

La psicoteràpia psicoanalítica focal i breu: aspectes tècnics i investigació empírica

Josep A. Castillo

En la primera part d'aquest treball sintetitzarem els aspectes teòrics i tècnics de les psicoteràpies psicoanalítiques focals i breus (PPFB): els trets que les vinculen a la tradició psicoanalítica, la importància de la selecció del focus o conflicte interpersonal central del pacient i les repercussions de la durada del tractament, que acostuma a ser inferior a 6 mesos. En la segona part de l'article presentarem un breu resum de la investigació empírica sobre el procés i el resultat de les PPFB, en el marc de les pressions actuals per la validació empírica dels tractaments psicoterapèutics. La vinculació entre pràctica clínica i recerca resultarà un element decisiu per al futur desenvolupament d'aquesta modalitat de tractament, àmpliament utilitzada en contextos clínics públics i privats.

Aquest treball tractarà de sintetitzar els principals aspectes teòrics, tècnics i de recerca de les psicoteràpies psicoanalítiques individuals de duració breu (habitualment menys de 6 mesos), a les quals ens referirem des d'ara com a **psicoteràpies psicoanalítiques focals i breus (PPFB)**. El desenvolupament de diferents formes de PPFB i la seva extensió en la pràctica clínica ha estat espectacular en els darrers anys, i no solament per la precarietat de mitjans de l'assistència psicològica en la sanitat pública. Els tractaments psicològics no tan sols s'escurcen per obligació (un motiu, d'altra banda, poderós), sinó també per altres raons:

- Ha anat perdent força la idea que un tractament psicològic genera canvis definitius i irreversibles que immunitzen la persona respecte de dificultats futures. Sembla raonable pensar que una persona amb una certa vulnerabilitat pugui necessitar ajut psicològic en diferents moments del cicle vital (Eckert, 1993). De fet, bona part del pacients que sol·liciten tractament (el 60% en l'estudi de McKenna i Todd, 1997) han fet psicoteràpia amb anterioritat.

- Una segona raó de l'increment en la utilització dels tractaments breus és que hi ha situacions clíniques en les quals són el tractament d'elecció. Ens referirem als criteris d'indicació específics de les PPFB a l'apartat 1.2.

- Per últim, els tractaments breus s'utilitzen molt perquè els pacients així ho determinen: la majoria de pacients fan menys de 10 visites, i s'estima que només el 25% dels pacients realitza més de 20 sessions de tractament (Howard, Cornille, Lyons, et al., 1996).

Els tractaments breus són, doncs, una realitat inexorable. Però, quantes sessions de psicoteràpia cal fer per assolir resultats significatius? Howard, Kopta, Krause i Orlinsky (1986) van establir la relació entre nombre de sessions de psicoteràpia i resultat a partir de l'anàlisi matemàtica les dades de 15 estudis (2.431 pacients) de psicoteràpia individual de diferents orientacions. Aquest estudi i d'altres duts a terme amb posterioritat sobre la relació dosi-efecte posen de manifest (taula 1) que, malgrat que hi ha diferències d'acord amb la gravetat del trastorn patit pel pacient, 8 sessions serien suficients perquè aproximadament la meitat dels pacients millori d'una manera significativa: aquest nombre de sessions es considera dosi mínima per poder afirmar que s'ha fet una psicoteràpia. En 26 sessions (uns 6 mesos de tractament) 3 de 4 pacients experimentaria millora; a partir d'aquest punt, però, necessitariem doblar la durada del tractament (52 sessions, una mica més d'un any) perquè el percentatge de pacients que prospera passi del 74 al 83%, i tornar-la a doblar (de 52 a 104 sessions, més de dos anys) per passar del 83 al 90%. Les xifres corresponents a "0 sessions de tractament", òbviament calculades a partir d'inferències matemàtiques, plantegen una certa millora prèvia a la primera entrevista, propiciada, per exemple, per les expectatives positives que pot suscitar en el pacient el fet d'haver fet un pas important, sovint tan difícil, com és demanar hora a un professional.

Taula 1. Percentatge de pacients que millora segons el nombre de sessions de psicoteràpia realitzades (adaptat de Howard, et al., 1986)

Nombre de sessions	0	1	2	4	8	13	26	52	104
% de pacients que millora	14	24	30	41	53	62	74	83	90
Depressió	6-22	13-31	20-37	31-44	46-53	57-60	73-69	86-77	94-84
Ansietat	0-15	0-22	0-28	5-36	25-46	53-54	87-64	99-74	99-82
Borderline i psicòtic	0-3	0-8	0-13	0-21	3-33	11-42	38-60	74-75	95-87

Les dades de tipus x-y (6-22, 0-15, etc.) es refereixen al criteri de milloria expressat pel clínic (x) i pel pacient (y).

Observem a la taula les diferències en la relació *dosi-efecte* segons el tipus de patologia, així com les interessants variacions entre la perspectiva del clínic i del pacient. Respecte d'aquest últim aspecte, veiem que els clínics tendeixen a valorar *menys* canvi que els pacients quan s'ha fet menys temps de tractament: en efecte, són els professionals els que reporten menys canvi fins a la sessió 13 en els trastorns depressius i d'ansietat o fins a la sessió 52 en el cas dels trastorns límits i psicòtics. Quan el tractament s'allarga, però, la tendència s'inverteix i són els pacients els que perceben menys canvi. És possible que s'estigui produint algun biaix en la percepció que pacients i terapeutes tenen de l'evolució i del resultat d'un tractament segons el nombre de sessions realitzades: possiblement, doncs, el pacient observa amb claredat el canvi que es produeix en poques sessions mentre que el terapeuta és més reticent a considerar-ho un canvi fiable. Així, mentre que el pacient partiria de l'expectativa "com menys psicoteràpia, millor", és possible que els terapeutes considerin el contrari: "com més psicoteràpia, millor".

Les dades de Howard *et al.* (1986) són heterogènies i en resulta imprecís el significat de "milloria significativa", però, malgrat aquestes limitacions, crec que s'ajusten força al que podem observar en la pràctica clínica. Personalment, considero important poder arribar a treballar com a mínim 8 sessions; tendixo a establir la durada dels tractaments breus al voltant dels 6 mesos i procuro avaluar acuradament l'evolució realitzada pel pacient quan hem fet aquest mig any de treball.

Ens trobem, doncs, amb una realitat assistencial propiciadora de les intervencions breus. Crec que els que ens dediquem a la docència hauríem de posar molt d'èmfasi en el fet que els estudiants aprenguin a fer molt bé els processos d'exploració, les primeres entrevistes: de fet, és probable que amb un determinat pacient només es pugui fer una sola entrevista, dues, potser tres... Tanmateix, com veurem de seguida, aquestes primeres fases del treball seran decisives per establir l'*aliança terapèutica*, precisar el *focus* del tractament i posar una bona base per al desenvolupament de la PPFB.

A continuació sintetitzarem els principals conceptes teòrics i les característiques tècniques pròpies dels tractaments psicoanalítics breus.

1. ASPECTES TEÒRICS I TÈCNICS DE LES PSICOTERÀPIES PSICOANALÍTQUES FOCALS I BREUS

En aquest apartat procurarem resumir les característiques compartides per les PPFB; ens referirem a algunes modalitats desenvolupades, que s'apliquen al nostre entorn més proper i delimitarem els criteris d'indicació i de contraindicació.

1.1. CONCEPTE, CARACTERÍSTIQUES I MODALITATS DE PSICOTERÀPIES PSICOANALÍTQUES FOCALS BREUS (PPFB)

En general, els aspectes característics de qualsevol PPFB atenen a la seva naturalesa de tractament *psicoanalític, focal i breu*:

a) Les PPFB són tractaments *psicoanalítics* perquè comparteixen diferents aspectes amb la resta de tractaments d'orientació o d'inspiració psicoanalítica:

a. Explorar i atendre els afectes del pacient, especialment els que es despleguen en les relacions amb els altres;

b. Tenir present (no necessàriament interpretar) la relació pacient-terapeuta (*transferència*);

c. Fer ús de l'associació lliure, permetent que el pacient refereixi allò que vulgui, sense delimitar-ho al focus. És el terapeuta aquell qui restringeix les seves intervencions a l'esmentat contingut;

d. Afavorir l'insight del pacient, l'autocomprensió cognitivoemocional de si mateix i de les seves relacions interpersonals.

b) Les PPFB són tractaments *focals*. S'estableix un focus o conflicte central del pacient en les relacions interpersonals que pugui explicar les seves dificultats. Les intervencions verbals (preguntes, aclariments, confrontacions, interpretacions) s'adrecen a la comprensió àmplia d'aquesta forma de relacionar-se que genera patiment. El *focus* s'estableix de manera específica i idiosincràtica per a cada pacient, malgrat que sovint està relacionat amb algun dels conflictes bàsics universals plantejats per Mann (1973): independència-dependència; activitat-passivitat; autoestima adequada-carenciada o perduda, i dol no resolt o demorat;

c) Les PPFB són tractaments *breus*. La limitació temporal implica circumscriure els objectius del tractament a treballar el *focus* i tots els temes vinculats al temps: considerar si cal prefixar o no la durada del tractament, clarificar amb el pacient els seus dubtes o expectatives pel que fa al cas i tenir presents les ansietats que poden revelar-se quan s'apropa el final (sentiment d'abandó, por a la insuficiència dels propis recursos, etc.). La durada habitual d'una PPFB és de 12-24 sessions, entre 3 i 6 mesos, encara que poden plantejar-se tractaments ultrabreus (Tizón, 1994). La brevetat del tractament també comporta que el terapeuta hagi de mostrar una actitud activa, emfasitzant l'establiment de l'*aliança terapèutica* (vegeu apartat 2.4.3.).

Des dels anys 20 del segle passat, s'han desenvolupat nombroses modalitats de PPFB, que comparteixen la majoria dels aspectes amb els que ens acabem de referir. Entre els autors clàssics, esmentaríem Balint, Malan, Mann, Davanloo, Sifneos o Fiorini. Plantejaments posteriors han aproximat les PPFB a algunes teràpies cognitives: Horowitz (1991) i Weiss (Weiss, Sampson et al., 1986), que són exemples clars d'aquesta integració entre conceptes psicoanalítics i cognitius, com ara *esquema, model de rol relacional o creences patogèniques*.

Pel seu rigor, claredat i interès per la investigació, destacaríem les aportacions de Luborsky i d' Strupp, concretades en dos manuals de referència obligada. Strupp i Binder (1984) estableixen les bases de la seva *psicoteràpia dinàmica* breu a partir de conceptualitzar la psicopatologia com una conseqüència de les disfuncions en les relacions interpersonals que pateix el pacient. El seu manual descriu les diferents fases del tractament i s'atura especialment en l'actitud del terapeuta, que hauria d'estar caracteritzada per l'interès, el respecte, el desig de no ferir, la suspensió de la crítica i l'empatia. De fet, com comentarem tot seguit, Strupp és un dels investigadors més destacats sobre el paper del terapeuta en les PPFB.

La *teràpia dinàmica de suport-expressiva* de Luborsky (1984) subratlla la importància de combinar intervencions de suport amb les interpretatives; en un context de forta aliança terapèutica: la calidesa, el respecte, l'optimisme realista, l'estímul de l'expressió d'emocions i la detecció, la clarificació i la interpretació de les dificultats del pacient, són els elements fonamentals d'aquest tipus específic de PPFB. A més a més, cal destacar l'aportació clínica i de recerca realitzada per Luborsky amb el mètode del *CCRT (Core Conflictual Relationship Theme)* -vegeu apartat 2.4.2.- que permet establir quins són els conflictes bàsics de relació que presenta el pacient en les seves relacions íntimes.

En el nostre entorn més proper, tenim també importants aportacions a les PPFB, totes vinculades a serveis de la xarxa pública de salut mental:

- **Psicoteràpia psicoanalítica focal i breu** del Dr. Farré i l'equip de la Fundació Puigvert (Farré, Hernández i Martínez, 1992), caracteritzada per cercar que el tractament generi un impacte afectiu en el pacient i per mantenir molt present la seva inspiració psicoanalítica: organització rigorosa del setting, neutralitat del terapeuta, associació lliure per part del pacient i utilització de la comprensió dinàmica i la interpretació;

- **Psicoteràpia breu psicoanalítica** del Dr. Pérez-Sánchez i l'equip de la Fundació Vidal i Barraquer (Pérez-Sánchez, 1992, 1996), que també subratlla el caràcter psicoanalític del tractament: associació lliure, atenció flotant del terapeuta, neutralitat benvolent, utilització de la interpretació, etc.;

- **Psicoteràpia de flash o processos de sensibilització psicològica** del Dr. Tizón, desenvolupada als Serveis de Salut Mental de Sant Martí (Tizón, 1994), destaca la relació pacient-terapeuta, l'intent de mobilitzar psicològicament el pacient, d'afavorir que prengui contacte amb les seves experiències emocionals i que s'incrementi la seva capacitat d'introspecció.

La majoria d'aquestes modalitats de PPFB formulen criteris d'indicació i contraindicació molt semblants, com veurem en l'apartat següent.

1.2. CRITERIS D'INDICACIÓ I CONTRAINDICACIÓ DE LES PPFB

Quan s'ha d'indicar una PPFB? Crec que la tradició psicoanalítica ha potenciat el valor dels tractaments de llarga durada (moltes vegades imprescindibles), tenint en compte l'ambició d'afavorir canvis profunds que, indubtablement, poden requerir força temps. Això, però, no ha de fer oblidar que hi ha circumstàncies en les quals un tractament breu és el més indicat. Destacaríem especialment aquelles crisis associades a pèrdues afectives o a circumstàncies evolutives que generen tensió: finalitzar els estudis, assumir responsabilitats laborals, casar-se, separar-se, tenir fills, jubilar-se, etc.

Una psicoteràpia, perquè ho sigui de debò, ha de tenir uns criteris d'indicació clars i específics. Una bona indicació suposa uns bons fonaments per optimitzar el resultat i assolir la primera fita de qualsevol psicoteràpia: no fer mal al pacient. Sorpren la desatenció als criteris d'indicació que s'observa en el món de les psicoteràpies en general, però -en aquest sentit- les PPFB són bastant disciplinades i acostumen a concretar diferents criteris d'indicació i contraindicació (podem trobar els més importants en la taula 2). Si observéssim el perfil resultant dels criteris d'indicació, ens trobaríem amb un pacient amb una motivació per tractar-se; és a dir, amb un desig genuí de fer-ho a partir del reconeixement de la naturalesa psicològica de les seves dificultats, amb expectatives realistes i suficient confiança en l'ajut que se li ofereix; un pacient amb capacitat d'*insight*, que presenta unes dificultats que poden organitzar-se i entendre's a partir de la formulació d'un *focus psicodinàmic* i amb capacitat per establir relacions satisfactòries -almenys una relació significativa, en diria Sifneos (1992). Volem destacar també que el terapeuta ha de sentir la disponibilitat emocional suficient per treballar amb el pacient (Pérez-Sánchez, Bermejo i Canals, 1987).

Taula 2. Indicacions i contraindicacions de les PPFB.

INDICACIÓ	CONTRAINDICACIÓ
Capacitat per establir relacions afectives satisfactòries	Intensa dependència
Possibilitat d'establir un <i>focus</i>	Intents d'autòlisi i d'altres actuacions greus
Capacitat d' <i>insight</i>	Trastorns obsessius o fòbics discapacitants
Motivació	Risc de descompensació psicòtica
Expectatives realistes	Beneficis secundaris organitzats
Disponibilitat emocional del terapeuta	

Respecte dels criteris de contraindicació, la PPFB no és adequada per a pacients que han intentat suïcidar-se o que presenten forta tendència a l'actuació, per a pacients que estableixen vincles d'intensa dependència o que pateixen perversions, psicopaties, trastorns psicòtics i somatitzacions greus.

Un cop presentades les bases tècniques de les PPFB, ja podem endinsar-nos en el complex i fascinant (almenys per a alguns) món de la recerca.

2. LA INVESTIGACIÓ EMPÍRICA SOBRE LES PSICOTERÀPIES PSICOANALÍTQUES BREUS

Dedicarem les properes pàgines a fer una ràpida repassada -espero que no sigui excessivament superficial- de les principals aportacions de la investigació sobre el procés i el resultat de les PPFB. Abans, però, procurarem dir alguna cosa sobre diferents accepcions de termes com *eficàcia* i *efectivitat*. També ens referirem al tema de la validació empírica dels tractaments psicològics, una qüestió actual i polèmica que, ben segur, ens ocuparà els propers anys.

2.1. EFICÀCIA I EFECTIVITAT DELS TRACTAMENTS PSICOLÒGICS: CRITERIS I PERSPECTIVES

Què implica, què vol dir que un tractament psicoterapèutic focal i breu -o una altra psicoteràpia- ha estat *efectiu o eficaç*? A la meua tesi doctoral sobre el tema de l'efectivitat de la PPFB a temps prefixat, el Dr. Ramón Echevarría va formular aquesta pregunta, en què subratllava la paradoxa d'haver inclòs en el títol del treball el terme *efectivitat* i de no haver-me molestat a definir-ho... un petit descuit sense importància! Han passat sis anys des d'aquell gloriós instant i ara sí que estic en disposició d'afirmar públicament que continuo sense tenir ni idea sobre el tema. De totes maneres, cal que el lector/a em permeti que en digui alguna cosa.

La determinació de l'èxit o el fracàs d'un tractament psicològic pot tenir a veure, com a mínim, amb dues qüestions (taula 3): els objectius que es fixin; és a dir, el nivell de salut mental que es pretengui assolir i la font d'avaluació del resultat, d'una banda, i si qui avalua és el pacient, un professional de la salut mental (potser el mateix terapeuta que ha conduït la teràpia) o una altra persona significativa de l'entorn del pacient, de l'altra.

Herron, Javier, Primavera i Shultz (1994) plantegen que els pacients i els finançadors dels recursos sanitaris, segurament també els terapeutes, poden tenir diferents nivells d'aspiració pel que fa a la salut mental:

- En el nivell de **necessitat**, el menys ambiciós, es pretén recuperar o mantenir el funcionament quotidià bàsic. Això implicaria, per exemple, reduir o eliminar el símptoma que entorpeix i molesta, que obstaculitza les activitats quotidianes del pacient.
- Incrementar el nivell d'ambició pel que fa a la salut mental ens porta al segon nivell, el de **milloria**. En aquest cas, no solament aspirem a eliminar símptomes (per exemple l'ansietat), sinó a modificar algun aspecte més estable, relacionat amb la personalitat: modular millor l'ansietat o ser menys vulnerable al desànim.
- Finalment, el nivell de **potencialitat** cerca que la persona pugui desenvolupar al màxim les seves capacitats cognitives, emocionals, relacionals, creatives, etc.

Taula 3. Resultat d'un tractament psicoterapèutic: criteris, valors i nivells de salut mental

<i>Nivells de salut mental</i> (Herron, Javier, Primavera i Shultz, 1994)	
Necessitat	Recuperar o mantenir un funcionament bàsic adequat. Eliminar o alleugerir els símptomes.
Milloria	Assolir un benefici més global. Incrementar la qualitat de vida. Modificar algun aspecte de la personalitat.
Potencialitat	Aproximar-se al nivell "ideal" de funcionament. Desenvolupar al màxim les capacitats personals.
Fonts i criteris d'avaluació del resultat (adaptat de Horowitz, Strupp, Lambert i Elkin, 1997)	
Pacients	Percepció subjectiva de benestar i gratificació de necessitats.
Societat	Ajustar-se al rol social que correspon.
Professionals	Grau d'apropament a l'ideal de funcionament de la teoria.

En principi, les psicoteràpies breus promourien nivells de salut mental de *necessitat* i de *milloria*, mentre que les psicoteràpies de llarga durada se situarien en el nivell de *milloria* i en el de *potencialitat* i la psicoanàlisi fonamentalment en aquest últim. Crec, però, que el tipus de tractament (psicoteràpia breu, psicoteràpia de llarga durada, psicoanàlisi de 4-5 sessions setmanals durant anys) no és, ni de bon tros, l'únic factor que determina el grau de canvi a assolir: la perícia del terapeuta i els mateixos processos de canvi del pacient, mobilitzats en el tractament, són aspectes clau.

Molt relacionat amb els nivells de salut mental, podem plantejar, seguint el "model tripartit" de Strupp i Hadley (1977) -adaptat per Horowitz, Strupp, Lambert i Elkin (1997)-, que l'avaluació del resultat d'una intervenció terapèutica pot ser duta a terme des de diferents perspectives (taula 3): la del *pacient o consultant*, la de la *societat o de les persones significatives* del seu entorn (família, parella, amigats, companys de feina) i, per últim, des de la perspectiva dels *professionals de la salut mental* (el terapeuta que ha participat en el tractament). És important tenir present que cadascuna d'aquestes fonts pot avaluar el resultat del tractament des de plantejaments, criteris i valors diferents:

- El **pacient** probablement fonamentarà el seu criteri de resultat en la percepció subjectiva de benestar i satisfacció, comparant com es trobava al principi del tractament i com es troba al final. El nivell de *necessitat*, l'absència de símptomes, resultarà clau. És bastant probable que el pacient es preocupi també per aspectes que corresponguin al nivell de *milloria*, a sentir-se amb més recursos per afrontar situacions d'estrès o per evitar determinats conflictes relacionals.

- El **terapeuta** i, en general, els professionals de la salut mental també s'interessen pel canvi que s'ha produït en nivells simptomàtics i de qualitat de vida, però l'estàndard de canvi ve condicionat per la teoria que sustenta el seu treball clínic. El criteri per avaluar el resultat del tractament serà quant s'ha apropat el pacient al funcionament "ideal", al nivell de potencialitat inherent a dita teoria; és a dir, al màxim desenvolupament de les capacitats personals.

- Per últim, les *persones significatives* de l'entorn social del pacient, la *societat* que l'envolta, també té coses a dir sobre el resultat d'un tractament psicoterapèutic. Clar que a la parella d'un pacient la preocupa que assoleixi benestar i satisfacció, i que desenvolupi al màxim les seves potencialitats personals, però també que respongui adequadament a les funcions pròpies d'una parella. Als serveis socials també els interessa especialment que la persona s'ajusti al rol que se n'espera, que -per exemple- porti a terme les seves funcions de pare o de mare. Al sistema judicial, el preocupa que la persona que ha comès un delictes no torni a cometre'l.

En el treball psicoterapèutic cal tenir presents aquestes diferències entre les necessitats, les expectatives i els objectius fonamentals de pacients, terapeutes i societat. Cal estar atent a les possibles discrepàncies que puguin aparèixer. Així mateix, cal ser realista i tenir clar que determinats trets de caràcter, determinades formes de relacionar-se amb els altres, en algunes circumstàncies, no canvien gaire.

2.2. LA VALIDACIÓ EMPÍRICA DELS TRACTAMENTS PSICOLÒGICS

En l'àmbit de les psicoteràpies psicoanalítiques focals i breus, com en qualsevol altra tradició psicoterapèutica, l'interès de la recerca està centrat en l'estudi de l'*eficàcia* i *efectivitat* dels tractaments (resultat) i en les variables dels pacients, dels terapeutes i de la relació terapèutica que afecten el resultat (investigació del procés psicoterapèutic). El concepte *eficàcia* es refereix al resultat dels tractaments avaluats en els denominats *assaigs controlats aleatoritzats* (*randomized controlled trial*), uns estudis en què s'intenta controlar al màxim totes les variables que intervenen:

- Selecció dels pacients en què se cerca la màxima homogeneïtat possible, en general amb un únic diagnòstic establert a partir dels criteris DSM;
- Assignació aleatòria dels pacients a un grup de tractament i un grup de control (sense tractament, de llista d'espera, placebo) o bé a diferents grups per comparar dos o més tractaments;
- Aplicació de tractaments fets manualment per part de terapeutes específicament entrenats, en què es procura neutralitzar els possibles efectes individuals dels professionals;
- Utilització de mesures estàndard de resultats, majoritàriament centrades en canvis simptomàtics que poden assolir-se en poc temps.

L'*American Psychological Association* (APA) (Chambless i Hollon, 1998; Chambless, Sanderson, Shoham et al, 1996) va fonamentar en aquest tipus de recerca els requisits per considerar que un tractament psicoterapèutic està *validat empíricament*. Com veiem a la taula 4, segons el grau d'acompliment d'aquests requisits, es determinaria si un tractament psicològic està *empíricament validat* o bé té un suport empíric suficient per considerar-lo un tractament *probablement eficaç*.

Taula 4. Criteris de l'APA per als “tractaments empíricament validats” i “tractaments probablement eficaços” (Chambless i Hollon, 1998; Chambless, et al., 1996)

TRACTAMENTS EMPÍRICAMENT VALIDATS	TRACTAMENTS PROBABLEMENT EFICAÇOS
I. Almenys dos estudis de grup que demostrin una de les dues condicions següents: A. El tractament és superior a un fàrmac, a un placebo psicològic o a una altre tractament. B. El tractament és equivalent a un altre tractament empíricament validat.	Dos estudis que mostren que el tractament és més efectiu que un grup de control de llista d'espera. Dos estudis que han assolit els criteris I, III i IV dels tractaments empíricament validats, però no el V.
II. Un conjunt ampli de bons dissenys de cas únic que demostrin eficàcia A més a més es requereix:	Almenys dos bons estudis que mostren eficàcia però amb mostres heterogènies.
III. Els tractaments han d'estar fets manualment.	Una sèrie poc nombrosa de dissenys de cas únic que assoleix els criteris II, III i IV dels tractaments empíricament validats.
IV. Les característiques dels pacients han d'estar clarament especificades.	

La limitació fonamental dels *assaigs controlats aleatoritzats* és la seva *validesa externa*: són estudis que es fan en condicions d'alt control experimental; per tant, en condicions allunyades de les que trobem a la pràctica clínica real (Fonagy, 1999, 2003): per exemple, molts dels pacients amb els quals treballem a la clínica poden no complir suficients criteris d'un determinat diagnòstic DSM; poden presentar comorbiditat (més d'un trastorn); que el pacient necessiti ser tractat amb psicofàrmacs, que presenti un trastorn massa lleu o massa greu, o poden ser motiu per no incloure un pacient en un *assaig controlat aleatoritzat*. De fet, encara que aquestes dades s'han de prendre amb precaució perquè és pràcticament impossible tenir presents tots els estudis realitzats arreu del món, no s'han fet estudis d'aquests tipus amb pacients que pateixen trastorns amb importants taxes de prevalença: trastorn adaptatiu, distímia, trastorn bipolar o trastorns de la personalitat (Stirman, et al., 2003).

Doncs bé, atenent a aquests criteris de l'APA, i amb les dades que disposem en aquests moments, tots els tractaments *empíricament validats* serien de tipus cognitivoconductual, excepte l'educació familiar per l'esquizofrènia i la teràpia interpersonal (un tractament molt proper però no estrictament psicoanalític) per la depressió i la bulímia. Entre els tractaments *probablement eficaços* apareixerien també diversos tractaments cognitivoconductuals i... les psicoteràpies psicoanalítiques focals i breus!

Els qüestionables criteris establerts per l'APA limiten el nombre d'estudis de PPFB que s'ajusten a aquests criteris. Però, com intentarem mostrar a continuació, s'han fet estudis de resultat seguint altres tipus de metodologia que proporcionen una base empírica per afirmar que les PPFB són tractaments efectius i eficaços.

2.3. INVESTIGACIONS SOBRE EL RESULTAT DELS TRACTAMENTS PSICOANALÍTICS FOCALS I BREUS

Els estudis sobre eficàcia i efectivitat (referim només una petita mostra a la taula 5) posen de manifest que les PPFB promouen canvis simptomatològics en aspectes de la personalitat (relacions interpersonals, autoestima, neuroticisme) i de la qualitat de vida de pacients amb diversos trastorns psicopatològics, incloent-n'hi alguns de tan complexos com els trastorns de l'alimentació, l'abús de substàncies i els trastorns de la personalitat. En qualsevol cas, necessitem molta més recerca sobre avaluació de resultats de les PPFB, atès que seguim estant lluny –força lluny– del volum d'estudis de les teràpies cognitivoconductuals.

Taula 5. Alguns estudis d'eficàcia i efectivitat de les PPFB

<i>Autors</i>	<i>Diagnòstics dels pacients</i>
González-Pinto (1987)	Trastorns diversos
Luborsky <i>et al.</i> (1988)	Trastorns afectius, d'ansietat i de la personalitat
Piper <i>et al.</i> (1990)	Trastorns afectius, adaptatius, de control d'impulsos, d'ansietat i trastorns de personalitat, sobretot dependents i evitatius
Proj. POP-FVB (Castillo, 1998)	Trastorns afectius, de la personalitat, adaptatius i d'ansietat
Roth i Fonagy (1996) (R)	Depressió major (adults i gent gran) Trastorn per estrès posttraumàtic Trastorns de la personalitat
Wiborg i Dahl (1996)	Atacs de pànic
DeRubeis i Crits-Christoph (1998) (R)	Depressió Dependència d'opiacis
Milrod <i>et al.</i> (2000)	Atacs de pànic
Crits-Christoph <i>et al.</i> (2001)	Dependència de la cocaïna
Dare <i>et al.</i> (2001)	Anorèxia
Junkert-Tress <i>et al.</i> (2001)	Trastorns neuròtics, somatoforms i de la personalitat

(R): Revisió de diferents investigacions

Respecte de l'eficàcia comparativa (Taula 6), les dades són sempre complexes d'interpretar. L'estudi de Durham, Murphy, Allan, Richard, Treliving i Fenton (1994) mostra resultats favorables a les teràpies cognitivo-conductuals (TCC) en el tractament de pacients amb trastorns per ansietat generalitzada. També apareixen algunes diferències a favor de la TCC en l'estudi de Garner, Rockert, Davis, Garner, Olmsted i Eagle (1993) sobre el tractament de la bulímia i en la revisió metaanalítica realitzada per Svartberg i Stiles (1991). La resta d'estudis comparatius i les metaanàlisi de Crits-Christoph (1992) i Anderson i Lambert (1995) tendeixen a mostrar un cert "empat".

Taula 6. Alguns estudis comparatius de les PPFB amb d'altres tractaments

<i>Autors</i>	<i>Diagnòstics</i>	<i>Tractaments comparats i resultat</i>
Thompson <i>et al.</i> (1987)	Gent gran amb depressió major	TC = TCC = PPFB
Brockman <i>et al.</i> (1987)	Diversos	PCA = PPFB
Stuhr i Meyer (1991)	Diversos	TCentCl = PPFB
Garner <i>et al.</i> (1993)	Bulímia	TCC > PPFB
Durham <i>et al.</i> (1994)	Ansietat generalitzada	TCC > EMA > PPFB
Gallagher-Thompson i Stefen (1994)	Depressió	TCC = PPFB
Hardy <i>et al.</i> (1998)		
Dare <i>et al.</i> (2001)	Anorèxia	PCA < PPFB TF = PPFB
Crits-Christoph <i>et al.</i> , (2001)	Depressió major, ansietat generalitzada i/o personalitat obsessivocompulsiva o evitativa	TC = PPFB
<i>Revisions metaanalítiques</i>		
Svartberg i Stiles (1991)	Diversos	TCC > PPFB TEX > PPFB TCOND = PPFB
Crits-Christoph (1992)	Diversos	TCC = PPFB
Anderson i Lambert (1995)	Diversos	TCC = PPFB

EMA: Entrenament en maneig de l'ansietat; PCA: psicoteràpia cognitivoanalítica; TC: teràpia cognitiva; TCC: teràpia cognitivoconductual; TcentCl: Teràpia entrada-en-el-client; TCOND: teràpia de conducta; TEX: teràpia experiencial; TF: teràpia de família; PPFB: psicoteràpia psicoanalítica focal i breu.

Tant pel que fa als estudis de resultat de les PPFB com de comparació amb d'altres tractaments psicoterapèutics, continua sent imprescindible anar més enllà dels canvis simptomatològics i poder mesurar de manera vàlida i fiable canvis en variables com la qualitat de les relacions interpersonals o l'*insight*. Necessitem instruments, en definitiva, que copsin predisposicions internes, recursos psicològics i capacitats que poden ser mobilitzades per la persona per aconseguir un adequat funcionament i satisfacció vital (Hoglend *et al.*, 2000).

2.4. INVESTIGACIONS SOBRE EL PROCÉS DELS TRACTAMENTS PSICOANALÍTICS FOCALS I BREUS

Hi ha nombrosos estudis empírics que han abordat diferents qüestions relatives al que succeeix en una PPFB i a les variables que incideixen en el seu resultat. En les pàgines següents destacarem algunes d'aquestes línies de recerca, les quals –segons els nostre parer– han resultat més significatives fins ara.

2.4.1. Actituds i intervencions verbals dels terapeutes

La figura del psicoterapeuta ha estat molt poc estudiada empíricament. Tot i que sí que s'ha investigat més la relació entre determinats tipus d'intervenció verbal dels terapeutes, especialment de les interpretacions, i el resultat dels tractaments.

Strupp i els seus col·laboradors (Henry i Strupp, 1991; Henry, Strupp, Butler, Schacht i Binder, 1993; Najavits i Strupp, 1994) han aportat dades interessants a partir d'observar sistemàticament el treball dels psicoterapeutes. Per exemple, les manifestacions de calidesa, d'empatia, d'ajuda i de protecció, es relacionen amb millors resultats terapèutics. L'ajustament per part del terapeuta a l'estil interpersonal del pacient genera també bons resultats terapèutics (Hardy et al., 1998). En un sentit contrari, Strupp defineix la *complementarietat negativa* com la tendència a respondre amb el mateix to emocional a les actituds hostils, negativistes i provocadores d'alguns pacients. S'ha pogut comprovar que la complementarietat negativa promou deteriorament de la relació, abandonaments i resultats negatius.

Respecte de les intervencions verbals dels terapeutes, podem dir que el resultat dels tractaments es veu afavorit en la mesura que dites intervencions vagin dirigits al *focus* (Crits-Christoph, Barber i Kurcias, 1993; Silberschatz i Curtis, 1993), mentre que la utilització d'interpretacions transferencials tendeix a relacionar-se amb pitjors resultats terapèutics, especialment en aquells pacients amb més qualitat de les relacions interpersonals (Hoglund, 2003; Joyce i Piper, 1996; Ogrodniczuk, Piper, Joyce i McCallum, 1999).

2.4.2. Característiques i estils de relació interpersonal dels pacients

La motivació pel canvi, la capacitat del pacient per identificar components intrapsíquics que expliquin les dificultats que pateix i la qualitat de les relacions que el pacient ha establert i estableix amb les persones significatives del seu entorn, serien aspectes afavoridors d'un bon resultat terapèutic (Valbak, 2004).

El predomini de determinades característiques relacionals desaconsella la indicació de PPFB: la modulació de l'hostilitat, la desconfiança, el negativisme, la rigidesa i la dependència excessiva requeririen abordatges de durada més llarga.

Naturalment, l'avaluació dels patrons de relació interpersonal dels pacients i dels canvis que es produeixen després d'una PPFB han ocupat un lloc central en la recerca (Horowitz, Rosenberg i Bartholomew, 1993; Piper, Azim, McCallum i Joyce, 1991). Cal mencionar especialment el mètode CCRT de Luborsky (Barber i Crits-Christoph, 1993; Luborsky, Barber i Crits-Christoph, 1990), que consisteix a localitzar aquells fragments d'una sessió (o de les entrevistes diagnòstiques) en les quals el pacient es refereix a la seva relació amb d'altres persones per determinar, tot seguit, els següents components:

a) desig, necessitat o intenció del pacient cap als altres que pot deduir-se del fragment analitzat;

b) resposta que els altres donen a aquest desig o necessitat (tal com és percebuda pel pacient);

c) resposta del pacient a la resposta que donen els altres.

Els desigs que més freqüentment apareixen en la verbalització dels pacients (Luborsky, Barber i Diguier, 1992) són “estar pròxim i ser acceptat per l’altre”, “ser estimat i comprès” i “afirmar-se a un mateix i ser independent”. Tots els humans (pacients i no pacients) experimentem en les relacions amb els altres el desig de proximitat i d’acceptació, juntament amb la necessitat d’autoafirmació i d’autonomia. En aquest sentit, els resultats obtinguts amb el CCRT són molt coherents amb la teoria de l’*afecció* –*attachment*– (Waldinger, Seidman, Gerber et al., 2003). No hi ha cap problema en aquests desigs i intencions, compartits per tots els humans. La peculiaritat dels pacients rau en el fet que habitualment perceben respostes negatives dels altres; és a dir, que no senten que els altres satisfan o responen a les seves necessitats relacionals: es necessita proximitat i acceptació però es percep “rebuig i oposició”, es cerca autonomia i els altres responen amb “control”. Com és lògic, el tercer component del CCRT també tendeix a ser majoritàriament negatiu: “disgust i depressió”, “no sentir-se receptiu” i “sentir-se indefens”. Justament, la percepció de les respostes dels altres i la resposta del pacient davant de les respostes d’aquests altres són els dos components que tendeixen a modificar-se després d’una PPFb, i no pas els seus desigs i intencions vers els altres.

2.4.3. La relació pacient-terapeuta

Sembla clar que la interacció entre pacient i terapeuta és crucial per al resultat de qualsevol tractament psicoterapèutic, per tant, també en el cas de les PPFb.

L’*aliança terapèutica* és una de les variables més estudiades i de resultats empírics més consistents en l’àmbit de les PPFb i del conjunt de psicoteràpies. Es refereix al vincle emocional que s’estableix entre pacient i terapeuta, a l’experiència del pacient en el fet que el terapeuta ajuda i dona suport i al sentit de treballar plegats per assolir uns objectius també compartits (Luborsky, Crits-Christoph, Mintz i Auerbach, 1988). L’aliança terapèutica tendeix a establir-se en les primeres sessions del tractament (Eaton, Abeles i Gutfreund, 1988; Henry i Strupp, 1991) i es veu potenciada si el pacient té expectatives positives respecte del tractament i capacitat per establir relacions interpersonals positives (Gibbons et al., 2003). Una forta aliança terapèutica correlaciona amb resultats terapèutics positius (Jones, Hall i Parke, 1991; Svartberg i Stiles, 1994)

La *complementarietat negativa* –pacient i terapeuta interactuant amb hostilitat-, com abans hem assenyalat, genera resultats contraproductius (Henry, Schacht i Strupp, 1992). Els pacients amb un pobre resultat terapèutic tendeixen a establir una relació amb el seu terapeuta caracteritzada per la vigilància, la manipulació, el desafiament, la desgana i l’evitació del contacte, i els terapeutes mostren actituds de desvaloració, culpabilització i rebuig cap al pacient (Henry, Schacht i Strupp, 1990).

En un interessant treball publicat fa uns quants anys (Orlinsky, Geller, Tarra-gona i Farber, 1993) es preguntava a un grup de pacients quina representació men-tal tenien, què pensaven sobre els/les seus/seves terapeutes i quan hi pensaven en el període de temps entre sessions. Els resultats indicaven que aquestes representa-cions apareixien amb major freqüència en situacions d'estrès del pacient, en un intent per mitigar la tristesa, la solitud, l'ansietat, la por o la culpa. Els temes més freqüents tenien a veure amb el desig que el terapeuta se sentís orgullós per algu-na cosa que el pacient havia fet (o havia deixat de fer), per tal d'intentar solucio-nar problemes tal com s'havia treballat a les sessions i amb el sentiment que el tera-peuta "formava part" del pacient. Aquestes representacions, doncs, correspondrien a la línia de la interiorització d'un objecte protector que ajuda a afrontar la reali-tat.

Aquest estudi evoca novament les investigacions sobre les aplicacions clíni-ques de l'afecció (*attachment*), un marc teòric que darrerament s'ha recuperat amb força en l'àmbit dels tractaments psicològics i de la clínica en general.

Bé, hem arribat al final d'aquest treball. Gràcies per la paciència de llegir-lo. Solament espero que hagi servit per aclarir les característiques teòriques i tècniques de les psicoteràpies psicoanalítiques focals i breus (PPFB) i per repassar algunes de les aportacions empíriques en aquest àmbit. En el marc general dels tractaments psicològics, creiem que la situació de les PPFB és sòlida. Creiem també que el futur d'aquesta modalitat de tractament (i de totes) dependrà del fet que siguem capaços d'apropar la investigació i la pràctica clínica.

3. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Anderson, E.M., & Lambert, M.J. (1995). "Short-term dynamically oriented psy-chotherapy: A review and meta-analysis". *Clinical Psychology Review*, 15, 503-514.
- Barber, J.P., & Crits-Christoph, P. (1993). "Advances in measures of psychodyn-amic formulations". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 574-585.
- Brockman B., Poynton, A., Ryle, A., & Watson, J.P. (1987). "Effectiveness of time-li-mited therapy carried out by trainees: Comparison of two methods". *British Journal of Psychiatry*, 151, 602-610.
- Castillo, J.A. (1998). *La eficacia de la Psicoterapia Psicoanalítica Focal y Breve (PPFB) a tiempo prefijado*. Tesis doctoral. Barcelona: Facultat de Psicologia i Ciències de l'E-ducació Blanquerna.
- Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). "Defining empirically supported thera-pies". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.
- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K.S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S.R., Sue, S., Beutler, L., Wil-liams, D.A., & McCurry, S. (1996). "An update on empirically validated therapies". *Clinical Psychologist*, 49, 5-18.

- Crits-Christoph, P. (1992). "The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis". *The American Journal of Psychiatry*, 149, 151-158.
- Crits-Christoph, P., Barber, J.P., & Kurcias, J.S. (1993). "The accuracy of therapists' interpretations and the development of the therapeutic alliance". *Psychotherapy Research*, 3(1), 25-35.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., McCalmont, E., Weiss, R.D., Gastfriend, D.R., Frank, A., Moras, K., Barber, J.P., Blaine, J., & Thase, M.E. (2001). "Impact of psychosocial treatments on associated problems of cocaine-dependent patients". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 825-830.
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G., Treasure, J., & Dodge, L. (2001). "Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial of out-patient treatments". *British Journal of Psychiatry*, 178, 216-221.
- DeRubeis, R.J., & Crits-Christoph, P. (1998). "Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 37-52.
- Durham, R.C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treliving, L., & Fenton, G.W. (1994). "Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalised anxiety disorder". *British Journal of Psychiatry*, 165, 315-323.
- Eaton, T.T., Abeles, N., & Gutfreund, M.J. (1998). "Therapeutic alliance and outcome: impact of treatment length and pretreatment symptomatology". *Psychotherapy*, 25, 536-542.
- Eckert, P.A. (1993). "Acceleration of change: Catalysts in brief therapy". *Clinical Psychology Review*, 13, 241-253.
- Farré, L., Hernández, V., y Martínez, M. (1992). *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve: una experiencia clínica con psicoterapia a tiempo limitado*. Barcelona: Paidós.
- Fonagy, P. (1999). "Process and outcome in mental health care delivery: A model approach to treatment evaluation". *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63, 288-304.
- Fonagy, P. (2003). "El psicoanálisis hoy en día". *World Psychiatry* (Ed Esp), 1(2), 73-80.
- Gallagher-Thompson, D., & Steffen, A.M. (1994). "Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 543-549.
- Garner, D.M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M.V., Olmsted, M.P., & Eagle, M. (1993). "Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa". *American Journal of Psychiatry*, 150, 37-46.
- Gibbons, M.B.C., Crits-Christoph, P., De la Cruz, C., Barber, J.P., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). "Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy". *Psychotherapy Research*, 13(1), 59-76.
- González-Pinto, R. (1987). "La psicoterapia breve en el tratamiento de trastornos neuróticos en una institución pública". *Psiquis*, VIII, 11-19.
- Hardy, G.E., Stiles, W.B., Barkham, M., & Startup, M. (1998). "Therapists responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 304-312.

- Henry, W.P., Schacht, T.E., & Strupp, H.H. (1990). "Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 768-774.
- Henry, W.P., Schacht, T.E., & Strupp, H.H. (1992). "Structural Analysis of Social Behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome". In A.E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues & strategies in clinical research*, 523-535. Washington: American Psychological Association.
- Henry, W.P., & Strupp, H.H. (1991). "Vanderbilt University: The Vanderbilt Centre for Psychotherapy Research". In L.E. Beutler, & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies*, 166-174. Washington: American Psychological Association.
- Henry, W.P., Strupp, H.H., Butler, S.F., Schacht, T.E., & Binder, J.L. (1993). "Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 434-440.
- Herron, W.G., Javier, R.A., Primavera, L.H., & Shultz, C.L. (1994). "The cost of psychotherapy". *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 106-110.
- Hoglend, P. (2003). "Long-term effects of brief dynamic psychotherapy". *Psychotherapy Research*, 13(3), 271-292.
- Hoglend, P., Bogwald, K.P., Amlø, S., Heyerdahl, O., Sorbye, O., Marble, A., Sjaastad, M.C., & Bentsen, H. (2000). "Assessment of change in dynamic psychotherapy". *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(4), 190-199.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., & Bartholomew, K. (1993). "Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 549-560.
- Horowitz, L.M., Strupp, H.H., Lambert, M.J., & Elkin, I. (1997). "Overview and summary of the Core Battery Conference". In H.H. Strupp, L.M. Horowitz, & M.J. Lambert (Eds.), *Measuring patient changes in mood, anxiety and personality disorders: Toward a core battery*, 11-54. Washington: American Psychological Association.
- Howard, K.I., Cornille, T.A., Lyons, J.S., Vessey, J.T., Lueger, R.J., & Saunders, S.M. (1996). "Patterns of mental health service utilization". *Archives of General Psychiatry*, 53(8), 696-703.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., & Orlinsky, D.E. (1986). "The dose-effect relationship in psychotherapy". *American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- Jones, E.E., Hall, S.A., & Parke, L.A. (1991). "The process of change: The Berkeley Psychotherapy Research Group". In L.E. Beutler, & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies*, 98-106. Washington: American Psychological Association.
- Joyce, A.S., & Piper, W.E. (1996). "Interpretative work in short-term individual psychotherapy: An analysis using hierarchical linear modeling". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 505-512.
- Luborsky, L., Barber, J.P., & Crits-Christoph, P. (1990). "Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 281-287.

- Luborsky, L., Barber, J.P., & Diguier, L. (1992). "The meanings of narratives told during psychotherapy: The fruits of a new observational unit". *Psychotherapy Research*, 2, 277-290.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J., & Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy?* New York: Basic Books.
- Mann, J. (1973). *Time limited psychotherapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- McKenna, P.A., & Todd, D.M. (1997). "Longitudinal utilization of mental health services: A timeline method, nine retrospective accounts, and a preliminary conceptualization". *Psychotherapy Research*, 7, 383-395.
- Milrod, B., Busch, F., Leon, A.C., Shapiro, T., Aronson, A., Roiphe, J., Rudden, M., Singer, M., Goldman, H., Richter, D., & Shear, M.K. (2000). "Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder". *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1878-1880.
- Najavits, L.M., & Strupp, H.H. (1994). "Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study". *Psychotherapy*, 31, 114-123.
- Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., Joyce, A.S., & McCallum, M. (1999). "Transference interpretations in short-term dynamic psychotherapy". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(9), 571-578.
- Orlinsky, D.E., Geller, J.D., Tarragona, M., & Farber, B. (1993). "Patients' representations of psychotherapy: A new focus for psychodynamic research". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 596-610.
- Pérez-Sánchez, A. (1992). *Elementos de psicoterapia breve psicoanalítica*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer.
- Pérez-Sánchez, A. (1996). *Prácticas psicoterapéuticas. Psicoanálisis aplicado a la asistencia pública*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer-Paidós.
- Pérez-Sánchez, A., Bermejo, J., y Canals, M. (1987). "Psicoterapia breve psicoanalítica: I. Concepto e indicaciones". *Informaciones Psiquiátricas*, 10, 129-137.
- Piper, W.E., Azim, H.F., Joyce, A.S., & McCallum, M. (1991). "Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy". *Archives of General Psychiatry*, 48, 946-953.
- Piper, W.E., Azim, H.F., McCallum, M., & Joyce, A.S. (1990). "Patient suitability and outcome in short-term individual psychotherapy". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 475-481.
- Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *What works for whom?* New York: Guilford.
- Sifneos, P.E. (1992). *Psicoterapia breve con provocación de angustia: manual de tratamiento*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Silberschatz, G., & Curtis, J.T. (1993). "Measuring the therapist's impact on the patient's therapeutic progress". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 403-411.
- Stirman, S.W., DeRubeis, R.J., Crits-Christoph, P., & Brody, P.E. (2003). "Are samples in randomized controlled trials of psychotherapy representative of community outpatients? A new methodology and initial findings". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (6), 963-972.

- Strupp, H.H., & Hadley, S.W. (1977). "A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes". *American Psychologist*, 32, 187-196.
- Stuhr, U., & Meyer, A.E. (1991). "University of Hamburg: Hamburg short-term psychotherapy comparison study". In L.E. Beutler, & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies*, 212-218. Washington: American Psychological Association.
- Svartberg, M., & Stiles, T.C. (1991). "Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 704-714.
- Thompson, L., Gallagher, D., & Breckenridge, J. (1987). "Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 385-390.
- Tizón (1994). "Las psicoterapias psicoanalíticas breves y las terapias de flash: II. Los procesos de sensibilización a lo psicológico, terapias de flash o psicoterapias ultrabreves". *Informaciones Psiquiátricas*, 138, 369-392.
- Valbak, K. (2004). "Suitability for psychoanalytic psychotherapy: a review". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 164-178.
- Waldinger, R.J., Seidman, E.L., Gerber, A.J., Liem, J.H., Allen, J.P., & Hauser, S.T. (2003). "Attachment and core relationship themes: wishes for autonomy and closeness in the narratives of securely and insecurely attached adults". *Psychotherapy Research*, 13(1), 77-98.
- Wiborg, I.M., & Dahl, A.A. (1996). "Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder?" *Archives of General Psychiatry*, 53(8), 689-694.

ABSTRACT

En la primera parte de este trabajo se sintetizan los aspectos teóricos y técnicos de las psicoterapias psicoanalíticas focales y breves (PPFB): los rasgos que las vinculan a la tradición psicoanalítica, la importancia de la selección del *foco* o conflicto interpersonal central del paciente y las repercusiones de la duración del tratamiento, que suele ser inferior a seis meses.

En la segunda parte del artículo se presenta un breve resumen de la investigación empírica sobre el proceso y el resultado de las PPFB en el marco de las presiones actuales para la validación empírica de los tratamientos psicoterapéuticos. La vinculación entre práctica clínica e investigación constituirá un elemento decisivo para el futuro desarrollo de esta modalidad de tratamiento, ampliamente utilizada en contextos clínicos públicos y privados.



In the first part of this study, the theoretical and technical aspects of Brief Focal Psychoanalytic Psychotherapies (BFPP) will be synthesised: features that link them to psychoanalytic tradition, importance of selecting the patient's *focus* or core interpersonal conflict, and repercussions of the length of treatment, which usually lasts less than 6 months. In the second part of the article, there is a short summary of empirical research on the process and outcome of BFPPs, in the framework of current pressures to validate psychotherapeutic treatments empirically. The link between clinical practice and research is a key element for the future development of this treatment modality, widely used in public and state clinical settings.



Dans la première partie de ce travail, nous effectuerons un résumé des aspects théoriques et techniques des Psychothérapies Psychanalytiques Focales et Brèves (PPFB) : les caractéristiques qui les lient à la tradition psychanalytique, l'importance de la sélection du *focus* ou conflit interpersonnel central du patient et les conséquences de la durée du traitement, généralement inférieur à 6 mois. Dans la deuxième partie de l'article, nous présenterons un bref résumé de la recherche empirique sur le processus et le résultat des PPFB, dans le cadre des pressions actuelles pour la validation empirique des traitements psychothérapeutiques. Le lien entre la pratique clinique et la recherche constituera un élément décisif pour le futur développement de cette modalité de traitement, largement utilisée dans les contextes cliniques publics et privés.