

Coordonatori:
Raymond A. Levy
J. Stuart Ablon
Horst Kächele

Dovezi empirice și practica psihoterapiei psihodinamice

Traducere din limba engleză
de Daniela Andronache



Editori:
SILVIU DRAGOMIR
MAGDALENA MĂRCULESCU
VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Redactare:
SOFIA-MANUELA NICOLAE

Design și ilustrație copertă:
ADELINA BUTNARU (FABER STUDIO)

Director producție:
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Dtp:
GABRIELA ANGHEL

Corectură:
IRINA MUȘĂTOIU
DORINA LIPAN

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
LEVY, RAYMOND A.

Dovezi empirice și practica psihoterapiei psihodinamice / coord.: Raymond A. Levy, J. Stuart Ablon, Horst Kächele ;
trad. din lb. engleză de Daniela Andronache. - București : Editura Trei, 2026
Conține bibliografie
ISBN 978-606-40-3243-0

I. Ablon, Stuart J.

II. Kächele, Horst

III. Andronache, Daniela (trad.)

159.9

First published in English under the title
Psychodynamic Psychotherapy Research; Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence
edited by Raymond A. Levy, J. Stuart Ablon and Horst Kächele, edition: 1
Copyright © Springer Science+Business Media, LLC, 2012
and

First published in English under the title
Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy; Bridging the Gap Between Science and
Practice

edited by Raymond A. Levy and J. Stuart Ablon, edition: 1

Copyright © Humana Press, 2009 *

This volume includes selected chapters from
Psychodynamic Psychotherapy Research; Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence
and

Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy; Bridging the Gap Between Science and
Practice

which have been translated and published under licensed from

Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature.

Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature takes no responsibility
and shall not be made liable for the accuracy of the translation

Copyright © Editura Trei, 2026
pentru prezenta ediție

O.P. 16, Ghișeu 1, C.P. 0490, București
Tel.: +4 021 300 60 90; Fax: +4 0372 25 20 20
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN 978-606-40-3243-0

Cuprins

7	Capitolul 1.	Eficacitatea psihoterapiei psihodinamice
46	Capitolul 2.	Eficiența psihoterapiei psihodinamice de lungă durată. Primele dovezi metaanalitice și discutarea lor
94	Capitolul 3.	Instrumente de măsurare a procesului în psihoterapia psihodinamică
135	Capitolul 4.	Contratransferul și psihopatologia personalității Dezvoltarea și aplicarea clinică a Chestionarului pentru Contratransfer
169	Capitolul 5.	Alianța, negocierea și repararea alianței rupte
211	Capitolul 6.	Utilizarea practică a cercetărilor privind alianța terapeutică în clinică
255	Capitolul 7.	Contribuțiile Chestionarului pentru Procesul Terapeutic la cercetarea psihoterapiei*
300	Capitolul 8.	Teoria și cercetarea atașamentului Implicații pentru psihoterapia psihodinamică
338	Capitolul 9.	Studiul schimbărilor funcționării defensive în psihoterapie folosind Scalele de scorare ale mecanismelor de apărare: patru ipoteze, patru cazuri
391	Capitolul 10.	Acuratețea interpretării apărării la trei tipuri de caracter

- 454 **Capitolul 11.** Când este utilă elaborarea transferului în psihoterapia psihodinamică?
O trecere în revistă a studiilor empirice
- 496 **Capitolul 12.** Zece instrumente de măsurare a rezultatului terapeutic utilizate în cercetarea psihoterapiei psihodinamice
- 553 **Capitolul 13.** Interviu clinic orientat empiric pentru tulburările de personalitate
- 592 **Capitolul 14.** Interviu Structurat al Organizării Personalității (STIPO): un instrument pentru evaluarea severității și schimbării patologiei personalității
- 639 **Anexa IA.** Manualul de codare al Chestionarului pentru Procesul Psihoterapeutic (PQS) (Adult)
- 681 **Anexa IB.** Manualul de codare a Chestionarului Procesului Psihoterapeutic al Copilului
- 718 **Anexa IIA.** Prezentarea tratamentelor standardizate pentru cercetarea psihoterapiei psihodinamice
- 728 **Capitolul 15.** Măsurarea și întărirea impactului cercetării psihoterapiei psihodinamice
Scrisoare deschisă către oamenii de știință și clinicieni

Eficacitatea psihoterapiei psihodinamice¹

Jonathan Shedler

Cuvinte-cheie: metaanaliză, psihanaliză, psihoterapie psihodinamică, rezultatul psihoterapiei, proces terapeutic

Există în unele cercuri credința conform căreia conceptele și tratamentele psihodinamice duc lipsă de suport empiric sau că dovezile științifice ar arăta că alte forme de tratament sunt mai eficiente. Această credință pare să fi căpătat o viață proprie. Academicienii și-o repetă unii altora, la fel și managerii din domeniul sănătății, precum și cei care fac politicile de sănătate. Cu fiecare repetiție, crește aparenta credibilitate a acestei idei. De la un punct

¹ Copyright © 2010 American Psychological Association, reprodus cu permisiune. Citarea oficială cu referire la acest material este: Shedler J., The efficacy of psychodynamic psychotherapy, *Am Psychol.*, 2010; 65(2):98–109. Nicio altă reproducere sau distribuire nu este permisă fără permisiunea scrisă a Asociației Psihologice Americane. Autorul îi este recunoscător lui Mark Hilsenroth pentru contribuțiile sale extinse la acest capitol, lui Marc Diener pentru accesul la unele dintre informațiile prezentate aici, și lui Robert Feinstein, Glen Gabbard, Michael Karson, Kenneth Levy, Nancy McWilliams, Robert Michels, George Stricker și Robert Wallerstein, pentru comentariile lor. Accesați „Jonathan Shedler, Ph.D.” pe Facebook sau trimiteți corespondența pe e-mail la jonathan@shedler.com.

Adresă de corespondență: J. Shedler, PhD, Department of Psychiatry, University of Colorado School of Medicine, Aurora, CO, SUA
e-mail: jonathan@shedler.com

8 încolo pare să nu mai existe nevoia de a pune sub semnul întrebării această credință, căci „toți” știu că așa este.

Dovezile științifice ne spun însă o altă poveste: numeroase studii de cercetare susțin eficacitatea și eficiența psihoterapiei psihodinamice. Discrepanța dintre percepție și dovezi se poate datora, în parte, distorsiunilor care apar în diseminarea descoperirilor făcute de cercetători. O sursă potențială de distorsiune este un anume dezgust reminiscent în rândul profesiilor din sănătatea mintală față de aroganța și autoritatea psihanalitică din trecut. Decenii la rând psihanaliza americană a fost dominată de o instituție medicală ierarhică, una care le refuza accesul la profesie celor care nu erau medici și afișa o atitudine disprețuitoare față de cercetare. Astfel, nu și-au câștigat prieteni în cercurile academice. Când au apărut descoperiri empirice care susțineau tratamentele non-psihodinamice, mulți academicieni le-au primit cu entuziasm și au fost nerăbdători să le discute și să le transmită mai departe. Când însă dovezile empirice au susținut conceptele și tratamentele psihodinamice, adesea au fost trecute cu vederea.

Acest capitol aduce laolaltă descoperiri din mai multe lucrări empirice referitoare la eficacitatea tratamentului psihodinamic. Pentru început, schițează trăsăturile distinctive ale psihoterapiei psihodinamice. Apoi trece în revistă dovezile empirice ale eficacității tratamentului psihodinamic, inclusiv dovezi conform cărora pacienții care primesc psihoterapie psihodinamică nu doar că își mențin achizițiile terapeutice, dar chiar continuă să și le îmbunătățească în timp. În final, vor fi prezentate dovezi care arată că terapiile non-psihodinamice pot fi eficiente în parte pentru că practicienii mai experimentați folosesc intervenții care constituie de mult timp esența teoriei și practicii psihodinamice.

*Psihoterapia psihodinamică sau psihanalitică*¹ se referă la o gamă de tratamente bazate pe concepte și metode psihanalitice, care implică întâlniri mai puțin frecvente și pot fi considerabil mai scurte decât *psihanaliza* propriu-zisă. Frecvența ședințelor este, de obicei, de una sau două ori pe săptămână și tratamentul poate fi limitat în timp sau cu durată nedeterminată. Esența psihoterapiei psihodinamice este explorarea acelor aspecte ale sinelui care nu sunt complet cunoscute, mai ales așa cum se manifestă și pot fi influențate în relația terapeutică.

Mult prea adesea manualele pentru studenți oferă o viziune care echivalează terapiile psihanalitice sau psihodinamice cu unele speculații extravagante și inaccesibile făcute de Sigmund Freud cu circa un secol în urmă [1], rareori prezentând conceptele psihodinamice clasice așa cum sunt ele înțelese și utilizate astăzi. Aceste prezentări, alături de descrierile caricaturale din mass-media, au contribuit la răspândirea largă a unei înțelegeri greșite a tratamentului psihodinamic; pentru o discuție privind modul de reprezentare și reprezentarea eronată a psihanalizei clinice în curriculumul universitar, vezi [2–5]. Pentru a ajuta la devoalarea eventualelor mituri și a facilita o mai bună înțelegere a practicii psihodinamice, această secțiune trece în revistă caracteristicile fundamentale ale tehnicii psihodinamice contemporane.

Blagys și Hilsenroth [6] au realizat o cercetare pornind de la baza de date *PsycLit*, cu scopul de a identifica studiile empirice care compară procesul și tehnica psihoterapiei psihodinamice standard cu cele ale terapiei cognitiv-comportamentale. Șapte caracteristici disting clar terapia psihodinamică de celelalte terapii, *așa cum s-a stabilit prin examinarea empirică a înregistrărilor și transcrierilor unor*

¹ Aici termenii *psihodinamic* și *psihanalitic* sunt folosiți ca sinonime.

ședințe reale; observați că trăsăturile enumerate în continuare se referă doar la proces și tehnică, nu la principiile de bază care stau în spatele acestor tehnici; pentru o discuție a conceptelor și principiilor, vedeți [7–9]:

1. *Focalizarea pe afect și pe exprimarea emoției*. Psihoterapia psihodinamică încurajează explorarea și discutarea întregii game de emoții ale pacientului. Terapeutul îl ajută pe pacient să descrie și să-și pună în cuvinte sentimentele, inclusiv sentimentele contradictorii, sentimentele tulburătoare sau amenințătoare și sentimentele pe care pacientul ar putea să nu fie inițial capabil să le recunoască sau să le conștientizeze (aceasta în contrast cu focalizarea cognitivă, unde accentul mai puternic cade pe gânduri și credințe; [10, 11]). De asemenea, apare recunoașterea că insightul *intelectual* nu este același lucru cu insightul care rezonază la un nivel mai profund și care duce la schimbare; acesta este unul dintre motivele pentru care mulți oameni inteligenți și dotați cu o conștiință psihologică pot explica motivele dificultăților lor, dar înțelegerea acestora nu îi ajută să-și depășească dificultățile.
2. *Explorarea încercărilor de evitare a gândurilor și sentimentelor neplăcute*. Oamenii fac foarte multe lucruri, cu știință sau fără, pentru a evita acele aspecte ale experienței care sunt tulburătoare. Această evitare (conceptele teoretice sunt apărare și rezistență) poate lua forme brutale, cum ar fi absența de la ședințe, sosirea cu întârziere sau un discurs evaziv. Poate lua forme subtile, care sunt greu de recunoscut într-un discurs social obișnuit, precum schimbări subtile de subiect atunci când apar anumite idei, concentrarea pe aspecte neesențiale ale unei experiențe în locul celor semnificative psihologic, preocuparea pentru fapte și evenimente cu excluderea afectelor, concentrarea pe circumstanțele externe mai degrabă decât pe propriul rol în modelarea evenimentelor și așa mai

departe. Psihoterapeuții de orientare psihodinamică se concentrează în mod activ pe aceste evitări și le explorează.

3. *Identificarea temelor și tiparelor recurente.* Psihoterapeuții orientați psihodinamic urmăresc să identifice și să exploreze temele și tiparele recurente din gândurile, sentimentele, conceptul de sine, relațiile și experiențele de viață ale pacienților. În unele cazuri, pacientul poate fi acut conștient de unele tipare recurente, care sunt dureroase sau autosabotatoare, dar se simte incapabil să iasă din ele (de pildă, un bărbat care se simte în mod repetat atras de parteneri romantice indisponibile emoțional sau o femeie care se autosabotează cu regularitate atunci când este pe cale să obțină un succes). În alte cazuri, pacientul poate fi inconștient de aceste tipare până când este ajutat de către terapeut să le recunoască și să le înțeleagă.
4. *Discutarea experiențelor din trecut (focalizare pe procesul de dezvoltare).* Legată de identificarea temelor și tiparelor recurente este recunoașterea faptului că experiențele trecute, în special primele experiențe avute cu figurile de atașament, afectează relațiile noastre actuale și experiențele din prezent. Psihoterapeuții de orientare psihodinamică explorează experiențele timpurii, relația dintre trecut și prezent și modurile în care trecutul tinde să „continue să trăiască” în prezent. Focusul nu cade pe trecut de dragul trecutului, ci pe modul în care trecutul explică dificultățile psihologice curente. Scopul este acela de a-i ajuta pe pacienți să se elibereze de legăturile cu experiențele trecute pentru a trăi mai deplin în prezent.
5. *Focalizarea pe relațiile interpersonale.* Psihoterapia psihodinamică pune un accent important pe relațiile pacienților și pe experiențele lor interpersonale (conceptele teoretice sunt relațiile cu obiectele și relațiile de atașament). Atât aspectele

adaptative, cât și cele dezadaptative ale personalității și conceptului de sine sunt modelate în contextul relațiilor de atașament, iar dificultățile psihologice apar adesea atunci când tiparele interpersonale problematice interferează cu abilitatea persoanei de a-și împlini nevoile emoționale.

6. *Focalizarea pe relația terapeutică.* Relația dintre terapeut și pacient este ea însăși o relație interpersonală importantă, care poate deveni profund semnificativă și încărcată emoțional. În măsura în care în relațiile persoanei și în maniera ei de interacțiune există teme repetitive, acestea tind să apară într-o formă sau alta și în relația terapeutică. De exemplu, o persoană înclinată să nu aibă încredere în alții îl poate privi pe terapeut cu suspiciune; unei persoane care se teme de respingere, dezaprobare sau abandon îi poate fi teamă de respingere din partea terapeutului, fie conștient, fie inconștient; o persoană care se luptă cu furia și ostilitatea poate avea dificultăți cu furia față de terapeut, și așa mai departe (acestea sunt exemple relativ brute; repetiția temelor interpersonale în relația terapeutică este adeseori mai complexă și mai subtilă decât sugerează aceste exemple). Recurența temelor interpersonale în relația terapeutică (conceptele teoretice sunt transfer și contratransfer) oferă o oportunitate unică de explorare și reelaborare in vivo. Scopul este o mai mare flexibilitate în relațiile interpersonale și o capacitate crescută de împlinire a nevoilor interpersonale.
7. *Explorarea dorințelor și fantasmelor.* Spre deosebire de alte terapii, în care terapeutul poate structura activ ședințele sau poate urmări o agendă predeterminată, psihoterapia psihodinamică încurajează pacienții să vorbească liber despre orice îi preocupă. Atunci când pacienții fac acest lucru (și cei mai mulți pacienți au nevoie de un ajutor considerabil din partea terapeutului înainte de a putea cu adevărat să vorbească

liber), gândurile lor ocupă în mod natural multe arii ale vieții mentale, inclusiv dorințe, frici, fantezii, vise și reverii (pe care, în multe cazuri, pacientul nu a încercat anterior să le pună în cuvinte). Tot acest material este o sursă bogată de informații despre cum se vede persoana respectivă pe sine și cum îi vede pe alții, cum interpretează și cum dă sens experienței sale, cum evită unele aspecte ale experienței sau cum interferează cu capacitatea potențială de a se bucura mai mult și de a găsi un sens în viață.

Ultima propoziție face trimitere la un scop superior, care apare implicit în toate celelalte: obiectivele psihoterapiei psihodinamice includ remiterea simptomului, dar o depășesc. Tratatamentul de succes trebuie nu doar să elimine simptomele (adică să *scape* de ceva), ci și să favorizeze manifestarea pozitivă a capacităților și resurselor psihologice. În funcție de persoană și de circumstanțe, acestea pot include capacitatea de a avea relații mai împlinite, de a-și folosi mai eficient talentele și abilitățile, de a-și menține un sentiment de stimă de sine bazat pe realitate, de a tolera o gamă mai largă de afecte, de a avea experiențe sexuale mai satisfăcătoare, de a se înțelege pe sine și pe alții în moduri mai nuanțate și mai sofisticate și de a confrunța provocările vieții cu o libertate și o flexibilitate mai mare. Aceste scopuri sunt urmărite printr-un proces de autorefecție, autoexplorare și autodescoperire care are loc în contextul unei relații sigure și profund autentice între terapeut și pacient. (Pentru o introducere într-un limbaj mai puțin specializat în gândirea psihodinamică contemporană, vedeți *That was Then, This is Now: An Introduction to Contemporary Psychodynamic Therapy* ([7]; disponibilă gratuit pentru descărcare la <http://psychsystems.net/shedler.html> [12]).

Cât de eficientă este psihoterapia în general?

În psihologie, și în general, în medicină, metaanaliza este o metodă larg acceptată de rezumare și sintetizare a descoperirilor realizate de studii de cercetare independente [13–15]. Metaanaliza compară rezultatele unor studii diferite prin convertirea descoperirilor într-o metrică unitară, permițând agregarea sau consolidarea descoperirilor din studiile diferite. Un instrument de măsurare folosit pe scară largă este *mărimea efectului*, care reprezintă diferența dintre grupurile de tratament și cele de control, exprimată în unități de abatere standard.¹ O mărime a efectului de 1,0 înseamnă că un pacient mediu tratat este cu o abatere standard mai sănătos pe curba de distribuție normală sau curba clopot, decât un pacient mediu netratat. O mărime a efectului de 0,8 este considerată un efect mare în cercetarea psihologică și medicală, o mărime a efectului de 0,5 este considerată un efect moderat, iar o mărime a efectului de 0,2 este considerată un efect mic [17].

Prima metaanaliză majoră a unor studii de psihoterapie a inclus 475 de studii și a generat o mărime a efectului generală (pentru diagnostice și tratamente variate) de 0,85 pentru pacienți care au primit psihoterapie, în comparație cu grupuri de control compuse din pacienți netratați [18]. Eficiența psihoterapiei a fost susținută în mod asemănător și de alte metaanalize ulterioare. Analiza importantă realizată de către Lipsey și Wilson [19] a comasat rezultatele a 18 metaanalize privind rezultatul general al psihoterapiei, care au generat o mărime mediană a efectului de 0,75. De asemenea, a comasat rezultatele obținute de 23 de metaanalize referitoare la

¹ Acest scor, cunoscut ca *diferența medie standardizată*, este folosit pentru a rezuma rezultatele studiilor controlate randomizate. Mai pe larg, conceptul de *mărime a efectului* se poate referi la orice instrument de măsură care exprimă magnitudinea unui rezultat obținut în cadrul unei cercetări [16].

rezultatele terapiei cognitiv-comportamentale (CBT¹) și de modificare a comportamentului, care au avut o mărime mediană a efectului de 0,62. O metaanaliză realizată de Robinson et al. [20] a rezumat constatările a 37 de studii de psihoterapie privind în mod specific rezultatele tratamentului depresiei, generând o mărime a efectului globală de 0,73. Acestea sunt efecte relativ mari. (Pentru o trecere în revistă a cercetărilor privind eficacitatea și eficiența psihoterapiei, vedeți [21]).

Pentru a furniza unele puncte de referință, este instructiv să ne oprim asupra mărimilor efectului în cazul medicamentelor anti-depresive. O analiză făcută de Food and Drugs Administration² (FDA) (pe studii publicate și nepublicate) raportată în *New England Journal of Medicine* a găsit mărimi ale efectului de 0,26 pentru fluoxetină (Prozac), 0,26 pentru sertralină (Zoloft), 0,24 pentru citalopram (Celexa), 0,31 pentru escitalopram (Lexapro) și 0,30 pentru duloxetină (Cymbalta). Per total, mărimea medie a efectului pentru medicamente antidepresive aprobate de FDA între 1987 și 2004 a fost de 0,31 [22]³. O metaanaliză raportată în prestigioasa *Cochrane Library* [24] a constatat o mărime a efectului de 0,17 pentru antidepresive triciclice în comparație cu un placebo activ (placebo activ imită efectele secundare ale unui medicament antidepresiv, dar nu este un antidepresiv propriu-zis)⁴. Acestea sunt efecte relativ

¹ Abreviere utilizată frecvent și de specialiștii români pentru denumirea în limba engleză, *Cognitive-Behavioral Therapy*. În întregul material, am păstrat abrevierile și acronimele corespondente denumirilor originale pentru a ușura lectura specialiștilor care folosesc în mod curent sintagmele preluate din literatura de specialitate de limbă engleză (N.t.).

² Administrația pentru Alimente și Medicamente din Statele Unite (N.t.).

³ Mărimea efectului din acest studiu a fost g-ul lui Hedges [23], și nu d-ul lui Cohen [17], care este raportat mai frecvent. Cei doi indicatori sunt bazați pe formule de calcul ușor diferite, dar în acest caz, alegerea formulei nu ar fi produs nicio diferență: „Din cauza dimensiunii mari a eșantionului (peste 12 000), nu există nicio modificare la trecerea de la g la d; ambele valori sunt 0,31 la două zecimale” (Rosenthal, R., comunicare personală către Marc Diener).

⁴ Deși studiile efectuate pentru antidepresive au un design în dublu-orb, aspectul orb este cu ușurință încălcat din cauză că efectele adverse ale medicamentelor antidepresive sunt

mici. Diferențele metodologice dintre studiile privind medicamentele și cele privind psihoterapia sunt suficient de mari astfel încât mărimile efectului să nu poată fi direct comparabile, iar constatările nu trebuie să fie interpretate ca dovezi concludente în favoarea ipotezei că psihoterapia ar fi mai eficientă. Mărimile efectului pentru medicamentele antidepresive sunt raportate ca puncte de referință, familiare pentru mulți cititori; pentru liste mai cuprinzătoare de puncte de referință pentru mărimea efectului, vedeți, de exemplu, [19, 25].

Cât de eficientă este psihoterapia psihodinamică?

O metaanaliză recentă și deosebit de riguroasă metodologic pentru psihoterapia psihodinamică, publicată de *Cochrane Library*¹, a inclus 23 de studii controlate randomizate, realizate pe un total de 1 431 de pacienți [26]. Studiile au comparat pacienți cu diferite tulburări mintale obișnuite² care au primit psihoterapie psihodinamică de scurtă durată (< 40 h) cu pacienți dintr-un grup de control (aflați pe o listă de așteptare, primind tratament minimal sau „tratament de rutină”), înregistrând o mărime a efectului generală de 0,97 pentru ameliorarea simptomelor generale. Mărimea efectului a crescut la 1,51 atunci când pacienții au fost evaluați în cadrul urmăririi pe termen lung (> 9 luni posttratament). Pe lângă modificarea

identificabile fizic și sunt cunoscute la scară largă. Participanții la studii și medicii acestora pot, deci, să-și dea seama dacă primesc medicament sau placebo, iar efectele atribuite medicamentului pot fi augmentate de efectele așteptării și cererii. Folosirea unor substanțe placebo „active” protejează mai bine condiția de „orb” a studiului, iar mărimile efectului rezultante sunt aproximativ jumătate din cele raportate în alte condiții.

¹ Cunoscută mai mult în medicină decât în psihologie, *Cochrane Library* a fost creată pentru a promova practica bazată pe dovezi și este considerată un lider în rigoarea metodologică metaanalitică.

² Acestea cuprind simptome nepsihotice și tulburări de comportament observate de obicei în serviciile de îngrijire primară și psihiatrie, de pildă, tulburări depresive nebipolare, tulburări de anxietate și tulburări somatoforme, adesea comorbide cu tulburări interpersonale sau de personalitate [26].

simptomelor generale, metaanaliza a raportat o mărime a efectului de 0,81 pentru modificarea simptomelor somatice, mărime care a crescut la 2,21 la urmărirea pe termen lung, o mărime a efectului de 1,08 pentru modificarea nivelului anxietății, care a crescut la 1,35 la urmărire și o mărime a efectului de 0,59 pentru modificarea simptomelor depresive, care a crescut la 0,98 la urmărire¹. Tendința constantă către mărimi mai mari ale efectului la evaluarea de urmărire sugerează că psihoterapia psihodinamică pune în mișcare procese psihologice care duc la o schimbare permanentă, chiar și după ce terapia a luat sfârșit.

O metaanaliză raportată în *Archives of General Psychiatry* care a inclus 17 studii controlate randomizate de înaltă calitate privind psihoterapia psihodinamică de scurtă durată (în medie 21 de ședințe) raportează o mărime a efectului de 1,17 pentru psihoterapia psihodinamică în comparație cu grupurile de control [27]. Mărimea efectului de la pretratament la posttratament a fost de 1,39, iar în evaluarea de urmărire pe termen lung (în medie, la 13 luni după tratament) aceasta a crescut la 1,57. Traducând aceste mărimi ale efectului în procente, autorii au observat că pacienții tratați prin psihoterapie psihodinamică erau „mai câștigați cu privire la problemele lor țintă decât 92% dintre pacienții evaluați înainte de terapie”.

O metaanaliză recent publicată a examinat eficacitatea psihoterapiei psihodinamice de scurtă durată pentru tulburări somatice [28]. A inclus 23 de studii privind un total de 1870 de pacienți care sufereau de o gamă largă de afecțiuni somatice (de pildă, dermatologice, neurologice, cardiovasculare, respiratorii, gastrointestinale, musculo-scheletale, genital-urinare, imunologice). Studiul a raportat o mărime a efectului de 0,69 pentru ameliorarea simptomelor

¹ Această metaanaliză a calculat mărimile efectelor în mai multe moduri. Constatările raportate aici se bazează pe o metodă unică, cea mai semnificativă conceptual și statistic (în acest caz, un model randomizat al efectelor, cu o unică valoare aberantă exclusă). Vedeți sursa originală pentru mai multe analize de mare precizie [26].

psihiatrice generale și 0,59 pentru ameliorarea simptomelor somatice. Dintre studiile care au raportat date privind accesarea serviciilor de sănătate, 77,8% au raportat reduceri semnificative ale utilizării serviciilor de sănătate datorate psihoterapiei psihodinamice — o constatare cu implicații potențial enorme pentru reformarea sistemelor de sănătate.

O metaanaliză publicată în *American Journal of Psychiatry* a examinat eficacitatea atât a psihoterapiei psihodinamice (14 studii), cât și a terapiei cognitiv-comportamentale (11 studii) pentru tulburări de personalitate [29]. Această metaanaliză a raportat mărimile efectului pretratament la cele posttratament folosind cea mai lungă perioadă de urmărire disponibilă. Pentru psihoterapia psihodinamică (durata medie a tratamentului de 37 de săptămâni), perioada medie de urmărire a fost de 1,5 ani, iar mărimea efectului pretratament raportată la posttratament a fost de 1,46. Pentru terapia cognitiv-comportamentală (durata medie a tratamentului de 16 săptămâni), perioada medie de urmărire a fost de 13 săptămâni, iar mărimea efectului a fost de 1,0. Autorii au ajuns la concluzia că ambele tratamente și-au demonstrat eficacitatea. O analiză mai recentă a psihoterapiei psihodinamice de scurtă durată (în medie 30,7 ședințe) pentru tulburările de personalitate a inclus date din 7 studii controlate randomizate [30]. Studiul a evaluat rezultatul după cea mai lungă perioadă de urmărire disponibilă (o medie de 18,9 luni posttratament) și a raportat o mărime a efectului de 0,91 pentru reducerea simptomelor generale ($N = 7$ studii) și 0,97 pentru ameliorarea funcționării interpersonale ($N = 4$ studii).

Două studii recente au examinat eficacitatea tratamentului psihodinamic de lungă durată. O metaanaliză raportată în *Journal of the American Medical Association* [31, 32] a comparat terapia psihodinamică de lungă durată (>1 un an sau 50 ședințe) cu terapiile de scurtă durată pentru tratamentul tulburărilor mintale complexe (definite ca tulburări mintale multiple sau cronice sau tulburări

de personalitate), rezultând o mărime a efectului de 0,65 pentru terapia de lungă durată versus cea de scurtă durată¹. Mărimea efectului pretratament versus cea posttratament a fost de 1,03 pentru rezultatul general, care a crescut la 1,25 la urmărirea pe termen lung ($P < 0,01$), în medie la 23 de luni după tratament. Mărimile efectului au crescut de la terminarea tratamentului la evaluarea de urmărire pentru toate cele cinci domenii ale rezultatelor evaluate în studiu (eficiență generală, probleme-țintă, simptome psihiatrice, funcționarea personalității și funcționarea socială). O a doua metaanaliză, raportată în *Harvard Review of Psychiatry*, a examinat eficiența psihoterapiei psihodinamice de lungă durată (în medie, 150 de ședințe) oferite în ambulatoriu pacienților adulți cu o diversitate de diagnostice DSM [33]. Pentru pacienții cu patologie mixtă/moderată, mărimea efectului pretratament versus cel posttratament a fost de 0,78 pentru reducerea simptomelor generale, care a crescut la 0,94 la evaluarea de urmărire pe termen lung, în medie la 3,2 ani după tratament. Pentru pacienții cu patologie de personalitate gravă, efectul de la pretratament la posttratament a fost de 0,94 și a crescut la 1,02 la evaluarea de urmărire pe termen lung, în medie la 5,2 ani după tratament.

Aceste metaanalize reprezintă cele mai recente și mai riguroase evaluări ale psihoterapiei psihodinamice din punct de vedere metodologic. Este deosebit de important să observăm constatarea recurentă a faptului că beneficiile psihoterapiei psihodinamice nu doar că durează, dar se amplifică odată cu trecerea timpului, o constatare care a apărut în cel puțin cinci metaanalize independente [26, 27, 31, 34, 35]. Dimpotrivă, beneficiile altor terapii (nepsihodinamice) susținute empiric tind să scadă cu timpul pentru cele mai multe

¹ Autorii au raportat inițial o mărime a efectului mai mare [31]; valoarea de 0,65 raportată aici este valoarea mai conservatoare raportată la o republicare ulterioară [32].

20 dintre tulburările comune (de exemplu, depresie, anxietate generalizată; [35–38])¹.

Tabelul 1.1 prezintă sumarul rezultatelor metaanalitice descrise anterior cu adăugarea unor constatări suplimentare ca puncte de referință. Cu excepțiile menționate, mărimile efectului prezentate în tabel sunt bazate pe comparații între grupuri care primesc tratament și grupuri de control și reflectă răspunsurile inițiale la tratament (nu urmărirea pe termen lung).

Studiile care susțin eficacitatea psihoterapiei psihodinamice variază ca gamă de condiții și populații de subiecți. Studiile randomizate controlate susțin eficacitatea psihoterapiei psihodinamice pentru depresie, anxietate, tulburare de panică, tulburări somatoforme, tulburări alimentare, tulburări legate de consumul de substanțe și tulburări de personalitate [39, 40].

Rezultatele privitoare la tulburările de personalitate sunt deosebit de provocatoare. Un studiu recent realizat pe pacienți cu tulburare de personalitate borderline [41] a demonstrat, pe lângă faptul că beneficiile tratamentului au fost echivalente sau le-au depășit pe cele ale unui alt tratament bazat pe dovezi empirice, terapia dialectic-comportamentală (DBT²; [42]), și modificări ale mecanismelor psihologice subiacente (ale proceselor intrapsihice), care se consideră că mijlocesc schimbarea simptomelor la pacienții borderline (mai specific, schimbări ale funcției reflexive și ale organizării atașamentului; [43]). Aceste schimbări intrapsihice au apărut la pacienți care au primit psihoterapie psihodinamică, dar nu și la pacienți care au fost tratați prin terapie dialectic-comportamentală).

Aceste schimbări intrapsihice pot explica beneficiile tratamentului de lungă durată. Un studiu publicat recent a arătat beneficii de

¹ Excepțiile de la acest tipar sunt afecțiuni de anxietate specifice precum tulburarea de panică și fobia simplă, pentru care tratamentele de scurtă durată standardizate par să aibă într-adevăr beneficii de durată [38].

² Acronim pentru denumirea în limba engleză: *Dialectic Behavioral Therapy* (N.t.).