

La eficacia de la psicoterapia psicodinámica

Jonathan Shedler. Facultad de Medicina de Denver, Universidad de Colorado

American Psychologist © 2010 American Psychological Association 0003-066X/10/\$12.00 Vol.65, No.2, 98 –109 DOI: 10.1037/a0018378
(Traducción: M^a del Valle Laguna Barnes, octubre 2014)

Abstract: *La evidencia empírica sostiene la eficacia de la terapia psicodinámica. El tamaño del efecto de la terapia psicodinámica es tan amplio como el de otras terapias que se han catalogado activamente como “validadas empíricamente” o “basadas en la evidencia”. Asimismo, los pacientes que han recibido terapia psicodinámica siguen obteniendo beneficios terapéuticos y siguen mejorando una vez finalizado el tratamiento. Finalmente, las terapias que no son psicodinámicas pueden ser efectivas en parte porque los terapeutas más experimentados incorporan técnicas que durante mucho tiempo han sido elementos centrales de la teoría y la práctica de las terapias psicodinámicas. La percepción de que los enfoques psicodinámicos carecen de validación empírica no concuerda con la evidencia científica existente, y ello puede producir una difusión selectiva de los resultados de la investigación.*

Palabras clave: resultado de la psicoterapia, proceso psicoterapéutico, psicoanálisis, terapia psicodinámica, metaanálisis.

Existe la creencia en algunos círculos de que los conceptos y tratamientos psicodinámicos carecen de apoyo empírico o que la evidencia científica demuestra que otros tipos de tratamiento resultan más efectivos. Parece que esta creencia haya adquirido vida propia. Los académicos lo han venido repitiendo y se lo han ido pasando de unos a otros, al igual que los profesionales del ámbito sanitario y los responsables de elaborar políticas en este sector. Cada vez que se repite, su credibilidad aparente aumenta. Llega un momento en que parece que no hay necesidad de cuestionarlo o volver a tratarlo, porque “todo el mundo” sabe que eso es así.

La evidencia científica explica una historia diferente: diversas investigaciones demuestran la eficacia y eficiencia de la terapia psicodinámica. Uno de los motivos por los que esta información se difunde en forma sesgada es la antigua aversión en las profesiones relacionadas con la salud mental hacia la autoridad y arrogancia psicoanalítica del pasado. En el pasado, el psicoanálisis americano estaba dominado por una entidad médica jerárquica que negaba la formación a aquellos que no eran doctores en medicina, y adoptaba una posición poco inclinada a la investigación. Esta actitud no les ganaba amigos entre los círculos académicos. Cuando aparecieron resultados empíricos que validaban los tratamientos no psicodinámicos, muchos académicos los recibieron con entusiasmo y con ganas de debatirlos y difundirlos. Cuando la evidencia empírica validaba los conceptos y tratamientos psicodinámicos, frecuentemente se pasaban por alto.

Este artículo agrupa las conclusiones de diversos estudios que demuestran la eficacia del tratamiento psicodinámico. En primer lugar detallo las características distintivas de la terapia psicodinámica. A continuación paso a analizar la evidencia empírica de la eficacia del tratamiento psicodinámico, incluyendo evidencias que demuestran que los beneficios terapéuticos de pacientes que han recibido terapia psicodinámica no solo se mantienen, sino que además hacen que los pacientes sigan mejorando al cabo del tiempo. Finalmente, considero la evidencia de que las terapias no psicodinámicas pueden ser efectivas en parte porque los terapeutas más experimentados utilizan técnicas que durante mucho tiempo han sido elementos centrales de la teoría y la práctica psicodinámica.

Agradezco a Mark Hilsenroth por sus amplias contribuciones a este artículo; a Marc Diener por ofrecerme datos que he utilizado; a Robert Feinstein, Glen Gabbard, Michael Karson, Kenneth Levy, Nancy McWilliams, Robert Michels, George Stricker y Robert Wallerstein por sus comentarios al borrador del artículo; y a los más de 500 miembros de la lista de correo sobre investigación psicodinámica de Listerv por su saber y apoyo colectivo. Cualquier correo en relación a este artículo debe dirigirse a Jonathan Shedler, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina de Denver, Universidad de Colorado, Mail Stop A011-04, 13001 East 17th Place, Aurora, CO 80045. Email: jonathan@shedler.com

Características distintivas de la técnica psicodinámica

La *psicoterapia psicodinámica o psicoanalítica* (1) se refiere al conjunto de tratamientos basados en conceptos y métodos psicoanalíticos que comportan encuentros menos frecuentes y que pueden ser considerablemente más breves que el mismo psicoanálisis. La frecuencia de las sesiones es, típicamente, de una o dos veces por semana, y el tratamiento puede realizarse durante un período de tiempo limitado o ilimitado. La esencia de la terapia psicodinámica es la exploración de aquellos aspectos de sí mismo que no son totalmente conocidos, especialmente cómo se manifiestan y cómo pueden verse influenciados en la relación terapéutica.

Los libros de texto universitarios con frecuencia equiparan las terapias psicoanalíticas o psicodinámicas con algunas de las especulaciones extravagantes e inaccesibles de Sigmund Freud de hace aproximadamente un siglo, y raramente se presentan conceptos psicodinámicos actuales tal y como se entienden y practican hoy día. Estas presentaciones, junto con las descripciones caricaturizadas en los medios de comunicación populares, han contribuido a una difusión malentendida del tratamiento psicodinámico (para analizar como se presenta, o como se presenta de forma sesgada el psicoanálisis clínico en el currículum universitario, ver Bornstein, 1988, 1995; Hansell, 2005; Redmond y Shulman, 2008). Para ayudar a disipar los posibles mitos y facilitar una mejor comprensión de la práctica psicodinámica, en esta sección analizaré las características principales de la técnica psicodinámica contemporánea. Blagys y Hilsenroth (2000) llevaron a cabo una investigación de la base de datos PsycLit para identificar estudios empíricos que comparasen el proceso y la técnica, tal y como se explican en los manuales, de la terapia psicodinámica, con el proceso y la técnica de la terapia cognitivo conductual (TCC). Siete características distinguían claramente la terapia psicodinámica de las otras terapias, tal como se demuestra por medio del análisis empírico de grabaciones y transcripciones de sesiones reales (debe tenerse en cuenta que las características listadas a continuación hacen referencia sólo al proceso y la técnica, no a los principios subyacentes en que se basan estas técnicas; para discutir sobre los conceptos y los principios, ver Gabbard, 2004; 2004; McWilliams, 2004; Shedler, 2006a):

1. Énfasis en el afecto y la expresión de la emoción. La terapia psicodinámica anima a la exploración y la discusión de todo el abanico de emociones del paciente. El terapeuta ayuda al paciente a describir y a poner palabras a los sentimientos, incluyendo sentimientos contradictorios, sentimientos inquietantes o amenazadores, y sentimientos que inicialmente puede ser que el paciente no pueda reconocer o admitir (este aspecto contrasta con el enfoque cognitivo, donde el énfasis principal se sitúa en los pensamientos y en las creencias; Blagys y Hilsenroth, 2002; Burum y Goldfried, 2007). También se reconoce que la perspectiva intelectual no es la misma que la perspectiva emocional, la cual se encuentra en un nivel profundo y conduce hacia un cambio (esta es una razón de que las personas inteligentes y con consciencia psicológica pueden explicarse los motivos de sus dificultades, aunque entenderlas no les ayude a superarlas).

2. Exploración de los intentos de evitar pensamientos y sentimientos angustiantes. Las personas hacen muchas cosas, conscientemente e inconscientemente, para evitar aspectos de la experiencia que les resultan angustiantes. Esta evitación (defensa y resistencia, en términos teóricos) puede adoptar una forma ordinaria, como el no presentarse a las sesiones, llegar tarde o mostrarse evasivo, pero también puede adoptar formas sutiles que son difíciles de reconocer en el discurso social corriente, como provocar cambios sutiles de tema cuando aparecen en la conversación ciertas ideas, centrarse en aspectos secundarios de una experiencia en lugar de centrarse en lo que es psicológicamente significativo, poner atención en hechos y acontecimientos y excluir el afecto, centrarse en circunstancias externas en lugar de centrarse en el propio rol en la configuración de los acontecimientos, etcétera. Los terapeutas psicodinámicos ponen énfasis y exploran activamente estas evitaciones.

3. Identificación de temas y patrones recurrentes. Los terapeutas psicodinámicos trabajan para identificar y explorar temas y patrones recurrentes en los pensamientos, sentimientos y autoconceptos del paciente, así como en sus relaciones y experiencias vitales. En algunos casos un paciente puede ser plenamente consciente de los patrones recurrentes que le resultan dolorosos o autodestructivos, pero se siente incapaz de escapar de ellos (por ejemplo, un hombre que en el ámbito romántico se siente atraído de forma repetitiva por personas que no están emocionalmente disponibles; una mujer que de forma regular se sabotea a sí misma cuando está a punto de conseguir

1 Utilizo los términos *psicoanalítica* y *psicodinámica* indistintamente.

algo). En otros casos, el paciente puede no ser consciente de estos patrones hasta que el terapeuta le ayuda a reconocerlos y a entenderlos.

4. Discusión sobre experiencias del pasado (enfoque evolutivo). Relacionado con la identificación de temas y patrones recurrentes encontramos el reconocimiento de que las experiencias del pasado, especialmente las experiencias tempranas relacionadas con la afectividad, tienen un efecto sobre nuestra relación con el presente y nuestra experiencia del presente. Los terapeutas psicodinámicos investigan las experiencias tempranas, la relación entre el pasado y el presente y las formas en las que el pasado tiende a “pervivir” en el presente. El énfasis no se pone en el pasado en sí mismo, sino en cómo el pasado aporta información sobre las dificultades psicológicas actuales. El objetivo es ayudar a los pacientes para que ellos mismos se liberen de los lazos de la experiencia pasada para poder vivir más plenamente el presente.

5. Énfasis en las relaciones interpersonales. La terapia psicodinámica pone un fuerte énfasis en las relaciones y en la experiencia interpersonal del paciente (relaciones objetales y afectivas, en términos teóricos). Tanto los aspectos adaptativos como los no adaptativos de la personalidad, así como el concepto de uno mismo, se forjan en el contexto de las relaciones afectivas, y las dificultades psicológicas surgen con frecuencia cuando patrones interpersonales problemáticos interfieren en la capacidad de la persona para satisfacer las necesidades emocionales.

6. Énfasis en la relación terapéutica. La relación entre el terapeuta y el paciente es, en sí misma, una relación interpersonal importante que puede tener un significado muy profundo y estar cargada emocionalmente, ya que existen términos repetitivos en las relaciones y en la forma de interactuar de una persona que tienden a emerger de alguna forma en la relación terapéutica. Por ejemplo, la tendencia de una persona a no confiar en los otros puede hacer que vea al terapeuta con recelo; una persona que tiene miedo de la desaprobación, del rechazo o del abandono, puede tener miedo del rechazo por parte del terapeuta, consciente o inconscientemente; una persona que afronta los problemas con rabia y hostilidad puede mostrar rabia hacia el terapeuta; entre otros ejemplos (estos son ejemplos relativamente claros, la repetición de temas interpersonales en la relación terapéutica presenta con frecuencia un aspecto más complejo y sutil que el que estos ejemplos sugieren). La recurrencia de temas interpersonales en la relación terapéutica (transferencia y contratransferencia, en términos teóricos) facilita una oportunidad única para explorarlos y volver a trabajarlos *in vivo*. El objetivo es adquirir una mayor flexibilidad en las relaciones interpersonales y reforzar la capacidad para satisfacer las necesidades interpersonales.

7. Exploración del mundo de la fantasía. En contraste con otras terapias en que el terapeuta puede estructurar las sesiones activamente o seguir un orden predeterminado, la terapia psicodinámica anima a los pacientes a hablar libremente sobre cualquier cosa que tengan en su cabeza. Cuando los paciente lo hacen (y la mayoría de los pacientes necesitan una ayuda considerable del terapeuta antes de realmente poder hablar libremente), sus pensamientos tocan muchas áreas de la vida mental –deseos, miedos, fantasías, sueños e ilusiones– que en muchos casos nunca antes habían intentado poner en palabras. Todo este material resulta una rica fuente de información sobre cómo la persona se ve a sí misma y sobre cómo ve a los otros, sobre cómo interpreta y da sentido a las experiencias, sobre cómo evita aspectos de la experiencia o sobre cómo interviene con una capacidad potencial para encontrar una mayor felicidad y dar mayor sentido a la vida.

La última frase deja entrever un objetivo más amplio que está implícito en todos los demás: aunque los objetivos de la terapia psicodinámica buscan la remisión de los síntomas, van más allá. Un tratamiento satisfactorio no sólo debería aliviar los síntomas (como por ejemplo desprenderse de alguna cosa), sino que debería potenciar la presencia positiva de capacidades y recursos psicológicos. En función de la persona y de sus circunstancias, esto puede incluir la capacidad de relacionarse más satisfactoriamente, utilizar de forma más efectiva los propios talentos y habilidades, mantener un sentimiento de autoestima realista, tolerar un abanico más amplio de afecto, tener experiencias sexuales más satisfactorias, entender a los otros y entenderse a uno mismo de forma más matizada y sofisticada, y hacer frente a los retos de la vida con una mayor libertad y flexibilidad. Estas finalidades se persiguen por medio de un proceso de autoreflexión, de autoexploración y autodescubrimiento que tiene lugar en el contexto de una relación segura y verdaderamente auténtica entre el terapeuta y el paciente. (Para una introducción sencilla al pensamiento psicodinámico, leer *That Was Then, This Is Now: Psychoanalytic Psychotherapy for the Rest of Us* [Shedler, 2006a, descargable gratuitamente en <http://psychsystems.net/shedler.html>]).

¿Hasta qué punto es efectiva la psicoterapia en general?

En psicología, y más en general en medicina, el metaanálisis es un método ampliamente aceptado para resumir y sintetizar los resultados de estudios independientes (Lipsey y Wilson, 2001; Rosenthal, 1991; Rosenthal y DiMatteo, 2001). El metaanálisis facilita la comparación entre las conclusiones de diferentes estudios porque ordena los resultados utilizando una métrica común, la cual posibilita que los resultados de los distintos estudios puedan ser agregados o agrupados. Una métrica ampliamente utilizada es la del *tamaño del efecto* (conocida en inglés como *effect size*), que es la diferencia entre los grupos que reciben un tratamiento y los grupos de control, expresada en unidades de desviación estándar (2). Un tamaño del efecto de 1.0 significa que la media de los pacientes tratados presenta una desviación estándar más sana en la distribución normal o en la campana de Gauss en comparación con la media de los pacientes no tratados. Un tamaño del efecto de 0,8 se considera un efecto amplio en la investigación psicológica y médica, y un tamaño del efecto de 0,2 se considera un efecto pequeño. (Cohen, 1988).

El primer gran metaanálisis realizado a partir de estudios de resultados de la psicoterapia incluyó 475 estudios y presentó un tamaño del efecto global (diversos diagnósticos y tratamientos) de 0,85 para pacientes que recibían tratamiento en comparación con los grupos de control no tratados (Smith, Glass y Miller, 1980). Metaanálisis posteriores han demostrado de manera similar la eficacia de la psicoterapia. El influyente trabajo de Lipsey y Wilson (1993) clasificó los resultados de 18 metaanálisis relacionados con los resultados de la psicoterapia general, y obtuvo un tamaño del efecto de 0,75. También clasificó los resultados de 23 metaanálisis relacionados con los resultados de la TCC y de la modificación del comportamiento, y obtuvo un tamaño del efecto de 0,62. Un metaanálisis de Robinson, Berman y Neimeyer (1990) resumió los resultados de 37 estudios sobre psicoterapia que se centraban específicamente en los resultados del tratamiento de la depresión, y obtuvo un tamaño del efecto de 0,73. Son unos efectos relativamente grandes. (Para conocer el trabajo sobre la eficacia y eficiencia de la psicoterapia, ver Lambert y Ogles, 2004).

Para disponer de algunos puntos de referencia, es instructivo considerar el tamaño del efecto de los medicamentos antidepresivos. Un análisis de las bases de datos de la FDA, Food and Drug Administration (Administración de Alimentos y Fármacos) de los EUA, sobre estudios publicados y no publicados, especificó en el *New England Journal of Medicine* los tamaños del efecto siguientes: 0,26 de la fluoxetina (Prozac), 0,26 de la sertralina (Zoloft), 0,24 del citalopram (Celexa), 0,31 del escitalopram (Lexapro) y 0,30 de la duloxetina (Cymbalta). La media global del tamaño del efecto de los medicamentos antidepresivos aprobada por la FDA entre 1978 y 2004 era de 0,31 (Turner, Matthews, Linardatos, Tell y Rosenthal, 2008) (3). Un metaanálisis publicado en la prestigiosa Biblioteca Cochrane (Moncrieff, Wessely y Hardy, 2004) presentó un tamaño del efecto de 0,17 de los antidepresivos tricíclicos en comparación con el placebo activo (un placebo activo imita los efectos secundarios de un fármaco antidepresivo, pero no es un antidepresivo) (4). Estos efectos son relativamente pequeños. Las diferencias metodológicas entre los ensayos de los medicamentos y los ensayos de la psicoterapia son suficientemente grandes como para que los tamaños del efecto no puedan ser comparables directamente. Los resultados no deberían interpretarse como una evidencia concluyente de que la psicoterapia sea más efectiva. Existen artículos que afirman que el tamaño del efecto de medicamentos antidepresivos aporta puntos de referencia que resultarán familiares a muchos lectores (para listas más globales sobre puntos de referencia del tamaño del efecto, ver, por ejemplo, Lipsey y Wilson, 1993; Meyer et al., 2001).

2 Esta medida, conocida como *diferencia de medias estandarizada*, se utiliza para resumir las conclusiones de cuatro ensayos aleatorios de control. De manera más amplia, el concepto de *tamaño del efecto* puede referirse a cualquier medida que exprese la magnitud de los resultados de una investigación (Rosenthal y Rosnow, 2008).

3 La medida del tamaño del efecto en este estudio era la *g* de Hedges (Hedges, 1982) en lugar de la *d* de Cohen (Cohen, 1988), que se utiliza más habitualmente. Las dos medidas se basan en unas fórmulas computacionales ligeramente diferentes, pero en este caso la elección de una u otra fórmula no cambia el resultado: "Gracias a la gran dimensión de la muestra (más de 12.000), el resultado no cambia si utilizamos la *g* o la *d*; en los dos casos el valor es ,31 hasta dos decimales" (R. Rosenthal, comunicación personal a Marc Diener, enero de 2008).

4 Aunque se pretende que las pruebas con antidepresivos sean a doble ciego resulta fácil saber qué se ha administrado, ya que los efectos secundarios adversos de los medicamentos antidepresivos son físicamente perceptibles y ampliamente conocidos. Por tanto, los participantes en el estudio y sus médicos pueden adivinar si se ha administrado medicación o placebo, y puede suceder que los efectos atribuidos a la medicación se exageren a causa de las expectativas o por los efectos deseados. La utilización de los placebos "activos" facilita que sea un estudio a doble ciego, y el resultado del tamaño del efecto es aproximadamente la mitad que si no se hubieran utilizado.

¿Hasta qué punto es efectiva la terapia psicodinámica?

Un metaanálisis reciente y especialmente riguroso desde el punto de vista metodológico sobre la terapia psicodinámica, publicado por la Biblioteca Cochrane (5), incluía 23 ensayos aleatorios controlados de 1.431 pacientes (Abbass, Hancock, Henderson y Kisely, 2006). Los estudios comparaban pacientes con diferentes trastornos mentales comunes (6) que recibían una terapia psicodinámica de corta duración (< 40 horas) con grupos de control (sin tratamiento, tratamiento mínimo o 'tratamiento habitual'), y mostró un tamaño del efecto de 0,97 con respecto a la mejoría general de los síntomas. El tamaño del efecto aumentó hasta 1,51 cuando los pacientes fueron valorados en un seguimiento a largo plazo (> 9 meses después del tratamiento). Además de los cambios en los síntomas generales, el metaanálisis mostró un tamaño del efecto de 0,81 respecto al cambio en síntomas somáticos, y aumentó hasta 2,21 en el seguimiento a largo plazo; un tamaño del efecto de 1,08 respecto al cambio de los niveles de ansiedad, que aumentó hasta 1,35 en el seguimiento; un tamaño del efecto de 0,59 respecto a los síntomas depresivos, que aumentó hasta 0,98 en el seguimiento (7). La tendencia constante hacia un mayor tamaño del efecto en el seguimiento sugiere que la terapia psicodinámica activa procesos psicológicos que comportan un cambio continuo, incluso una vez finalizada la terapia.

Un metaanálisis publicado en *Archives of General Psychiatry* incluía 17 ensayos aleatorios controlados de alta calidad sobre la terapia psicodinámica de corta duración (una media de 21 sesiones) y mostraba un tamaño del efecto de 1,17 para la terapia psicodinámica en comparación con los grupos de control (Leichsenring, Rabung y Leibing, 2004). El tamaño del efecto en el pretratamiento y en el postratamiento era de 1,39, y aumentaba hasta 1,57 en el seguimiento a largo plazo, el cual tenía lugar como media 13 meses después del postratamiento. Cuando los autores pasaron estos tamaños del efecto a puntos porcentuales, observaron que los pacientes tratados con terapia psicodinámica "se desenvolvían mejor con respecto a su problema principal que el 92% de los pacientes antes de la terapia" (Leichsenring et al., 2004, p. 1213).

Un metaanálisis publicado recientemente analiza la eficacia de la terapia psicodinámica de corta duración para los trastornos somáticos (Abbass, Kisely y Kroenke, 2009). Incluye 23 estudios que implican a 1870 pacientes que padecían un amplio abanico de condiciones somáticas (dermatológicas, neurológicas, cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales, musculoesqueléticas, genitourinarias e inmunológicas). El estudio observaba un tamaño del efecto de 0,69 sobre la mejoría de los síntomas psiquiátricos generales y de 0,59 sobre la mejoría de los síntomas somáticos. Entre los estudios que presentan datos sobre el uso de los servicios de asistencia sanitaria, el 77,78% observan una reducción de la utilización de la asistencia sanitaria a causa de la terapia psicodinámica. Se trata de unos resultados que poseen enormes implicaciones potenciales respecto a la reforma de la asistencia sanitaria.

Un metaanálisis descrito en *American Journal of Psychiatry* analizaba la eficacia tanto de la psicoterapia psicodinámica (14 estudios) como de la TCC (11 estudios) para tratar trastornos de la personalidad (Leichsenring y Liebing, 2003). El metaanálisis describía tamaños del efecto desde el pretratamiento hasta el postratamiento empleando el seguimiento a más largo plazo posible. Para la terapia psicodinámica (la duración media de tratamiento era de 37 semanas), el período medio de seguimiento era de 1,5 años y el tamaño del efecto obtenido desde el pretratamiento hasta el postratamiento era de 1,46. Para la TCC (la duración media de tratamiento era de 16 semanas), el período medio de seguimiento era de 1,5 años y el tamaño del efecto obtenido desde el pretratamiento hasta el postratamiento era de 1,0. Los autores concluyeron que los dos tratamientos resultaban eficaces. Un trabajo más reciente sobre terapia psicodinámica de corta duración (una media de 30,7 sesiones) para trastornos de la personalidad incluye datos sobre 7 ensayos aleatorios controlados (Messer y Abbass, en imprenta). El estudio analiza resultados en el período de seguimiento más amplio posible (una media de 18,9 meses de postratamiento) y se observa un tamaño del efecto de 0,91 sobre la mejoría general de los síntomas (N = 7 estudios) y de 0,97 sobre la mejora en el funcionamiento interpersonal (N = 4 estudios).

5 Más ampliamente conocida en medicina que en psicología, la Biblioteca Cochrane fue creada para potenciar la práctica basada en la evidencia, y es considerada líder en rigor metodológico para los metaanálisis.

6 Estos trastornos incluyen síntomas no psicóticos y trastornos del comportamiento que habitualmente se tratan en los centros de atención primaria y en las unidades de psiquiatría, por ejemplo trastornos depresivos no bipolares, de ansiedad y trastornos somatomorfos, mezclados con frecuencia con problemas interpersonales o de personalidad (Abbass et al., 2006).

7 El metaanálisis calculó los tamaños del efecto de diferentes maneras. Los resultados aquí indicados están basados en el único método que parecía conceptual y estadísticamente más significativo (en este caso, un modelo de efectos aleatorios, con un único valor atípico excluido). Ver la fuente original para análisis más detallados (Abbass et al., 2006).

Dos estudios recientes analizan la eficacia del tratamiento psicodinámico de larga duración. Un metaanálisis publicado en el *Journal of the American Medical Association* (Leichsenring y Rabung, 2008) compara la terapia psicodinámica de larga duración (> 1 año o 50 sesiones) con terapias de una duración inferior para el tratamiento de trastornos mentales complejos (definidos como trastornos mentales múltiples o crónicos, o trastornos de la personalidad) y se observa un tamaño del efecto de 1,8 en los resultados globales (8). El tamaño del efecto desde el pretratamiento hasta el postratamiento es de 1,03 en los resultados globales, y aumenta hasta 1,25 en el seguimiento a largo plazo ($p < ,01$), en una media de 23 meses de postratamiento. El tamaño del efecto aumenta desde la finalización del tratamiento hasta el seguimiento en los 5 ámbitos analizados en el estudio (eficacia global, problemas-objetivo, síntomas psiquiátricos, funcionamiento de la personalidad y funcionamiento social). Un segundo metaanálisis publicado en *Harvard Review of Psychiatry* (de Maat, de Jonghe, Schoevers y Dekker, 2009) analiza la eficacia de la terapia psicodinámica de larga duración (media de 150 sesiones) para pacientes externos adultos con distintos tipos de diagnóstico. Para los pacientes con una patología combinada/moderada, el tamaño del efecto desde el pretratamiento hasta el postratamiento es de 0,78 respecto a la mejora general de los síntomas, y aumenta hasta 0,94 en el seguimiento a largo plazo, en una media de 3,2 años de postratamiento. Para los pacientes con una patología de personalidad severa, el tamaño del efecto desde el pretratamiento hasta el postratamiento es de 0,94, y aumenta hasta 1,02 en el seguimiento a largo plazo, para una media de 5,2 años de postratamiento.

Estos metaanálisis representan las evaluaciones más recientes y más rigurosas desde el punto de vista metodológico sobre la terapia psicodinámica. Es especialmente importante prestar atención al hecho de que los resultados recurrentes indican que los beneficios de la terapia psicodinámica no sólo se mantienen, sino que aumentan con el tiempo, un descubrimiento que ha emergido ahora a partir de (como mínimo) cinco metaanálisis independientes (Abbass et al., 2006; Anderson y Lambert, 1995; de Maat et al., 2009; Leichsenring y Rabung, 2008; Leichsenring et al., 2004). En cambio, los beneficios de otras terapias validadas empíricamente (no psicodinámicas) tienden a disminuir a lo largo del tiempo en los trastornos más comunes (depresión, ansiedad generalizada; de Maat, Dekker, Schoevers y de Jonghe, 2006; Gloaguen, Cottraux, Cucharet y Blackburn, 1998; Hollon et al., 2005; Westen, Novotny y Thompson-Brenner, 2004) (9).

La **Tabla 1** resume las conclusiones de los metaanálisis descritos anteriormente y añade conclusiones adicionales con el fin de aportar más puntos de referencia. Exceptuando los casos en que figura una nota, los tamaños del efecto listados en la tabla están basados en la comparación de grupos tratados y grupos de control y reflejan la respuesta en el momento de finalizar el tratamiento (sin seguimiento a largo plazo).

Tabla 1

Tamaños del efecto ilustrativos de metaanálisis sobre estudios de resultados de tratamientos

Tipos de tratamiento y referencia	Descripción	Tamaño del efecto	Nº estudios/metaanálisis
Psicoterapia general			
Smith et al. (1980)	Diversas terapias y trastornos	0.85	475 estudios
Lipsey y Wilson (1993)	Diversas terapias y trastornos	0.75 ^a	18 metaanálisis
Robinson et al. (1990)	Diversas terapias para depresión	0.73	37 estudios
TCC y terapias relacionadas			
Lipsey y Wilson (1993)	TCC y terapia de la conducta, diversos trastornos	0.62 ^b	23 metaanálisis
Haby et al. (2006)	TCC para depresión, pánico, ansiedad generalizada	0.68	33 estudios
Churchill et al. (2001)	TCC para depresión	1.0	20 estudios

8 El método atípico utilizado para calcular el tamaño del efecto puede provocar una estimación de la eficacia inflada, pudiendo suceder que el tamaño del efecto no sea comparable con otros tamaños del efecto indicados en este artículo (para discusión, ver Thombs, Bassel, & Jewett, 2009).

9 Las excepciones a este patrón son condiciones específicas de ansiedad como el trastorno de pánico y la fobia simple, para las cuales se demuestra que los tratamientos de corta duración mantienen beneficios perdurables (Westen et al., 2004).

Tipos de tratamiento y referencia	Descripción	Tamaño del efecto	Nº estudios/metaanálisis
Cuijpers et al. (2007)	Activación conductual para depresión	0.87	16 estudios
Öst (2008)	Terapia dialéctica conductual, principalmente para trastorno límite de la personalidad	0.58	13 estudios
Medicación antidepressiva			
Turner et al. (2008)	Estudios sobre antidepressivos registrados en la FDA aprobados entre 1987 y 2004	0.31	74 estudios
Moncrieff et al. (2004)	Antidepressivos tricíclicos vs. placebo activo	0.17	9 estudios
Terapia psicodinámica			
Abbass et al. (2006)	Diversos trastornos, mejoría general de síntomas	0.97	12 estudios
Leichsenring et al. (2004)	Diversos trastornos, cambio en problemas objetivo	1.17	7 estudios
Anderson y Lambert (1995)	Diversos trastornos y resultados	0.85	9 estudios
Abbass et al. (2009)	Trastornos somáticos, cambio en síntomas psiquiátricos generales	0.69	8 estudios
Messer y Abbass (en imprenta)	Trastornos de personalidad, mejora general de síntomas	0.91	7 estudios
Leichsenring y Leibing (2003)	Trastornos de personalidad, pretratamiento al postratamiento	1.46 ^c	14 estudios
Leichsenring y Rabung (2008)	Terapia psicodinámica larga duración vs. Terapias de corta duración para trastornos mentales complejos, resultado global	1,8	7 estudios
de Maat et al. (2009)	Terapia psicodinámica larga duración, pretratamiento al postratamiento	0.78 ^c	10 estudios

(a) Tamaño medio del efecto de 18 metaanálisis (de Lipsey y Wilson, 1993, Tabla 1.1). (b) Tamaño medio del efecto de 23 metaanálisis (de Lipsey y Wilson, 1993, Tabla 1.2). (c) Comparación de pretratamiento a postratamiento (dentro del grupo).

Los estudios que demuestran la eficacia de la terapia psicodinámica abarcan un variado abanico de condiciones y poblaciones. Los ensayos aleatorios controlados demuestran la eficacia de la terapia psicodinámica para la depresión, la ansiedad, el pánico, los trastornos somatomorfos, los trastornos alimentarios, los trastornos inducidos por sustancias y los trastornos de la personalidad (Leichsenring, 2005; Milrod et al., 2007).

Los resultados sobre los trastornos de la personalidad son especialmente curiosos. Un estudio reciente sobre pacientes con trastorno límite de la personalidad (Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg, 2007) no sólo demuestra beneficios del tratamiento que igualan o superan los beneficios de otro tratamiento basado en la evidencia, la terapia dialéctica conductual (Linehan, 1993), sino que además demuestra cambios en los mecanismos psicológicos subyacentes (procesos intrapsíquicos) que se cree que pueden propiciar un cambio en los síntomas de los pacientes con trastornos límite de la personalidad (especialmente cambios en la función reflexiva y en la organización de los vínculos afectivos; Levy et al., 2006). Estos cambios intrapsíquicos tuvieron lugar en pacientes que recibieron terapia psicodinámica, pero no en pacientes que recibieron terapia dialéctica conductual.

Estos cambios intrapsíquicos pueden considerarse beneficios del tratamiento a largo plazo. Un estudio publicado recientemente demuestra que existen beneficios de la terapia psicodinámica que perduran cinco años después de la finalización del tratamiento (y ocho años después del inicio del tratamiento). En el seguimiento al cabo de cinco años, el 87% de los pacientes que recibieron "tratamiento habitual" seguían cumpliendo criterios diagnósticos del trastorno límite de personalidad, en cambio, entre los que habían recibido una terapia psicodinámica, el porcentaje era de un 13% (Bateman y Fonagy, 2008). Ningún otro tratamiento para la patología de la personalidad ha demostrado unos beneficios tan duraderos.

En lo que se refiere a estas últimas conclusiones, debe advertirse que se basan en dos estudios, y por tanto no tienen un peso evidencial tan grande como las conclusiones que se han repetido en múltiples estudios que han llevado a cabo equipos de investigación independientes. En líneas generales, debe tenerse en cuenta que hay muchos más estudios empíricos de resultados de otros tratamientos, especialmente de la TCC, que de tratamientos psicodinámicos. La gran divergencia en

el número de estudios se debe, en parte, a la indiferencia hacia la investigación empírica de las generaciones anteriores de psicoanalistas. Esta falta de interés ha ocasionado que se descuidase este campo, y los investigadores actuales trabajan para solucionarlo.

Una segunda advertencia a tener en cuenta es que muchos estudios de resultados psicodinámicos han incluido pacientes con todo un abanico de síntomas y condiciones, en lugar de centrarse en categorías de diagnóstico específicas (por ejemplo, las que se definen por criterios diagnósticos y que se especifican en el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*, en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [4a edición, *DSM-IV*; American Psychiatric Association, 1994]). Hasta qué punto esto representa una limitación es un tema abierto a debate. Una preocupación que surge con frecuencia en los estudios de eficacia de la psicoterapia es que se utilizan muestras de pacientes seleccionadas no representativas, y en consecuencia, sus conclusiones no pueden generalizarse en la práctica clínica real (Western et al., 2004). Tampoco existe un acuerdo universal sobre si las categorías diagnósticas del *DSM-IV* definen grupos discretos u homogéneos de pacientes (considerando que la comorbilidad es la norma y que las enfermedades diagnosticables con frecuencia se encuentran incluidas en síndromes de la personalidad; Blatt y Zuroff, 2005; Westen, Gabbard y Blagov, 2006). Aunque fuera así, un número creciente de estudios sobre tratamientos psicodinámicos sí que se centran en diagnósticos específicos (por ejemplo, Bateman y Fonagy, 2008; Clarkin et al., 2007; Cuijpers, van Straten, Andersson y van Oppen, 2008; Leichsenring, 2001, 2005; Milrod et al., 2007).

Una rosa con otro nombre: el proceso psicodinámico en otras terapias

Los “componentes activos” de una terapia no son necesariamente aquellos que se supone que son según la teoría o el modelo de tratamiento. Por este motivo, los ensayos aleatorios controlados que evalúan una terapia como un “paquete” no necesariamente validan sus premisas teóricas o las intervenciones específicas que se derivan. Por ejemplo, la evidencia disponible indica que los mecanismos de cambio en la terapia cognitiva (TC) *no* son aquellos presupuestos por la teoría. Kazdin (2007), analizando la literatura empírica sobre mediadores y mecanismos de cambio en la psicoterapia, concluía lo siguiente: “Quizás podemos afirmar ahora con más seguridad que antes que sea cual sea la base de los cambios en la TC, no parece que sea la cognición, tal como originalmente se había propuesto” (pag.8).

También existen profundas diferencias en la manera en que ejercen los terapeutas, incluso entre terapeutas que aparentemente administran el mismo tratamiento. Lo que sucede en la consulta clínica refleja las cualidades y el estilo del terapeuta y del paciente en concreto y los propios patrones de interacción que se desarrollan entre ellos. Incluso en estudios controlados elaborados para comparar tratamientos tal y como se describen en los manuales, los terapeutas interactúan con los pacientes de distinta forma, implementan las intervenciones también de manera diferente e introducen procesos no especificados en los manuales del tratamiento (Elkin et al., 1989). En algunos casos, los investigadores han tenido dificultades para determinar, a partir de las transcripciones literales de las sesiones, qué tratamiento se estaba aplicando (Ablon y Jones, 2002).

Por estos motivos, el “nombre del modelo” de las terapias puede resultar muy engañoso. Los estudios que van más allá del nombre del modelo y analizan las grabaciones de video o las transcripciones de las sesiones aportan mucha más información sobre lo que es útil para los pacientes (Goldfried y Wolfe, 1996; Kazdin, 2007, 2008). Estos estudios indican que los componentes activos de otras terapias incluyen inconscientemente elementos psicodinámicos.

Otro método para estudiar qué es lo que sucede realmente en las sesiones de terapia consiste en utilizar el método del conjunto-Q (conjunto de preguntas) para el proceso psicoterapéutico, en inglés *Psychotherapy Process Q-Sort* (PQS; Jones, 2000). Este instrumento consiste en 100 variables que evalúan la técnica del terapeuta y otros aspectos del proceso terapéutico basándose en acciones, comportamientos y afirmaciones específicas realizadas durante las sesiones. En una serie de estudios, evaluadores imparciales puntuaron las 100 variables del PQS obtenidas de transcripciones literales de archivo de sesiones de terapia, en total cientos de horas de terapia extraídas de estudios de resultados tanto de terapia psicodinámica breve como de TCC (Ablon y Jones, 1998; Jones y Pulos, 1993) (10).

¹⁰ El estudio de terapia cognitiva era un ensayo aleatorio controlado para la depresión; los estudios de terapia psicodinámica se basaban en encuestas panel para trastornos combinados y trastornos de estrés postraumático, respectivamente. Para descripciones más detalladas, ver la fuente original (Ablon y Jones, 1998; Jones y Pulos, 1993).

En un estudio, los investigadores pidieron a equipos de expertos internacionalmente conocidos en terapia psicoanalítica y en TCC que utilizaran el PQS para describir tratamientos llevados a cabo “de forma ideal” (Ablon y Jones, 1998). Partiendo de la base de las puntuaciones de los expertos, los investigadores elaboraron prototipos sobre cómo aplicar idealmente la terapia psicodinámica y la TCC. Los dos prototipos diferían considerablemente.

El prototipo psicodinámico ponía el énfasis en el diálogo no estructurado y abierto, sin un desarrollo predefinido (por ejemplo, discusión sobre fantasías y sueños); en identificar temas recurrentes en la experiencia del paciente, en relacionar los sentimientos y percepciones del paciente con experiencias del pasado; en prestar atención a los sentimientos que el paciente consideraba inaceptables (por ejemplo, rabia, envidia, excitación); en señalar actitudes defensivas; en interpretar deseos, sentimientos o ideas que se evitaban o que eran inconscientes; en situar la relación terapéutica como un tema de discusión; y en crear conexiones entre la relación terapéutica y otras relaciones.

El prototipo de la TCC ponía énfasis en el diálogo con un objetivo más específico, en el cual el terapeuta estructura la interacción e introduce temas; funciona de una forma más didáctica, como un profesor; guía y da consejos explícitos; explica la base lógica del tratamiento y de las técnicas; se centra en la situación vital del paciente, se fija en los temas cognitivos como en los sistemas de pensamiento y de creencias; y discute sobre las tareas o actividades (“deberes”) que el paciente puede intentar llevar a cabo fuera de las sesiones de terapia (11).

En tres conjuntos de grabaciones de archivo sobre tratamientos (un estudio de terapia cognitiva y dos estudios de terapia psicodinámica breve), los investigadores midieron la adhesión por parte de los terapeutas a cada prototipo de terapia, sin tener en cuenta el modelo de tratamiento que el terapeuta creía que estaba aplicando (Ablon y Jones, 1998). *La adhesión por parte del terapeuta al prototipo psicodinámico preveía un resultado satisfactorio tanto en la terapia psicodinámica como en la terapia cognitiva.* La adhesión por parte del terapeuta al prototipo de la TCC mostraba poca o ninguna relación con el resultado de cualquiera de las terapias. Las conclusiones eran las mismas que las de un estudio anterior que utilizó una metodología distinta y que también concluyó que las intervenciones psicodinámicas, y no las intervenciones de la TCC, preveían un resultado satisfactorio tanto en los tratamientos cognitivos como en los psicodinámicos (Jones & Pulos, 1993).

Un equipo independiente de investigadores utilizó métodos de búsqueda diferentes y también concluyó que los métodos psicodinámicos preveían un resultado satisfactorio en la terapia cognitiva (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue y Hayes, 1996). El estudio valoró resultados de la terapia cognitiva llevada a cabo de acuerdo con el modelo de tratamiento de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), y los resultados se consideraron como una evidencia de la eficacia de la terapia cognitiva para la depresión (Hollon et al., 1992) (12).

Los investigadores midieron tres variables de las transcripciones literales de sesiones de terapia seleccionadas aleatoriamente, con una muestra de 64 pacientes externos. Una de las variables valoraba la calidad de la alianza de trabajo (el concepto de *alianza de trabajo* o *alianza terapéutica* se reconoce ahora globalmente y con frecuencia se considera un factor no específico o “común” en muchos tipos de terapia; mucha gente no es consciente de que el concepto procede directamente del psicoanálisis, y que ha jugado un papel principal en la teoría y en la práctica psicoanalítica durante más de cuatro décadas; ver Greenson, 1967; Horvath & Luborsky, 1993). La segunda variable valoraba la implementación del modelo de tratamiento cognitivo (por ejemplo, tratando cogniciones distorsionadas que se consideraba provocaban un estado depresivo). La tercera variable, denominada *proceso experiencial* (en inglés *experiencing*), captaba perfectamente la esencia del proceso psicoanalítico:

“En los niveles iniciales [del *proceso experiencial*], el paciente habla sobre acontecimientos, ideas o sobre los otros (Fase 1); hace referencia a sí mismo pero sin expresar emociones (Fase 2); o expresa las emociones pero sólo cuando hacen referencia a circunstancias externas (Fase 3). En los niveles posteriores el paciente se centra directamente en las propias emociones y en los propios pensamientos (Fase 4), se adentra a explorar su experiencia interior (Fase 5), y *adquiere consciencia sobre sentimientos y significados anteriormente implícitos* [énfasis añadido] (Fase 6). El nivel más alto (Fase 7) hace referencia a un proceso continuo de comprensión profunda de uno mismo.” (Castonguay et al., 1996, pag. 499).

11 Para descripciones más completas sobre los dos prototipos de terapia, ver la fuente original (Ablon & Jones, 1998).

12 El estudio es uno de los estudios de archivo analizados por Jones y su equipo (Ablon y Jones, 1998; Jones y Pulos, 1993).

Es especialmente relevante la frase “adquiere consciencia sobre sentimientos y significados anteriormente implícitos”. El término implícito hace referencia, evidentemente, a aspectos de la vida mental sobre los que no se tenía consciencia en un principio. El objeto conceptual medido por la escala nos remite a los inicios del psicoanálisis y a su objetivo principal de hacer consciente el inconsciente (Freud, 1896/1962) (13).

En este estudio sobre la teoría de la terapia cognitiva para la depresión se extrajeron las conclusiones siguientes: (a) Una alianza de trabajo prevé una mejoría del paciente en todos los indicadores usados para medir los resultados; (b) el proceso psicodinámico (“*proceso experiencial*”) prevé una mejoría del paciente en todos los indicadores usados para medir los resultados; y (c) la adhesión del terapeuta al modelo de tratamiento cognitivo (por ejemplo, centrarse en las cogniciones distorsionadas) prevé un resultado *más pobre*. Un estudio posterior que utilizaba una metodología distinta extrajo las mismas conclusiones, que las intervenciones dirigidas a un cambio cognitivo preveían un resultado más pobre (Hayes, Gastonguay y Goldfried, 1996). Sin embargo, estudios realizados sobre las relaciones interpersonales con los cuidadores tempranos y la exploración de las experiencias pasadas - elementos centrales de la técnica psicodinámica- preveían un resultado satisfactorio.

Estas conclusiones no deben interpretarse como si se indicase que las técnicas cognitivas son perjudiciales; otros estudios han demostrado la existencia de una relación positiva entre la técnica de la TCC y los resultados (Feeley, DeRubeis y Gelfand, 1999; Strunk, DeRubeis, Chiu y Alvarez, 2007; Tang y DeRubeis, 1999). Análisis cualitativos de transcripciones literales de sesiones sugieren que los resultados más pobres asociados a las intervenciones cognitivas se debían a la implementación del modelo de tratamiento cognitivo de manera dogmática, rígida y sin sensibilidad por parte de algunos terapeutas (Castonguay et al., 1996). (Ningún modelo de terapia tiene el monopolio del dogmatismo o de la insensibilidad terapéutica. En efecto, la historia del psicoanálisis está repleta de ejemplos de excesos dogmáticos). Por otra parte, los resultados *sí* indicaban que los terapeutas más efectivos utilizaban procesos terapéuticos que desde hacía mucho tiempo eran elementos centrales y definitorios de la teoría y la práctica psicoanalítica.

Otros estudios empíricos también han demostrado una relación entre los métodos psicodinámicos y los resultados satisfactorios, independientemente de si los investigadores identificaban explícitamente o no que los métodos utilizados eran “psicodinámicos” (Barber, Crits-Christoph, y Luborsky, 1996; Diener, Hilsenroth y Weinberger, 2007; Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer y Gagnon, 1998; Hayes y Strauss, 1998; Hilsenroth, Ackerman, Blagys, Baity y Mooney, 2003; Høglend et al., 2008; Norcross, 2002; Pos, Greenberg, Goldman y Korman, 2003; Vocisano et al., 2004).

El vuelo del Dodo

El título de esta sección es una alusión a lo que en investigación psicoterapéutica se conoce como el veredicto del Dodo. Después de analizar estudios de distintas épocas sobre los resultados de la psicoterapia, Rosenzweig (1936) y posteriormente Luborsky, Singer y Luborsky (1975), se llega a la misma conclusión que el Dodo de *Alicia en el país de las maravillas*: “Todos han ganado, y todos merecen un premio”. Los resultados de diferentes terapias eran sorprendentemente equivalentes y ningún modelo de psicoterapia resultaba superior a otro. En los casos poco frecuentes en que los estudios encontraban diferencias entre tratamientos activos, los resultados casi siempre se decantaban por el tratamiento que los investigadores preferían (el efecto de lealtad del investigador; Luborsky et al., 1999).

Las investigaciones posteriores poco han aportado para poder modificar el veredicto del Dodo (Lambert y Ogles, 2004; Wampold, Minami, Baskin y Callen Tierney, 2002). Por ejemplo, los estudios que han comparado directamente la TCC con la terapia psicodinámica de corta duración para tratar la depresión no han conseguido demostrar una mayor eficacia de la TCC sobre la terapia psicodinámica, y viceversa (Cuijpers et al., 2008; Leichsenring, 2001). Leichsenring (2001) afirmó que los dos tratamientos podían calificarse como terapias empíricamente validadas, según los criterios definidos por la Asociación Psicológica Americana, Unidad 12, grupo de trabajo para la promoción y divulgación de los procedimientos psicológicos (1995; Chambless et al., 1998). Algunos de estos estudios comparaban tratamientos psicodinámicos con una duración de ocho horas —que muchos profesionales considerarían inadecuada—, con tratamientos de 16 sesiones de TCC. Pero incluso en estos estudios los resultados eran comparables (Barkham et al., 1996; Shapiro et al., 1994).

¹³ Aunque el término “*proceso experiencial*” (*experiencing*) procede de la tradición de la terapia humanística, el *fenómeno* evaluado por la escala —una trayectoria de exploración profunda de uno mismo que lleva a una mayor consciencia de la vida mental implícita o inconsciente— es la característica *definitoria* del psicoanálisis y de la terapia psicoanalítica.

Existen muchos motivos por los cuales los estudios de resultados no consiguen demostrar diferencias entre los tratamientos, a pesar de que estas diferencias realmente existen. Otros expertos discuten sobre las limitaciones y las asunciones no estudiadas de los métodos actuales de investigación (Golfried y Wolfe, 1996; Norcross, Beutler y Levant, 2005; Westen et al., 2004). Aquí me centro en una limitación principal: la no coincidencia entre el objetivo que persigue la terapia psicodinámica y el que habitualmente miden los estudios de resultados.

Tal como he mencionado anteriormente, los objetivos de la terapia psicodinámica incluyen una disminución de los síntomas graves, pero van más allá. La salud psicológica no es la mera ausencia de síntomas, sino que es la presencia positiva de capacidades y recursos internos que permiten a los individuos vivir la vida con un mayor sentimiento de libertad y de posibilidades. Los indicadores para medir resultados se basan en los síntomas, utilizados habitualmente en los estudios de resultados (por ejemplo, el inventario de la depresión de Beck [Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961] o la escala de valoración de la depresión de Hamilton [Hamilton, 1960]), y no buscan una evaluación de estas capacidades internas (Blatt y Auerbach, 2003; Kazdin, 2008). Posiblemente, el veredicto del Dodo refleja el fracaso de los investigadores, tanto los psicodinámicos como los no psicodinámicos, a la hora de evaluar adecuadamente el abanico de fenómenos que pueden cambiar con la psicoterapia.

El procedimiento de evaluación de Shedler-Westen (SWAP, del inglés Shedler-Westen Assessment Procedure; Shedler y Westen, 2007; Westen y Shedler, 1999^a, 1999^b) es un método para evaluar las capacidades y los recursos internos que la psicoterapia puede desarrollar. El SWAP se basa en un informe que realiza el doctor (no es una autoevaluación por parte del paciente). Se trata de un instrumento que evalúa un amplio abanico de procesos de la personalidad, tanto patológicos como relacionados con la salud. Este instrumento puede ser utilizado por especialistas de cualquier orientación teórica y se ha demostrado su alta fiabilidad y validez para un amplio abanico de medición de criterios (Shedler y Westen, 2007; Westen y Shedler, 2007). El SWAP incluye un índice de Desarrollo Saludable que contiene los elementos listados en la Tabla 2, los cuales definen y ayudan a hacer mensurable la salud mental, tal como se entiende de manera consensuada por los médicos especialistas de diferentes orientaciones teóricas (Westen y Shedler, 1999^a, 1999^b). Muchos modelos de tratamiento, incluso los medicamentos, pueden ser eficaces para aligerar los síntomas psiquiátricos graves, al menos a corto plazo. No obstante, no todas las terapias buscan cambiar los procesos psicológicos subyacentes como aquellos que el SWAP evalúa. (Puede previsualizarse una versión del SWAP, que genera y crea el gráfico de la puntuación de la T, para un amplio abanico de características y trastornos de la personalidad, en www.SWAPassessment.org).

Los investigadores, incluyendo a los investigadores que se decantan por la psicoterapia psicodinámica, todavía tienen que llevar a cabo estudios de resultados convincentes que evalúen los cambios en las capacidades y los recursos internos, pero dos estudios plantean unas posibilidades interesantes y sugieren unas direcciones para futuras investigaciones. Uno de ellos es un estudio del caso de una mujer diagnosticada con trastorno límite de la personalidad y que fue valorada mediante el proceso de evaluación SWAP por asesores independientes (no por el médico que la trataba) al principio del tratamiento y de nuevo dos años después de la terapia psicodinámica (Lingiardi, Shedler y Gazzillo, 2006). Además de una disminución significativa en las escalas del SWAP que medían la psicopatología, los resultados del SWAP de la paciente mostraban una mayor capacidad para la empatía y más sensibilidad hacia las necesidades de los otros; un aumento de la capacidad para reconocer los puntos de vista diferentes, incluso cuando las emociones eran intensas; una mayor capacidad para reconfortarse y calmarse; un reconocimiento y una consciencia más alta de las consecuencias de sus acciones; una mayor capacidad para expresarse verbalmente; una percepción más afinada y equilibrada de la gente y de las situaciones; una mayor capacidad para apreciar el humor; y quizás lo más importante, había aceptado las experiencias dolorosas del pasado, había encontrado el sentido de estas experiencias y había crecido y aprendido de ellas. La puntuación de la paciente en el índice de Desarrollo Saludable del SWAP había subido aproximadamente dos desviaciones estándar después del tratamiento.

Un segundo estudio utilizaba el SWAP para comparar 26 pacientes que empezaban el psicoanálisis con 26 pacientes que acababan el psicoanálisis (Cogan y Porcerelli, 2005). El segundo grupo no sólo obtenía puntuaciones significativamente más bajas en los elementos del SWAP que evaluaban la depresión, la ansiedad y el sentimiento de culpa, vergüenza, incompetencia y miedo al rechazo, sino que obtenían una puntuación significativamente superior en los elementos del SWAP que evaluaban las fortalezas y capacidades internas (ver Tabla 2), como una mayor satisfacción en la búsqueda de objetivos a largo plazo, placer ante los retos y en llevar a cabo proyectos, capacidad para utilizar sus talentos y habilidades, satisfacción en las actividades de la vida, empatía hacia los demás, asertividad

y efectividad interpersonal, capacidad para escuchar y obtener provecho de información que podría resultar una amenaza emocional, y aceptación de las experiencias dolorosas del pasado. Para el grupo que estaba finalizando el psicoanálisis, la puntuación media en el índice de Desarrollo Saludable era de una desviación estándar más alta.

Tabla 2

Definición de la Salud Mental: Elementos del Procedimiento de Evaluación de Shedler–Westen (SWAP–200; Shedler y Westen, 2007)

- Es capaz de utilizar su talento, sus habilidades y energía de forma efectiva y productiva.
- Disfruta con los retos; le gusta llevar a cabo cosas.
- Es capaz de mantener una relación amorosa con sentido, caracterizada por una intimidad, estima y comprensión auténticas.
- Encuentra sentido al hecho de pertenecer y contribuir a una comunidad más amplia (por ejemplo, organización, iglesia, barrio).
- Es capaz de encontrar sentido y sentir satisfacción guiando, cuidando y actuando como mentor de otros.
- Es empático; es sensible y responsable ante las necesidades y sentimientos de los demás.
- Es capaz de hacerse valer de forma efectiva y adecuada cuando es preciso.
- Aprecia el humor y responde.
- Es capaz de escuchar información que puede resultar una amenaza emocional (por ejemplo, que pone en duda creencias, percepciones y autopercepciones que valora).
- Parece haber aceptado las experiencias dolorosas del pasado; ha encontrado sentido y ha crecido a partir de estas experiencias.
- Se expresa bien; puede expresarse bien con palabras.
- Tiene una vida sexual activa y satisfactoria.
- Se muestra cómodo y relajado en situaciones sociales.
- En general siente satisfacción y felicidad en las actividades de la vida.
- Tiende a expresar el afecto en forma adecuada, en calidad e intensidad, en función de la situación y el momento.
- Tiene capacidad para reconocer puntos de vista diferentes, incluso sobre aspectos que le remueven fuertes sentimientos.
- Tiene estándares morales y éticos, y se esfuerza por vivir siguiéndolos.
- Es creativo; es capaz de ver las cosas o hacer frente a los problemas de forma original.
- Tiende a ser consciente y responsable.
- Tiende a mostrarse enérgico y extrovertido.
- Es perspicaz psicológicamente; es capaz de entenderse y entender a los otros de manera sutil y sofisticada.
- Es capaz de encontrar sentido y satisfacción en la búsqueda de objetivos y ambiciones a largo plazo.
- Es capaz de establecer relaciones de amistad cercanas y duraderas, caracterizadas por el apoyo mutuo y el intercambio de experiencias.

Las limitaciones metodológicas impiden extraer conclusiones causales de estos estudios, pero sugieren que la terapia psicodinámica consigue no solo aliviar los síntomas, sino además desarrollar capacidades y recursos internos que posibilitan una vida plena y satisfactoria. Los instrumentos de medida como el SWAP podrían incorporarse a futuros ensayos aleatorios controlados. Deberían ser puntuados por asesores independientes que desconocieran el tipo de tratamiento, y deberían utilizarse para evaluar los resultados mencionados anteriormente. Con independencia de si todos los tipos de terapia tienen como objetivo estos resultados, o de si los investigadores los estudian, lo cierto es que son claramente los resultados que persiguen muchas de las personas que hacen psicoterapia. Quizás por este motivo los terapeutas, independientemente de sus orientaciones teóricas propias, tienden a elegir una psicoterapia psicodinámica para sí mismos como pacientes (Norcross, 2005).

Discusión

Una de las finalidades de este artículo era ofrecer una visión general de algunos principios básicos de la terapia psicodinámica para aquellos lectores que no los hubieran visto convenientemente expuestos o directamente presentados por un terapeuta contemporáneo que los considera con seriedad y así los emplea en su práctica clínica. Otra finalidad era demostrar que los tratamientos

psicodinámicos están validados empíricamente en forma considerable. A pesar de ello, la literatura empírica sobre tratamientos psicodinámicos presenta importantes limitaciones. En primer lugar, el número de ensayos aleatorios controlados sobre otros tipos de psicoterapia, principalmente la TCC, es considerablemente mayor que el de estudios sobre la psicoterapia psicodinámica y posiblemente con diferencia de gran magnitud. Muchos de estos ensayos –especialmente los ensayos más modernos y mejor realizados- son más rigurosos metodológicamente (pese a que algunos de los ensayos psicodinámicos aleatorios controlados más modernos, como el de Clarkin et al., 2007, cumplen también los estándares más altos de rigor metodológico). En demasiadas ocasiones las características de las muestras de pacientes se han especificado con poca exactitud, los métodos de tratamiento se han especificado inadecuadamente y se ha hecho un mal seguimiento, y las condiciones de control no han sido óptimas (por ejemplo, se han utilizado grupos de control sin tratamiento o “tratamiento habitual” en lugar de tratamientos alternativos activos, una limitación también aplicable a la investigación más general sobre terapias empíricamente validadas). Estas limitaciones, entre otras, de la literatura de investigación psicodinámica deben solucionarse en futuras investigaciones. Mi intención no era el comparar tratamientos o literaturas, sino analizar la evidencia empírica que valida los tratamientos y los procesos terapéuticos psicodinámicos, frecuentemente poco valorados.

En la redacción de este artículo me han sorprendido diversas ironías. Una es que los académicos que rechazan los enfoques psicodinámicos, a veces vehementemente, con frecuencia lo hacen en nombre de la ciencia. Algunos defienden una ciencia de la psicología fundamentada exclusivamente en el método experimental. Y pese a ello, el mismo método experimental llega a conclusiones que apoyan los conceptos y tratamientos psicodinámicos (por ejemplo, Westen, 1998). Teniendo en cuenta la acumulación de resultados empíricos, las afirmaciones generales que dicen que a los enfoques psicodinámicos les falta evidencia científica (por ejemplo, Barlow y Durand, 2005; Crews, 1996; Kihlstrom, 1999) ya no son defendibles. Las presentaciones que equiparan el psicoanálisis con conceptos antes aceptados por la comunidad psicoanalítica a principios del siglo XX también son engañosas; en el mejor de los casos no se basan en informaciones pertinentes y en el peor de los casos son falsas.

Una segunda ironía consiste en que relativamente pocos terapeutas clínicos, incluyendo a los terapeutas psicodinámicos, están familiarizados con la investigación analizada en este artículo. Muchos especialistas y formadores no están bien preparados para dar respuesta a los retos de terapeutas, estudiantes, analistas o responsables de elaborar políticas que tengan una orientación basada en la evidencia, y ello a pesar de la acumulación de evidencia empírica de alta calidad que defiende los conceptos y los tratamientos psicodinámicos. Del mismo modo que el sentimiento antipsicoanalítico puede haber impedido la divulgación de esta investigación en los círculos académicos, igualmente la desconfianza en los métodos de investigación académica puede haber impedido su divulgación entre los círculos psicoanalíticos (ver Bornstein, 2001). Estas actitudes están cambiando, pero no lo hacen con la rapidez necesaria.

Los investigadores también comparten parte de la responsabilidad por este estado de la cuestión (Shedler, 2006b). Muchos investigadores dan por descontado que los terapeutas clínicos son los consumidores destinatarios de la investigación clínica (Grupo de trabajo para la promoción y divulgación de los procedimientos psicológicos, 1995), pero muchos de los estudios de resultados y muchos de los metaanálisis sobre psicoterapia que se han analizado en este artículo claramente no están escritos para los terapeutas. Al contrario, son densos, complejos y técnicos y con frecuencia parece que hayan sido escritos principalmente para otros investigadores de psicoterapia; nos encontramos con el caso de una mano que escribe para la otra mano. Como especialista experimentado en psicometría y metodología de la investigación debo admitir que descifrar algunos de estos artículos me supuso horas de estudio y no pocas consultas a colegas que realizan y publican investigaciones sobre resultados. Tengo dudas sobre cómo los terapeutas clínicos con conocimientos medios pueden sacar provecho de estos artículos, teniendo en cuenta los métodos estadísticos especializados, las muestras clínicamente no representativas, el efecto de lealtad del investigador, los métodos inconsistentes a la hora de explicar los resultados, y las conclusiones inconsistentes extraídas de múltiples variables de resultados de una relevancia clínica dudosa. Si los terapeutas clínicos son, en efecto, los “consumidores” destinatarios de la investigación en psicoterapia, entonces la investigación en psicoterapia tiene que ser más relevante para el consumidor (Westen, Novotny yThompson-Brenner, 2005).

Considerando lo que he comentado anteriormente, la evidencia disponible demuestra que el tamaño del efecto de las terapias psicodinámicas es tan grande como la de otros tratamientos que se han

catalogado activamente como “validados empíricamente” y “basados en la evidencia”. Lo cual indica que los “componentes activos” (con frecuencia desconocidos) de otras terapias incluyen técnicas y procesos que a lo largo de mucho tiempo han sido elementos centrales y definitorios del tratamiento psicodinámico. Finalmente, la evidencia demuestra que los beneficios del tratamiento psicodinámico son duraderos y no transitorios, y que tienden a perdurar después de la remisión de los síntomas. Para mucha gente, la terapia psicodinámica puede favorecer los recursos y las capacidades internas y posibilitar una vida más rica, más libre y más plena.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., & Kisely, S. (2006).** Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Tssue 4, Article No. CD004687. doi:10.1002/14651858.CD004687.pub3
- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009).** Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and metaanalysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 265–274. doi:10.1159/000228247
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1998).** How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 71– 83. doi: 10.1080/10503309812331332207
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002).** Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NTMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 159, 775–783.
- American Psychiatric Association. (1994).** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, E. M., & Lambert, M. J. (1995).** Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503–514. doi:10.1016/0272-7358(95)00027-M
- Barber, J., Crits-Christoph, P., & Luborsky, L. (1996).** Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 619 – 622. doi:10.1037/0022-006X.64.3.619
- Barkham, M., Rees, A., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., Agnew, R. M., Halstead, J., . . . Harrington, V. M. G. (1996).** Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: Replication of the second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1079 –1085. doi:10.1037/0022-006X.64.5.1079
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2005).** *Abnormal psychology: An integrative approach* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008).** 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631– 638. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07040636
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979).** *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961).** An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2000).** Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 167–188.
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2002).** Distinctive activities of cognitive– behavioral therapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review*, 22, 671–706. doi: 10.1016/S0272-7358(01)00117-9
- Blatt, S. J., & Auerbach, J. S. (2003).** Psychodynamic measures of therapeutic change. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 268 –307.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (2005).** Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*, 25, 459 – 486. doi:10.1016/j.cpr.2005.03.001
- Bornstein, R. (1988).** Psychoanalysis in the undergraduate curriculum: The treatment of psychoanalytic theory in abnormal psychology texts. *Psychoanalytic Psychology*, 5, 83–93. doi:10.1037/h0085122
- Bornstein, R. (1995, Spring).** Psychoanalysis in the undergraduate curriculum: An agenda for the psychoanalytic researcher. *Bulletin of the Psychoanalytic Research Society*, 4(1). Retrieved from <http://www.columbia.edu/hc137/prs/v4n1/v4n1!2.htm>
- Bornstein, R. (2001).** The impending death of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 18, 3–20. doi:10.1037/0736-9735.18.1.3
- Burum, B. A., & Goldfried, M. R. (2007).** The centrality of emotion to psychological change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 407– 413. doi:10.1111/j.1468-2850.2007.00100.x
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S. L., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996).** Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497–504. doi:10.1037/0022-006X.64.3.497
- Chambless, D. L., Baker, M., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., . . . Woody, S. R. (1998).** Update on empir- ically validated therapies, TT. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3–16.
- Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A., & Wessely, S. (2001).** A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment*, 5, 1–173. doi:10.3310/hta5350
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007).** Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922–928. doi: 10.1176/appi.ajp.164.6.922
- Cogan, R., & Porcerelli, J. H. (2005).** Clinician reports of personality pathology of patients beginning and patients ending psychoanalysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 78, 235–248.
- Cohen, J. (1988).** *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Crews, F. (1996).** The verdict on Freud. *Psychological Science*, 7, 63– 67.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008).** Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909 –922. doi:10.1037/a0013075
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007).** Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318 –326. doi:10.1016/j.cpr.2006.11.001
- de Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., & de Jonghe, F. (2006).** Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 16, 562–572. doi:10.1080/10503300600756402
- de Maat, S., de Jonghe, F., Schoevers, R., & Dekker, J. (2009).** The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 1–23. doi: 10.1080/16073220902742476
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2007).** Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A metaanalysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 936 –941. doi:10.1176/appi.ajp.164.6.936

- Elkin, T., Shea, T., Watkins, J. T., Timber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., . . . Parloff, M. B. (1989).** National Institutes of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 971–982.
- Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999).** The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 578–582. doi:10.1037/0022-066X.67.4.578
- Freud, S. (1962).** Further remarks on the neuro-psychoses of defence. In J. Strachey (Ed. and trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 157–185). London, England: Hogarth Press. (Original work published 1896)
- Gabbard, G. O. (2004).** *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L., & Gagnon, R. (1998).** Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, *8*, 190–209. doi:10.1080/10503309812331332307
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, T. (1998).** A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, *49*, 59–72.
- Goldfried, M. R., & Wolfe, B. E. (1996).** Psychotherapy practice and research: Repairing a strained alliance. *American Psychologist*, *51*, 1007–1016. doi:10.1037/0003-066X.51.10.1007
- Greenson, R. R. (1967).** *The technique and practice of psychoanalysis*. New York, NY: International Universities Press.
- Haby, M. M., Donnelly, M., Corry, J., & Vos, T. (2006).** Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: A meta-regression of factors that may predict outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*, 9–19.
- Hamilton, M. A. (1960).** A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, *23*, 56–61. doi:10.1136/jnnp.23.1.56
- Hansell, J. (2005).** Writing an undergraduate textbook: An analyst's strange journey. *Psychologist–Psychoanalyst*, *24*(4), 37–38. Retrieved from <http://www.division39.org/pdfs/PsychPsychoanalyst1004c.pdf>
- Hayes, A. M., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1996).** Effectiveness of targeting the vulnerability factors of depression in cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 623–627. doi:10.1037/0022-006X.64.3.623
- Hayes, A., & Strauss, J. (1998).** Dynamic systems theory as a paradigm for the study of cognitive change in psychotherapy: An application of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 939–947. doi:10.1037/0022-006X.66.6.939
- Hedges, L. V. (1982).** Estimation of effect size from a series of independent experiments. *Psychological Bulletin*, *92*, 490–499. doi:10.1037/0033-2909.92.2.490
- Hilsenroth, M., Ackerman, S., Blagys, M., Baity, M., & Mooney, M. (2003).** Short-term psychodynamic psychotherapy for depression: An evaluation of statistical, clinically significant, and technique specific change. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *191*, 349–357. doi: 10.1097/00005053-200306000-00001
- Høglend, P., Bøgwald, K.-P., Amlø, S., Marble, A., Ulberg, R., Sjaastad, M. C., . . . Johansson, P. (2008).** Transference interpretations in dynamic psychotherapy: Do they really yield sustained effects? *American Journal of Psychiatry*, *165*, 763–771.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Wiemer, M. J., Garvey, M. J., Grove, M. W., & Tuasn, V. B. (1992).** Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 774–781.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., . . . Gallop, R. (2005).** Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 417–422.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993).** The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 561–573. doi:10.1037/0022-006X.61.4.561
- Jones, E. E. (2000).** *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993).** Comparing the process in psychodynamic and cognitive behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 306–316. doi:10.1037/0022-006X.61.2.306
- Kazdin, A. E. (2007).** Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 1–27. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kazdin, A. E. (2008).** Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, *63*, 146–159. doi:10.1037/0003-066X.63.3.146
- Kihlstrom, J. F. (1999).** A tumbling ground for whimsies? *Contemporary Psychology*, *44*, 376–378. doi:10.1037/002604
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004).** The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139–193). New York, NY: Wiley.
- Leichsenring, F. (2001).** Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, *21*, 401–419.
- Leichsenring, F. (2005).** Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? *International Journal of Psychoanalysis*, *86*, 841–868.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003).** The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1223–1232.
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008).** Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, *300*, 1551–1565.
- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004).** The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 1208–1216.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006).** Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 1027–1040. doi:10.1037/0022-066X.74.6.1027
- Linehan, M. M. (1993).** *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Lingiardi, V., Shedler, J., & Gazzillo, F. (2006).** Assessing personality change in psychotherapy with the SWAP-200: A case study. *Journal of Personality Assessment*, *86*, 23–32.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993).** The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from metaanalysis. *American Psychologist*, *48*, 1181–1209. doi:10.1037/0003-066X.48.12.1181
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (2001).** *Practical meta-analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Luborsky, L., Diger, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., . . . Schweizer, E. (1999).** The researcher's own therapy allegiances: A “wild card” in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *6*, 95–106. doi:10.1093/clipsy.6.1.95

- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.
- McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Messer, S. B., & Abbass, A. A. (in press). Evidence-based psychodynamic therapy with personality disorders. In J. Magnavita (Ed.), *Evidencebased treatment of personality dysfunction: Principles, methods and processes*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dies, R. R., . . . Reed, G. M. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56, 128–165. doi:10.1037/0003-066X.56.2.128
- Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., . . . Shear, M. K. (2007). A randomized control trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 265–272. doi:10.1176/appi.ajp.164.2.265
- Moncrieff, J., Wessely, S., & Hardy, R. (2004). Active placebos versus antidepressants for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, Article No. CD003012. doi:10.1002/14651858. CD003012.pub2
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2005). The psychotherapist's own psychotherapy: Educating and developing psychologists. *American Psychologist*, 60, 840–850. doi:10.1037/0003-066X.60.8.840
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (Eds.). (2005). *Evidence based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296–321. doi:10.1016/j.brat.2007.12.005
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Korman, L. M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1007–1016. doi: 10.1037/0022-066X.71.6.1007
- Redmond, J., & Shulman, M. (2008). Access to psychoanalytic ideas in American undergraduate institutions. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56, 391–408. doi:10.1177/0003065108318639
- Robinson, L. A., Berman, J. S., & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30–49. doi:10.1037/0033-2909.108.1.30
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research*. Newbury Park, CA: Sage.
- Rosenthal, R., & DiMatteo, M. R. (2001). Meta-analysis: Recent developments in quantitative methods for literature reviews. *Annual Review of Psychology*, 52, 59–82.
- Rosenthal, R., & Rosnow, R. L. (2008). *Essentials of behavioral research: Methods and data analysis* (3rd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412–415. (Reprinted in *Journal of Psychotherapy Integration*, 2002, 12, 5–9. doi:10.1037/1053-0479.12.1.5)
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S., & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 522–534. doi:10.1037/0022-066X.62.3.522
- Shedler, J. (2006a). *That was then, this is now: Psychoanalytic psychotherapy for the rest of us*. Retrieved from <http://psychsystems.net/shedler.html>
- Shedler, J. (2006b). Why the scientist–practitioner schism won't go away. *The General Psychologist*, 41(2), 9–10. Retrieved from <http://www.apa.org/divisions/div1/archive.html>
- Shedler, J., & Westen, D. (2007). The Shedler–Westen Assessment Procedure (SWAP): Making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of Personality Assessment*, 89, 41–55.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Strunk, D. R., DeRubeis, R. J., Chiu, A. W., & Alvarez, J. (2007). Patients' competence in and performance of cognitive therapy skills: Relation to the reduction of relapse risk following treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 523–530. doi:10.1037/0022-006X.75.4.523
- Tang, T., & DeRubeis, R. (1999). Sudden gains and critical session in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 894–904. doi:10.1037/0022-006X.67.6.894
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48(1), 3–23.
- Thombs, B. D., Bassel, M., & Jewett, L. R. (2009). Analyzing effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. *Journal of the American Medical Association*, 301, 930.
- Turner, E. H., Matthews, A. M., Linardatos, E., Tell, R. A., & Rosenthal, R. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*, 358, 252–260.
- Vocisano, C., Klein, D. N., Arnow, B., Rivera, C., Blalock, J. A., Rothbaum, B., . . . Thase, M. E. (2004). Therapist variables that predict change in psychotherapy with chronically depressed outpatients. *Psychotherapy*, 41, 255–265. doi:10.1037/0033-3204.41.3.255
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Callen Tierney, S. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus "other therapies" for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159–165.
- Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124, 333–371. doi:10.1037/0033-2909.124.3.333
- Westen, D., Gabbard, G., & Blagov, P. (2006). Back to the future: Personality structure as a context for psychopathology. In R. F. Krueger & J. L. Tackett (Eds.), *Personality and psychopathology* (pp. 335–384). New York, NY: Guilford Press.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631–663. doi:10.1037/0033-2909.130.4.631
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2005). EBP EST: Reply to Crits-Christoph et al. (2005). and Weisz et al. (2005). *Psychological Bulletin*, 131, 427–433. doi:10.1037/0033-2909.131.3.427
- Westen, D., & Shedler, J. (1999a). Revising and assessing Axis TT, Part 1: Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156, 258–272.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999b). Revising and assessing Axis TT, Part 2: Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 273–285.
- Westen, D., & Shedler, J. (2007). Personality diagnosis with the Shedler–Westen Assessment Procedure (SWAP): Integrating clinical and statistical measurement and prediction. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 810–822. doi:10.1037/0021-843X.116.4.810