

Capítulo 3

TEORÍAS PSICODINÁMICAS

Jacques P. Barber y Nili Solomonov

Traducción al español: Jimena Grasso y Natalia Helmich, Cátedra Clínica Psicológica: Psicoterapias, Emergencias e Interconsultas. Cátedra I. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

El pensamiento psicodinámico, comenzando con lo escrito por Freud sobre psicoanálisis, ha atravesado cambios teóricos significativos en sus más de 100 años de existencia. A pesar de que algunos de los constructos teóricos de Freud han recibido apoyo empírico y se han mantenido importantes componentes de la teoría psicoanalítica-psicodinámica, otros han sido abandonados o actualizados a lo largo de los años como resultado de la acumulación de conocimiento y evidencia empírica (ver Capítulo 2, en este volumen, para detalles). Por lo tanto, hay muchas teorías psicodinámicas vivas actualmente.

En este capítulo, resumimos las múltiples definiciones, evolución histórica y grandes variaciones en la teoría psicodinámica en psicología clínica. Después revisamos evaluación, diagnóstico y práctica de la terapia psicodinámica contemporánea. El capítulo concluye con las grandes contribuciones de la teoría psicodinámica y sus direcciones probables en el futuro.

DEFINICIONES

Aquí consideramos cinco temas del pensamiento psicodinámico contemporáneo, dependiendo en parte del trabajo de Drew Westen (1998). Primero, un concepto central de la teoría psicodinámica es la existencia de contenidos (por ejemplo, creencias) y procesos inconscientes y procesos, incluyendo mecanismos de defensa. Una noción relacionada es que el comportamiento tiene un significado, a veces el significado es obvio y disponible para lo individual, a veces es obvio sólo para un observador, y a veces uno necesita trabajar más duro para descubrir su significado. Las cosas son complejas porque, por momentos, el comportamiento tiene múltiples significados. Segundo, los teóricos psicodinámicos enfatizan la centralidad de los conflictos en la vida humana. Los conflictos emergen entre deseos, miedos, fantasías y pensamientos. Está extensamente asumido que estos conflictos llevan inevitablemente a sentimientos de ambivalencia y que aquellos conflictos llevan a formaciones de compromiso, esto es, comportamientos que son creados como un intento de resolver un conflicto subyacente.

Una tercer característica definitoria de los teóricos psicodinámicos, es el énfasis en el rol de las experiencias en la temprana infancia, especialmente las relaciones con sus cuidadores, en el desarrollo de la estructura de personalidad de un individuo. En cuarto lugar,

actualmente, la teoría psicodinámica enfatiza la importancia de las relaciones del *self*, de los otros, y de las relaciones interpersonales, en contraste con el deseo de satisfacer pulsiones sexuales y agresivas descritas por Freud. En la terapia psicodinámica, hay un enfoque relacionado con la relación terapeuta-paciente (por ejemplo, transferencia) como un modo de entender cómo la mente del paciente puede estar involucrada en la repetición de relaciones tempranas y en la distorsión de la información.

En quinto lugar, el énfasis psicoanalítico estaba originalmente en el desarrollo de la personalidad como determinada en gran medida por la capacidad de regular impulsos (pulsiones) sexuales y agresivos, mientras que actualmente, se pone también el énfasis en el balance entre necesidades y deseos de dependencia e intimidad, con los de independencia y autonomía. Como se mencionó, la importancia del yo (y sus mecanismos) se ha incrementado a lo largo de los años así como el reconocimiento de la necesidad relacionales. El énfasis en los mecanismos del yo, ha llevado también a un mayor interés en las funciones cognitivas y afectivas, independientes de las necesidades biológicas básicas.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Sigmund Freud (1856-1939) y sus discípulos fundaron el psicoanálisis y contribuyeron enormemente al desarrollo de la psicoterapia como es conocida hoy. El abordaje de Freud fue inicialmente entendido como un método para investigar el funcionamiento mental, más que un método de tratamiento. Freud utilizaba las asociaciones libres para entender a las personas que sufrían de neurosis. En este intento de entender a aquellos individuos, trabajó para descubrir los conflictos psíquicos inconscientes de los pacientes. Dado el entrelazamiento entre el análisis como un método para estudiar la mente y el análisis como un método clínico, los dos aspectos del psicoanálisis fueron siempre cercanos y no siempre fáciles de distinguir.

En sus comienzos, Freud enfatizó un modelo topográfico de la mente (psiquismo) que consistía en las memorias inconscientes-perturbadoras, ideas y sentimientos que no son conscientes pero son capaces de alcanzar la conciencia; y las conscientes- el contenido que está en la conciencia. Posteriormente, Freud superpuso el modelo topográfico y el modelo estructural. Este último, incluía al ello cuyo contenido es mayormente inconsciente y fue definido como el reservorio de los impulsos y las pulsiones; el superyó, que incluye las demandas externas, principios morales y valores sociales; y el yo, la instancia ejecutiva que media entre los impulsos del ello y las demandas del superyó. Las últimas dos instancias, tienen aspectos conscientes e inconscientes.

Freud conceptualizó que durante el proceso terapéutico, el terapeuta se convertía en un objeto de la repetición de una relación pasada con un otro significativo. Asimismo, propuso que los pacientes frecuentemente exhiben un bloqueo (resistencia) en las asociaciones libres o en su compromiso con el proceso terapéutico. La resistencia fue entendida como resultante del uso de mecanismos de defensa por parte del paciente en un esfuerzo por defenderse de las ideas prohibidas y conflictivas que llegaban a la conciencia. Él encontró que el material conflictivo del paciente estaba frecuentemente relacionado con las dos pulsiones básicas: la pulsión de vida, que prospera en la gratificación y el placer, y la pulsión de muerte, el ansia de agresión, sadismo y poder. Los impulsos de vida y de muerte son la fuente de diferentes conflictos durante el desarrollo psicosexual de la personalidad

del niño. Freud y muchos psicoanalistas después de él, creyeron que el niño es el padre del adulto, por decirlo así, y que el desarrollo temprano en combinación con la biología determinaba su personalidad.

En los años '20, el psicoanálisis se extendió y arrojó elaboraciones de numerosos teóricos, entre ellos Alfred Adler, Carl Jung, Otto Rank y Theodore Reich. Adler, por ejemplo, aportó la noción de que el sentimiento de inferioridad percibido por el individuo es la causa de la neurosis. Consideró que esos sentimientos de inferioridad eran causados por perturbaciones en las relaciones con miembros de la familia y dinámicas familiares disfuncionales que causaban que el niño se sintiera rechazado por su familia. El énfasis de Adler en la influencia de factores culturales y sociales fue incorporado más tarde en los trabajos de Karen Horney, Harry Stack Sullivan y Erich Fromm (S.A. Mitchell & Black, 1995).

Otro aporte importante al psicoanálisis temprano fue Carl Jung. Jung (1993) enfatizó el *self* como un constructo psicológico. Su contribución acerca de la influencia del contexto y la espiritualidad de una persona en lo inconsciente fue también incorporado más tarde a la psicología del yo y la teoría de las relaciones objetales (S.A. Mitchell & Black, 1995). También desarrolló el *test* de asociación de palabra, que fue uno de las primeras herramientas de evaluación empírica para los conceptos psicoanalíticos.

Aparte del desarrollo de las ideas de Freud dentro de la escuela Freudiana, la teoría y la terapia psicoanalítica clásica de Freud fue extendida por las siguientes escuelas: psicología del yo, relaciones objetales, teoría del apego, psicología del self, psicología interpersonal y psicoanálisis relacional. Cada una de ellas se encuentra considerada brevemente abajo.

Psicología del Yo

La psicología del yo extendió la teoría analítica de la mente, especialmente dirigiéndose al desarrollo de las funciones del yo. El objetivo de la psicoterapia de acuerdo con la psicología del yo era ayudar al paciente a resolver conflictos internos, desarrollar la fuerza del yo con una mejor habilidad para mediar las necesidades del ello y el superyó, desarrollar mejores compromisos entre esas instancias distintas (por ejemplo, mejores formaciones de compromiso) y reemplazar defensas primitivas por defensas más sofisticadas. Para Anna Freud (1936), la psicopatología era el resultado de un uso excesivo de defensas primitivas y falta de defensas maduras (complejas). Consistente con ese punto de vista, amplió el trabajo de Freud sobre las defensas e identificó los mecanismos de defensa primarios (ver Tabla 3.1).

Erik Erikson (1963) amplió la teoría del desarrollo psicosexual al ciclo de la vida entero. Mientras Freud tomó un abordaje psicobiológico y se enfocó en la psiquis del individuo como un derivado del cuerpo, Erikson se centró en la importancia del contexto cultural y los valores y requerimientos sociales en la formación de la vida psíquica del individuo. Erikson amplió también la teoría del desarrollo de Freud agregando etapas adicionales que ocurren durante la adolescencia y adultez tardía, después de que el conflicto edípico es resuelto. Caracterizó a la adolescencia como un conflicto de identidad versus confusión, seguido de un conflicto de intimidad versus soledad. Más tarde, en la fase de crianza, hay un conflicto de generatividad versus estancamiento y en la adultez tardía el conflicto es sobre integridad del yo versus desesperación. Cada una de las etapas de Erikson conlleva un logro del desarrollo. Al finalizar una etapa, uno es capaz de pasar a la

siguiente. Por ejemplo, en la fase de crianza del niño, se puede alcanzar la generatividad, criando niños con relativo éxito, desarrollando una carrera satisfactoria y ganando el sentimiento de ser un miembro productivo de la comunidad. El fracaso en el logro de estas metas puede provocar sentimientos de estancamiento porque uno puede sentirse improductivo e insatisfecho.

TABLA 3.1

Mecanismos de defensa psicodinámicos primarios	
Mecanismo de defensa	Definición
Regresión	Reaccionar a un conflicto o angustia de un modo inmaduro que es típico de una etapa del desarrollo más temprana
Represión	Exclusión de pensamientos, fantasías, deseos o recuerdos de la conciencia
Negación	No aceptar o reconocer la existencia de partes de una experiencia que son dolorosas o perturbadoras para el individuo
Formación reactiva	Defensarse de impulsos perturbadores o inaceptables y pensamientos reaccionando de una manera que contradice el impulso angustiante
Aislamiento afectivo	Evitar un sentimiento o pensamiento angustiante distanciándose emocionalmente de una experiencia
Anulación	Responder o comportarse de una manera contraria al sentimiento o pensamiento angustiante para intentar revertir o deshacer el efecto de ese sentimiento
Proyección	Atribuirles a otros pensamientos, impulsos o deseos inaceptables
Introyección	El opuesto a la proyección; atribuirse a sí mismo atributos, pensamientos o sentimientos de otros
Desplazamiento	Atribuirle sentimientos o pensamientos a una fuente alternativa por una dificultad para aceptar la verdadera fuente
Formación reactiva (inversa)	Transformar un impulso inaceptable en su opuesto
Vuelta contra sí mismo (dañarse a sí mismo)	Dañarse a sí mismo en un esfuerzo por internalizar impulsos agresivos que originalmente fueron dirigidos hacia otros
Sublimación	Redirigir impulsos inaceptables a formas de comportamiento adaptativas y aceptables

Relaciones objetales

Mientras que los psicólogos del yo enfatizan la importancia de las funciones del yo en el desarrollo de la personalidad, los psicólogos de las relaciones objetales sostienen que la personalidad se forma por la relación entre el infante y el amor de objeto - la madre. Freud consideró que los humanos se encontraban motivados por sus pulsiones, tratando constantemente de alcanzar el placer y evitar el displacer. Creía que la anatomía, que fue más tarde reformulada como biología, era el destino. Los teóricos de las relaciones objetales consideraban que el destino estaba menos determinado por la biología, sino más determinado por el contexto social. Además, supusieron un instinto más social, por decirlo así, en el que la motivación más central de los humanos es intentar constantemente alcanzar relaciones cercanas e íntimas. Por consiguiente, las experiencias tempranas de relación con otros fueron consideradas el factor determinante del desarrollo posterior de la salud mental. De acuerdo con la teoría de las relaciones objetales, el individuo crea representaciones mentales de los otros significativos (también conocidos como objetos) basadas en memorias, expectativas y sentimientos experimentados a lo largo su vida. La internalización de las relaciones de objeto tempranas con el cuidador primario es una parte crucial del desarrollo de la personalidad. De acuerdo a sus observaciones clínicas del comportamiento de los infantes, Melanie Klein (1882-1960) amplió el trabajo de Freud sobre pulsiones agresivas y sexuales. Sostuvo que cuando el infante es amado y cuidado, se experimenta a sí mismo y al objeto como buenos. Cuando el infante se siente rechazado, el

infante experimenta al objeto y al sí mismo como malos, vengativos y destructivos. Klein creía que la salud mental es alcanzada manteniendo un balance constante entre las pulsiones libidinales y agresivas.

Donald Winnicott (1896-1971) se centró en la interacción madre-infante y la representación interna del sí mismo. Enfatizó la importancia de la crianza suficientemente buena - la habilidad de la madre para ser lo suficientemente atenta y sensible frente a necesidades del infante y crear un ambiente contenedor, un espacio de crianza cálido y sensible en el que el niño pueda expresar frustración y enojo libremente y desarrollar gradualmente un sentido separado de subjetividad (Winnicott, 1960). De acuerdo con Winnicott, la patología es el resultado de la ausencia de ambiente suficientemente bueno. Cuando las necesidades del niño son ignoradas continuamente por el progenitor, el niño experimenta al mundo como aterrador y avasallador, carentes de un espacio esencialmente protector y seguro para el desarrollo de un sentido del sí mismo.

La terapia psicodinámica llevada a cabo desde una perspectiva de las relaciones objetales se centra en las representaciones internas del self y de los otros significativos. Las relaciones actuales son percibidas como una repetición de las relaciones de objeto tempranas. El terapeuta explora estas relaciones así como las representaciones mentales tempranas de los otros significativos mientras se centra en ayudar al paciente a reemplazar representaciones escindidas con unas integradas y estables.

Teoría del apego

Consistente con la teoría de las relaciones objetales, John Bowlby (1907-1970) postuló que la personalidad del individuo está formada por la relación temprana con el cuidador primario (Bowlby, 1973). Estableció el término *apego*, que refiere al lazo primario de un infante con su madre e identificó dos tipos de patrones de apego, seguro e inseguro. Mary Ainsworth continuó el trabajo de Bowlby y concibió la Situación Extraña -un método para evaluar los patrones de apego de los infantes observando sus reacciones ante el retorno del cuidador a la habitación después de pasar tiempo a solas con un extraño (Ainsworth et al., 1978). Ainsworth et al. (1978) documentaron tres patrones de apego: seguro, inseguro-evitativo e inseguro-ambivalente o resistente. Más tarde, Main y Solomon (1986) documentaron un cuarto patrón de apego: apego desorganizado o desorientado. Bowlby y los teóricos del apego han tenido un impacto mayor en la reconexión del psicoanálisis con otras disciplinas, como la biología, la antropología, la etnología, el procesamiento de la información e investigación en niños y familias (S.A. Mitchell & Black, 1995).

Psicología del *self*

Mientras que la psicología del yo y la teoría de las relaciones objetales adoptaron muchos de los supuestos de Freud, los psicólogos del self se alejaron de la teoría Freudiana enfatizando la importancia de la experiencia de subjetividad personal del individuo. El supuesto básico de su teoría es que la motivación básica de los seres humanos no es satisfacer las pulsiones sexuales y agresivas, sino mantener su autoestima. Heinz Kohut (1971, 1977), el fundador de la psicología del self, fue el primero en formular un abordaje de tratamiento comprensivo que girara alrededor del self. Desde su punto de vista, el self se

desarrolla a través de interacciones tempranas con otros significativos que funcionan como objetos del self -objetos que son percibidos como partes del self y son necesarios para el desarrollo de un sentido del self estable-. Kohut identificó tres tipos de objetos del self: el objeto reflejante - los cuidadores son tranquilizadores y alentadores, por consiguiente fortalecedores de la autoestima del niño; el objeto de la imago parental idealizada- los cuidadores son un modelo con el cual el niño se puede identificar, para desarrollar metas personales; y el objeto del self alter-ego - los cuidadores le proveen al niño una experiencia básica afectiva y un sentido de semejanza. Estos objetos del yo son esenciales para el desarrollo de un yo coherente y consistente. Las perturbaciones en las relaciones tempranas pueden llevar a déficits en las funciones de los objetos del yo y una falta de equilibrio entre experiencias de aseguramiento y de frustración. Cuando los padres son sobreprotectores o rechazantes, el niño desarrolla una vulnerabilidad a las decepciones y frustraciones así como a sentimientos de inferioridad. En muchos casos, el autoestima inestable y la falta de confianza en sí mismo son compensadas por sentimientos de grandeza, que son manifestados en forma de narcisismo. En terapia, el terapeuta provee al paciente de una experiencia correctiva satisfaciendo funciones de los objetos del yo que faltaron en la infancia. Su propósito es reparar el sentido dañado del self y ayudar al paciente a desarrollar un autoestima sano y un sentido estable del self (Kohut, 1971).

Psicoterapias interpersonales

El psicoanálisis interpersonal fue fundado por Harry Stack Sullivan (1892-1949). En contraste con la premisa de Freud de que la personalidad es formada ante la lucha entre diferentes instancias psíquicas, Sullivan supuso que la personalidad se desarrolla desde las relaciones interpersonales con otros. Mientras que Freud y sus predecesores se enfocaron en las fantasías inconscientes, deseos y el uso de defensas, Sullivan (1953) se concentró en el surgimiento del yo en el contexto de las relaciones del individuo con otros. La teoría de Sullivan ganó popularidad y atrajo a teóricos como Clara Thompson, Erich Fromm y Karen Horney. Horney (1945) agregó que la neurosis es generada por factores culturales y perturbaciones en las relaciones humanas. Horney también desafió la teoría de Freud de la sexualidad femenina, enfatizando la importancia del contexto cultural en el desarrollo de la identidad sexual.

La psicoterapia llevada a cabo en un abordaje interpersonal hace foco en problemas específicos en las relaciones interpersonales actuales del paciente con los otros significativos. La técnica de asociación libre fue reemplazada por un abordaje directivo de indagación detallada - la exploración de las relaciones actuales del paciente a través del uso de preguntas específicas y directas y un énfasis en la elaboración de detalles. Sullivan (1954) creía que la exploración de los detalles de las relaciones del paciente ayudaba a identificar los patrones de comportamiento del paciente y alienta al cambio de estos patrones. Hoy, muchos terapeutas de orientación psicodinámica usan técnicas interpersonales incluso si se identifican con otros enfoques terapéuticos, incluido el freudiano tradicional.

Teoría relacional

Siguiendo el trabajo de Sullivan y la psicología interpersonal, la teoría relacional surge de la suposición de que la motivación primaria de los humanos es estar en una relación. El modelo relacional consiste en tres dimensiones: el yo, el objeto y la interacción entre ellos en un espacio psíquico, que crea la propia experiencia subjetiva (J. Mitchell, 1986). Patrones recurrentes de relación entre el yo y los otros son entendidos como resultantes de la necesidad humana de preservar la comunidad y familiaridad en las relaciones interpersonales. En terapia, la experiencia diádica con el terapeuta lleva al paciente a explorar patrones de relación desconocidos y más adaptativos. La terapia se focaliza en crear cambios en los viejos patrones de relación a partir de la expansión del sentido de posibles alternativas en las relaciones actuales del paciente.

La teoría relacional representó el cambio de la psicología de una persona a la psicología de dos personas por el énfasis puesto en la importancia de las experiencias subjetivas tanto del paciente como del terapeuta en el proceso terapéutico. La transferencia y la contratransferencia son percibidas como resultantes de la influencia mutua del paciente y el terapeuta en el otro más que exclusivamente en la respuesta del terapeuta a las reacciones transferenciales del paciente (Aron, 1990). A pesar de que el abordaje relacional terapéutico es consistente con grandes conceptos en las consideraciones psicoanalíticas, éste enfatiza un abordaje más igualitario para la terapia. En la terapia relacional, el terapeuta es alentado a usar el sinceramiento y la honestidad, y compartir su propia experiencia subjetiva con el paciente para explorar temáticas de poder, mutualidad, simetría y asimetría en la relación del paciente con el terapeuta y otros significativos.

Perspectivas psicodinámicas de corto plazo

¿Son las bases teóricas subyacentes a las intervenciones psicodinámicas a largo, medio y corto plazo iguales o diferentes? Freud condujo, él mismo, tratamientos psicoanalíticos de corta duración. A medida que el tiempo pasaba y los objetivos del psicoanálisis se volvieron más ambiciosos y complejos, la duración de la terapia aumentó, así como la frecuencia de las sesiones por semana. Mientras la duración de los tratamientos psicoanalíticos aumentaba, se mantuvo un grupo de teóricos como Ferenczi, Rank, Alexander y French, que recomendaron que el analista adoptara una postura directiva y activa para facilitar la exploración del material inconsciente.

Estos teóricos posteriores estuvieron detrás del movimiento que desarrolló la psicoterapia dinámica a corto plazo (*short-term dynamic psychotherapy*, STDP). Esta comparte los mismos supuestos psicoanalíticos y muchas de las técnicas terapéuticas usadas en la terapia dinámica de largo plazo: el uso de interpretaciones y clarificaciones, el foco en la transferencia y en la contratransferencia, y la exploración de los patrones recurrentes de conductas desadaptativas de los pacientes, especialmente en relaciones. En contraste con los modelos de largo plazo, en la psicoterapia a corto plazo, el terapeuta toma en general una posición más activa, define con el paciente un foco para la terapia y formula metas específicas que son alcanzables en un período corto de tiempo.

Debido al límite de tiempo, no todos los pacientes son seleccionados para la terapia psicodinámica a corto plazo. Los pacientes que probablemente sean recomendados para este tipo de terapia tienden a tener una gran habilidad para la introspección, una motivación más elevada para el cambio, mantienen al menos una relación interpersonal saludable en el pasado o en el presente, definen problemas centrales o un conjunto de síntomas como el

foco de la terapia, se comunican con el terapeuta de manera flexible, usan defensas más neuróticas que psicóticas, toleran frustraciones y ambivalencia y tienen una adecuada evaluación de la realidad (por ejemplo, Barber & Summers, 2015).

A pesar de haber sido ampliamente usados por Freud, Ferenczi, Rank, Alexander y French, los tratamientos de corto plazo siguieron siendo considerablemente controvertidos en los círculos psicodinámicos hasta la publicación de los trabajos de Malan, Mann, Sifneos y Davanloo. Estos cuatro contribuyentes presentaron fundamentos teóricos coherentes, así como constructos prácticos y exhaustivos para el tratamiento dinámico a corto plazo (por ejemplo, Summers & Barber, 2010).

De acuerdo con Malan (1976), el propósito de la terapia psicoanalítica es ayudar al paciente a identificar y explorar conflictos emocionales inconscientes. Malan introdujo dos triángulos conceptuales en los que el terapeuta trabaja activamente con el paciente. El primer triángulo fue llamado el *triángulo del conflicto* y consistió en la defensa, la ansiedad y el impulso oculto ante el cual el paciente se defiende. A través de la interpretación de la defensa y la ansiedad, el impulso oculto puede ser traído a la conciencia y la ansiedad causada por el impulso inconsciente puede ser reducida.

El segundo triángulo de Malan (1976) era el *triángulo de la persona*, también llamado el *triángulo del insight*. Este triángulo incluyó tres prototipos de relaciones: la relación con el terapeuta (la transferencia), las relaciones actuales del paciente y las relaciones pasadas del paciente con otros significativos. La terapia de Malan se encuentra centrada en la identificación de conexiones entre estas relaciones a partir de la exploración de conflictos internos subyacentes recurrentes. Alternativamente, uno puede examinar el triángulo del conflicto (defensa, ansiedad e impulso subyacente) para cada una de las puntas del triángulo de una persona.

El trabajo en la psicoterapia dinámica a corto plazo se desarrolló y extendió en los últimos 30 años. Entre los más importantes contribuyentes a este campo de investigación se encuentran Luborsky, Horowitz, Strupp y Binder, y Weiss y sus colegas. Describimos más abajo con mayor detalle el trabajo de Luborsky y sus colegas porque ha sido ampliamente estudiado alrededor del mundo y ha generado un gran volumen de investigaciones.

Psicoterapia de apoyo-expresiva (*supportive-expressive therapy* - SET)

La psicoterapia de apoyo-expresiva (*supportive-expressive therapy* - SET) ha sido utilizada en diferentes variaciones desde 1940. Sin embargo, Lester Luborsky (1984) fue el primero en formular la SET como una terapia psicodinámica manualizada con su propia lógica y conjunto de prácticas. En la SET, el terapeuta y el paciente se encuentran una o dos veces por semana, y las sesiones se llevan a cabo cara a cara. La SET enfatiza el uso de técnicas expresivas y de apoyo. Las técnicas expresivas derivan de la tradición psicoanalítica e incluye las interpretaciones y clarificaciones del terapeuta, especialmente los pensamientos y sentimientos del paciente, con un foco en la transferencia. Las técnicas expresivas están dirigidas a facilitar la auto-comprensión del paciente, mientras que las técnicas de apoyo son menos específicas y se centran en la experiencia del paciente en el proceso terapéutico y la relación con el terapeuta (Luborsky, 1984).

En la SET, las exploraciones e interpretaciones de los terapeutas se centran en el Tema de los Conflictos Relacionales Nucleares (*Core Conflictual Relational Theme*, CCRT; Luborsky, 1984). El CCRT es un modelo teórico, así como un instrumento de medición

clínica, diseñado para ayudar a los terapeutas e investigadores a alcanzar una comprensión más profunda de los problemas centrales del paciente. La base de este método es el supuesto de que los problemas psicológicos del paciente derivan de narrativas internas que dan forma a los patrones de relación del paciente.

El CCRT intenta capturar el esquema o el guión que subyace a las múltiples relaciones del paciente. El CCRT se origina presumiblemente en relaciones tempranas y se centra en tres componentes: lo que el paciente quiere o desea de otra gente, la respuesta de los otros significativos a su deseo y la respuesta del self a la respuesta del otro. El terapeuta intenta identificar cada uno de esos componentes en cada relación descrita por el paciente durante la terapia. El deseo más recurrente, la respuesta del otro significativo y la respuesta del self a lo largo de varias relaciones componen el CCRT. Usando el CCRT como un foco del trabajo, el terapeuta de la línea terapéutica de apoyo-expresivo interpreta los componentes del CCRT o el CCRT entero para aumentar la auto conciencia y el auto entendimiento del paciente. Una de las relaciones que puede ser abordada con el CCRT, es la relación con el terapeuta, también conocida como transferencia.

Multiculturalismo y abordajes psicodinámicos

Las consideraciones psicoanalíticas y psicodinámicas tempranas se centraron predominantemente en pacientes de clase media blancos, y personas de nivel socioeconómico más bajo y de minorías étnicas quedaron en gran medida sin examinar. Estas poblaciones fueron erróneamente consideradas carentes de capacidad de insight y de fortaleza del yo necesaria para poder beneficiarse del psicoanálisis y por lo tanto se les ofrecía medicación o tratamientos conductuales en vez del psicoanálisis. Además la discusión sobre la raza y la etnia fue mayormente limitada a la influencia del racismo y del contexto sociocultural en el desarrollo de la personalidad y las relaciones interpersonales del paciente individual, mientras se ignoraban los impactos de la raza, el género y la etnia como construcciones institucionales y sociales (Altman, 2000; Holmes, 1992).

En los '70, los modelos y las nuevas teorías culturalmente pluralistas (como el feminismo, enfoque del sistema familiar y psicología multiculturalista) comienzan a emerger, seguidas de una conciencia creciente respecto del multiculturalismo y la diversidad (Smith, 2005). Desde la década de 1970, ha habido un crecimiento dramático en el énfasis en la diversidad y el multiculturalismo en la literatura, la investigación y programas de entrenamiento. El cuerpo de investigaciones centrados en las influencias de la orientación sexual, raza, género, etnia y cultura en el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento ha crecido sostenidamente (Paniagua, 2013).

Específicamente, el énfasis ha sido ubicado en el impacto de las diferencias étnicas y raciales entre el terapeuta y el paciente en el proceso terapéutico y sus resultados. Un meta-análisis que examinó las diadas terapéuticas ha mostrado que los pacientes exhiben una preferencia moderadamente fuerte hacia un terapeuta de su propia raza/etnia (tamaño promedio del efecto del 0,63) y tienden a percibir a los terapeutas de su misma raza/etnia de alguna manera más positivamente (tamaño promedio del efecto del 0,32). Sin embargo, no se ha encontrado casi ningún beneficio sobre los resultados del tratamiento debido a la coincidencia entre pacientes y terapeutas (tamaño promedio del efecto del 0,09; Cabral & Smith, 2011).

Además de los estudios centrados en la relación terapéutica, ha habido un aumento en el énfasis en la competencia cultural en el entrenamiento, la investigación y la práctica psicodinámicos. La terapia psicodinámica culturalmente sensible se centra en la exploración de las narrativas culturales, los traumas históricos, la opresión social y el contexto sociocultural en el proceso terapéutico y la identificación de las formas en las que tanto el paciente como el terapeuta negocian sus propias identidades culturales en el lugar en el que se desarrolla la terapia. Los terapeutas son alentados a estar atentos a los matices del lenguaje usados en terapia y tener en cuenta las interpretaciones basadas en la cultura y las reacciones transferenciales (Tummala-Narra, 2014).

Con la transformación de las comunidades locales en comunidades globales y el crecimiento cada vez mayor de la diversidad racial y étnica en los Estados Unidos, es más probable que las personas se encuentren con "otras", miembros de otras culturas. Por lo tanto, centrarse en estudiar los encuentros con otros seres en la sala de terapia es cada vez más importante. Aunque se han logrado avances, la diversidad étnica y cultural en la psicoterapia psicodinámica todavía está insuficientemente representada. Un estudio reciente (Watkins, 2012) examinó revisiones y metanálisis de tratamientos psicodinámicos publicados durante la última década. Se encontró que alrededor del 75% de los estudios no proporcionaron datos sobre el nivel socioeconómico o educativo, y cuando se proporcionaron dichos datos, el 75%, el 21% y el 4% se identificaron respectivamente como blancos, negros u otros (asiático, hispano, indio americano y no especificado). Estos hallazgos sugieren que aún existe una necesidad apremiante de realizar una investigación empírica que se centre en el estudio de la terapia psicodinámica a través de una lente multicultural, que incluya poblaciones diversas no blancas y que desarrolle tratamientos psicodinámicos culturalmente sensibles para poblaciones diversas.

TEORÍA DE LA PERSONALIDAD Y PSICOPATOLOGÍA

Cualquier teoría de la mente, la personalidad o el funcionamiento humano debe definir los aspectos clave del funcionamiento del individuo, así como un enfoque de tratamiento. Las teorías psicodinámicas de la personalidad y la psicopatología no difieren sustancialmente de la teoría psicoanalítica referida en el capítulo anterior (ver Capítulo 2, este volumen). Además, las pequeñas diferencias en la conceptualización de la personalidad y la psicopatología se han cubierto anteriormente en nuestra revisión de las principales variantes de las teorías psicodinámicas. Por estas razones, el foco de este capítulo son los problemas específicos que llevan a los pacientes al tratamiento.

EVALUACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

Aunque el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* y la *Clasificación internacional de enfermedades* se consideran manuales de diagnóstico oficiales, los terapeutas psicodinámicos conceptualizan los problemas de diferentes maneras y utilizan una terminología de diagnóstico diferente. En los últimos años, se publicaron dos sugerencias para un manual de diagnóstico psicodinámico: el Manual Diagnóstico Psicodinámico (PDM Task Force, 2006) y el Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado

(OPD Task Force, 2008). Los dos manuales aún no se han probado y, por lo que podemos decir, todavía no son utilizados por los médicos.

En esta sección, nos centramos en seis problemas psicodinámicos principales que caracterizan del 80% al 90% de los pacientes que reciben tratamiento con psicoterapia psicodinámica: depresión, obsesión, miedo al abandono, baja autoestima, trastorno de pánico y trauma (Summers y Barber, 2010, 2014).

Depresión

La depresión es uno de los problemas más comunes que lleva a las personas a buscar psicoterapia. Los pacientes depresivos sufren de sentimientos de pérdida, tristeza, desesperanza, abandono, aburrimiento, frustración, irritabilidad y miedo, así como sentimientos persistentes de autocrítica y negatividad. En algunos casos, también tienen pensamientos suicidas y pérdida de interés sexual. Además, la depresión se caracteriza por síntomas somáticos como trastornos del sueño, pérdida de apetito, falta de energía, menor interés y placer y dificultades para concentrarse.

Una conceptualización psicodinámica contemporánea (Busch, Rudden y Shapiro, 2004) ha integrado el énfasis de Klein (J. Mitchell, 1986) y S. Freud (1917/1936) en la pérdida de un objeto y la ira interiorizada hacia él, así como Kohut (1971) se centra en el papel de la baja autoestima y la autocrítica. Según esta conceptualización, las perturbaciones en apegos tempranos y pérdida percibida o real del objeto amado lleva a una frustración o ira que se vuelve contra el self. La ira internalizada se manifiesta en autocrítica, vulnerabilidad ante la percepción de rechazo y continuos intentos de búsqueda de reaseguro e intimidad de otros. En un esfuerzo por ganar confianza en sí mismo y autoestima, la persona idealiza a los otros y los percibe como potenciales rescatistas de los sentimientos de soledad y vacío. Sin embargo, estas expectativas poco realistas y necesidad constante de admiración lleva a decepciones y frustración inevitables. Estas fallas para relacionarse con otros perpetúan sentimientos de ira y culpa, que son luego internalizados y manifestados en depresión y una baja autoestima.

El propósito del tratamiento psicodinámico para la depresión es promover el cambio en las relaciones del paciente y aumentar su autoestima, así como disminuir la vulnerabilidad ante sentimientos de abandono y la tendencia a ser absorbido por la autocrítica.

La primera fase del tratamiento psicodinámico incluye educación sobre la depresión, así como el desarrollo de un ambiente terapéutico continente y alianza terapéutica. Ayudar al paciente a entender los síntomas, las situaciones precipitantes y las opciones de tratamiento, pueden alentar un abordaje optimista y facilitar la motivación y el compromiso emocional. En la segunda fase del tratamiento, el terapeuta y el paciente pueden explorar los dos temas principales subyacentes a las bases de la depresión: los intensos sentimientos de pérdida y abandono y la internalización de la ira y el resentimiento causado por la experiencia de pérdida. El objetivo es aumentar la conciencia de sí mismo del paciente y así alentar el cambio en las percepciones y las conductas. En la tercera fase, el terapeuta alienta al paciente a mantener la conciencia de sí o los nuevos patrones de sentimientos, percepciones y conductas desarrollados recientemente, mientras explora las diferencias entre los patrones pasados y los nuevos y establece un plan para el futuro. Las reacciones transferenciales comunes entre pacientes deprimidos son los sentimientos de abandono y dependencia, así como el rechazo y la decepción percibidos. Frente a estas reacciones, los

terapeutas pueden experimentar reacciones contratransferenciales de frustración, decepción, ira o agotamiento emocional que puede provocar desapego. Los terapeutas deben ser conscientes de estas reacciones contratransferenciales, explorar cómo están relacionadas con las reacciones transferenciales del paciente y cómo ambas son explicadas por la dinámica de la depresión.

En resumen, las teorías psicodinámicas conceptualizan a la depresión como el resultado de una dificultad en el procesamiento emocional de una experiencia de pérdida, que lleva a una ira internalizada y una merma en el autoestima. El abordaje terapéutico usa técnicas psicodinámicas y la alianza terapéutica como medios de cambio para ayudar al paciente a resolver la ira y facilitar un proceso de duelo más saludable.

Obsesión

La quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2013) diferencia dos síndromes obsesivo-compulsivos. El primero es el trastorno obsesivo-compulsivo, que se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones persistentes. Las obsesiones son incontrolables e intrusivas y pueden ser descritas como provocadoras de ansiedad. Las compulsiones son irracionales y repetitivas e incluyen comportamientos o rituales rígidos (como lavar, contar o revisar). El segundo síndrome es el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, que no se encuentra caracterizado por compulsiones intrusivas, obsesivas y repetitivas como el trastorno obsesivo-compulsivo, sino por un patrón de comportamiento duradero y generalizado que conlleva una preocupación excesiva por el control y el perfeccionismo, un estilo de pensamiento rígido e inflexible, distancia interpersonal y inexpresividad emocional. Los pacientes obsesivos experimentan una necesidad de estar en control de cada aspecto de su vida y sus relaciones. Ellos manejan su vida de acuerdo con reglas específicas, agendas inflexibles y rutinas fijas. Los pacientes obsesivos se sienten obligados a sobresalir en todo lo que hacen y, como resultado, realizan cada acción con mucho esfuerzo. Están preocupados por lo que deben hacer, más que por lo que quieren hacer y sus esfuerzos continuos involucrados en estos patrones llevan a un sentimiento de pérdida de autonomía (Shapiro, 1965).

El psicoanálisis ha conceptualizado tradicionalmente a la obsesión como el resultado de un conflicto interno por sentimientos de agresividad que dan como resultado el uso de defensas específicas (Summers & Barber, 2010). S. Freud (1908/1959) identificó la tríada anal, caracterizando al carácter anal como el que tiene (a) preocupación por el orden, por la higiene corporal y por los detalles pequeños, (b) mezquindad - codicia por el dinero y ganancia material; y (c) obstinación- terquedad e inflexibilidad excesiva. A. Freud (1966) agregó que el desarrollo del carácter obsesivo deriva de una falla en el desarrollo para alcanzar la fusión del amor y el odio, actividad y pasividad, y libido y agresión. La falla para alcanzar esta síntesis resulta en un conflicto interno que causa la internalización de la ira y se manifiesta en forma de una ambivalencia duradera. La ira y la agresión son percibidas por el paciente como peligrosas y causan un deseo de desarmarlas y controlarlas, lo que provoca sentimientos de ansiedad, culpa y vergüenza. La preocupación por la limpieza y el orden alivia la ansiedad del paciente y le permite sentirse moralmente limpio y bueno. El individuo obsesivo hace un uso excesivo de las defensas en un esfuerzo por ligar los impulsos del ello (A. Freud, 1966).

Salzman (1968) amplió la conceptualización de A. Freud (1966) de la obsesividad e identificó la necesidad de control como un tema central. Él sostuvo que el miedo de sentimientos negativos potencialmente causantes de inestabilidad y falta de seguridad lleva a una necesidad de eliminar completamente los sentimientos de la vida de la persona a través del uso excesivo de defensas y la urgencia por controlar emociones, pensamientos y comportamientos propios y de los otros.

En consecuencia, el objetivo del tratamiento psicodinámico es fomentar la capacidad del paciente para experimentar una gama más amplia de emociones. La relación terapéutica es el vehículo a través del cual el paciente puede experimentar la pérdida y la ira y aprender a tolerarlas sin temer una venganza o un castigo por parte del terapeuta, así como lograr experimentar sentimientos más positivos como la espontaneidad, el placer y la autonomía. Otro objetivo es disminuir el sentimiento de culpa que subyace al uso excesivo de las defensas y la necesidad de autocastigo.

Las reacciones transferenciales comunes de pacientes obsesivos son una necesidad de controlar al terapeuta y la terapia o reacciones de ira y hostilidad que resultan de sus esfuerzos por proteger su autonomía. Las contratransferencias comunes son sentimientos de ira, frustración o aburrimiento que resultan de la desconexión del paciente en la terapia.

Miedo al abandono

La forma más disfuncional de miedo al abandono se observa en pacientes con trastorno límite de personalidad (borderline personality disorder, BPD). Estos pacientes se caracterizan por un deterioro severo en el apego seguro, un miedo intenso al abandono, la incapacidad de tolerar la soledad y los sentimientos de vacío, las explosiones incontrolables de ira y rabia, el sentido incoherente y frágil de sí mismo, el uso de mecanismos de defensa primitivos, como la escisión y la proyección, la identificación, la impulsividad y las tendencias sexuales perversas, la ansiedad crónica y el miedo a la enfermedad, la tendencia a la adicción, las representaciones internas escindidas de los demás, las tendencias paranoides y los patrones de relaciones interpersonales, disruptivos e inestables, con tendencia a perder ocasionalmente el contacto con la realidad (Kernberg, 1975). También hay pacientes con versiones más leves del miedo al abandono, que son menos propensos a los sentimientos generalizados de soledad y vacío, utilizan mecanismos de defensa más sofisticados y tienen relaciones interpersonales más estables.

Históricamente, las teorías psicodinámicas conceptualizaron el miedo al abandono dentro del diagnóstico de personalidad límite - límite entre la neurosis y la psicosis- (Kernberg, 1975). Con el desarrollo de la teoría del apego, el miedo al abandono se define más comúnmente como emergente dentro del contexto más amplio de la relación temprana con el cuidador primario (Summers y Barber, 2010). Por ejemplo, Margaret Mahler (1972) siguió el marco de apego de Bowlby (1973) e identificó el miedo al abandono como resultado de la falla del infante en establecer un vínculo emocional con la madre y desarrollar un sentido de individualización.

Utilizando conceptos de la teoría de las relaciones objetales, Kernberg (1975) sostuvo que el miedo crónico al abandono es el resultado de predisposiciones constitucionales a la agresión que se ven agravadas por experiencias traumáticas durante las relaciones tempranas. La falla del niño para diferenciarse del objeto (los padres) y desarrollar representaciones integradas del *self* y los objetos, lleva a un sentido inestable del *self*, y un

uso extensivo de la escisión como mecanismo de defensa, así como los intentos persistentes y agresivos para controlar las relaciones. Los pacientes con formas menos severas de miedo al abandono, pueden ser caracterizados a partir de la perspectiva de Bowlby (1973) con apego aferrado o evitativo y una tendencia a desarrollar patrones interpersonales de dependencia y ansiedad.

Cuando se tratan pacientes con miedos excesivos al abandono, el propósito de la terapia psicodinámica es facilitar una integración de las representaciones del self y de objeto, disminuir la reactividad emocional del paciente, aumentar la habilidad para tolerar la soledad y sostener relaciones más estables y saludables (Gunderson & Links, 2008). La terapia también se centra en ayudar a estos paciente a aprender cómo “mentalizar”- reflexionar sobre sus propias necesidades y sentimientos y entender cómo las conductas de los otros son guiadas por sus sentimientos y pensamientos (Bateman & Fonagy, 2004).

Cuando se trabaja con pacientes con un miedo al abandono moderado, el propósito de la terapia psicodinámica es ayudarlos a desarrollar un patrón de apego más seguro (Summers & Barber, 2010). En contraste con otros problemas centrales psicodinámicos, los pacientes con miedo al abandono están constantemente experimentando pérdida en todas sus relaciones. Así como lo hacen frecuentemente con otros significativos, tienden a experimentar cambios extremos entre percibir al terapeuta como totalmente bueno o totalmente malo.

Los pacientes con fuertes reacciones transferenciales de escisión y dependencia pueden desencadenar contratransferencias poderosas. Es importante recordar que las reacciones del paciente son el resultado de su padecimiento subjetivo y de sus experiencias abrumadoras, más que de una parte inherente de su carácter. Por lo tanto, es importante mantener la calma, la aceptación, la contención y la paciencia para alentar gradualmente al paciente a desarrollar representaciones integradas. El descenso en el paciente en el uso de la escisión, fortalecerá la alianza y ayudará al paciente a ver al self más integrado y estable (Summers & Barber, 2010).

Formulaciones más contemporáneas de tratamiento para pacientes con trastorno de la personalidad límite (Gunderson & Links, 2008) pueden ser adoptadas para el tratamiento de un amplio rango de pacientes con miedo al abandono. En la fase inicial del tratamiento, el terapeuta y el paciente forman una alianza contractual a través de un acuerdo sobre los límites de la terapia y los roles del terapeuta y el paciente. La fase siguiente es el desarrollo de una alianza relacional más profunda. Es importante que el terapeuta muestre un interés genuino en el paciente, expresar expectativas viables y contener las resistencias y el acting out del paciente mientras valida los sentimientos del paciente. En la fase siguiente, el paciente aprende a formar parte de una relación de apoyo y estable, reconociendo y aceptando su dependencia positiva al terapeuta, más que volverse defensivo, ansioso y paranoico. La última etapa involucra el desarrollo de una alianza de trabajo . Después de que la alianza positiva es establecida, el terapeuta puede empezar a sugerir interpretaciones, identificando reacciones transferenciales y explorando patrones interpersonales pasados y presentes. Alentar al paciente a llevar a cabo nuevas conductas en sus relaciones puede provocar una acumulación de experiencias interpersonales positivas por fuera de la psicoterapia y facilitar una percepción más positiva del self y los otros.

Autoestima baja

La autoestima es un concepto central en la cultura occidental, en la cual la riqueza y el éxito materialista son admirados, la grandiosidad y la extravagancia alentadas, y la confianza y la asertividad altamente valoradas. En este contexto, el amor propio es no solamente normal y adaptativo, sino también deseable. Sin embargo, es difícil identificar el punto en el que una alta autoestima se convierte en narcisismo patológico (Gabbard, 2005). El narcisismo se caracteriza por patrones generalizados de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía. De acuerdo al pensamiento psicoanalítico, los individuos narcisistas poseen una autoestima baja e inestable, sentimientos de vacío e inferioridad, y una constante necesidad de aprobación y reaseguro de los demás. Su preocupación generalizada junto con la falta de confianza e inferioridad pueden conducir a veces a una reacción defensiva de un sentido de autoestima artificial e inflado, explotación interpersonal, un sentido de derecho, y una dificultad para mantener relaciones interpersonales sanas y estables (Gabbard, 2005).

S. Freud (1914-1963) conceptualizó el narcisismo como una regresión a una etapa temprana del desarrollo del narcisismo primario, debido a la falta de un ambiente acogedor y receptivo. Conceptualizó la auto-compasión narcisista como una reacción defensiva contra sentimientos generalizados de soledad, pérdida, y ansiedad. Kernberg (1975) describió a las personas con personalidad narcisista, como personas que sufren una contradicción entre sentimientos de grandiosidad e intensos sentimientos de inferioridad, una necesidad de ser admirados y reconocidos, y persistente ira y resentimiento hacia los demás. Si bien Kernberg hizo énfasis en la ira, el resentimiento y los sentimientos de derecho, Kohut (1971, 1977) se centró en la dolorosa experiencia emocional de soledad, tristeza y vulnerabilidad al rechazo que es compensada con una exagerada auto-preocupación y sentimientos de grandiosidad. Conceptualizó al narcisismo como el resultado de una falta de objetos del self adecuados en las relaciones tempranas y describió al paciente narcisista luchando desesperadamente con sentimientos de baja autoestima, inseguridad, soledad e incompetencia.

El objetivo de la terapia psicodinámica es ayudar al paciente a desarrollar una autoestima más fuerte, un autoconcepto más preciso, y un incremento de sus habilidades para tolerar las frustraciones y decepciones en las relaciones interpersonales. El foco de la terapia es ayudar al paciente a que encuentre un equilibrio entre sus sentimientos de inferioridad y dura autocrítica y su autoconcepto engrandecido y sentimientos de grandiosidad.

Kohut (1971) sostuvo que las reacciones en transferencia de pacientes narcisistas son consecuencia de deficiencias en las funciones de los objetos del self: pacientes con baja autoestima tienden a exhibir una necesidad especular -mirroring- (es decir, incentivo y aceptación), percibir al terapeuta como un modelo ideal y perfecto, o buscar la semejanza con el terapeuta junto con un sentimiento de amistad. Durante el tratamiento, el terapeuta cumple funciones de objetos del self, reflejando al paciente para hacerlo sentir sostenido, siendo un modelo a seguir, y creando la oportunidad de experimentar una sensación de semejanzas y compañerismo por el paciente. El cumplimiento de estas funciones de objetos del self puede proveer al paciente de una experiencia emocional correctiva que lo lleve a un cambio en sus patrones de relaciones interpersonales.

La necesidad del paciente de un modelo de crianza alternativo puede desencadenar fuertes respuestas emocionales en el terapeuta (contratransferencia), como el resentimiento o el enojo hacia los requerimientos del paciente y su excesivo enfoque en sí mismo; rescatar fantasías o goces de idealizaciones del paciente, sin exponerlo a la realidad; o sentimientos de aburrimiento como resultado de la repetición en el paciente de los mismos actos.

Trastorno de pánico

Los ataques de pánico son episodios repentinos, inesperados, y recurrentes de excesivo miedo y ansiedad, acompañados de síntomas somáticos como la hipervigilancia, tensión muscular, falta de aliento, sudoración o temblor. Aunque la recurrencia y la severidad de tales ataques varía entre los diferentes pacientes, estos síntomas pueden aparecer en otros trastornos de ansiedad.

Los primeros trabajos de Freud fueron sobre pacientes con neurosis de angustia. Conjeturó que la angustia excesiva es una reacción defensiva a una experiencia traumática. Más tarde, afirmó que la angustia funciona como una señal para el yo, indicando que hay una amenaza interna - un conflicto inconsciente del que el yo se necesita defender (S. Freud, 1926/1955). Así, la angustia no sería una reacción defensiva a un trauma real, sino más bien una señal consciente de un conflicto interno, reprimido e inconsciente. Cuando los mecanismos de defensa ya no son efectivos contra el conflicto reprimido, la persona desarrolla un ataque de pánico.

Sobre la base de los trabajos tempranos de Freud, se desarrolló una formulación psicodinámica del trastorno de pánico que integra factores psicológicos y neurobiológicos junto con estresores externos (Milrod et al., 1997). De acuerdo con esta formulación, los pacientes con trastorno de pánico son biológicamente propensos a la timidez y a la inhibición del comportamiento y son más sensibles a la separación y al rechazo. Al enfrentarse a decepciones y frustraciones en sus relaciones, los pacientes con pánico son propensos a desarrollar enojo y una dependencia temerosa. El miedo a que esta ira destruya la relación, lleva a una agresividad conflictiva. El estallido de la ansiedad y el miedo en el ataque de pánico son una reacción defensiva contra la ira reprimida, mientras sostiene su postura dependiente.

Otros teóricos psicodinámicos también hicieron énfasis en la importancia de las relaciones tempranas con sus cuidadores en los pacientes con pánico (Shear et al., 1993). Encontraron que la mayoría de los pacientes con trastorno de pánico poseen un historial de experiencias controladoras y aterradoras con sus cuidadores. El impredecible estilo de crianza conduce a un conflicto continuo entre el miedo al abandono y el miedo a ser controlado o sofocado. Cuando se enfrentan a factores estresantes externos, estos pacientes son propensos a sentimientos de desamparo y pensamientos catastróficos que desencadenan ataques de pánico.

En las últimas décadas, la ansiedad se ha convertido en el foco tanto de los tratamientos cognitivos conductuales como así también de los farmacológicos. Aunque estos enfoques conceptualizan los síntomas ansiosos como una enfermedad que requiere tratamiento, la perspectiva psicodinámica se refiere a los síntomas como una señal de un conflicto interno, subyacente y fundamental que necesita ser abordado (Summers & Barber, 2010). La terapia se centra en desarrollar una fuerte alianza y crear junto con el paciente una explicación comprensible del significado psicológico de sus ataques de pánico. La autocomprensión emergente del paciente sobre sus propios relatos y el origen de sus síntomas de pánico, facilita nuevos comportamientos y estrategias de afrontamiento, una sensación de esperanza y confianza en sí mismo.

Las reacciones transferenciales de los pacientes tienden a implicar una lucha entre el miedo a la separación o pérdida del terapeuta y sentimientos de culpa y vergüenza por su dependencia. Los pacientes también tienden a usar defensas como la represión y la negación para evitar enfrentar su dolor emocional. Las reacciones contratransferenciales

típicas, pueden estar dadas por esfuerzos en proporcionar al paciente cuidados maternos y protección contra el sentimiento de abandono, o sentir frustración por la dependencia del paciente y el impulso a rechazarlo. Ser consciente de estas reacciones ayuda a explorar los mecanismos de afrontamiento del paciente contra la amenaza de separación y pérdida en las relaciones interpersonales (Summers & Barber, 2010).

Trauma

Los pacientes con trauma son personas que han experimentado una experiencia traumática que está por fuera de los sucesos normales, y supone una amenaza para su bienestar y sentido de seguridad. Cuando estos pacientes desarrollan trastornos mentales, a menudo experimentan recuerdos vívidos, recurrentes e incontrolables, flashbacks o sueños aterradores e intrusivos. Esta omnipresencia del trauma tiene una influencia significativa sobre las relaciones interpersonales y el funcionamiento social de los pacientes, porque temen confiar en los demás. Se caracterizan por la evitación emocional, la desconexión y el desapego en las experiencias de la vida cotidiana.

Las teorías psicodinámicas se centran en el significado intrapsíquico y personal del trauma, haciendo énfasis en los conflictos internos y la ambivalencia con las que luchan estos pacientes. No se ha prestado mucha atención a las formas en que los pacientes enfrentan los eventos traumáticos externos. Un enfoque más contemporáneo del trauma derivado del procesamiento biológico y cognitivo y los hallazgos psicoterapéuticos, proporcionan una formulación psicodinámica sobre la aparición de síntomas post-traumáticos (Summers & Barber, 2010). Como resultado del trauma, las emociones negativas de la persona, sus conflictos internos y temores surgen inmediatamente, acompañados de la pérdida de la creencia básica de que el mundo es un lugar seguro y que las personas son generalmente confiables. Cuando los sobrevivientes de un trauma no reciben la oportunidad de procesar su experiencia traumática, tienden a experimentar sentimientos persistentes de desesperanza, pérdida del sentido de sí mismo, baja autoestima, y alteraciones en su identidad. Los pacientes también desarrollan diferentes estrategias de afrontamiento tales como la evitación, el desapego, una prudencia excesiva, o una fuerte capacidad para soportar el dolor emocional.

La terapia psicodinámica contemporánea se enfoca en ayudar a los pacientes con trauma a restablecer su sensación de control y seguridad, haciendo énfasis en su empoderamiento. Un componente importante de la terapia es desarrollar una fuerte alianza terapéutica, de cara a la lucha del paciente para entablar una relación de confianza (Herman, 1997). La terapia consta de tres fases principales. La tarea de la primera fase es restablecer la sensación de seguridad del paciente y de control sobre su cuerpo y el ambiente que lo rodea. La atención se centra en el desarrollo de la capacidad para diferenciar entre relaciones peligrosas y de apoyo (*supportive*), y para desarrollar un plan para una futura protección en caso de que la amenaza vuelva a ocurrir. La tarea de la segunda fase es la de recuerdo y duelo. En esta fase, el terapeuta y el paciente superan los traumas a través de la evocación repetida del recuerdo traumático, y el debate acerca de cómo estos distorsionan el juicio actual del paciente y su proceso de toma de decisiones. Luego, el terapeuta y el paciente reconstruyen la historia del trauma a través del relato de los hechos. Creando una narrativa más precisa, coherente y organizada del trauma y explorando los significados personales del evento, se crea una nueva interpretación de la experiencia traumática que realza el sentido de dominio, dignidad y confianza del paciente. La siguiente tarea de esta

fase es duelar las pérdidas causadas por el trauma, liberándose de fantasías de venganza y aceptando que no existe una compensación adecuada por esa pérdida. La tarea de la tercera fase es la reconexión con la vida cotidiana. Se centra en animar al paciente para tomar medidas concretas y activas para participar en actividades e interacciones que aumenten su sensación de poder y control y lo ayuden a reconectarse con otras personas significativas. Algunas reacciones transferenciales posibles, son una tendencia a percibir al terapeuta como un potencial abusador o como un espectador pasivo. Estas reacciones pueden provocar enojo y resentimiento hacia el terapeuta, lo cual puede a su vez desencadenar reacciones de contratransferencia, tales como la identificación con el agresor, subestimación de la severidad del trauma; sobreidentificación con el paciente; trastorno de estrés postraumático como resultado de la exposición recurrente al trauma del paciente; y confusión, olvido, o ansiedad como resultado del trauma abrumador del paciente. Estas reacciones pueden proporcionar información valiosa acerca de las luchas del paciente, el progreso logrado en el proceso terapéutico y el desarrollo de una alianza (Summers & Barber, 2010).

PROCESO TERAPÉUTICO

Uno de los principales objetivos de la terapia psicodinámica es facilitar la toma de conciencia y la comprensión de los comportamientos (incluidas las emociones y las cogniciones) en el presente y en el contexto de sus orígenes en el pasado; y explorar cómo estos comportamientos sirven a las diversas necesidades del individuo. En otras palabras, los terapeutas psicodinámicos intentan aumentar la reflexión y facilitar una actitud de autoexploración y autodescubrimiento. Algunos de los contenidos que necesitan ser entendidos en la terapia se asocian habitualmente a un conflicto interno.

Los estudios que examinan el proceso terapéutico en la terapia psicodinámica se han centrado mayormente en ocho mecanismos principales de cambio: *insight*, mecanismos de defensa, calidad de relaciones objetales, rigidez y transferencia en las relaciones, función reflexiva, experiencia emocional correctiva, y alianza terapéutica. Cada uno de estos mecanismos se basa en supuestos básicos de la teorías psicodinámicas y cuentan con apoyo empírico (para una revisión más detallada, Barber et al., 2013).

Insight o auto-comprensión

El *insight* a menudo se describe como un momento de “*aha*”, experimentado por el paciente luego de las interpretaciones realizadas por el terapeuta. El insight produce en el paciente, una mayor comprensión y conciencia de sí mismo, sobre las fuentes y explicaciones para sus síntomas o dificultades emocionales. Los estudios han encontrado un aumento del insight a lo largo del curso de la terapia psicodinámica y han demostrado que dicho aumento está asociado a un cambio sintomático. Existe evidencia de que el aumento en la comprensión de sí mismo es un componente específico de la terapia psicodinámica.

Mecanismos de defensa

Los estilos defensivos son formas en las que las personas enfrentan situaciones que provocan estrés y ansiedad/angustia. Algunos mecanismos de defensa (por ejemplo, la sublimación) son considerados más maduros y adaptativos que otros (por ejemplo,

autolesión o negación). Los estudios han demostrado que a lo largo de la terapia psicodinámica los pacientes muestran una disminución en las defensas primitivas (inmaduras) y un aumento en las más maduras (complejas). Se encontró además, que el cambio en los estilos defensivos está asociado a un cambio sintomático.

Calidad de las relaciones objetales

La teoría psicodinámica hace énfasis en la importancia de las relaciones de objeto (interpersonales) sanas y estables. Las relaciones de objeto se basan en una representación mental de sí mismo y de los demás. Los patrones de relación de objeto se desarrollan en la infancia como resultado de las interacciones tempranas del bebé con sus cuidadores y presumiblemente se mantienen bastante constantes a lo largo de la vida. Por lo tanto, un niño cuya relación temprana con el cuidador fue disruptiva, será más propenso a desarrollar representaciones inestables y distorsionadas de sí y de los otros, y experimentar dificultades en las relaciones interpersonales a lo largo de la vida. En la terapia, el desarrollo de una fuerte alianza terapéutica y la exploración de las relaciones interpersonales tempranas y actuales, probablemente ayuden al paciente a crear representaciones más saludables y a mejorar la calidad de sus relaciones objetales. Se ha demostrado que la calidad de las relaciones objetales cambia en la terapia psicodinámica y se ha asociado con una mejoría sintomática.

Rigidez de la relación y transferencia

Los pacientes que acuden a terapia a menudo se quejan de problemas en las relaciones interpersonales. Los problemas interpersonales pueden surgir como resultado de la rigidez en las relaciones, cuando una persona usa los mismos patrones para relacionarse en todas sus relaciones. En el consultorio, esta rigidez aparece bajo las formas de la transferencia. La transferencia ocurre cuando un paciente proyecta las características de un otro significativo (a menudo del pasado) en el terapeuta, y desarrolla con el terapeuta, los mismos patrones relacionales que tenía con aquel otro significativo. Esta rigidez puede disminuirse ayudando al paciente a identificar la transferencia y a reflexionar sobre dicho patrón interpersonal subyacente o CCRT. El terapeuta puede ayudar al paciente a adaptarse a las demandas y características específicas de la relación existente, en lugar de repetir el pasado. Aunque todavía no se ha demostrado que una disminución de la rigidez se asocie con una mejoría de los síntomas, sí se ha encontrado que la rigidez se asocia con una menor respuesta a la terapia psicodinámica.

Función reflexiva

La función reflexiva es un constructo operacionalizado de la mentalización, que es la capacidad de comprender los estados mentales de uno mismo y de los otros, y para entender cómo estos estados mentales subyacen a las conductas (Fonagy et al., 2002). En la terapia, el terapeuta puede ayudar al paciente a mejorar su capacidad de función reflexiva, la cual, a su vez, mejora la capacidad de reflexionar y permite relacionarse con los demás de una manera más adaptativa. Algunos estudios han demostrado una mejora de la función reflexiva en la terapia psicodinámica, en el trastorno límite de la personalidad y en los trastornos de pánico.

Experiencia emocional correctiva

La experiencia emocional correctiva se definió originalmente como “re-experimentar el viejo e irresuelto conflicto, pero con un nuevo final” (Alexander & French, 1946, p. 338). Se asume que proporcionar al paciente un entorno seguro y empático dentro de la relación, en la que él o ella pueda procesar conflictos emocionales dolorosos contribuye al cambio terapéutico. Se ha sugerido que una experiencia emocional correctiva puede conducir a una reducción sintomática, posibles cambios interpersonales, mayor autoconciencia y función reflexiva. En el contexto de una relación terapéutica, una experiencia emocional correctiva puede incluso aumentar la apertura del paciente, su sentido de cercanía, y fortalecer la alianza. La evidencia ha demostrado que la resolución exitosa de las rupturas (tensión o fracaso) en la alianza se asocia con mejores resultados terapéuticos (Safran, Muran, & Eubanks Carter, 2011).

Relación terapéutica

Ampliamos nuestra discusión respecto de la alianza terapéutica, debido a que se considera tanto un mecanismo de cambio como una condición necesaria para que el cambio ocurra, y porque ha sido ampliamente estudiada. Greenson (1967) define la relación terapéutica desde una perspectiva psicodinámica, e identifica tres relaciones diferentes que un paciente puede tener con el terapeuta: la alianza terapéutica, la transferencia, y la relación real.

Desde una perspectiva panteórica, Bordin (1979) conceptualizó la alianza, como compuesta por tres componentes: acuerdo sobre los objetivos, acuerdo sobre las tareas y vínculo emocional. Los objetivos del paciente pueden ser implícitos o explícitos y pueden estar relacionados con factores de estrés externos así como también internos. El segundo componente es el acuerdo sobre las tareas que son asignadas al terapeuta y al paciente. Las tareas específicas dependen del enfoque terapéutico del terapeuta, pero también se incluyen tareas generales que son comunes a la mayoría de los enfoques en psicoterapia, tales como la expectativa de que uno se presente a tiempo, se comprometa con el proceso terapéutico y permanezca de esa manera.

El tercer componente es el vínculo emocional, el cual se forma a través de aprecio y respeto mutuo, así como también, de emociones positivas de uno hacia el otro. Aunque los objetivos y las tareas son más bien componentes de procedimiento y pueden enseñarse y practicarse, la habilidad para establecer una conexión personal y emocional podría ser más difícil de lograr, y podría depender más de la personalidad y la historia de vida del paciente y del terapeuta. Si bien fue desarrollada dentro del enfoque psicodinámico, la alianza terapéutica es actualmente un concepto teórico cruzado, y uno de los temas más estudiados y mencionados en psicoterapia (por ejemplo, Horvath et al., 2011).

La alianza es un importante predictor del resultado del tratamiento en una variedad de tratamientos (por ejemplo, Horvath et al., 2011); sin embargo esto explica menos del 10% de las variaciones en el éxito. Algunos investigadores han planteado la pregunta acerca de si la alianza es una causa del cambio, o una consecuencia del mismo (e.g., Barber et al., 2000). Recientemente, se encontró que una alianza más fuerte predecía un posterior cambio sintomático en una muestra de pacientes con depresión que recibían psicoterapia de apoyo expresiva (*supportive expressive psychotherapy*) o un manejo clínico combinado con farmacoterapia o placebo, mientras que se tenía en cuenta el factor de que el cambio sintomático predecía una alianza (Zilcha-Mano et al., 2014).

El segundo componente de la relación terapéutica es la transferencia, que se refiere a la relación entre paciente y terapeuta, influenciada por las relaciones pasadas del paciente.

Este *enactment* también puede ser experimentado por el terapeuta a través de la contratransferencia, que es la imagen reflejada de la transferencia, porque se origina a través de los desplazamientos de sentimientos y pensamientos del terapeuta. Tanto la transferencia como la contratransferencia se perciben como un componente inevitable e inherente de la interacción terapéutica, que puede potencialmente convertirse en una importante fuente de información, un valioso vehículo de cambio y una contribución al proceso y a la relación terapéutica.

El tercer componente de la relación entre el paciente y el terapeuta es la relación real, la interacción actual entre dos personas basada únicamente en las características reales del terapeuta y del paciente. Esto se diferencia de la transferencia y la contratransferencia, las cuales son reacciones distorsionadas más basadas en la fantasía que en la realidad. Además, aunque la alianza terapéutica se base en la realidad y sea apropiada, sólo surge como resultado de una situación terapéutica.

Una formulación práctica

¿Cómo se juntan todos estos componentes del proceso psicoterapéutico? En contraste con la terapia psicoanalítica tradicional, la terapia dinámica moderna tiene un objetivo más limitado y se basa en una postura honesta, clara, y a menudo directiva. Los pacientes son escuchados pero también se los anima a cambiar sus patrones de comportamiento y adoptar formas alternativas de experimentar el *self* (el sí mismo), regular las emociones e interactuar con otros (por ejemplo, Summers & Barber, 2010).

Fase de apertura

En la primera fase de la psicoterapia, el terapeuta desarrolla una formulación psicodinámica: una evaluación y conceptualización del problema central del paciente y las maneras en las que emergen en sus síntomas, acontecimientos significativos del pasado y del presente, y las relaciones interpersonales. Entonces el terapeuta crea un plan de tratamiento elaborando de manera anticipada oportunidades de cambio, posibles obstáculos y resistencias y temas esenciales que pueden surgir en la relación terapéutica. En las siguientes dos a seis sesiones, el terapeuta establece junto con el paciente el foco del tratamiento, decidiendo cuál es el problema central del paciente y cuáles son los objetivos específicos de tratamiento para modificar dicho problema. Es importante que el terapeuta mantenga un equilibrio entre el optimismo y las expectativas realistas de cambio, como así también una conciencia de las reacciones de contratransferencia, y la transparencia y franqueza con respecto al proceso terapéutico.

Fase intermedia

En esta fase, el terapeuta psicodinámico y el paciente, crean una narrativa comprensiva del curso de la vida del paciente que incorpora los factores biológicos, las experiencias infantiles tempranas, las relaciones interpersonales y los sucesos de vida centrales, las transiciones y experiencias significativas actuales. La creación de una narrativa incrementa la conciencia de sí del paciente, y le permite comenzar a construir una narrativa de su vida nueva y diferente. Crear una narrativa nueva desafía la narrativa antigua, disminuye los sentimientos de culpa y condena sobre el pasado, y alienta al paciente a cambiar.

Fase de cierre

Idealmente, hacia el final del tratamiento, el paciente habrá mejorado su capacidad de autocomprensión y reflexión, utilizará defensas más maduras (progresivas, complejas), hará mejores elecciones en la vida, y se sentirá más seguro de sus capacidades para enfrentar sus frustraciones o decepciones. El objetivo de la terminación es proporcionar un cierre a paciente y terapeuta, explorar las reacciones emocionales que surgen ante la experiencia mutua de pérdida y reflexionar sobre el significado de finalizar el tratamiento.

Evidencia y contribuciones de la investigación

La evidencia que apoya los conceptos psicodinámicos, como el inconsciente, proviene de muchas fuentes. Los procesos inconscientes se estudian en la actualidad como conocimiento implícito, procesos automáticos, inconsciente cognitivo, memoria y percepción implícita, percepción subliminal, motivación implícita, etc. Esta literatura es demasiado extensa para tratar de resumirla en este capítulo. Basta con decir que, aunque existe una controversia en relación a la medida en que esta nueva investigación respalda la noción psicoanalítica de procesos inconscientes, hoy existe una controversia menor acerca de la idea de que los procesos inconscientes afectan la vida mental de las personas de lo que había hace 30 años (por ejemplo, Kahneman, 2011).

Debido a que la terapia psicodinámica ha recibido una mala reputación en términos de su eficacia en las últimas décadas, enfocamos nuestro esfuerzo en revisar la evidencia empírica que respalda la terapia psicodinámica. Hasta cierto punto, nuestra revisión proporciona al mismo tiempo cierto apoyo para las construcciones teóricas utilizadas en el proceso terapéutico.

En las últimas décadas, ha habido un creciente cuerpo de evidencia empírica sobre la eficacia de la terapia psicodinámica. Un método cada vez más popular para evaluar la eficacia del tratamiento es mediante el uso del metaanálisis. La mayoría de los metaanálisis que han comparado la psicoterapia psicodinámica con otras formas de tratamiento o grupos de control se han basado en datos de estudios clínicos aleatorios controlados (*RCT Randomized Control Trials*). Muchos RCT que examinan la eficacia de la terapia dinámica se han centrado en STDP en lugar de psicoterapia o psicoanálisis a largo plazo. Revisando sistemáticamente la literatura, Barber et al. (2013) concluyeron que la terapia psicodinámica individual es más efectiva que las condiciones de control o el tratamiento habitual y es tan efectiva como otras formas de terapia para los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad o trastornos de la personalidad. La evidencia metaanalítica también ha demostrado que el STDP (Psicoterapia Psicodinámica de Corto Plazo) es más eficaz que las condiciones de control para reducir los síntomas generales de ansiedad y depresión en los seguimientos a corto y largo plazo (por ejemplo, Abbass et al., 2014).

Un metaanálisis más reciente (Leichsenring et al., 2015) probó la eficacia de la terapia psicodinámica, utilizando criterios rigurosos para definir psicoterapias apoyadas en la evidencia, según lo propuesto por el Grupo de trabajo sobre promoción y disseminación de procedimientos psicológicos (Chambless & Hollon, 1998). Los hallazgos de 39 RCT (publicados entre 1970 y 2014) mostraron que la terapia psicodinámica es eficaz en el trastorno depresivo mayor, el trastorno de ansiedad social, los trastornos de personalidad límite y heterogéneos, el trastorno por dolor somatoforme y la anorexia nerviosa. También se encontró que la terapia psicodinámica puede considerarse eficaz en la distimia, el dolor complicado, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada y el abuso y

dependencia de sustancias. Además, Leichsenring et al. mostró que la evidencia que apoya la eficacia de la terapia psicodinámica ha aumentado considerablemente en comparación con una revisión exhaustiva de 2008 (Gibbons, Crits-Christoph, & Hearon, 2008). Por lo tanto, a pesar de la necesidad de más investigación, la acumulación de evidencia empírica ha apoyado la eficacia de la terapia psicodinámica.

Eficacia de la terapia psicodinámica

Anteriormente presentamos seis problemas psicodinámicos principales que representan los problemas más comunes que llevan a los pacientes a la terapia. Ahora presentamos la evidencia con respecto a la eficacia de la terapia psicodinámica para cada uno de estos seis problemas: depresión, obsesividad, miedo al abandono, trastorno de pánico, baja autoestima y trauma.

Depresión

La evidencia que muestra la efectividad de la psicoterapia psicodinámica en el tratamiento de la depresión ha ido en aumento. Los metaanálisis, incluidos los RCT con cientos de pacientes con trastornos del estado de ánimo, han demostrado que la terapia psicodinámica para la depresión fue significativamente más efectiva que los estudios clínicos aleatorios controlados (Driessen et al., 2010; Leichsenring et al., 2015) y fue tan eficaz como los tratamientos alternativos para los trastornos del estado de ánimo. Además, se encontró que la terapia psicodinámica combinada con la medicación era más efectiva que la medicación sola (Barber et al., 2013). La efectividad de la terapia psicodinámica se mantuvo en los seguimientos a corto y largo plazo. A pesar de la sólida evidencia que apoya la eficacia de la terapia psicodinámica para la depresión, todavía hay una necesidad de más RCT que comparen su efectividad con la de los tratamientos estandarizados para la depresión y la medicación, utilizando muestras grandes con poblaciones diversas.

Obsesión

Diversos estudios han apoyado la efectividad de la terapia psicodinámica para la obsesión. Un estudio inicial encontró que la terapia psicodinámica era más efectiva que los estudios clínicos aleatorios controlados para los trastornos de la personalidad del grupo C (evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo; Winston et al., 1994). Los cambios sintomáticos de los pacientes se mantuvieron en un seguimiento de 1 año y medio. Más recientemente, se descubrió que la terapia psicodinámica a corto plazo (STPD) era tan efectiva como la terapia cognitivo-conductual (TCC) en el tratamiento de los trastornos de la personalidad del grupo C (Svartberg, Stiles y Seltzer, 2004), tanto en su finalización como durante un seguimiento de dos años. Además, se encontraron cambios significativos en el seguimiento de los síntomas de angustia para STPD pero no para CBT. En un estudio no controlado, se

encontró que SET era más útil para los pacientes con trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo que para aquellos con el trastorno de personalidad evitativo (Barber et al., 1997). Por lo tanto, está surgiendo evidencia empírica que apoya la eficacia de la terapia psicodinámica para la obsesión.

Miedo al abandono

El aumento de la evidencia respalda la eficacia de varias formas de terapia psicodinámica para pacientes con miedo al abandono, incluidos aquellos con TLP. Se han acumulado pruebas que respaldan dos formas de tratamiento psicodinámico para el TLP. El primero es la terapia focalizada en la transferencia (Yeomans, Clarkin y Kernberg, 2015). El enfoque de este tratamiento es sobre las interpretaciones sistemáticas de las relaciones objetales, ya que se manifiestan a través de las reacciones transferenciales en el encuentro terapéutico.

Los RCT han demostrado que la terapia focalizada en la transferencia es superior a los estudios clínicos aleatorios controlados (Doering et al., 2010) y es tan eficaz como los tratamientos alternativos (terapia dialéctica-conductual y tratamiento de apoyo; Clarkin et al., 2007) para el TLP.

La segunda forma de terapia psicodinámica que ha ganado apoyo empírico es la terapia basada en la mentalización (Bateman y Fonagy, 2004). El foco de esta terapia es desarrollar la capacidad de mentalizar, permitiendo a los pacientes reflexionar sobre sí mismos e identificar sus propios estados mentales y los de los demás, y entender cómo estos estados mentales influyen en los comportamientos. Se encontró que la terapia basada en la mentalización era superior a los estudios clínicos aleatorios controlados, en la reducción sintomática y la tasa de suicidio en el momento de finalización de los pacientes con diagnóstico de TLP (Bateman & Fonagy, 2009), así como también, durante 5 años se realizó el seguimiento a pacientes con TLP que asistían al dispositivo de hospital de día y recibieron terapia basada en la mentalización. (Bateman & Fonagy, 2008).

Más evidencia sobre la efectividad de la terapia psicodinámica para el TLP proviene de otro RCT (McMain et al. 2012) que mostró que la terapia psicodinámica (referida en el artículo como manejo psiquiátrico general y basada en el trabajo de Gunderson) fue tan efectiva como la terapia dialéctica-conductual en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. La mejora de los pacientes se mantuvo en un seguimiento de 2 años.

Otra evidencia de la efectividad de la terapia psicodinámica para la DBP proviene de otro RCT (McMain et al. 2012) que mostró que la terapia psicodinámica (referida en el artículo como manejo psiquiátrico general y basada en el trabajo de Gunderson) fue tan efectiva como la terapia dialéctica-conductual en el tratamiento de la DBP. La mejora de los pacientes se mantuvo en un seguimiento de 2 años.

Para finalizar, una extensa revisión meta-analítica (Stoffers et al., 2012) incluyó 28 estudios con 1804 participantes con trastorno límite de personalidad. Los resultados mostraron que la terapia dialéctica-conductual, la terapia basada en la mentalización, la terapia focalizada

en la transferencia y la terapia interpersonal fueron todas superiores a las condiciones de control.

Baja autoestima

Una revisión de la literatura sobre trastornos de personalidad (Crits-Christoph & Barber, 2015) no encontró ningún RCT que examinara la eficacia de la terapia psicodinámica para pacientes con trastorno de personalidad narcisista, que es una forma extrema de baja autoestima. Por lo tanto, la investigación futura necesita explorar la eficacia del tratamiento psicodinámico para pacientes con baja autoestima.

Pánico

Un metaanálisis (Keefe et al., 2014) encontró que la terapia psicodinámica fue significativamente más eficaz que las condiciones de control. Además, la terapia psicodinámica no difirió significativamente de los tratamientos alternativos (como la terapia cognitivo conductual) en el post tratamiento, durante un año de seguimiento y más tarde también. La eficacia de la terapia psicodinámica específicamente para la ansiedad del trastorno de pánico fue apoyada por un estudio de control aleatorizado que encontró que la psicoterapia psicodinámica focalizada en el pánico fue más efectiva que el entrenamiento de relajación aplicado en el tratamiento del trastorno de pánico (Milrod, Leon, Busch, et al., 2007). Los análisis de seguimiento mostraron que la superioridad de la psicoterapia psicodinámica era aún mayor para pacientes con un trastorno de personalidad comórbido (Milrod, Leon, Barber, et al., 2007).

Trauma

Actualmente, solo un único ensayo de control aleatorizado ha comparado la eficacia de la terapia psicodinámica con la de la terapia cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático (Brom, Kleber y Defares, 1989). Este estudio encontró que la terapia psicodinámica a corto plazo, la desensibilización sistemática, y la terapia hipnótica fueron igual de efectivas en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático. Además, se encontró una mayor reducción en los síntomas de evitación para el grupo psicodinámico, y una mayor disminución de los síntomas de intrusividad para los grupos de desensibilización sistemática y la terapia hipnótica.

Un apoyo adicional para la eficacia de la terapia psicodinámica en sobrevivientes de un trauma, proviene de un ensayo inicial que examinó la eficacia de una terapia psicodinámica a corto plazo manualizada en 30 sobrevivientes de incendios (19 de los pacientes cumplieron con el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático solo o en comorbilidad con depresión, del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos 3^a ed.; American Psychiatric Association, 1980). Todos los participantes mejoraron significativamente al finalizar el tratamiento y en el seguimiento a los dos años. El grupo control sin tratamiento no mejoró al mismo ritmo que el grupo que recibió tratamiento (Lindy et al., 1983). A pesar de estos resultados prometedores, no tenemos conocimiento de ningún otro estudio que haya examinado la eficacia de la terapia psicodinámica para el trastorno de estrés postraumático.

Principales logros

En otros tiempos el psicoanálisis o la terapia psicodinámica gobernaron la tierra. Distinto a los dinosaurios, no desaparecieron sino que más bien brotaron muchas variaciones y nuevos descendientes. Hoy esos hijos han olvidado todo sobre sus orígenes. (Barber et al., 2013, p. 443)

Al igual que con cualquier progenitor, uno de los principales logros del psicoanálisis y de la terapia psicodinámica es la producción de descendencia. Mirando las décadas de evolución, uno puede sorprenderse con admiración: el rico y diverso campo de la psicoterapia practicado en el siglo XXI ha surgido principalmente del pensamiento psicodinámico. Desde sus humildes comienzos con un pequeño pero ambicioso grupo de clínicos, discutiendo acerca de sus pacientes, conceptualizando teorías, la práctica de la psicoterapia se ha convertido en parte del sistema de salud. Esto también es parte de nuestra cultura, especialmente en el mundo occidental. La investigación en psicoterapia, de todas las orientaciones teóricas, constituye un campo científico respetado, de rápido crecimiento y difusión en todo el mundo.

Parte de este avance, los conceptos centrales desarrollados en el psicoanálisis y las teorías psicodinámicas han sido adoptados por numerosos enfoques. Como se mencionó anteriormente, el concepto de procesos inconscientes, formulado por Freud y sus colegas, más recientemente renombrado como procesos implícitos en la psicología científica, es ampliamente estudiado no solo en la psicología clínica y social, sino también en otras disciplinas. Se han incorporado conceptos psicodinámicos adicionales en todas las principales orientaciones: algunas en mayor medida (como por ejemplo la alianza terapéutica) y otras en menor grado (transferencia). Incluso los conceptos de proceso primario y secundario se están redescubriendo y reformulando, más recientemente por el Premio Nobel Daniel Kahneman (2011) como Sistema 1 (rápido, instintivo y emocional) y su contraste, Sistema 2 (más deliberado y lógico).

Los desarrollos posteriores del psicoanálisis crecieron, desarrollaron su propia línea y autonomía, y se dispersaron en diferentes direcciones. A pesar de la popularidad de las teorías cognitivas y conductuales va en aumento, la popularidad del psicoanálisis, especialmente en los círculos científicos, ha declinado hasta el punto de ser en ocasiones, ridiculizada. Curiosamente, muchos conceptos psicoanalíticos también se han convertido en parte de nuestra cultura. Nuestras actitudes hacia la sexualidad han cambiado desde la era victoriana, y los términos lapsus y acto fallido son ampliamente conocidos. De hecho, es bastante notorio en nuestro medio, que la teoría psicoanalítica está hoy en día más extendida en el campo de las humanidades que en la psicología.

Cabe destacar que muchos de los mentores de los "nuevos" enfoques de psicoterapia fueron entrenados dinámicamente. Los desarrolladores de los nuevos tratamientos, como la terapia cognitiva, tienden a enfatizar qué hay de diferente en sus nuevos enfoques en lugar de lo que comparten con los demás. Se han focalizado en desarrollar nuevas técnicas, en lugar de otras más antiguas como, por ejemplo, el desarrollo de una fuerte relación terapéutica. Esto se debe en parte a que dieron esto último por sentado y también a que pueden haber necesitado diferenciarse de sus "padres". En cualquier caso, varias generaciones después de terapeutas cognitivo-conductuales, hay más discusiones acerca de cómo construir una

relación terapéutica y sobre posibles patrones estereotipados de relación (transferencia) que en el pasado. También cabe destacar que los terapeutas de diferentes orientaciones parecen preferir una terapia psicodinámica para su propio tratamiento (Habl, Mintz, y Bailey, 2010). Aunque algunos pueden creer que la terapia psicodinámica ha perdido su status debido a la falta de apoyo empírico, la evidencia reciente ha apuntado en la dirección opuesta, como esperamos haber mostrado en la sección precedente en este capítulo. Si bien es cierto que la investigación en terapia psicodinámica tardó años en despegar, existen actualmente numerosos estudios empíricos bien conducidos que apoyan su eficacia. Alentamos a los lectores a utilizar este capítulo para explorar con mayor profundidad la vitalidad de la terapia psicodinámica basada en la evidencia.

Direcciones futuras

En lo que a la teoría psicodinámica se refiere, es necesario que haya más investigación focalizada en poner a prueba sus postulados centrales. Para dar un breve ejemplo, un supuesto que subyace al CCRT (tema central relacional conflictivo) es que los pacientes expresan a lo largo de las relaciones, temas consistentes y lo más importante, a través de situaciones dentro de esas relaciones. Un testeo de este supuesto, proporcionó apoyo para una visión de las relaciones, más situacional, más característica (Barber et al., 2002). Sin embargo, esta hipótesis debe ser probada en un *setting* más válido ecológicamente. Anticipamos que la definición de supuestos de los modelos psicodinámicos también se probará utilizando métodos neurocientíficos.

Con respecto a la terapia psicodinámica, un desafío clave es la drástica disminución de las fuentes de financiamiento, especialmente en los Estados Unidos. La falta de financiación es especialmente preocupante porque dificultará la realización de grandes ensayos clínicos que comparen diferentes tipos de psicoterapia.

Otro desafío importante que enfrenta nuestro campo es la creciente tendencia a la medicalización de la salud mental. Con el aumento en el uso de medicamentos y la disminución en el uso de la psicoterapia, es cada vez más difícil realizar estudios que examinen la eficacia de la psicoterapia en general y, específicamente, de la terapia psicodinámica.

Otra tendencia preocupante es la disminución de la posibilidad de investigación en psicoterapia psicodinámica y de las oportunidades de entrenamiento. Con el aumento de programas clínicos que brindan principalmente capacitación en terapia cognitivo conductual y la falta de facultades psicodinámicas, las oportunidades para la tutoría y capacitación en psicodinámica, están disminuyendo rápidamente. Creemos que el entrenamiento psicodinámico proporciona a los estudiantes habilidades fundamentales que son esenciales para cualquier tipo de trabajo terapéutico. A través de este entrenamiento, los estudiantes aprenden a escuchar empáticamente, a ser receptivos y abiertos, a crear un espacio seguro y confiable, y a relacionarse con sus pacientes de manera profunda y significativa. Una vez que se aprenden estas habilidades básicas, las técnicas prescritas, que son relativamente específicas para cada orientación, pueden usarse de manera efectiva. Por lo tanto, la disminución en el entrenamiento psicodinámico es alarmante porque puede llegar hasta el punto de la desaparición de oportunidades de que los clínicos principiantes aprendan habilidades valiosas, claves para el éxito de todas las psicoterapias. Por ejemplo, el entrenamiento en cómo resolver la ruptura de la alianza logró mejores resultados en los pacientes durante la terapia cognitivo conductual (Muran et al., 2014).

A pesar de estos grandes obstáculos que enfrentan la teoría y la terapia psicodinámicas, es mucho lo que se puede hacer para mantener vivo y floreciente dicho campo. Ahora presentaremos direcciones futuras (y recomendaciones). Algunas de estas recomendaciones pueden encontrarse con más detalle en otros escritos (Barber & Sharpless, 2015).

Estudios clínicos aleatorios controlados (*Randomized Control Trials*)

A pesar de la disminución en los hallazgos, es esencial continuar realizando estudios de control aleatorizados y otros estudios de resultados para proporcionar evidencia sobre la eficacia de la psicoterapia psicodinámica. Frente a la falta de financiamiento del gobierno, es importante considerar la realización de estudios naturalísticos, mediante la construcción de grandes redes de investigación y de práctica y llevando adelante más estudios cualitativos y de caso único. Estudios futuros probablemente se centrarán en qué tratamientos son los más adecuados para qué trastornos y en qué pacientes se beneficiarán más de la terapia dinámica comparada con otros tratamientos. Tales estudios probablemente pondrán más énfasis en poblaciones poco estudiadas, como por ejemplo, pacientes de grupos minoritarios y diferentes culturas y etnias, no respondedores y pacientes resistentes al tratamiento. También es esencial incluir un seguimiento más longitudinal para examinar los beneficios a largo plazo de la psicoterapia, en comparación con los medicación.

Investigación de proceso

Profundizar nuestro conocimiento sobre los mecanismos singulares y no específicos de cambio en la psicoterapia psicodinámica, nos ayudará a comprender qué es lo que hace que la psicoterapia dinámica funcione y en qué se diferencia de otros tratamientos. Algunos de los principales mecanismos de cambio en la psicoterapia dinámica han sido revisados en este capítulo; sin embargo, aún se hace necesario contar con más evidencia empírica que respalde estos mecanismos, especialmente para probar cuáles de ellos son específicos de las terapias dinámicas. Hay sitio para explorar otros mecanismos basados en la teoría en la terapia dinámica, para ver si explican mejor lo que ocurre (Gibbons et al., 2009). Será de gran interés estudiar el papel de la alianza terapéutica, en contraste con el papel de la autocomprensión como potenciales mecanismos de cambio en la psicoterapia. Lo mismo puede decirse de la mentalización.

Más que síntomas

Aunque es importante tener en cuenta los síntomas, también es esencial estudiar los constructos psicodinámicos en los resultados de la terapia, tales como la mejora en las capacidad de amar y trabajar (Erikson, 1963), el énfasis de Kohut (1977) en el sentido de integridad y libertad de los patrones de relación desadaptativos, y el foco en Hartmann (1939) en las capacidades saludables del yo. Los estudios futuros probablemente se centrarán en la validación de medidas psicodinámicas ya existentes, así como en el desarrollo de nuevas.

Imágenes cerebrales y otras tecnologías

La combinación de MRI funcional y otras mediciones neurales y metabólicas en la terapia psicodinámica, puede proporcionar datos valiosos sobre la eficacia de la terapia psicodinámica y sus mecanismos de cambio. Además, los investigadores considerarán cada vez más, incorporar tecnologías (como teléfonos inteligentes, tablets y plataformas en

línea) para recopilar datos sobre la terapia y los conceptos fundamentales de la psicoterapia psicodinámica de manera más eficiente.

Imagen pública de la terapia psicodinámica

Investigadores, clínicos y estudiantes psicodinámicos comparten la responsabilidad de presentar la terapia psicodinámica de una manera precisa, accesible y convincente. Debido a que la teoría psicoanalítica es a menudo fuente de crítica y ridículo, una representación realista de la terapia psicodinámica es extremadamente importante. La terapia psicodinámica basada en la evidencia no sólo puede beneficiar a sus receptores, sino que también, puede contribuir al campo de la salud mental. Por lo tanto, es importante que los investigadores produzcan estudios rentables que proporcionen información válida y confiable para agencias de financiamiento y compañías aseguradoras.

En resumen, aunque la reputación de la psicoterapia psicodinámica ha sufrido en las últimas décadas, ha habido un aumento drástico en el número de investigadores psicodinámicos que producen estudios empíricos de alta calidad durante el mismo período de tiempo. Con persistencia, entusiasmo y una perspectiva realista de los desafíos que enfrenta el campo, creemos que los investigadores psicodinámicos y los clínicos pueden mantener la historia de la psicoterapia psicodinámica, viva y vibrante por 100 años más.

Bibliografía

- Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., . . . Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD004687.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York, NY: Ronald Press.
- Altman, N. (2000). Black and white thinking: A psychoanalyst reconsiders race. *Psychoanalytic Dialogues*, 10, 589–605. <http://dx.doi.org/10.1080/10481881009348569>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: Author.
- Aron, L. (1990). One person and two person psychologies and the method of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 475–485. <http://dx.doi.org/10.1037/0736-9735.7.4.475>
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1027–1032. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.6.1027>
- Barber, J. P., Foltz, C., DeRubeis, R. J., & Landis, R. J. (2002). Consistency of interpersonal themes in narratives about relationships. *Psychotherapy Research*, 12, 139–159. <http://dx.doi.org/10.1093/ptr/12.2.139>
- Barber, J. P., Morse, J. Q., Krakauer, I. D., Chittams, J., & Crits-Christoph, K. (1997). Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited

supportive-expressive therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34, 133–143. <http://dx.doi.org/10.1037/h0087774>

Barber, J. P., Muran, J. C., McCarthy, K. S., & Keefe, J. R. (2013). Research on dynamic therapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 443–494). Hoboken, NJ: Wiley.

Barber, J. P., & Sharpless, B. A. (2015). On the future of psychodynamic therapy research. *Psychotherapy Research*, 25, 309–320. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2014.996624>

Barber, J. P., & Summers, R. F. (2015). Short-term psychodynamic psychotherapy. In J. Wright (Ed.), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (2nd ed., Vol. 19, pp. 344–348). Oxford, England: Elsevier.

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. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040636>

Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355–1364. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18, 36–51. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252–260. <http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York, NY: Basic Books.

Brom, D., Kleber, R. J., & Defares, P. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607–612. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.57.5.607>

Busch, F. N., Rudden, M., & Shapiro, T. (2004). *Psychodynamic treatment of depression*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Cabral, R. R., & Smith, T. B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: A meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 537–554. <http://dx.doi.org/10.1037/a0025266>

Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7–18. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7>

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. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922>

Crits-Christoph, P., & Barber, J. P. (2015). Psychological treatments for personality disorders. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (4th ed., pp. 851–870). New York, NY: Oxford University Press.

Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., . . . Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 196, 389–395.

- <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070177>
- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C., Abbass, A. A., de Jonghe, F., & Dekker, J. J. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30*, 25–36. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.010>
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society*. New York, NY: Norton.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defence*. London, England: Hogarth Press.
- Freud, A. (1966). Obsessional neurosis: A summary of psychoanalytic views as presented at the Congress. *International Journal of Psycho-Analysis, 47*, 116–122.
- Freud, S. (1936). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 237–258). London, England: Hogarth Press. (Original work published 1917)
- Freud, S. (1955). Inhibitions, symptoms and anxiety. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 77–178). London, England: Hogarth Press. (Original work published 1926)
- Freud, S. (1959). Character and anal eroticism. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 9, pp. 167–175). London: Hogarth Press. (Original work published 1908)
- Freud, S. (1963). On narcissism. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 67–102). London: Hogarth Press. (Original work published 1914)
- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (4th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Wiltsey Stirman, S., Gallop, R., Goldstein, L. A., . . . Ring-Kurtz, S. (2009). Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 801–813. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016596>
- Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, P., & Hearon, B. (2008). The empirical status of psychodynamic therapies. *Annual Review of Clinical Psychology, 4*, 93–108. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141252>
- Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York, NY: International Universities Press.
- Gunderson, J. G., & Links, P. S. (2008). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Habl, S., Mintz, D., & Bailey, A. (2010). The role of personal psychotherapy in psychiatry residency training: A survey of psychiatry training directors. *Academic Psychiatry, 34*, 21–26.
- Hartmann, H. (1939). *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York, NY: International Universities Press.
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York, NY: Basic Books.
- Holmes, D. E. (1992). Race and transference in psychoanalysis and psychotherapy. *International Journal of Psycho-Analysis, 73*, 1–11.
- Horney, K. (1945). *Our inner conflicts: A constructive theory of neurosis*. New York, NY:

Norton.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9–16. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022186>

Jung, C. (1933). *Modern man in search of a soul*. New York, NY: Harvest.

Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. New York, NY: Farrar, Straus & Giroux.

Keefe, J. R., McCarthy, K. S., Dinger, U., Zilcha-Mano, S., & Barber, J. P. (2014). A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 34, 309–323. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.004>

Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York, NY: Jason Aronson.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic psychoanalytic approach to the treatment of narcissistic personality disorders*. New York, NY: International Universities Press.

Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York, NY: International Universities Press.

Leichsenring, F., Leweke, F., Klein, S., & Steinert, C. (2015). The empirical status of psychodynamic psychotherapy—An update: Bambi's alive and kicking. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 129–148. <http://dx.doi.org/10.1159/000376584>

Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M. J., Abbass, A., Barber, J. P., Keefe, J. R., . . . Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: A systematic review using updated criteria. *The Lancet Psychiatry*, 2, 648–660. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00155-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00155-8)

Lindy, J. D., Green, B. L., Grace, M., & Titchener, J. (1983). Psychotherapy with survivors of the Beverly Hills Supper Club fire. *American Journal of Psychotherapy*, 37, 593–610.

Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York, NY: Basic Books.

Mahler, M. S. (1972). On the first three subphases of the separation-individuation process. *International Journal of Psycho-Analysis*, 53, 333–338.

Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Norwood, NJ: Ablex.

Malan, D. H. (1976). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. Woburn, MA: Butterworth.

McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J., & Links, P. S. (2012). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 169, 650–661. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11091416>

Milrod, B., Busch, F., Cooper, A., & Shapiro, T. (Eds.). (1997). *Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Milrod, B., Leon, A. C., Barber, J. P., Markowitz, J. C., & Graf, E. (2007). Do comorbid personality disorders moderate panic-focused psychotherapy? An exploratory examination of the American Psychiatric Association Practice Guideline. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 885–891. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v68n0610>

Milrod, B., Leon, A. C., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., . . . Shear, M. K. (2007). A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 265–272.

Mitchell, J. (Ed.). (1986). *The selected Melanie Klein*. New York, NY: Free Press.

- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Muran, J. C., Gorman, B. S., Safran, J. D., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2014, June). Exploring changes in interpersonal process, intermediate and ultimate outcome in a within-subject experimental study of an alliance-focused training. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Copenhagen, Denmark.
- OPD Task Force. (Eds.). (2008). *Operationalized psychodynamic diagnostics OPD-2: Manual of diagnosis and treatment planning*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.
- Paniagua, F. A. (2013). *Assessing and treating culturally diverse clients: A practical guide* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- PDM Task Force (Ed.). (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48, 80–87. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022140>
- Salzman, L. (1968). *The obsessive personality*. Oxford, England: Science House.
- Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles*. New York, NY: Basic Books.
- Sharpless, B. A., & Barber, J. P. (2012). Corrective emotional experiences from a psychodynamic perspective. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 31–49). <http://dx.doi.org/10.1037/13747-003>
- Shear, M. K., Cooper, A. M., Klerman, G. L., Busch, F. N., & Shapiro, T. (1993). A psychodynamic model of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 859–866. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.150.6.859>
- Smith, L. (2005). Psychotherapy, classism, and the poor: Conspicuous by their absence. *American Psychologist*, 60, 687–696. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.60.7.687>
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, CD005652.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York, NY: Norton.
- Sullivan, H. S. (1954). *The psychiatric interview*. New York, NY: Norton.
- Summers, R. F., & Barber, J. P. (2010). *Psychodynamic therapy: A guide to evidence-based practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Summers, R. F., & Barber, J. P. (Eds.). (2014). *Practicing psychodynamic therapy: A case book*. New York, NY: Guilford Press.
- Svartberg, M., Stiles, T. C., & Seltzer, M. H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 810–817. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.5.810>
- Tummala-Narra, P. (2015). Cultural competence as a core emphasis of psychoanalytic psychotherapy. *Psychoanalytic Psychology*, 32, 275–292. <http://dx.doi.org/10.1037/a0034041>
- Watkins, C. E., Jr. (2012). Race/ethnicity in short-term and long-term psychodynamic psychotherapy treatment research: How “White” are the data? *Psychoanalytic Psychology*, 29, 292–307. <http://dx.doi.org/10.1037/a0027449>
- Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124, 333–371.

<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.124.3.333>

Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 585–595.

Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Samstag, L. W., McCullough, L., & Muran, J. C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 190–194. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.151.2.190>

Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Zilcha-Mano, S., Dinger, U., McCarthy, K. S., & Barber, J. P. (2014). Does alliance predict symptoms throughout treatment, or is it the other way around? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 931–935. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035141>