

PSICOTERAPIA ECLECTICA E INTEGRATIVA: CINCO MOVIMIENTOS PARA SUPERAR LA MULTIPLICIDAD DE ENFOQUES PSICOTERAPEUTICOS*

Por MARTIN R. TEXTOR**

RESUMEN

Se presenta en primer lugar el desarrollo de la psicoterapia durante las dos últimas décadas. Se enfatiza la rápida multiplicación de enfoques y las consecuencias negativas de la formación de "escuelas" de psicoterapia. Se expone además cinco nuevos desarrollos en el campo de la psicoterapia: 1) La investigación de "factores no específicos de tratamiento" que se encuentran presentes en todos los enfoques de psicoterapia y causan el cambio comportamental; 2) La búsqueda de un lenguaje común, en el cual se da énfasis especial a la psicología cognitiva; 3) Eclecticismo, por el cual los clínicos emplean conceptos y técnicas de diferentes enfoques de psicoterapia; 4) La combinación y fusión de las dos mayores orientaciones psicoterapéuticas (psicoanálisis y conductismo); y, 5) La psicoterapia integrativa que intenta la confluencia de todos los enfoques psicoterapéuticos importantes en una teoría comprensiva.

SUMMARY

First an overview of the development of psychotherapy during the last two decades is presented. Thereby the rapid multiplication of approaches and the negative consequences of the formation of "schools" of psychotherapy are stressed. Afterwards five new

* La versión en alemán se publicó en *Psychologische Rundschau*, 1988, 39: 201-211. La versión en español, autorizada por el autor y por la casa Verlag für Psychologie (Dr. C. J. Hogrefe) es de Ramón León y Alfredo Zambrano.

** Staatsinstitut für Frühpädagogik und Familienforschung, Munich, Alemania.

developments in the fields of psychotherapy are described: (1) The research on "nonspecific treatment factors" which are present in all approaches of psychotherapy and cause behavioral change; (2) The search for a common language, where special emphasis is given to cognitive psychology; (3) Eclecticism, whereby clinicians use concepts and techniques from different approaches of psychotherapy which remain separate; (4) The combination and fusion of two major orientations of psychotherapy like psychoanalysis and behaviorism; and (5) Integrative psychotherapy which aims at the integration of all important approaches of psychotherapy into an encompassing theory, a whole.

PALABRAS - CLAVE: Psicoterapia, psicoterapia ecléctica, enfoques psicoterapéuticos.

KEY WORDS: Psychotherapy, eclectic psychotherapy, psychotherapeutic approaches.

Si se examina el desarrollo de la psicoterapia en las dos últimas décadas podrá constatar una rápida multiplicación de enfoques terapéuticos. Así, por ejemplo, en el volumen de HERINKS (1980) se distingue más de doscientos cincuenta. Sobre todo en los años sesenta y a comienzos de los setenta -una época de activa experimentación en el plano social- apareció en América del Norte y en Europa occidental un enfoque terapéutico tras otro, dado que la ciencia y la opinión pública premiaban más la originalidad y la creatividad que el trabajo paciente, pertinaz, de elaboración y justificación de las teorías ya existentes (GARFIELD, 1982a; HERMANN, 1979; PETZOLD, 1980; TEXTOR, 1983a; WARD, 1983).

Los creadores de los nuevos enfoques psicoterapéuticos ganaron seguidores a través de publicaciones, conferencias y actividades docentes, de modo tal que pronto surgió un elevado número de "escuelas" psicoterapéuticas autónomas. Estos enfoques alcanzaron igualmente pronto una gran popularidad, si bien esto no tanto debido a la eficacia de sus procedimientos sino fundamentalmente por el carisma y la decidida convicción de sus

principales representantes, o sencillamente porque algunos de sus postulados guardaba concordancia con el *Zeitgeist* (GOLDFRIED, 1983a).

Los seguidores de una escuela tienden a entenderla de modo absoluto y a representarla de manera dogmática, considerándola como la mejor y creyendo que es apropiada para el tratamiento de todo tipo de pacientes. Tienden, al mismo tiempo, a rechazar otros enfoques. Sobre esto opinan GOLDFRIED & PADAWAR (1982): "Inasmuch as the social systems that surround the field of psychotherapy are typically organized according to schools of thought, there is the unfortunate tendency to stereotype therapists who align themselves with another viewpoint" (pg. 20). Los seguidores de una escuela están -vamos a emplear un término frecuente- como ciegos para los conceptos e hipótesis de otros terapeutas, mirando sus ideas con desconfianza y reaccionando a muchos de ellos con burlas o con exagerado rechazo. RHOADS (1984) ofrece una explicación para este comportamiento: "The unfriendliness seems understandable only in terms mutual lack of understanding of each other's goals, methods,

vocabularies, and the narcissism inherent in what is perceived as a threat to one's own belief system" (pg. 196). Así pues, los terapeutas hablan diferentes lenguajes, no entienden muchos de los términos de otras corrientes psicoterapéuticas y, tienen frecuentemente problemas para entenderse unos con otros (KAMINSKI, 1970).

Debido a los factores económicos y de tiempo asociados al entrenamiento en psicoterapia (el mismo que, como se sabe, se lleva a cabo por lo general tras la finalización de los estudios profesionales y mientras se desempeña la profesión), el terapeuta sólo puede entrenarse en una corriente determinada, en cuya elección intervienen preferencias personales, características de personalidad y actitudinales, pero, asimismo, otras circunstancias más bien casuales (por ejemplo, las orientaciones teóricas de los profesores, las posibilidades de capacitación en la zona o institución en la cual trabaja y las eventuales necesidades del empleador) tienen una influencia muy importante. Así, el terapeuta somete a sus pacientes a las técnicas y procedimientos aprendidos en cada enfoque psicoterapéutico, el cual, de este modo, se convierte en el real "criterio de indicación". Con esto, los problemas específicos y las características del paciente tienen escaso significado, de manera que de la inmensa variedad de técnicas y procedimientos desarrollados por otras escuelas de psicoterapia no siempre se eligen las mejores o las más apropiadas para los pacientes (cfr. BOY & PINE, 1983; LAZARUS, 1983; RAUCHFLEISCH, 1982; TEXTOR, 1983b). Esto significa que "el tipo de tratamiento al que será sometido el paciente dependerá bajo determinadas circunstancias de modo decisivo de qué terapeuta busca" (RAUCHFLEISCH, 1982; pg. 29) Esta situación se modifica muy poco

si el terapeuta después amplía su enfoque con conceptos y técnicas de una o dos corrientes psicoterapéuticas más.

Así, características generales de los enfoques terapéuticos suelen ser su unilateralidad y gran simplificación. Las escuelas psicoterapéuticas enfatizan sólo "elementos" aislados (TEXTOR, 1983b), esto es, amplios dominios del organismo humano o bien del contexto interpersonal quedan al margen. Los enfoques terapéuticos que les están subordinados iluminan sólo determinados aspectos de ellos de acuerdo con las perspectivas y puntos de vista de cada enfoque. Por ejemplo, la psicología profunda enfatiza en el inconsciente, la terapia comportamental en la conducta y en la cognición, así como la terapia gestáltica lo hace en lo afectivo, mientras al mismo tiempo otros dominios de lo humano no son considerados en absoluto o son sumamente descuidados (LAZARUS, 1983; PETZOLD, 1980; TEXTOR, 1983b; WARD, 1983).

Una consecuencia de la unilateralidad de los enfoques terapéuticos es que los marcos perceptuales de los terapeutas son limitados. Puesto que los seguidores de una escuela se concentran en elementos y aspectos determinados, olvidan por lo general una cantidad de variables en la situación vital de sus clientes y en la situación de tratamiento, permanecen ajenos a impresiones muchas veces de gran importancia, confunden efectos con causas y viceversa, y muchas veces no llegan a determinar con claridad las vivencias del paciente (cfr. BOY & PINE, 1983; KAZDIN, 1984; LAZARUS, 1983; SCHACHT, 1984; TEXTOR, 1983a, 1983b), inclusive, es frecuente que ellos nieguen algunas percepciones que entren en contraposición con los conceptos e hipótesis de sus enfoques terapéuticos (GOLDFRIED & PADAWAR,

1982). A esto se agrega, por supuesto, el hecho que también se suele ignorar los puntos de vista para la intervención que no se consideran adecuados según la corriente a la cual se adscribe el terapeuta. Por lo general, el repertorio de procedimiento y de técnicas de los seguidores de una escuela es limitado, ya que ellos con muy escasa frecuencia toman en cuenta los otros enfoques terapéuticos.

Es evidente que de esa unilateralidad de enfoques terapéuticos resulta, como no podía ser de otro modo, una estrechez del trabajo práctico. La limitación a determinados elementos como "inconsciente", "conducta" o "cognición" puede condenar al fracaso a un tratamiento si, por ejemplo, las causas de los problemas no son diagnosticadas correctamente. También puede suceder que una orientación terapéutica determinada no ofrezca estrategias y técnicas apropiadas para el tratamiento de cierto tipo de pacientes o de alguna índole especial de problemas. Con respecto a esto, nos parece de interés expresar los puntos de vista de FRANK: "I may well be that the success of a therapist with particular patients depends on how consonant the therapeutic program is with patient's style of problem solving. For example, interview therapies might be most successful with patients who are introspective and self-analytical; behavioral therapies and cognitive therapies would be especially attractive to patients who actively try to solve problems, either by actions or rational thinking; and humanistic therapies might appeal most to the philosophically minded" (pg. 23; véase también PROCHASKA & DI CLEMENTE, 1982; SALZMAN, 1984).

Para decirlo de otro modo, puede suceder por ejemplo que algunos psicoterapeutas humanistas tengan poco éxito

con pacientes muy analíticos o particularmente activos. Dado que esta unilateralidad y limitación caracteriza a todos los enfoques terapéuticos, no sorprende que las tasas de éxito en todas ellas sean similares. Así, FRANK (1984) escribe: "Comparison for one form of therapy with another, however, has failed to demonstrate convincingly that anyone is superior to any of the others for most psychiatric illnesses" (pg. 18; véase GARFIELD & BERGIN, 1978; HUAN, 1981; KAZDIN, 1984).

En los años pasados muchos terapeutas han reconocido que los enfoques terapéuticos sólo reflejan una parte de la realidad clínica y que tienen un carácter científico no siempre muy elevado. Esto ha originado una nueva fase en el desarrollo de la psicoterapia. Así, KAZDIN (1984) piensa: "Advances in psychotherapy have been slow, a fact often attributed to the inherent complexity of treatment and the multiplicity of clinical problems to which treatments are directed. Recent progress has stemmed in part from the acknowledgment that answers are not likely to come from singular, narrowly conceived theoretical views" (pg. 161; véase GARFIELD & PADAWAR 1982). Una consecuencia es que enfoques existentes son empleados en nuevos aspectos o en elementos particulares. Así, los factores cognitivos han ganado en significación para la terapia del comportamiento, mientras que en la psicología profunda se considera cada vez más influencia del medio ambiente (GOLDFRIEND, 1982; KENDALL, 1982). Deseo sin embargo referirme a otros cinco desarrollos en el terreno de la psicoterapia; estos son: 1) La búsqueda de aspectos comunes; 2) La búsqueda de un lenguaje común; 3) El eclecticismo; 4) La síntesis de dos enfoques terapéuticos; y, 5) La psicoterapia integrativa.

LA BUSQUEDA DE ASPECTOS COMUNES

De la constatación que, a pesar de las grandes diferencias entre los distintos enfoques terapéuticos en general se obtiene la misma tasa de éxito en el tratamiento (GARFIELD & BERGIN, 1978; HUAN, 1981), surge la pregunta acerca de cuáles son los procedimientos terapéuticos y los métodos a través de los cuales se consigue realmente cambios positivos en los clientes: ¿Aseguran los diferentes enfoques terapéuticos los cambios deseados con diferentes medios, o sencillamente, aplican diferentes conceptos teóricos en la descripción de fenómenos que son en verdad muy parecidos, pero en cuyo significado no han sido entendidos con claridad? (GARFIELD, 1982a; pg. 4). Un grupo de psicoterapeutas, entre los cuales se puede mencionar a FRANK, GARFIELD, GOLDFRIED, SLOANE y STRUPP, contestan a esta pregunta con la tesis de que hay un conjunto de factores de influencia que son comunes a todas las escuelas psicoterapéuticas. Estos factores, que determinan en una gran medida las modificaciones en los pacientes, suelen denominarse "aspectos comunes", "factores no-específicos de tratamiento" o "infraestructura terapéutica". Ellos deben ser precisados por medio del análisis comparativo de los diferentes enfoques terapéuticos, con lo cual se busca alcanzar como resultado un modelo integrado de modificaciones terapéuticas (GARFIELD, 1982a; PROCHASKA & DICLEMENTE, 1982).

En la búsqueda de aspectos comunes uno no puede basarse de modo total en lo que informan los terapeutas o en lo que describen en sus publicaciones, puesto que hay en todo esto muchas contradicciones entre lo expresado en el plano teórico

y la respectiva *praxis*: "Although adherents of particular schools of psychotherapy, tend to emphasize their particular approach and its distinctly unique aspects, their descriptions of their therapy may not (and frequently do not) correspond to their actual behavior and interactions in the therapeutic situation. As GLOVER (1955) and others have shown (LIEBERMAN, YALOM & MILES, 1973), therapists of one school or orientation actually function and view therapeutic phenomena in different ways. Therapists from different schools may also show similar qualities and behaviors in their work with patients" (GARFIELD, 1982c, pg. 616); la última afirmación es certificada por BARRET, HAMPE & MILLER (1978); y LENNARD & BERNSTEIN (1960). Así comprueban por ejemplo MURRAY (1956) y TRUAX (1966), que Carl ROGERS emplea la técnica del reforzamiento verbal (esto es, un conocido procedimiento de la terapia del comportamiento) pero no la describe. Es por eso que para buscar semejanzas es indispensable observar a los terapeutas en su trabajo, para lo cual deben emplearse procedimientos científicos: "It is in the observation of what clinicians actually do that we are likely to arrive at common and unique factors in therapeutic change" (GOLDFRIED & PADAWAR, 1982; GOLDFRIED, 1983a).

A favor de la existencia de aspectos comunes significativos habla el hecho que los clientes de terapeutas de diferentes corrientes atribuyan el éxito del tratamiento a factores tales como la personalidad del terapeuta, un mayor conocimiento de sí mismo o una mejor comprensión de los propios problemas; esto es, no a factores que dependen de alguna orientación terapéutica específica (SLOANE, STAPLES, CRISTOL, YORKSTON & WHIPPLE, 1975). Seme-

zanjas adicionales son, por ejemplo, las expectativas positivas de los clientes, y la creencia del terapeuta en la efectividad de los procedimientos y técnicas utilizadas por él. Casi todos los terapeutas mencionan a sus clientes una explicación para sus problemas, dan una nueva (y muchas veces novedosa) perspectiva para los mismos, les ofrecen posibilidades para evaluar la realidad y hacen uso de la sugestión, de los consejos, dándoles coraje, impulsándolos al cambio de comportamiento (GARFIELD, 1982 a; GOLDFRIED, 1983a; VAN QUEKELBERGHE, 1979).

De especial significado es la relación terapéutica, la cual, independientemente de la orientación, es establecida por los terapeutas exitosos de modo análogo (SLOANE *et al.*, 1975). Las habilidades indispensables para edificar una relación terapéutica exitosa se pueden enseñar (y aprender) sin que sea necesario vincularlos a una corriente terapéutica determinada. Es así como programas teoréticos de entrenamiento se han desarrollado ya desde los años sesenta por CARKHUFF, EGAN y otros (WARD, 1983).

Es por cierto evidente que las semejanzas señaladas hasta ahora son de una naturaleza muy general y en última instancia dicen poco en el plano efectivo del tratamiento y del pronóstico. Sólo cuando los representantes de este movimiento acepten la invocación de GOLDFRIED & PADAWAR (véase arriba) y empleen métodos de investigación propios de las ciencias sociales en el estudio de los afrontes psicoterapéuticos (como observador no participante; por ejemplo en una cámara de observación o por medio de grabaciones de video), será posible que las similitudes que se determinen adquieran una nueva dimensión en el trabajo práctico.

LA BUSQUEDA DE UN LENGUAJE COMUN

Cada teoría psicoterapéutica ha desarrollado un lenguaje propio con sus propios términos, los cuales dificultan la comprensión por parte de otros enfoques psicoterapéuticos. A esto se agrega que los conceptos de otras direcciones de la psicoterapia muchas veces adquieren connotaciones negativas o generan reacciones de rechazo o de burla (GOLDFRIED & PADAWAR, 1982; KAMINSKI, 1970; SCHACHT, 1984). Estas barreras terminológicas han llevado a que algunos científicos intenten desarrollar un lenguaje uniforme que sea aceptable para todos los terapeutas.

Así por ejemplo, se ha sugerido utilizar el lenguaje cotidiano como terminología común a todos los psicoterapeutas (DRISCOLL, 1987). Pero, como se sabe, aún en el lenguaje común y corriente los términos tienen múltiples connotaciones y, por lo tanto, con el propósito de hacerlos utilizables para los fines a los cuales nos venimos refiriendo, sería necesario formular nuevas definiciones. El producto final sería, con todo esto, de nuevo un "lenguaje artificial".

Otra posibilidad sería la de traducir el lenguaje de una teoría psicoterapéutica en el de otra. Es así que, por ejemplo, DOLLARD y MILLER, ya en el año 1950 publicaron un libro en el cual transformaban todos los conceptos psicoanalíticos en otros, propios de la teoría del aprendizaje. Este procedimiento fracasó, sin embargo, por el hecho de que no todos los terapeutas estarían dispuestos a aceptar como lenguaje común la terminología de una teoría terapéutica como la base para la discusión y la comunicación científicas.

Algunos representantes de este movimiento suelen recurrir a lenguajes de dominios no clínicos de la psicología. Así, RYLE (1978) y VAN QUEKELBERGHE (1979) intentaron hacer del lenguaje de la psicología cognitiva la base de la psicoterapia y fundamentar la actividad terapéutica en las teorías del aprendizaje y de la actividad, y en los modelos de la interacción y de la resolución de problemas. Consideremos, a modo de ilustración de lo expuesto, lo emprendido por VAN QUEKELBERGHE (1979): emprendió el análisis cognitivo psicológico de la psicoterapia centrada en el cliente, la psicoterapia gestáltica, el psicoanálisis y otras corrientes psicoterapéuticas, para lo cual transformó y reestructuró los procedimientos diagnósticos y las técnicas psicoterapéuticas en conceptos y categorías de la psicología cognitiva (enfaticando los procesos de solución de problemas) (cfr. KAMINSKI, 1970).

También aquí hay, en esencia, la elección arbitraria de un determinado lenguaje, y, por lo mismo, no se debe esperar que un grupo muy grande de terapeutas se considere obligado a adoptarlo. Además, queda abierta la pregunta de si con la ayuda de un lenguaje que no proviene del dominio clínico de la psicología se puede describir exitosamente todos los fenómenos clínicos.

ECLECTICISMO

En los últimos años el significado de las escuelas en la práctica de la psicoterapia ha disminuido cada vez más. Sobre esto opina GARFIELD (1982a): "Si bien mucho de lo que aparece publicado y de lo que se transmite en cursos de formación psicoterapéutica indica una fuerte orientación hacia una escuela determinada, los

seguidores incondicionales de escuelas son una minoría entre aquellos que trabajan en la psicoterapia" (pg. 3). En lugar de esta ortodoxia, el número de psicoterapeutas que optan por una posición ecléctica es cada vez mayor. De acuerdo con una encuesta de 1961 se definía en los Estados Unidos el 40% de psicólogos clínicos como eclécticos; alrededor de 15 años después el porcentaje se había elevado al 55% de terapeutas (GARFIELD & KURTZ, 1977) y sólo el 58% de psicólogos clínicos (KELLY, GOLDBERG, FISKE & KILKOWSKI, 1978; véase LARSON, 1980).

Los terapeutas eclécticos adoptan conceptos, hipótesis y técnicas de diferentes corrientes. KAZDIN (1984) escribe: "Eclecticism tends to draw from several different approaches, recognizing their separate integrity" (pg. 160). Los terapeutas eclécticos eligen aquellos conceptos, procedimientos y métodos que:

- Son los más adecuados y los que mejor corresponden a la individualidad de cada cliente y a sus problemas específicos (esto es, se utiliza la terapia más adecuada para él y se desarrolla un plan terapéutico específico);
- Son los que prometen más éxito y aparecen más efectivos y, por ende, más utilizables;
- Son aquellos con los cuales el psicoterapeuta como persona, con sus características, debilidades y fortalezas, mejor puede trabajar, y con los cuales ha obtenido éxito en el pasado.

Los terapeutas con orientación ecléctica vinculan conceptos, estrategias y técnicas de diferentes enfoques terapéuticos en una infinidad de variaciones, unos con otros, eligiendo en todos los casos sólo algunos muy pocos elementos y métodos de cada una de ellas. La razón principal para este modo de actuar se en-

cuentra en el carácter ya descrito de las teorías psicoterapéuticas (cfr. GARFIELD, 1982a; KAZDIN, 1984; PLAUM, 1981; TEXTOR, 1983a; URBAN, 1981).

Los terapeutas eclécticos pueden utilizar también dos o hasta tres enfoques terapéuticos uno al lado del otro. Si combinan dos enfoques complementarios que suelen ser exitosos en problemas diferentes, entonces los suelen emplear en el problema para el cual cada uno de los enfoques demuestra ser el más exitoso o el más apropiado. De tal modo que ellos cambian de un enfoque terapéutico al otro, sin confundirlos ni mezclarlos en demasía. Si ellos conocen poco una de las técnicas, entonces suelen buscar el apoyo de algún colega especialista a través de la consulta, la coterapia o la terapia paralela (BIRK & BRINKLEY-BIRK, 1974; RHOADS, 1984; SCHACHT, 1984). Algunos terapeutas emplean los dos enfoques terapéuticos seleccionados en casi todos los problemas de sus pacientes, partiendo del presupuesto que los dos en conjunto tendrán un efecto mucho mayor que uno sólo (un efecto de naturaleza energética: el efecto de combinación es mayor que la suma de efectos con la utilización separada de cada uno de los enfoques). Un segundo enfoque terapéutico puede ser también de utilidad al comienzo del tratamiento; así, por ejemplo, se puede alcanzar con la terapia del comportamiento la superación de algunos síntomas y, con esto, el establecimiento de la confianza hacia el terapeuta; después de esto puede ser mucho más factible desarrollar un tratamiento de orientación psicodinámica. El segundo enfoque terapéutico puede ser empleado también como pauta de acción adicional o como procedimiento de ayuda: así por ejemplo la interpretación psicodinámica de resistencias y transferencias y la determinación de cau-

sas de problemas en el pasado del paciente puede extraer a un tratamiento conductual de un callejón sin salida, mientras que la utilización de técnicas conductuales puede ayudar de modo decisivo al progreso y éxito de una terapia psicoanalítica, a través de la extinción de determinadas reacciones (inhibiciones, angustias, fobias, etc.) o del ejercicio de nuevas formas de comportamiento (RHOADS, 1984). Como puede verse, ambos enfoques psicoterapéuticos permanecen siempre uno al lado del otro (cfr. GARFIELD & KURTZ, 1977).

Los terapeutas eclécticos pueden tener pues en base a su perspectiva integradora, acceso a un mayor número de técnicas y procedimientos psicoterapéuticos que los seguidores ortodoxos de una escuela de psicoterapia y pueden, por ello, reaccionar de un modo más flexible. Si se hace excepción de los representantes de esa orientación, que combinan los dos enfoques terapéuticos conocidos, observamos que los eclécticos, sin embargo, en oposición a los representantes de escuelas no han desarrollado alguna "edificación teórica", careciendo de un sistema explícito de referencias. Sus enfoques y modos de trabajo son por lo general provisorios, asistemáticos e inespecíficos, tienen una apariencia más bien arbitraria y parecen estar teñidos por una marcada subjetividad en lo que se refiere a la elección de conceptos, hipótesis y técnicas. Asimismo, sus modos de acción son difíciles de ser procesados y evaluados. Frecuentemente se formula contra ellos el reproche de un "sincretismo carente de orientación" (PLAUM, 1981; cfr. TEXTOR, 1983a).

Una excepción a esto lo constituye empero el "eclecticismo técnico" de LAZARUS (1967, 1983). Este autor se orienta siempre de acuerdo con una sola dirección terapéutica (la terapia del comportamien-

to) y toma de otros enfoques sólo aquellos procedimientos que le parecen más apropiados para cada caso, sin reconocer o tomar en mayor consideración las teorías que los sustentan. De este modo, el reproche antes señalado lo alcanza sólo de modo parcial.

SINTESIS DE DOS ENFOQUES PSICOTERAPEUTICOS

Algunos psicoterapeutas, que muchas veces se autocalifican de eclécticos, vinculan dos orientaciones terapéuticas en un nuevo frente psicoterapéutico. En oposición al eclecticismo, en el cual la independencia de los enfoques que se emplean queda sin ser afectada, aquí las dos corrientes son mezcladas y se busca que integrarlas. Así escribe por ejemplo WACHTEL (1984): "My aim is not simply the practical application of a combination of clinical procedures but rather to work toward a thorough conceptual integration" (pg. 37). El nuevo enfoque es más amplio, ofrece una imagen mucho más abarcativa del hombre y de la realidad, contiene más conocimientos sobre la psicopatología y la patología social, da como resultado -como consecuencia del mayor número de métodos de observación- más datos diagnósticos; por último, pone a la disposición más técnicas que los enfoques iniciales que la componen. Así, debería posibilitar un trabajo más efectivo y exitoso (cfr. KLERMAN, 1983; MENDELSON & SILVERMAN, 1984; SCHACHT, 1984).

Con gran frecuencia se suele combinar el psicoanálisis con la terapia del comportamiento (GARHERLD & KURTZ, 1977; GOLDFRIED, 1982), habiéndose llevado a cabo los primeros ensayos sobre el particular en los años sesenta (ARKOWITZ, 1984). Así por ejemplo, WACHTEL opina:

"It is my general premise that psychodynamic and behavioral approaches to psychotherapy, and to the understanding of personality, are far more compatible than is generally recognized, and that an integration of the concepts and observations accumulated by these two approaches can greatly enrich our clinical work and our understanding of human behavior" (pg. 5).

A través de la síntesis del psicoanálisis y de la terapia del comportamiento los psicoterapeutas obtienen un muy amplio marco de referencia, dado que el primero se concentra en aspectos internos de la actividad humana (como son el pensamiento, los sentimientos y las fantasías) y en el pasado, en tanto que la terapia del comportamiento trabaja sobre aspectos exteriores y en torno al presente. Así, los elementos psicodinámicos del nuevo enfoque se refieren a procesos inconscientes y conflictos internos, como por ejemplo pulsiones contrapuestas, angustias, etc; y a rasgos de personalidad y a motivaciones personales. Igualmente, dichos elementos llevan a concentrarse en el contenido y el significado de formas de conducta, sus orígenes y causas. Por el contrario, los elementos de la terapia del comportamiento conciernen los vínculos entre reacciones, las funciones de las formas de comportamiento, los motivos normales (búsqueda de reforzadores positivos) y al proceso del aprendizaje. Insisten en la influencia del ambiente interpersonal en el individuo (vía estímulos o reforzadores, etc.), mientras que los elementos psicoanalíticos se refieren a factores inconscientes (por ejemplo, transferencia, mecanismos de defensa, introyecciones y dependencias), que se manifiestan en las relaciones interpersonales y las influyen negativamente. También explican cómo es

que eventos externos son elaborados en la subjetividad de cada individuo, qué valor y significado atribuye a éstos, así como a los seres humanos que lo rodean (cfr. BIRK & BRINKLEY-BIRK, 1974; BRADY, 1982; GODFRIED, 1983b; GOLDFRIED & PADAWAR, 1982; MARMOR, 1982; PROCHASKA & DiCLEMENTE, 1982; RHOADS, 1981, 1984; SALZMAN, 1984; WACHTEL, 1977, 1982, 1984).

De acuerdo con los elementos propios de la terapia del comportamiento del nuevo enfoque terapéutico es posible llegar a un acuerdo con el cliente acerca de objetivos terapéuticos específicos y operacionalizables. Además se puede ganar metas adicionales a través de la comprensión y esclarecimiento (por medio de los elementos psicoanalíticos) de deseos reprimidos y generadores de angustia. Los elementos propios de la terapia del comportamiento comprenden un gran número de técnicas, con la cuales determinadas reacciones pueden ser provocadas, modificadas, suprimidas o entrenadas; todo lo cual permite la realización de determinados cambios comportamentales y cuya aplicación puede ser determinada de modo sistemático y detallado. A su vez, los elementos psicoanalíticos conducen el énfasis de las modificaciones comportamentales autoiniciadas, que son el resultado del *insight* y de la catarsis, la introspección, el recuerdo, el autoconocimiento y el control interno. Los elementos psicoanalíticos ofrecen técnicas (tales como la interpretación, el análisis de los sueños y de la transferencia) que permiten la mejor comprensión de los procesos y contenidos inconscientes, de fuerzas y motivos ocultos, todo lo cual posibilita que el cliente gane cada vez mejor y más detallado conocimiento de los orígenes de los conflictos en su biografía personal. En resumen

se puede decir con PROCHASKA & DiCLEMENTE (1982): "An integrative approach seems a combination of the two approaches as providing a more balanced view that moves along the continuous dimensions of inner to outer control, subjective to objective functioning, and self-to environmentally-induced changes" (pg. 281). En esa medida, ambos enfoques se complementan en una síntesis.

Por supuesto, no sólo se puede combinar el psicoanálisis (sobre todo en su forma ortodoxa, dado que otros enfoques se suelen emplear poco en este contexto) y la terapia del comportamiento (ARKOWITZ, 1984), sino también otros enfoques psicoterapéuticos (GOLDFRIED, 1982, 1983b; PETZOLD, 1980; RICKS, WANDERSMAN & POPPEN, 1982). Es evidente que todas estas corrientes de la psicoterapia pueden conducir a teorías sistemáticas mucho más amplias y abarcativas que aquellas sobre las cuales se basan y, con ello, permitir abordar con mayor éxito la realidad del cliente en toda su índole compleja.

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

Los psicoterapeutas integrativos buscan unificar casi todas las corrientes psicoterapéuticas conocidas en una teoría que aspira a ser abarcativa y completa. Se preocupan de enlazar y vincular los conocimientos relevantes al tratamiento, conceptos, hipótesis, procedimientos diagnósticos, métodos y técnicas de los más variados enfoques terapéuticos en una unidad, internamente organizada y consistente. El conocimiento previo en el campo de la psicoterapia debe unificarse en una totalidad armónica, que supere la inmensa variedad de enfoques aislados. Para esto deben vincularse elementos complemen-

tarios de diversos enfoques terapéuticos, así como aquellos que parezcan incompatibles o contrapuestos. La integración debe en esto producirse tanto en el plano teórico como también en el de las estrategias clínicas (mecanismos y principios de la modificación terapéutica) y en el de las técnicas. La teoría que se busca desarrollar sería con esto mucho más abarcativa que la simple combinación de dos enfoques terapéuticos, así como más objetiva, sistematizada, científica y con un valor más general que las "teorías personales" de muchos psicoterapeutas eclécticos. En base a la sobresumatividad y la sinergia ella debería tener con respecto a las anteriores una nueva calidad (véase GOLDFRIED, 1983a; KAMINSKI, 1970; KAZDIN, 1984; KENDALL, 1982; PETZOLD, 1980; PROCHASKA & DICLEMENTE, 1982, SCHACHT, 1984; TEXTOR, 1983a).

Los psicoterapeutas integrativos parten por lo general de una concepción holística y abarcativa del ser humano. Ellos la conceptualizan como un organismo pensante, actuante y con capacidad para sentir, con numerosas necesidades; y consideran además todos los aspectos de la personalidad y del comportamiento: "Integrative therapy utilizes and include all reasonable and major theories of personality development. Its theoretical foundation is based on viewing the whole person as a physical, psychological, and spiritual being" (URBAN, 1981, pg. 418). Si el psiquismo humano tiene una determinada estructura y el acontecer de la vida psicológica responde a ciertos principios, tales procesos, principios y estructuras deben ser aprehensibles en una teoría. Pero los psicoterapeutas integrativos también conceptúan al hombre como un ser social. Es así que incorporan en su trabajo la consideración de las relaciones interpersonales

y sistemas más amplios, como la familia, la red social, el dominio laboral y la sociedad, así como las influencias provenientes de ellos sobre el individuo.

Estos psicoterapeutas, de otro lado, consideran una serie de problemas, cuyas causas pueden hallarse en los más diversos dominios de la vida del hombre. En base a esta imagen multidimensional del hombre y de sus problemas ellos consideran necesario el disponer del mayor número posible de enfoques terapéuticos, esto es, de métodos, procedimientos, técnicas y estilos de actuación, a fin de poder intervenir en las más variadas formas patológicas (en el plano de su imaginación, sus ideas, sentimientos, emociones y hasta funciones biológicas, incluyendo, por supuesto, también a las relaciones interpersonales) de sus clientes pero asimismo, en su contexto social. Sólo así sería posible elegir un modo de trabajo adecuado a las características de personalidad, la historia personal y las necesidades de cada paciente y a su problemática concreta (véase BOY & PINE, 1983; BRADY, 1982; GARFIELD, 1982a, 1982b; GREENBAUM, 1979; HUNT, 1976; KAMINSKI, 1970; LAZARUS, 1983; MARMOR, 1982; RICKS, WANDERSMAN & POPPEN, 1982; SALZMAN, 1984; TEXTOR, 1983b; URBAN, 1981).

FITTKAU (1981) utiliza para su teoría de la terapia integrativa precisamente un "modelo de ser humano total" (*Modell von ganzheitlichen Menschen*) y distingue seis dimensiones: intelecto, emoción, comportamiento, cuerpo, espíritu y materia. Este autor procede a ordenar alrededor de 20 orientaciones terapéuticas en función de esas seis dimensiones y del modo en que se centran en una de ellas.

Pero FITTKAU considera también el medio social de las personas, en cuya medida los aspectos sistemáticos referidos a

la terapia e igualmente aspectos de comunicación y concernientes a la familia son integrados en su modelo. De un modo semejante procede PETZOLD (1980), quien conceptúa al ser humano como un organismo en el que se integran el cuerpo, el alma y el espíritu y que vive en un determinado medio físico y social. De acuerdo con esta concepción, PETZOLD subordina al cuerpo las somatoterapias (terapia del movimiento y de la respiración, bioenergética, etc.), al alma las psicoterapias (psicología profunda, terapia del comportamiento, psicoterapia no directiva, terapia gestáltica, etc), y al espíritu las nooterapias ("cura de almas", meditación), reservando para el medio interpersonal las socioterapias (terapias de grupo, terapia del medio y de la comunicación, sociodrama, etc.). En esta concepción PETZOLD toma en cuenta siempre las interacciones y mutuas influencias y ve a todas las teorías unidas a través de vínculos permanentes (véase TEXTOR, 1983b). Otros modelos integrativos son presentados por ejemplo por KASSAN (1977) y GREENBAUM (1979).

Si se revisa las publicaciones de los psicoterapeutas integrativos se debe anotar, sin embargo, que hasta ahora se ha desarrollado en primera línea modelos para la integración de enfoques psicoterapéuticos. Teorías amplias y abarcativas, en las cuales todos los conceptos importantes, las hipótesis, los resultados y las técnicas de una variedad de conocidas corrientes terapéuticas se encuentran integradas en un todo, aun se hallan en fase de ensayo. Así por ejemplo, yo he intentado desarrollar una teoría de esta índole para el área de la terapia familiar, para lo cual me fue necesario circunscribirme sólo a los enfoques americanos (TEXTOR, 1985). A partir del hecho de que el ser humano es un

ser con muy variadas y ricas aristas y que las situaciones de la vida y, por supuesto, también las del tratamiento, son de una gran complejidad, intenté explicar las diferencias entre los muchos enfoques psicoterapéuticos a través de la circunstancia de que éstos, por un lado, debido a sus diferentes perspectivas, consideran asimismo diferentes partes o elementos del mismo objeto y, por otro, iluminan sólo determinados aspectos de dichos elementos. Pero dado que hay una sola realidad es necesario y al mismo tiempo posible, desarrollar una teoría de la personalidad, del ser humano sano, de la psicopatología y de la psicoterapia en la cual casi todos los aspectos descritos estén enlazados y los elementos teóricos provenientes de las diversas orientaciones dan una panorámica mayor.

Puesto que las diferentes partes de los enfoques psicoterapéuticos son complementarios y, por lo general, las afirmaciones contrapuestas pueden ser llevadas a una adecuada síntesis, es posible -de acuerdo con el modo que se ha descrito- hacer que surja una teoría integrativa que abarque más pero sobre todo mejor la realidad de la naturaleza humana, del ambiente interpersonal, cultural y socioeconómico y que, además, refleje de un modo más preciso la situación terapéutica y permita, por último, una aproximación más certera a la psicopatología y a la sociopatología, ofreciendo mejores y más diferenciados procedimientos diagnósticos y técnicas y estrategias terapéuticas. Creo que con las teorías que he propuesto, las de la familia "sana", de la patología familiar y de la terapia de la familia, he dado un paso de gran importancia para el logro de una teoría psicoterapéutica integrativa, ya que he integrado y sistematizado casi todos los conceptos, hipótesis y

técnicas de conocidos terapeutas norteamericanos de la familia (TEXTOR, 1985; véase FUERST, 1983; SCHACHT, 1984; TEXTOR, 1983b).

Una teoría integrativa de la psicoterapia que comprenda todos los enfoques puede ser desarrollada sólo por medio del trabajo de un grupo de científicos. Para ello se puede mirar la contribución de aquellos terapeutas que en el pasado intentaron una síntesis de corrientes psicoterapéuticas o que, por lo menos, dieron algunos pasos en esa dirección. Una teoría integrativa, sin embargo, nunca podrá ser definitiva, sino que deberá permanentemente modificarse y enriquecerse a través de la incorporación y consideración de nuevos conocimientos y observaciones. Así pues, la integración es en realidad un proceso de duración infinita. A esto se agrega el hecho que los enfoques psicoterapéuticos poseen por lo general un fundamento empírico bastante débil (GARFIELD, 1982a; HILTON, 1983). Es necesario por ello, incorporar a la psicoterapia integrativa los nuevos conocimientos más relevantes de la psicología general, la psicología del desarrollo, de la personalidad, y de la psicología social, así como de la sociología, la pedagogía y la medicina. Por supuesto, se deberá permanentemente desarrollar nuevos y cada vez más sofisticados trabajos de investigación (véase BOY & PINE, 1983; SCHACHT, 1984; TEXTOR, 1983b; WACHTEL, 1984).

Como teoría científica, la teoría integrativa de la psicoterapia puede, por un lado, comprender todos los conceptos, procedimientos diagnósticos, estrategias, técnicas terapéuticas apropiadas para la aprehensión, conocimiento, conceptualización y tratamiento de los problemas humanos. De otra parte, debido a su complejidad ella parece poseer, por lo menos en

el momento actual, una aplicabilidad práctica más bien limitada, si se tiene en consideración que en las situaciones de tratamiento son mucho más aplicables enfoques terapéuticos menos refinados, más simples y reduccionistas, de corte tecnológico (BUNGE, 1967, HERRMANN, 1979; TEXTOR, 1985). Es por eso que una terapia integrativa será de gran significado, sobre todo en el terreno de la ciencia y de la preparación de futuros psicoterapeutas.

Si se comparan los cinco movimientos presentados en este artículo es posible precisar que ellos parten de tres puntos críticos distintos a las diferentes corrientes psicoterapéuticas: 1) las muy parecidas tasas de éxito de enfoques terapéuticos muy diferentes; 2) la "multiplicidad lingüística" de la psicoterapia y los problemas que resultan de ella; y, 3) la unilateralidad y limitaciones de los enfoques terapéuticos aislados.

Es así que se busca desarrollar: 1) un modelo integrador de las modificaciones terapéuticas; 2) un lenguaje común, único y aceptable para todos los psicoterapeutas; 3) un tratamiento adecuado a la individualidad y a los problemas de cada uno de los clientes; 4) un enfoque de tratamiento más general con más conceptos, procedimientos diagnósticos y técnicas terapéuticas; y, 5) una teoría que abarque los conceptos demostrados, las hipótesis y los métodos de todos los enfoques terapéuticos. Respectivamente, se diferencian también los cinco modos de acción de los representantes de estos cinco movimientos: 1) un análisis comparativo de enfoques terapéuticos en su relación con una investigación empírica de tratamiento *in vivo*; 2) la traducción de los diferentes idiomas de los psicoterapeutas en uno determinado; 3) la elección espe-

cífica para el caso de conceptos relevantes y de técnicas apropiadas así como su combinación; 4) la combinación de dos enfoques terapéuticos en un nuevo enfoque; y, 5) la integración del mayor número de enfoques terapéuticos conocidos en una teoría organizada y con consistencia interna.

Los terapeutas que están comprometidos en esta empresa se han organizado en la *Society for the Exploration of*

Psychotherapy Integration (SEPS). En 1985 esta sociedad llevó a cabo su primera convención anual en los Estados Unidos y desde 1983 edita un *Newsletter*. Otros terapeutas han fundado la *International Academy of Eclectic Psychotherapists* que comenzó la edición en 1981 del *International Journal of Eclectic Psychotherapy* (publicado por la editorial Brunner and Mazel, New York, USA).

ZUSAMMENFASSUNG

Zuerst wird ein Überblick über die Entwicklung der Psychotherapie in den vergangenen zwei Jahrzehnten gegeben, wobei die rapide Vermehrung von Therapieansätzen und die negative Konsequenzen der "Schulbildung" herausgestellt werden. Anschliessend werden fünf neuere Entwicklungen im Bereich der Psychotherapie beschrieben: (1) die Untersuchung von Faktoren, die allen Therapieansätzen gemeinsam sind und positive Veränderungen bewirken; (2) die Suche nach einer gemeinsamen Sprache für Psychotherapeuten, wobei z. B. auf die Kognitive Psychologie zurückgegriffen wird; (3) der Eklektizismus, bei dem Praktiker Konzepte, Hypothesen und Techniken aus verschiedenen Therapieansätzen verwenden, wobei sie diese in ihrer Eigenständigkeit bestehen lassen; (4) die Kombination und Verschmelzung von zwei Therapierichtungen sowie; (5) die Integrative Psychotherapie, bei der nahezu alle bekannten Therapieansätze zu einer umfassenden Theorie, zu einem Ganzen vereint werden sollen.

BIBLIOGRAFIA

1. ARKOWITZ, H. (1984): "Historical Perspective on the Integration of Psychoanalytic Therapy and Behavioral Therapy", En *Psychoanalytic Therapy and Behavior Therapy. Is Integration Possible?*, H. Arkowitz & S. B. Messer (Eds.), Plenum, New York.-
2. BARRET, C. L., HAMPE, J. E. & MILLER, L. C. (1978): "Research on Child Psychotherapy", En *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), Wiley, New York.-
3. BIRK, L. & BRINKLEY-BIRK, A. W. (1974): "Psychoanalysis and behavior therapy", *Am. J. of Psychiatry*, 131: 499-510.-
4. BOY, A. V. & PINE, G. J. (1983): "Counseling: Fundamentals of theoretical renewal", *Counseling and Values*, 27: 248-255.-
5. BRADY, J. P. (1982): "Psychotherapy by a Combined Behavioral and Dynamic Approach", En *Converging Themes in Psychotherapy. Trends in Psychodynamic, Humanistic, and Behavioral Practice*, M. R. Goldfried (Ed.), Springer, New York.-
6. BUNGE, M. (1967): *Scientific Research*, (Vols. I, II), Springer, Berlin.-
7. DOLLARD, J. & MILLER, N. E. (1950): *Personality and Psychotherapy*, McGraw-Hill, New York.-
8. DRISCOLL, R. (1987): "Ordi-

- nary language as a common language for psychotherapy", *J. of Integrative and Eclectic Psychotherapeutic*, 6: 184-194.- 9. FITTKAU, B. (1981): "Gruppendynamische und therapeutische Verfahren", En *Praktische Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Handbuch Praxis der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. (Vol. 2), E. Kerkhoff (Ed.), Pädagogischer Verlag Schwann/VVA, Düsseldorf.- 10. FRANK, J. D. (1984): "Therapeutic Components of All Psychotherapies", En *Cures by Psychotherapy What Effects Change?*. J. M. Myers (Eds.), Praeger, New York.- 11. FUERST, K. A. (1983): "Die Funktionen der psychologischen Intervention als ihre integrative Grundlage" *Zeitschrift für Klinische Psychologie Psychopathologie und Psychotherapie*, 31: 14-28.- 12. GARFIELD, S. L., (1982a): *Psychotherapie: Ein eklektischer Ansatz*, Beltz, Weinheim.- 13. GARFIELD, S. L. (1982b): "What are the Therapeutic Variables in Psychotherapy", En *Converging Themes in Psychotherapy: Trends in Psychodynamic, Humanistic and Behavioral Practice*, M. R. Goldfried (ed.), Springer, New York.- 14. GARFIELD, S. L. (1982c): "Eclecticism and integration in psychotherapy", *Behavior Therapy*, 13: 610-623.- 15. GARFIELD, S. L. & BERGIN, A. E. (Eds.) (1978): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis* (2 ed.), Wiley, New York.- 16. GARFIELD, S. L. & KURTZ, R. (1977): "A study of eclectic views", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45: 78-83.- 17. GLOVER, E. (1955): *The Technique of Psycho-Analysis*. London: Bailliere, Tindall & Cox.- 18. GOLDFRIED, M. R. (1982): "On the history of therapeutic integration", *Behavior Therapy*, 13: 572-293.- 19. GOLDFRIED, M. R., (1983a): "Auf der Suche nach Gemeinsamkeiten bei verschiedenen Therapieansätzen", En *Integrative Psychotherapie*, M. R. Textor (ed.), (Münchener Beiträge zur Integrationsforschung, vol. 1) Schobert, München.- 20. GOLDFRIED, M. R. (1983b): "A behavior therapist looks at rapprochement", *Journal of Humanistic Psychology*, 23: 97-107.- 21. GOLDFRIED, M. R. & PADAWAR, W. (1982): "Current Status and Future Directions in Psychotherapy", En *Converging Themes in Psychotherapy Trends in Psychodynamic, Humanistic and Behavioral Practice*. M. R. Goldfried (Ed.), Springer, New York.- 22. GREENBAUM, H. (1979): "The learning process in combined psychotherapy", *Am. J. of Psychoanalysis*, 39: 303-310.- 23. HERINK, R. (Ed.) (1980): *The Psychotherapy Handbook: The A to Z Guide to More Than 250 Different Therapies in Use Today*, New American Library, New York.- 24. HERRMANN, T. (1979): *Psychologie als Problem. Herausforderungen der psychologischen Wissenschaft*, Klett-Cotta, Stuttgart.- 25. HILTON, T. F. (1983): "Social psychology as a framework of psychotherapeutic processes", *SAPS Newsletter*, 9: 6 pp. 8-9.- 26. HUNT, H. F. (1976): "Recurrent Dilemmas in Behavioral Therapy", En *Psychopathology of Human Adaptation*, G. Serban (ed.), Plenum, New York.- 27. HYAN, M. T. (1981): "On the advantages of assuming that the techniques of psychotherapy are ineffective", *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 18: 11-13.- 28. KAMINSKI, G. (1970): *Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation. Entwurf einer integrativen Theorie psychologischer Praxis am Individuum*, Klett, Stuttgart.- 29. KASSAN, M. (1977): "Toward integrated psychotherapy" *Social Policy*, 8: 28-31.- 30. KAZDIN, A. E. (1984): "Integration of Psychodynamic and Behavioral Psychotherapies. Conceptual Versus Empirical Syntheses", En *Psychoanalytic Therapy and Behavior Therapy, Is Integration Possible?* H. Arkowitz & S. B. Messet (Eds.), Plenum, New York.- 31. KELLY, E. L. (1961): "Clinical psychology - 1960. Report of survey findings", *Newsletter, Division of Clinical Psychology*, Winter, 1-11.- 32. KELLY, E. L. *et al.* (1978): "Twenty-five years later", *Am. Psychologist*, 33: 746-755.- 33. KENDALL, P. C. (1982): "Integration: Behavior therapy and other schools of thought", *Behavior Therapy*, 13: 559-571.- 34. KLERMAN, G. L. (1983): "Psychotherapies and somatic therapies in affective disorders", *Psychiatric Clinics of North America*, 6: 85-103.- 35. LARSON, D. (1980): "Therapeutic schools, styles, and schoolism: A national survey", *Journal of Humanistic Psychology*, 20: 3-20.- 36. LAZARUS, A. A. (1967): "In support of technical eclecticism", *Psychological Reports*, 21: 415-416.- 37. LAZARUS, A. A., (1983): "Multimodale Therapie", En *Integrative Psychotherapie*, M. R. Textor (ed.) (Münchener Beiträge zur Integrationsforschung, vol. 1), Schobert, München.- 38. LENNARD, H. L. & BERNSTEIN, A. (1960): *The Anatomy of*

- Psychotherapy. Systems of Communications and Expectation*", Columbia University Press, New York.— 39. LIEBERMAN, M. A., YALOM, I. D. & MILES, M. B. (1973): *Encounter Groups: First Facts*, Basic Books, New York.— 40. MARMOR, J. (1982): "Dynamic Psychotherapy and Behavior Therapy: Are They Irreconcilable?", En *Converging Themes in Psychotherapy. Trends in Psychodynamic, Humanistic and Behavioral Practice*, M. R. Goldfried (Ed.), Springer, New York.— 41. MENDELSON, E. & SILVERMAN, L. H. (1984): "The activations of Unconscious Fantasies in Behavioral treatments", En *Psychoanalytic Therapy and Behavior Therapy. Is Integration Possible?*, H. Arkowitz & S. B. Messer (Eds.), Plenum, New York.— 42. MURRAY, F. J. (1956): *A Content-Analysis Method for Studying Psychotherapy*, American Psychological Association, Washington.— 43. PETZOLD, H. (1980): "Modelle und Konzepte zu integrativen Ansätzen der Therapie", *Integrative Therapie*, 4: 323-350.— 44. PLAUM, E. (1981): "Aspekte eines praktischen Eklektizismus bei psychologischen Interventionsmassnahmen", *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 28: 222-234.— 45. PROCHASKA, J. O. & DICLEMENTE, C. C., (1982): "Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of Change", *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19: 276-288.— 46. QUEKELBERGHE, R. VAN (1979): *Systematik der psychotherapie. Kognitiv-psychologische Grundlegung der psychotherapie*. Urban & Schwarzenberg, München.— 47. RAUCHFLEISCH, U. (1982): "Nach bestem Wissen und Gewissen. Die ethische Verantwortung in Psychologie und Psychotherapie", Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen.— 48. RHOADS, J. M. (1981): "The integration of behavior therapy and psychoanalytic theory", *J. of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 3: 1-6.— 49. RHOADS, J. M. (1984): "Relationships Between Psychodynamic and Behavior Therapies", En *Psychoanalytic Therapy and Behavior Therapy. Is Integration Possible?*, H. Arkowitz & S. B. Messer (Eds.), Plenum, New York.— 50. RICKS, D. F., WANDERMAN, A. & POPPEN, P. J. (1982): "Humanistic and Behaviorism: Toward New Syntheses", En *Converging Themes in Psychotherapy Trends in Psychodynamic, Humanistic and Behavioral Practice*, M. R. Goldfried (Ed.), Springer, New York.— 51. RYLE, A. (1978): "A common language for the psychotherapies", *British J. of Psychiatry*, 132: 585-594.— 52. SALZMAN, L. (1984): "Psychoanalysis and Behavior Therapy". En *Psychoanalytic Therapy and Behavior Therapy. Is Integration Possible?*, H. Arkowitz & S. B. Messer (Eds.), Plenum, New York.— 53. SCHACHT, T. E. (1984): "The Varieties of Integrative Experience", En *Psychoanalytic Therapy and Behavior Therapy. Is Integration Possible?*, H. Arkowitz & S. B. Messer (Eds.), Plenum, New York.— 54. SLOANE, R. B., et al. (1975): *Psychotherapy Versus Behavior Therapy*, Harvard University Press, Cambridge.— 55. TEXTOR, M. R. (1983a): "Einleitung. Integration und Eklektizismus", En *Integrative Psychotherapie*, M. R. Textor (Ed.), (Münchener Beiträge zur Integrationsforschung, vol. 1), Schobert, München.— 56. TEXTOR, M. R. (1983b): "Integrative Psychotherapie", En *Integrative Psychotherapie*, M. R. Textor (Ed.), (Münchener Beiträge zur Integrationsforschung, vol. 1), Schobert, München.— 57. TEXTOR, M. R. (1985): *Integrative Familientherapie. Eine systematische Darstellung der Konzepte, Hypothesen und Techniken amerikanischer Therapeuten*, Springer, Berlin.— 58. TRUAX, C. B. (1966): "Reinforcement and nonreinforcement in Rogerian psychotherapy", *J. of Abnormal Psychology*, 71: 1-9.— 59. URBAN, W. J. (1981): "Integrative Therapie", En *Handbook of Innovative Psychotherapies*, R. J. Corsini (Ed.), John Wiley & Sons, New York.— 60. WACHTEL, P. L. (1977): *Psychoanalysis and Behavior Therapy. Toward an Integration*, Basic Books, New York.— 61. WACHTEL, P. L. (1982): "What can dynamic therapies contribute to behavior therapy?", *Behavior Therapy*, 13: 594-609.— 62. WACHTEL, P. L. (1984): "On Theory, Practice and the Nature of Integration", En *Psychoanalytic Therapy and Behavior Therapy. Is Integration Possible?*, H. Arkowitz & S. B. Messer (Eds.), Plenum, New York.— 63. WARD, D. E. (1983): "The trend toward eclecticism and the development of comprehensive models to guide counseling and psychotherapy", *Personnel and Guidance Journal*, 62: 154-157.