità media di 15 anni (ds 2.74; range 11-19); il 6.7% (n=1) ha conseguito il diploma di scuola media inferiore, il 73.3% (n=13) il

diploma di media superiore, il 6.7% (n= 1) la laurea. Il 60% (n= 9) è nubile o celibe, il 33.3% (n= 5) è coniugato, l'1.3% (n= 1) è vedovo, il 6.7% (n= 1) è divorziato. Il 6.7% (n= 1) ha un lavoro saltuario, il 26.6% (n= 4) ha una situazione non professionale (studente, casalinga, invalido), il 60% (n= 9) ha un lavoro dipendente, il 6.7% (n= 1) è libero professionista.

Variabili cliniche

La durata media di malattia è 2.87 anno (DS: 6,65; range 0-26) con un'età media di prima manifestazione dei sintomi di 27,27 (DS: 6,49; range: 17-40) ed un'età media al primo contatto in ambito psichiatrico di 29,47 (DS: 6,14; range: 21-40).

Un paziente (6.7%) ha in anamnesi un tentato suicidio. All'inizio del trattamento nessuno dei soggetti assumeva una terapia farmacologica.

Il funzionamento relazionale è buono in tutti i casi (n= 15). Il funzionamento sessuale è cattivo in 7 pazienti (46.7%), buono in 8 (53.3%). Il funzionamento sociale è cattivo nel 46.7% dei casi (n=7), buono nel 53.3% (n= 8).

La diagnosi, formulata in base al DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), è distribuita come segue. Per quel che riguarda il I asse si sono evidenziate le seguenti diagnosi: disturbo dell'umore in 1 paziente (6.7%), disturbo d'ansia in 10 (66.6%), altri disturbi (Disturbo dell'Adattamento, Disturbo Somatoforme, Disturbo Psicotico NAS) in 3 (20%) e nessuna diagnosi in 1 (6.7%).

Per quel che riguarda il II asse le diagnosi sono così distribuite: disturbo di personalità del *cluster A* (Disturbo paranoide, Schizoide e Schizotipico) in 1 paziente (6.6%), disturbo di personalità del *cluster B* (Disturbo Istrionico, Narcisistico, Borderline e Antisociale) in 4 pazienti (26.7%), del *cluster C* (Disturbo di Evitamento, Dipendente, Ossessivo-compulsivo) in 6 (40%) e nessuna diagnosi in 4 (26.7%).

Al 26.7% dei soggetti (n=4) è stata posta diagnosi anche sul III asse.

Terapia Psichiatrica (TP)

Variabili sociodemografiche

Il campione è costituito da 2 maschi (20%) e 8 femmine (80%). L'età media è 42.8 anni (ds. 13.6; range 22-60), con una scolarità media di 12.8 anni (ds 3.79; range 5-17); il 10% (n= 1) ha conseguito la licenza elementare; il 10% (n= 1) ha conseguito il diploma di scuola media inferiore, il 60% (n= 6) il diploma di media superiore, il 20% (n= 2) la laurea. Il 60% (n= 6) è nubile o celibe, il 40% (n= 4) è coniugato. Il 10% (n= 1) ha un lavoro saltuario, il 60% (n=6) ha una situazione non professionale (studente, casalinga, invalido), il 30% (n= 3) ha un lavoro dipendente.

Variabili cliniche

La durata media di malattia è 1 anno (DS: 1,89; range 0-6) con un'età media di prima manifestazione dei sintomi di 39 (DS: 13.54; range: 19-59) ed un'età media al primo contatto in ambito psichiatrico di 39.9 (DS: 13.25; range: 19-60).

Nessun paziente ha in anamnesi tentati suicidi.

Il funzionamento relazionale è cattivo nel 20% dei casi (n= 2), buono nell'80% (n= 8). Il funzionamento sessuale è cattivo in 4 pazienti (40%), buono in 6 (60%). Il funzionamento sociale è cattivo nel 40% dei casi (n= 4), buono nel 60% (n= 6).

La diagnosi, formulata in base al DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), è distribuita come segue. Per quel che riguarda il I asse si sono evidenziate le seguenti diagnosi: disturbo dell'umore in 5 pazienti (50%), disturbo d'ansia in 5 (50%). Per quel che riguarda il II asse, 1 paziente (10%) ha una diagnosi di personalità del *cluster B* (Disturbo Istrionico, Narcisistico, Borderline e Antisociale) mentre 9 soggetti (90%) non hanno una diagnosi su questo asse.

Al 20% dei soggetti (n= 2) è stata posta diagnosi anche sul III asse.

Risultati

Lo studio evidenzia differenze significative tra i modelli relazionali nei tre diversi gruppi di trattamento: il cluster W5 (desidero essere vicino, accettante) è risultato maggiormente espresso nel gruppo di soggetti che hanno seguito una Terapia Psichiatrica ($p= 0,02$), mentre il cluster RS2 (risposta del sé: poco ricettivo) è risultato maggiormente espresso nei soggetti in Psicoterapia Breve di Crisi ($p= 0,016$).

I soggetti che hanno concluso una PBA e i soggetti che hanno seguito una TP presentano al follow up un miglioramento della sintomatologia e delle relazioni sociali che è statisticamente significativo solo per i soggetti in PBA ($p= 0.00$), in quanto l'80% dei soggetti in TP assume ancora farmaci e il 50% non è soddisfatto delle proprie relazioni sessuali ed affettive (nel gruppo in PBA solo un soggetto non è soddisfatto). I soggetti che hanno concluso una PBA hanno mostrato al follow up una diminuzione statisticamente significativa del cluster RS7 (risposta del sé: deluso e depresso) ($p= 0,001$) e un aumento delle risposte positive dell'altro (PRO) e del sé (PRS) al T1 e T2, rispetto al T0. L'aumento delle Risposte Positive dell'Altro si ha soprattutto al T1, con una ridiscendenza dei valori al T2 che comunque si mantengono superiori al T0. Sia al T1 che al T2 si rileva una diminuzione significativa del Desiderio essere amato e capito della Risposta dell'Altro rifiutante e contrastante e un aumento altrettanto significativo del Desiderio sentir-

si bene e a proprio agio, della Risposta dell'Altro disposto ad aiutare e della Risposta del Sé dotato di autocontrollo e sicuro di sé. Nei pazienti che hanno seguito una Terapia Psichiatrica si è riscontrata, al follow up, una diminuzione statisticamente significativa del cluster W5 (desidero essere vicino, accettante) ($p=0,039$). Inoltre al T1 si ha un aumento dei Desideri opporsi, ferire, controllare gli altri e sentirsi bene e a proprio agio, della Risposta dell'Altro gli piaccio, delle Risposte del Sé rispettato ed accettato ed ansioso e pieno di vergogna, mentre risultano diminuiti il Desiderio affermare se stesso ed essere indipendente, della Risposta dell'Altro rifiutante e contrastante, della Risposta del Sé deluso e depresso.

Per quanto riguarda i soggetti che hanno condotto a termine una Psicoterapia Breve, è emerso che nei pazienti con un tentato suicidio in anamnesi sono risultati statisticamente significativi RO4 (cattivo) ($p=0.006$), RS1 (disposto ad aiutare) ($p=0.003$), RS7 (deluso e depresso) ($p=0.008$), RS8 (ansioso e pieno di vergogna) ($p=0.001$). Il W5 (essere vicino ed accettante) ($p=0.016$) risulta statisticamente significativo nei soggetti che non hanno una diagnosi sull'asse II. Nei soggetti che hanno una diagnosi sull'asse II sono risultati significativi a 12 mesi dal termine della terapia RS6 (impotente) ($p=0.019$) e le risposte negative del sé ($p=0.05$); mentre al follow up sono risultate statisticamente significative le risposte positive del sé ($p=0.05$) nei soggetti che non hanno una diagnosi sull'asse II.

Per quanto riguarda i soggetti che hanno seguito una terapia psichiatrica, nei soggetti con un lavoro saltuario sono risultati statisticamente significativi: W3 (essere controllato, ferito e non responsabile) ($p=0.023$), RS8 (ansioso e pieno di vergogna) ($p=0.012$). Nei soggetti con diagnosi sull'asse II risulta statisticamente significativo RS2 (poco ricettivo) ($p=0.005$); nei soggetti che al T2 hanno riferito un peggioramento della sintomatologia sono risultati statisticamente significativi RO4 (cattivo) ($p=0.013$), RS negative (0.026), W3 al T2 (essere controllato, ferito, non responsabile) ($p=0.013$). Sono risultati statisticamente significativi al T2 RS6 (impotente) ($p=0.009$), RSN ($p=0.022$) nei soggetti che descrivono delle relazioni sociali cattive al T2; i soggetti che al T2 non

prendono i farmaci risultano statisticamente significativi per quanto riguarda RS4 al T2 (ostacolo gli altri e li ferisco) ($p=0.003$).

Conclusioni

Da questo studio emerge che l'analisi di ciò che il paziente desidera, compie per realizzare il proprio desiderio e di come chi lo circonda reagisce all'espressione di tale desiderio, e quindi lo studio del suo mondo interno (pulsionale) ed esterno (relazionale), permette di individuare alcune caratteristiche che accomunano, nei propri modelli, i soggetti che intraprendono una specifica terapia. Coloro che soddisfanno i criteri di selezione per una Psicoterapia breve ad orientamento analitico, principalmente espressiva, si mostrano meno ripiegati su se stessi e sulla propria crisi e maggiormente pronti a comprendere il disagio in termini psicologici e a stabilire relazioni con un "altro" disposto ad aiutarlo.

Coloro che hanno seguito una terapia psichiatrica risultano particolarmente desiderosi di avere un controllo sui propri sintomi, che, non vissuti in termini relazionali, portano a caratterizzare gli "altri" solo in base all'assenza dei sintomi stessi e quindi in base al fatto che, a differenza del soggetto sofferente, gli "altri" stanno bene. Il CCRT di Luborsky può presentarsi come possibile strumento di valutazione della presa in carico di un paziente e dell'invio terapeutico più corretto. Negli ultimi anni si sta verificando un significativo aumento di invii agli ambulatori di psicoterapia dell'ospedale da parte delle strutture, psichiatriche e non, distribuite sul territorio. L'estrema eterogeneità dei soggetti determina la necessità di ricercare quegli strumenti che siano d'ausilio per una valutazione psicodinamica del soggetto. Se per scegliere una terapia mirata è necessario trovare il *focus*, il CCRT potrebbe rivestire questo ruolo di indicatore. Inoltre il CCRT può essere uno strumento della valutazione sia della stabilità del focus, sia delle capacità di adattamento del soggetto al disagio, derivate dalla nascita di nuove risorse adattative vissute nella relazione terapeutica.

Bibliografia

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington D.C., 1994.
2. INVERNIZZI G., BRESSI C.: *Emergency Psychiatry on the threshold to the new millennium: New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*. XV (1-2):65, 1999.
3. LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P.: *Understanding Transference*. New York: Basic Book [tr. it. *Capire il transfert*, R. Cortina: Milano, 1992], 1990.
4. LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P.: *The Assessment of Transference by the CCRT Method*, 1988. In: Dahl, Kachele, Thoma (eds.) *Psychoanalytic process Research Strategies*. Springer-Verlag. Berlino, 99-108, 1983.
5. LUBORSKY L.: *Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy. The core conflictual relationship theme*. In: Freedman N., Grand S. (Eds) *Communicative structures and psychic structures*, Plenum Press. New York, 1977.