

# SINCRETISMO, ECLECTISMO E INTEGRACION EN PSICOTERAPIA

Dr. Manuel Villegas i Besora  
Universidad de Barcelona

*Because of the progressive rapprochement of different therapeutic models in the clinical practice and the equivalent outcomes in the studies about therapeutic effectiveness, eclecticism is more and more accepted from both the theoretical and professional points of view. Nevertheless, the concept of eclecticism is not precisely defined and therefore used in a confusing way. This article elaborates a conceptual categorization, distinguishing concepts as sincretism, eclecticism and integrationism, analyzes different alternatives to eclecticism and finishes proposing an integrative model of psychotherapy from a metatheoretical perspective.*

---

El auge del eclecticismo en psicoterapia en los últimos años parece responder a la situación de perplejidad creada por los estudios sobre eficacia terapéutica, que han puesto de relieve la equivalencia práctica de todas las terapias (Smith & Glass, 1977; Smith, Glass & Miller, 1980; Gardfield, 1983; Michelson, 1985) así como las crisis internas y externas de las diversas escuelas o modelos teóricos tradicionales (Patterson, 1974, 1985; Gardfield & Kurtz, 1977). A estas crisis internas no resultan ajenas, al menos en EE.UU., las presiones externas de carácter político y socioeconómico, que obligan cada vez más a los terapeutas a acomodar sus tratamientos a las necesidades de los clientes (Brown, 1983; Norcross, 1986).

Mientras en la primera mitad del siglo el modelo terapéutico dominante fue el psicoanálisis, contrarrestado sólo por la emergencia en los años cincuenta de las técnicas de modificación de conducta, en la actualidad, y después de la fragmentación tecnológica de los años 60, protagonizada particularmente por el movimiento de la Psicología Humanista (Villegas, 1986), las diversas psicoterapias se cuentan por centenares (Corsini, 1981; Herink, 1980). Esta proliferación exagerada constituye en términos kuhnianos un indicador claro del estado de crisis del saber terapéutico. Nada tiene de extraño, pues, si la mayoría de los terapeutas de estas dos últimas décadas, supervivientes del naufragio de las escuelas y recogiendo sus restos, se declaran eclécticos.

Según numerosos sondeos (Norcross, Prochaska & Gallagher, 1988; Perlman, 1985; Prochaska & Norcross, 1983; Smith, 1982; Watkins, López, Campbell & Himmel 1986) casi la mitad de los psicólogos americanos se autodenominan eclécticos. Por ejemplo, el reciente estudio de Barrom, Shadish & Montgomery (1988) detecta entre una muestra aleatoria de

miembros de la APA un 42% de terapeutas eclécticos, 25% psicodinámicos, 12% conductistas, 7% cognitivos, 4% humanistas, 4% sistémicos, 7% otros.

Las variables personales de estos psicólogos analizados en otros estudios (Norcross & Prochaska, 1982 b; Norcross & Wogan, 1983; Walton, 1978) no muestran diferencias significativas entre eclécticos y no eclécticos. La única variable discriminante es que los eclécticos son más experimentados. Ello puede explicarse, según Norcross & Prochaska (1988) por el hecho de que los terapeutas inexpertos dependen más de la teoría y conocen menos técnicas a causa precisamente de su inexperiencia. Como ya había hecho notar Fielder (1950): “ los terapeutas experimentados se parecen más entre sí que los no experimentados”.

La praxis ecléctica se ha visto apoyada en estos últimos años por una progresiva elaboración teórica . Se han desarrollado modelos de terapia ecléctica (Beutler, 1983; Gardfield, 1980; Hart, 1983; Thorne, 1973; Lazarus, 1981; Prochaska & DiClemente, 1984), tratamientos prescriptivos (Frances, Clarkin & Perry, 1984; Goldstein & Stein, 1976) y antologías integradoras (Goldfried, 1982a; Marmor & Woods, 1980; Norcross, 1986a). Cabe destacar también la aparición de sociedades como la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI), la *Society for Psychotherapy Research* (SPR), así como la *International Academy of Eclectic Psychotherapists* (IAEP) y revistas como el *International Journal of eclectic Psychotherapy o Comprehensive Psychotherapy*, dedicadas al fomento de la integración.

## 1. UN INTENTO DE SISTEMATIZACION:

Desde el punto de vista etimológico, la palabra eclecticismo significa *selección*. Como tal se opone al dogmatismo y al radicalismo doctrinario, intentando quedarse con lo mejor de cada teoría, guiado por el afán de una armonía que se estima posible en virtud de concordancias fundamentales. Históricamente el eclecticismo ha conseguido el mayor favor del público en momentos de crisis ideológica o de escepticismo filosófico, como por ejemplo durante el período helenístico romano. Eclécticos fueron entre otros, famosos médicos de la Antigüedad como Celso, Areteo de Capadocia o el propio Galeno. Aplicado a la psicoterapia, Brammer & Shostrom (1982) lo definen como “el proceso de selección de conceptos, métodos y estrategias, provenientes de una variedad de teorías habituales”.

El eclecticismo, por su propia naturaleza no es, sin embargo, homogéneo. Diversos son los intentos de clarificación o sistematización del concepto que se han hecho hasta el presente. Norcross (1986a) distingue tres formas de eclecticismo:

- un eclecticismo ateorético, que se siente atraído únicamente por las características específicas de las diversas técnicas, independientemente de su génesis ideológica,
- un eclecticismo técnico, compuesto por un paquete de técnicas diversas, integradas en un marco teórico común,
- un eclecticismo sintético, resultante de la fusión de diversos enfoques, tanto teóricos como prácticos.

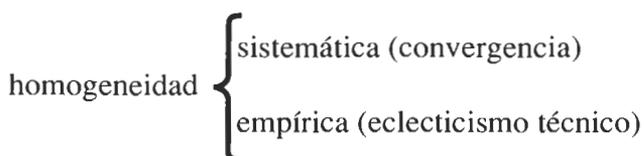
El problema fundamental del eclecticismo proviene, a nuestro juicio de la heterogeneidad de sus componentes. Si se entiende de forma aditiva resulta conceptualmente imposible; no se pueden sumar peras con manzanas. En consecuencia el eclecticismo requiere por sí mismo una cierta elaboración integradora, de lo contrario no sería más que sincretismo. Dado que las fronteras entre estos conceptos no son claras desarrollaremos un primer intento de categorización, distinguiendo entre sincretismo, eclecticismo e integracionismo (Ver Tabla I).

## CUADRO SINOPTICO DE LOS ECLECTICISMOS

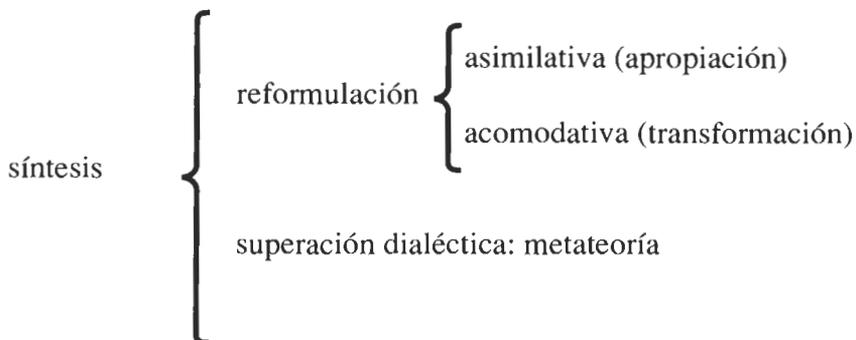
### Sincretismo (mezcla)



### Eclecticismo (selección)



### Integracionismo (fusión)



**Tabla 1**

#### a) Sincretismo

El **sincretismo** en psicoterapia se caracteriza por su oportunismo pragmático (London, 1987), ajeno a cualquier conceptualización teórica (eclecticismo ateorético de Norcross). Como tal se preocupa únicamente de coleccionar una serie de conceptos y técnicas de orígenes diversos e incluso contradictorios, con el único criterio de la utilidad. Tales colecciones se convierten en recetarios, que constituyen un marco de coexistencia para elementos heterogé-

neos, conceptualmente incompatibles entre sí. Un ejemplo, tomado del campo de la antropología cultural, podría ser el de ciertas prácticas religiosas del Brasil, mezcla de creencias y ritos de origen animista y cristiano que se yuxtaponen en virtud de sus supuesta eficacia espiritual o material. En la práctica muchos terapeutas desarrollan un eclecticismo de este tipo, tanto a nivel teórico como técnico (Gardfield & Kurtz, 1977). Este eclecticismo, idiosincrático, montado por cada terapeuta a su manera, parece ser la regla y no la excepción. Algunos proponen que se les denomine "eclecticismo de fin de semana", puesto que sus practicantes suelen pasarlos asistiendo a cursos de formación en distintas técnicas de las más variadas escuelas.

## b) Eclectismo

El **eclectismo** consiste formalmente en una selección teórica o técnica de elementos que se juzgan compatibles entre sí. Reservaremos el nombre de **eclectismo técnico** para aquellas terapias consistentes en una selección de tratamientos, provenientes de diversas fuentes, que encuentran, su marco de referencia en una teoría particular. Así la Terapia de los Constructos Personales de Kelly, como la de Lazarus, pueden considerarse técnicamente eclécticas (Goldfried, 1988). Muchas de las terapias humanistas presentan características semejantes: una colección de técnicas de diversa procedencia dentro del marco común de la concepción humanista. (Appelbaum, 1979). La razón de semejante proceder se halla en la urgencia pragmática del tratamiento clínico. Lazarus (1976), uno de los exponentes más representativos del **eclectismo técnico**, lo justifica afirmando que es la eficacia terapéutica, empíricamente determinada, y no la escuela de pertenencia, la que debe dictar los procedimientos de intervención.

Otros terapeutas se interesan más por un acercamiento teórico que técnico. Tales autores ponen de relieve la emergencia de temas comunes a varios modelos terapéuticos (Prochaska, 1984). Con frecuencia se limitan a comparar unos sistemas con otros y a observar similitudes y puntos de encuentro, aunque sin dar el salto hacia una conceptualización integradora, propiamente dicha (Wandesman, 1976 et al.). Se trata de un **eclectismo sistemático**, que sin llegar a la fusión, destaca la **convergencia** entre una selección de teorías afines y propone el diálogo entre ellas en base a sus estrategias comunes (Goldfried, 1982a). Es el eclecticismo de la conjunción copulativa, del que el libro de Marmor & Woods, titulado *The interface between the psychodynamic and behavioral therapies* es un buen exponente. En él se refiere el caso de un paciente, tratado simultáneamente por dos terapeutas, uno de orientación analítica y otro conductista. El acercamiento entre ambos puntos de vista parece plausible a nivel pragmático, pero su integración conceptual continúa siendo cuestionada (Arkowitz & Messer, 1984).

## c) Integracionismo

Para las terapias que intentan una fusión conceptual del tipo que sea entre dos o más teorías, hablaremos de **integracionismo**. Los terapeutas de la conducta, por ejemplo han ido incluyendo progresivamente el lenguaje mediacional de la Psicología Cognitiva para enriquecer el modelo simplificado E-R del conductismo (Goldfried, 1982b; Ryle 1982, Sarason, 1982 M). Los psicoanalistas, por su parte, hacen referencia a términos tales como aprendizaje, contingencias ambientales (Watchel, 1977) y acción (Marmor & Woods, 1980 M. Watchel, 1987) o bien señalan los aspectos cognitivos del Psicoanálisis (Ederlyi, 1985; Bieber, 1980; Wegman, 1985; Watchel, 1987; Gill, 1984) e incluso hablan del inconsciente en términos de

procesamiento de la información automático (Watchel, 1977; Gardfield, 1980; Safran, 1981; Goldfried, 1979). En cualquier caso se trata de intentos de reformulación (Weiner, 1983) de una teoría por otra o de la propia teoría por la integración de elementos compatibles. Al primer caso lo denominamos **integración asimilativa**, al segundo **acomodativa**.

Con frecuencia los esfuerzos de integración suponen, un efecto, un proceso de **asimilación** de una teoría por otra, del tipo que realizó históricamente el cristianismo con las fiestas paganas, incorporándolas al santoral y ciclo litúrgico del año. Los antecedentes de esta postura pueden hallarse en el trabajo de Dollard & Miller (1950), quienes como rezaba el título de su obra, intentaban replantear los temas de personalidad y psicoterapia, en aquel tiempo psicoanálisis, en términos conductistas. El libro, que se ha mantenido en catálogo durante más de 30 años (Goldfried & Newman, 1986), abordaba conceptos psicoanalíticos tales como regresión, ansiedad, represión o desplazamiento desde la óptica del aprendizaje. Las aproximaciones posteriores entre psicología cognitiva, conductismo y psicoanálisis, terapia centrada en el cliente o la Psicología de los Constructos Personales de Kelly (Bieber, 1980; Bowers & Meichenbaum, 1984; Erdelyi, 1985; Leitner, 1982; Marmor & Woods, 1980; Martin 1972) han pretendido con mayor o menor éxito realizar una **integración asimilativa**.

Este tipo de integración asimilativa está sin embargo, abocada al fracaso. La historia recuerda algunos fracasos estrepitosos como el que se produjo con los intentos de hibridación freudo-marxista. No creemos, tampoco, que el psicoanálisis pueda ser reinterpretado ahora en términos cognitivos sin una cierta deglución de sus presupuestos teóricos. El psicoanálisis ha evolucionado según su propia dinámica, incorporando conceptos nuevos. La lectura lacaniana de Freud, por ejemplo, en términos de lingüística estructural es coherente con el pensamiento psicoanalítico, dadas las estrechas interrelaciones entre ambas disciplinas. No hay que olvidar que para Freud el inconsciente habla, o como diría más tarde Lacan, "está estructurado como un lenguaje". Tanto Freud como Lacan se mueven en el ámbito de la hermenéutica. La psicología cognitiva actual, en cambio, no es para nada una hermenéutica, sino un estudio procesual sin sujeto. Cualquier acercamiento entre psicoanálisis y psicología cognitiva es por tanto hoy por hoy una asimilación destructiva de sus fundamentos del tipo que pretendían Dollard y Miller hace ya casi cuarenta años.

Por esta vía solamente pueden integrarse lenguajes compatibles entre sí, como es el caso del estructuralismo lingüístico y el psicoanálisis, al que nos hemos referido anteriormente, o el del conductismo mediacional y la psicología cognitiva. Ahí sí puede hablarse de integración, aunque tal vez fuera más coherente considerarla una evolución lógica del sistema. Al conductismo mediacional, por ejemplo, le hacía falta desarrollar las variables intervinientes que, por su propia naturaleza, aunque no de forma exclusiva eran o debían ser cognitivas (Beck, 1970; Bergin, 1970b). Eso es lo que han intentado con mayor o menor éxito algunos modelos de terapias autodenominadas "cognitivo-conductuales" (Beck, 1976; Kendall & Hollon, 1979; Meichenbaum, 1974), que al igual que el psicoanálisis de Lacan han experimentado un proceso de **transformación acomodativa**.

## 2) ALTERNATIVAS AL ECLECTICISMO

El eclecticismo que hemos descrito hasta ahora bien podría denominarse *material*, por cuanto pretende mezclar, unificar o sintetizar diversas teorías y/o técnicas. Una salida posible a esta situación podría plantearse desde una óptica *formal*, a través de diversos procedimientos, tales como la utilización de un **lenguaje común**, que permitiera, entre otras cosas, la unificación

de la investigación; formulación de modelos de intervención, diseñados específicamente para cada caso, conocida como **paradigma matricial**; o la exploración y optimización de los **factores comunes** a todas las terapias, expresadas en la famosa oposición comunalidad vs. especificidad.

### **La necesidad de un lenguaje común:**

Una primera alternativa al eclecticismo material lo constituye la propuesta de un lenguaje común para la psicoterapia, algo que, por ejemplo, se ha conseguido en el campo de la taxonomía psicopatológica, gracias a los modelos clasificados de la OMS o del DSM en sus sucesivas versiones.

La jerga específica de cada modelo terapéutico constituye sin duda una barrera importante tanto conceptual como emocional para la comunicación entre terapeutas y sistemas. La utilidad de un lenguaje común ha sido puesta de manifiesto recientemente en un encuentro de la NIMH (Wolfe & Goldfried, 1988) en base a los siguientes objetivos: 1) para fomentar la comunicación en el seno de cada escuela, 2) para recuperar los hallazgos de la investigación básica, recogidos por la literatura, 3) para posibilitar el diálogo entre colegas de distintas orientaciones 4) para favorecer la investigación comparativa del proceso psicoterapéutico.

Sin embargo, la suposición que conceptos diferentes pueden ser expresados en un lenguaje común ha sido calificada con razón por Messer (1986) de mito. Algunos han propuesto la creación de un metalenguaje neutral (Murgatroyd & Apter, 1986) o un sistema de lenguaje supraordenado que posibilite la comunicación entre clínicos, investigadores y teóricos (Beutler, 1986). Otros propugnan la utilización del lenguaje de la psicología cognitivo-experimental (Goldfried, 1979, 1983; Goldfried & Newman, 1986; Ryle, 1978; Sarason 1979). Este lenguaje, carente de superestructura teórica, facilitaría una especie de acercamiento universal, convirtiéndose en el Esperanto de la psicoterapia (Messer, 1986). Otros, finalmente, propugnan la utilización del lenguaje vulgar para facilitar el intercambio de ideas y unificar criterios de investigación (Goldfried, 1982; Brady et al. 1980). Ahora bien. ¿pueden equipararse los lenguajes del psicoanálisis, la fenomenología, el conductismo, el cognitivismo y la sistémica?.

Se reconozca o no tales lenguajes pertenecen a distintas concepciones del mundo (Messer & Winikour, 1980; Yates, 1983). En psicología tenemos varias comunidades lingüísticas (Lazarus, 1986). Y esta auténtica Babel no responde sólo a diferentes significantes, sino a distintos significados. Si bien las palabras pueden ser traducidas de un idioma a otro, no así los lenguajes. Las distintas terminologías obedecen a otros tantos discursos sobre la realidad.

La búsqueda de un lenguaje común no soluciona pues el problema de la integración terapéutica por superación. Esta sólo sería posible desde una perspectiva matateórica, fruto de la supresión dialéctica de las contradicciones inherentes a la diversidad de modelos actuales.

En efecto, cualquier persona, familia o pareja que tenga actualmente un problema hallará interpretaciones totalmente distintas e intervenciones absolutamente dispares según se dirija a un terapeuta conductista, psicoanalista, sistémico o centrado en la persona. ¿Cómo es posible que una misma situación pueda ser conceptualizada y tratada de formas tan divergentes entre sí? La desorientación de los usuarios de la psicología corre pareja a la de los mismos psicólogos. Tal desorientación nace de las contradicciones internas de la disciplina. Esta situación, evidente hace ya casi tres décadas, llevó a Rogers (1963) a concluir que "la psicoterapia se hallaba en una situación caótica, donde se aplicaban los métodos más variados y se daban las explicaciones más diversas a problemas idénticos".

## El paradigma matricial

Una solución posible a semejante confusión sería la que en su día propuso el **paradigma matricial** (Kiesler (1966), el cual se oponía al “mito de la uniformidad”, basado en el supuesto implícito de que todas las terapias, clientes y métodos son intercambiables entre sí. Un año más tarde, negando la equivalencia de terapias, Paul (1967) propuso como alternativa a la postura ecléctica la formulación de la matriz (tratamiento x terapeuta x cliente x problema x situación), que dió origen a la famosa letanía “qué tratamientos, administrados por quién, en qué circunstancias son más beneficiosas para qué clientes y con qué problemas”.

De esta manera pretendían estos y otros autores (Bergin & Sturpp, 1972; Fiske et al. 1970; Goldstein & Stein, 1976; Kiesler 1971a; Maelzoff & Korneich 1970; Singer, 1980,) dar respuesta a la paradoja de la equivalencia terapéutica. De acuerdo con esta postura sería posible continuar manteniendo la diversidad de sistemas terapéuticos, puesto que la pretendida equivalencia terapéutica no sería más que una ilusión, provocada por el reparto proporcional de los resultados de cada terapia con clientes, terapeutas y situaciones homogéneas. La investigación debería orientarse hacia la identificación de las zonas de mayor efectividad específica para cada terapia. Ello permitiría establecer diagnósticos y tratamientos diferenciales para cada problema. Las “recetas” (a tal problema x, y, z tal terapia x, y, z) serían, en consecuencia, individualizadas y los tratamientos no habrían sido en su origen más que desarrollos específicos para problemas concretos: el psicoanálisis para el tratamiento de la histeria y la desensibilización sistemática para el descondicionamiento de las fobias.

La pregunta esencial, sin embargo, sería la siguiente: ¿De dónde se extraen los criterios en virtud de los cuales se especifica para cada caso los tratamientos correctos? ¿Se guía el terapeuta por una teoría en particular, no necesita ninguna en absoluto o debe referirse a un marco metateórico que le sirva de referente? ¿Le servirán indistintamente varios modelos terapéuticos para una situación determinada, deberá utilizar una síntesis de ellos o deberá todavía añadir una terapia más a las cerca de cuatrocientas que ya existen?.

Howard, Nance y Mayers (1987) han intentado responder a esta pregunta desarrollando un modelo, llamado por ellos *adaptativo*, que tomando en cuenta las dimensiones fundamentales de la actividad terapéutica y las características básicas del cliente, se adecúe al máximo a ambas. Las dimensiones básicas de la actividad terapéutica se reducen a la directividad y el apoyo. Cualquier terapia o terapeuta presentan una variación característica a lo largo de esta doble dimensión, que determina su estilo terapéutico. Las actitudes básicas del cliente pueden concretarse, a su vez en estas tres, habilidad, motivación, y confianza. Este modelo pretende casar terapias, estilos del terapeuta y necesidades del cliente, satisfaciendo, al menos, tres de las variables de la letanía de Paul. Así, a un cliente con baja habilidad, escasa motivación y poca confianza le correspondería una terapia y un terapeuta de estilo prescriptivo, al modo de la Terapia Racional Emotiva (RET) de Ellis. La ventaja de este modelo sería que una vez diagnosticado el grado de predisposiciones del cliente, resultaría fácil prescribir el tratamiento más adecuado (Tabla 2).

Ahora bien, ¿soluciona este planteamiento el problema de eclecticismo o más bien obliga a que todos los terapeutas conozcan todas las técnicas para poder tratar a todos los clientes en todos sus problemas y en todas las situaciones con las terapias más adecuadas? La respuesta a tales preguntas nos remite a la cuestión inicial, origen de la tendencia ecléctica, predominante en este momento. El eclecticismo ha nacido de la necesidad de reducir el número casi infinito

# MODELO ADAPTATIVO

<b>(Alta)</b>  <b>APOYO</b>  <b>(Baja)</b>	<b>Estilo Terapéutico suportivo</b>  <b>Disposición del cliente</b>  * alta habilidad * alta motivación * baja confianza  <b>Paradigma terapéutico</b>  * <b>CENTRADA EN EL CLIENTE</b> (Rogers)  Q3	<b>Estilo Terapéutico didáctico</b>  <b>Disposición del cliente</b>  * baja habilidad * alta motivación * baja confianza  <b>Paradigma terapéutico</b>  * <b>RECURSOS HUMANOS</b> (Carkhuff)  Q2
	Q4  <b>Estilo Terapéutico delegante</b>  <b>Disposición del cliente</b>  * alta habilidad * alta motivación * alta confianza  <b>Paradigma terapéutico</b>  * <b>PSICOANALISIS</b> (Freud, Jung)	Q1  <b>Estilo Terapéutico prescriptivo</b>  <b>Disposición del cliente</b>  * baja habilidad * baja motivación * baja confianza  <b>Paradigma terapéutico</b>  * <b>RACIONAL-EMOTIVA</b> (Ellis)
<b>(Baja)</b> ← <b>DIRECTIVIDAD</b> → <b>(Alta)</b>		

Tabla 2

de psicoterapias (Goldfried, 1982), dada su práctica equivalencia (Smith, Glass & Miller, 1980), y frenar de esta manera su crecimiento exponencial. El eclecticismo, sin embargo, no soluciona tales problemas, a causa de su incapacidad para establecer criterios de selección universalmente válidos y aceptables. La postura integracionista ha logrado mejores resultados, aunque a costa de mantener la pluralidad de sistemas, con lo que se perpetúa la perplejidad de

clientes y terapeutas. Si diversas terapias son igualmente eficaces (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Stiles, Shapiro & Elliot, 1986), ¿cómo se elige de preferencia una de ellas? hasta ahora la elección venía determinada por el terapeuta, especializado particularmente en una o varias técnicas, pero a espaldas de las necesidades del cliente. Se trataba de una estrategia asimilativa por la que el cliente era reducido a los parámetros teóricos y técnicos del terapeuta.

### **Comunidad vs. especificidad:**

Hasta el presente la atención de los terapeutas, incluso en los intentos eclécticos e integracionistas, ha estado centrada en el dominio de los factores específicos, teorías y técnicas, ninguna de las cuales ha demostrado una superioridad diferencial (Bergin & Lambert, 1978; Frank, 1979; Landaman & Dawes, 1982; Luborsky, Singer, Luborsky, 1975; Metzloff & Kornreich, 1970; Sloane, Staples, Cristol, Yorkston & Whipple, 1975; Smith, Glass & Miller, 1980). En consecuencia parece que la solución alternativa debería pasar por la exploración de los factores comunes a todas las terapias (Strupp, 1973, 1982).

La identificación de los factores comunes han constituido un campo de investigación muy activo durante la década de los 80 (Bergin, 1982). Se piensa y no sin razón, que una mejor comprensión de la tarea terapéutica depende de una conceptualización más precisa de los procesos presentes en todas las formas de terapia más que de un análisis de las diferencias aparentes. Un análisis transteórico, como el desarrollado por Prochaska (1984) demuestra que la mayoría de los métodos terapéuticos están de acuerdo en la identificación de los procesos productores de cambio, aunque discrepan en cuanto a sus objetivos.

Frank (1973, 1979, 1982) postula que todos los métodos terapéuticos son variaciones de las formas más primitivas de terapia. Los procesos de curación resultarían, según él, movilizados por la relación emocionalmente cargada con un “terapeuta” o “curador” socialmente reconocido, un mito (hipótesis o esquema explicativo) y un ritual de curación. El contenido específico del mito y del ritual sería irrelevante para el caso, mientras aportara una explicación plausible de los síntomas del paciente y prescribiera los procedimientos para superarlos.

De esta forma la psicoterapia puede ser conceptualizada en términos de un patrón universal en el que se utiliza la **influencia social** (persuasión) para curar (Frank, 1973, 1987). A pesar de pertenecer a diversas escuelas, todos los terapeutas a) cuidan del bienestar de los pacientes; b) tienen una cierta ascendencia o poder; y c) median entre la persona y la sociedad. Las diferencias entre terapias son más bien el resultado del énfasis que nuestra sociedad pluralista y competitiva establece entre tendencias y escuelas. La rivalidad sustentada entre las diversas técnicas sería producto, según esta opinión, de intereses económicos y de prestigio social.

Goldfried (1980) por su parte establece la comunalidad en base a las **estrategias** presentes en todas las terapias. Parte de la idea de que las orientaciones teóricas son demasiado divergentes para poder reconciliarlas. Considera igualmente que las coincidencias en el nivel técnico son demasiado superficiales para fundamentar en ellas la comunalidad. Esta debe buscarse en el plano estratégico, donde la heurística clínica guía implícitamente el curso de la terapia. Como ejemplos de tales estrategias cita:

- a) la posibilidad de nuevas experiencias correctivas
- b) la provisión de feedback directo
- c) la inducción de expectativas de curación
- d) la participación en una relación terapéutica

e) la oportunidad de comprobar repetidamente la realidad

La hipótesis de comunalidad de tales estrategias no está, sin embargo, exenta de críticas. Wilson (1982a 1982b) defiende que sólo se puede sostener tal hipótesis a un nivel superficial. Por ejemplo, la posibilidad de enfrentarse a nuevas experiencias correctivas es entendida muy diversamente para conductistas o psicoanalistas. Para los primeros se trata de experiencias diseñadas explícitamente para la sesión o fuera de ella; para los segundos se trata fundamentalmente de la experiencia de la relación terapéutica que tiene lugar únicamente en el contexto de la sesión.

Respecto al significado de tales nuevas experiencias existe todavía mayor desacuerdo (Brady et al. 1980). Para unos "experiencias nuevas" significa "ensayo de nuevos comportamientos", para otros "la reactivación en la relación con el analista de conflictos experimentados en las relaciones parentales", o "una nueva forma de pensar". Lo mismo podría decirse de la concepción diferencial que tienen unos y otros de la relación terapéutica o de lo que significa "comprobar la realidad". Estas y otras perplejidades han llevado varios estudiosos a buscar las bases de la comunalidad o bien en los factores del terapeuta, o bien en los del cliente o todavía en los de la alianza cliente-terapeuta (Hynan, 1981).

#### **Factores del terapeuta como núcleo común:**

Al resumir los factores generales del terapeuta los autores (Baer, Dumbar, Hamilton & Bentley, 1980; Frank, 1973; Goldfried & Padawer, 1982; Gomes-Schwartz, 1978; Mintz, Auerbach, Luborsky & Johnson, 1973; Mintz, Luborsky & Auerbach, 1971; Orlinsky & Howard, 1977, 1978) describen dos amplios grupos; a) implicación calurosa con el cliente; b) comunicación de una nueva perspectiva sobre la persona del cliente y su situación.

Quizás el ejemplo más conocido de la implicación calurosa como un factor general del terapeuta lo constituye la tríada de "condiciones necesarias y suficientes", formulada por Rogers (1957): la aceptación incondicional positiva, la empatía y la autenticidad. Las "condiciones" fueron acogidas con entusiasmo por los investigadores de los años 60 (Truax & Mitchell, 1971) y seguidas como un modelo general de tratamiento (Truax & Carkhuff, 1967). No ha sido posible, sin embargo probar su suficiencia (Bergin & Suinn, 1975; Chinsky & Rappaport, 1970; Gormally & Hill, 1974; Lambert, DeJulio & Stein, 1978; Mitchell, Bozarth & Krauft, 1977; Parloff, et al. 1978; Shapiro, 1976; Villegas, 1989). La tesis de la necesidad y suficiencia de los factores del terapeuta no concuerda, tampoco, con la evidencia de que para obtener resultados exitosos en grupos de autoayuda, (Emrick, Lassen & Edwards, 1977; Hurvitz, 1974), con la utilización de biblioterapia o a través de tratamientos autoadministrados (Gartner & Riesman, 1984; Mahoney, 1979; Watson & tharp, 1985) no se requiere la presencia de un terapeuta.

Puede convenirse en general que los terapeutas de diferentes escuelas comparten cualidades tan aparentemente deseables como la cordialidad, la comprensión y la habilidad de guiar a los clientes hacia nuevas perspectivas. Los resultados que han arrojado, sin embargo, los estudios dirigidos a asociar estas dimensiones con los efectos terapéuticos han sido decepcionantes. Las dificultades para especificar y medir atributos globales y cargados de valores como éstos han contribuido probablemente a obtener unos resultados tan pobres.

#### **Factores del cliente como núcleo fundamental**

En los diversos estudios de metaanálisis (Shapiro & Shapiro 1982) el peso mayor de la

efectividad terapéutica recae sobre los factores del cliente. Sólo un 10% de la varianza de los resultados terapéuticos se atribuye a la técnica, un 30% al terapeuta y el 60% restante al cliente. El ingrediente activo para la eficacia terapéutica sería, según este punto de vista, el grado de implicación y autoexploración del cliente. Las diversas técnicas de los terapeutas representarían enfoques alternativos para facilitar este proceso central. La varianza mayor en la eficacia terapéutica recae en los factores preexistentes del cliente, principalmente en la motivación para el cambio (Lambert, 1979). El modo de respuesta más común utilizado por los clientes es la automanifestación - emisiones verbales en primera persona que revelan información subjetiva. Los resultados experimentales, sin embargo, relativos a la correlación entre automanifestación y efectividad terapéutica (Genlin, Beebe, Cassens, Klein & Oberlander, 1968; Kiesler, 1971, b; McDaniel et al 1981; Strassberg, Anchor, Gabel, Cohen 1978;) no se muestran concluyentes. Existe un pronóstico mejor, en cambio, utilizando medidas más específicas y diferenciadas como el nivel global de la participación del cliente (Gomes-Schwartz, 1978; O'Malley, Suh & Strupp, 1983) o el número total de emisiones verbales del cliente en la terapia (McDaniel et al., 1981). No obstante el criterio de cuantificación verbal del paciente es sumamente ambiguo, sino se tiene en cuenta qué es lo que dice (Stiles, 1987).

Otra clase de factores generales del cliente son sus **expectativas**, incluidas las iniciales (Goldstein, 1962) y aquellas que se desarrollan durante el tratamiento. Además las expectativas iniciales pueden reforzarse con los primeros resultados: una vez conseguido un primer éxito, los clientes en cualquier terapia pueden ser arrastrados por sus propias expectativas de cambio futuro.

Un argumento similar puede construirse sobre el concepto de autoeficacia percibida de Bandura (1977), la creencia del cliente de que puede ejecutar con éxito un comportamiento específico (acercarse a un objeto fóbico, por ejemplo). Numerosos estudios (Bandura & Adams, 1977; Bandura, Adams & Beyer, 1977; Bandura, Adams, Hardy & Howells, 1980; Williams, Dooseman & Kleifeld, 1984) muestran que los cambios en el comportamiento fóbico se corresponden estrechamente a cambios de la auto-eficacia percibida, asociada con diversos tratamientos. De acuerdo con Bandura (1984) la autoeficiencia no es meramente una estimación cognitiva de la competencia futura sobre la base de un comportamiento pasado. Las autopercepciones de eficacia intensifican la actuación más que pronosticar el grado de éxito. (Bandura & Cervone, 1983). Podría ser, por tanto, que las diversas técnicas de psicoterapia no fueran más que diversos medios para un mismo fin, el de la intensificación de las creencias de auto-eficacia de los clientes. El fundamento conceptual y empírico de la auto-eficacia, sin embargo, ha sido puesto en tela de juicio (Eastman & Marziller, 1984) en la medida en que ha querido ser transferido a tipos de problemas para los que no se ha realizado una comprobación experimental.

### **La alianza terapéutica como núcleo común**

Otra línea actual de trabajo consiste en unificar los factores generales del terapeuta y cliente bajo la categoría de "alianza terapéutica" (Bordin, 1979; Luborsky, 1976; 1984; Marziali, 1984b). La alianza terapéutica se refiere al lazo emocional e implicación mutua entre terapeuta y cliente. Para los defensores de este punto de vista es sobre esta alianza o colaboración, donde recae el peso fundamental de la terapia. Poco relieve tienen en este caso las teorías o técnicas específicas de las diversas terapias, que sirven solamente para vehicular eficazmente la alianza.

El concepto de alianza terapéutica o "alianza de trabajo", derivado de la tradición psicoanalítica (Greenson, 1967; Weiner, 1975; Zetzel, 1958) aparece en los estudios psicoterapéuticos a propósito de la creciente insatisfacción con el concepto de "condiciones terapéuticas" durante los años setenta (Lambert et al. 1978; Parloff et al., 1978). Al aplicar el concepto al estudio de la psicoterapia, Bordin (1979) distinguió tres aspectos en la alianza de trabajo: a) el lazo emocional entre terapeuta y cliente; b) la cualidad de implicación de cliente y terapeuta en las tareas de terapia; c) y el grado de concordancia entre terapeuta y cliente en los objetivos de tratamiento. Se han desarrollado variedad de medidas de la alianza terapéutica que se están aplicando en la investigación (Hartley & Strupp, 1983; Luborsky, 1984; Marziali, Marmor & Krupnick, 1981; Moras & Strupp, 1982). Los resultados de este estudio –como los de las secciones anteriores– sugieren que la contribución del cliente a la alianza terapéutica y la percepción de la misma, más que las del terapeuta, son los mejores predictores de los resultados exitosos (Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis & Cohen, 1983; Horowitz et al., 1984; Marziali, 1984a).

### 3. LA PERSPECTIVA METATEORICA

La superación de este estado de cosas exige, como hemos visto, situarse en una nueva perspectiva. Tal perspectiva, a nuestro juicio, debe basarse en una visión metateórica del proceso terapéutico, que implicará a terapeuta y cliente en una relación acomodativa y no asimilativa como hasta el presente.

Esta metateoría podría intentar, por ejemplo, englobar todas las técnicas terapéuticas exitosas dentro de una estructura teórica común. Se trataría en este caso de un **integracionismo metateórico**. Ryle (1978, 1982, 1984), por ejemplo, sugiere la ubicación de diferentes escuelas de psicoterapia dentro de una teoría cognitiva general, de la que su "modelo secuencial de procedimiento" sería una muestra. De acuerdo con esta visión el comportamiento puede concebirse en términos de una organización jerárquica estructural, de manera que las modificaciones a un nivel inducirían modificaciones en otros niveles. En consecuencia, "cualquier cambio focal inducido por la terapia se integrará en el sistema del paciente, incluso si un terapeuta está actuando de un modo parcial o no integrado" (Ryle 1984). Según esto cada tratamiento específico estaría actuando sobre diferentes subrutinas o a diferentes niveles, pero sus efectos últimos serían similares porque la organización jerárquica interna del cliente automáticamente realizaría los ajustes necesarios en el sistema. Concepción asombrosamente parecida a la que ya hace más de cincuenta años había expuesto Rosenzweig (1936) bajo el nombre de eficacia sinérgica.

Esta visión nos aproxima a un planteamiento distinto. ¿Debe buscarse la unidad y especificidad de tratamientos en las teorías y técnicas terapéuticas o en las características comunes y a la vez singulares del proceso personal de cambio y resolución de problemas? O, dicho de otra manera ¿dónde debe focalizar la atención el terapeuta en el análisis de los sistemas terapéuticos o en el análisis de los mecanismos de cambio psicológico? Si la respuesta correcta fuera la segunda alternativa significaría que los terapeutas defensores de sistemas particulares parten de una comprensión fragmentaria del proceso e imponen restricciones innecesarias a su práctica, mientras que los modelos comunes serían más aptos para explicar cualquier tipo de proceso de cambio.

Urban y Ford (1971), por ejemplo, caracterizaron todas las terapias como formas de solución de problemas, siguiendo cinco etapas: a) identificación del problema; b) análisis del

problema; c) selección de objetivos; d) ejecución resolutoria; e) valoración o evaluación subsiguiente. Prochaska y colaboradores (McComangy, Prochaska & Velicer, 1983; Prochaska, 1984; Prochaska & DiClemente, 1982) describieron cinco estadios de cambio: precontemplación, contemplación, toma de decisión, acción y mantenimiento, que interactuarían con mecanismos de cambio básicos, tales como la catarsis y el refuerzo.

Para otros la efectividad diferencial de la técnicas hay que buscarla en contextos específicos dentro de las sesiones de terapia, aunque todas las sesiones de terapia puedan inspirarse en un fondo común de mecanismos de cambio (Elliot, James, Reimschuessel, Cisko & Lack, 1985; Goldfried, 1980). Así, por ejemplo, cuestiones tales como ¿es mejor la terapia Gestalt o la terapia centrada en el cliente? no deben plantearse de forma global o general, sino en función de situaciones específicas; ¿es mejor la técnica gestáltica de las dos sillas que la respuesta refleja rogeriana para enfrentar conflictos de decisión? (Greenberg & Dompiere, 1981).

Este enfoque que se autodenomina "paradigma de acontecimientos" (Elliot, 1983; Horowitz, 1982; Rice & Greenberg, 1984) utiliza el análisis intensivo de acontecimientos significativos para describir el proceso de cambio. Su reformulación de la cuestión de Paul (1967) podría expresarse de la siguiente manera: ¿qué intervenciones específicas del tratamiento, introducidas en qué contextos terapéuticos puntuales, producirán impactos inmediatos, con qué resultados para el cliente?. El paradigma de los acontecimientos centra su atención en: a) contextos definidos por el cliente y que plantean al terapeuta una tarea particular (una toma de decisiones, por ejemplo); b) una técnica aplicable particular (la de las dos sillas, por ejemplo); y c) la respuesta a la técnica por parte del cliente, ambas medidas como cambios inmediatos dentro y fuera de la sesión (Greenberg, & Pinsof 1986).

Sin embargo, el "paradigma de los acontecimientos" olvida un detalle importante de la letanía de Paul, la particularidad del cliente, limitándose a relacionar la bondad de la intervención terapéutica como lo apropiado de una técnica a una tarea determinada. Hablando con propiedad, se trata más bien de un paradigma de "adecuación a la tarea" que no consigue liberarse de la preocupación tecnológica. La cuestión de fondo continua siendo los criterios de elección de la técnica, criterios que se rigen por preferencias teóricas o por supuestas adecuaciones intrínsecas entre técnicas y tareas, imposibles, por otra parte, de demostrar.

La imposibilidad de hallar una solución satisfactoria desde la perspectiva teórica o tecnológica nos pone sobre aviso respecto al camino a seguir. Está claro que los planteamientos específicos (escuelas) no consiguen dar cuenta del fenómeno de la equivalencia de las diversas terapias, ni consiguen frenar el crecimiento indiscriminado de modelos que, en su proliferación, llevan a la fragmentación de la praxis terapéutica. En términos económicos podríamos hablar de un exceso de oferta. La coexistencia de modelos incompatibles entre sí no resistiría ninguna de las leyes de mercado. Cuando este fenómeno se ha producido en el campo de la electrónica (sistemas de video) o de la informática (ordenadores), la unidad y la compatibilidad han terminado por imponerse.

Lo mismo cabe pensar que acabará por suceder en el campo de la psicoterapia. El eclecticismo, en este sentido, es un movimiento espontáneo hacia la compatibilidad y la unificación. Pero no es una solución satisfactoria. Muchas son las reservas que levanta la postura ecléctica. En primer lugar cabe preguntarse si es posible un eclecticismo teórico puro, o sólo puede hablarse con propiedad de convergencia temática. En segundo lugar puede cuestionarse si técnicas de origen conceptual diverso pueden ser racionalizadas por teorías que

no son afines. En tercer lugar es lícito plantearse si los clientes de un eclecticismo técnico se sentiran satisfechos al carecer de una estructura racional creíble para el tratamiento (Kendall 1982, Franks 1984). Probablemente, y por el momento, las posibilidades de integración deban buscarse en una ordenación jerárquica de las técnicas o procedimientos de intervención, adaptados al conjunto (personas/procesos/problema) dentro de un marco metateórico general.

Un marco metateórico de este tipo podría concebirse de dos maneras: como una teoría específica, conceptualmente capaz de englobar el resto de las teorías y técnicas o como un modelo inespecífico o formal. Beutler (1986H) considera candidatos para la primera opción a la *teoría general del aprendizaje*, la *teoría sistémica* y la *teoría cognitiva*.

La primera, la teoría general del aprendizaje, la encuentra suficientemente amplia y flexible, pero tiene en su contra el haberse desarrollado en un ámbito excesivamente limitado y en oposición a los otros modelos terapéuticos, por lo que no constituye un metalenguaje fácil de compartir entre los distintos terapeutas.

La segunda, la Teoría General de Sistemas, se prestaría a servir de paraguas teórico para las terapias de pareja o de familia, pero no se aviene con la terapia individual.

La tercera, la teoría cognitiva, posibilita la trasposición de diversos sistemas teóricos al lenguaje de la teoría de la información, pero se identifica excesivamente con un tipo de terapia, la cognitiva, que ignora los aspectos emocionales, afectivos y relacionales del proceso terapéutico.

Beutler (1986) opta por la teoría general de la *influencia social*. Para él, siguiendo a Frank (1973), el modelo de la influencia social es capaz de englobar los otros modelos. La psicoterapia es, en efecto, una situación de influencia interpersonal y parece probado que una terapia funciona cuando las creencias de terapeuta y cliente coinciden (Beutler, 1981).

Esta solución, sin embargo, ofrece una explicación más mágica que racional. Reduce todo el efecto terapéutico a la sugestión persuasiva. Hemos superado con ella el magnetismo animal (Mesmer) y la hipnosis (Charcot), pero no hemos llegado todavía a la racionalidad de Freud. Aunque Freud desarrolló un modelo asimilativo de Psicoterapia, se acercó, al menos, con un minucioso análisis a los procesos del sujeto (mecanismos de defensa, resistencia, etc.).

Frank (1987) (véase este mismo número) equipara cualquier forma de terapia a la retórica. Esta es concebida como una forma de influencia social, basada en el *ethos* —credibilidad o prestigio del terapeuta—, la estimulación emocional y la capacidad argumentativa.

Las teorías de Beutler y Frank tienen la ventaja de ser generales e inespecíficas. Presentan el proceso terapéutico como un proceso de influencia social, similar al que se produce en las preferencias políticas de los electores o en las compras de los consumidores, los cuales se dejan fácilmente persuadir por la retórica de las campañas publicitarias.

Este fenómeno que a nivel sociológico es cierto, no analiza críticamente el trasfondo del proceso. Se basa, en último término, en leyes de inferencia estadística (el más conocido es el político más votado o el producto más comprado) y no en el análisis de los procesos internos del sujeto. El retórico, sea cual sea su campo de actuación, política o comercial, actúa de forma asimilativa: intenta persuadir para conformar.

Un modelo general de psicoterapia, que pretenda unificar el campo de la actuación terapéutica deberá, fundamentalmente, basarse en los procesos del cliente. Este centramiento en el cliente va más allá del propugnado por Rogers, por cuanto éste lo limitaba al sentimiento. Nuestra propuesta implica un modelo de terapia adaptativa centrada en la persona y el análisis de su mundo: ello requiere empatizar con sus sentimientos (Rogers, 1951), conectar con su

estadio evolutivo actual (Ivey, 1986), conocer la estructura de su mundo (Kelly, 1955; Villegas, 1981), analizar los procesos de resistencia y cambio (Mahoney, 1988a; 1988b), desarrollar las competencias y habilidades necesarias para la resolución de problemas. (Mahoney, 1979).

Una terapia de este género exige una formulación metateórica formal que, a nuestro juicio (Feixas y Villegas *en prensa*) puede ser representada adecuadamente por el constructivismo. La concepción constructivista permite entender tanto el tratamiento como la relación terapéutica en términos de una construcción cognitivo-social (Gergen & Gergen, 1983), basada en el análisis de la demanda (Carli, 1987) y de las necesidades del cliente (Norcross, 1986), antes que en las preferencias del terapeuta.

---

*Ante la evidencia del progresivo acercamiento de distintos modelos terapéuticos en la práctica clínica y la equiparación de sus resultados en los estudios sobre eficacia terapéutica se produce un aceptación creciente por parte de profesionales y teóricos de los puntos de vista eclécticos. Sin embargo, el concepto de eclecticismo no está bien definido y se presta a muchas confusiones. El artículo desarrolla un primer intento de categorización, distinguiendo entre sincretismo, eclecticismo e integracionismo, plantea posibles alternativas y termina proponiendo un modelo integrativo en base a una perspectiva metateórica.*

## Referencias Bibliográficas:

- APPELBAUM, S. A. (1979). *Out in inner space. A psychoanalyst explores the therapies*. Garden City, N. Y.: Anchor.
- ARKOWITZ H. & MESSER, S. B. (Eds.) (1984). *Psychoanalysis and behavior therapy: Is integration possible?*. New York: Plenum.
- BAER, P. E., DUNBAR, P. W. & HAMILTON, J. E. (1980). Therapist's perceptions of the psychotherapeutic process: Development of psychotherapy process inventory. *Psychological Reports*, 46, 563-570.
- BANDURA, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- BANDURA, A. (1984). Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 231-255.
- BANDURA, A. & ADAMS, N. E. (1977). Analysis of Self-efficacy Theory of Behavioral Change. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287-310.
- BANDURA, A., ADAMS, N. E. & BEYER, J. (1977). Cognitive Processes mediating Behavioral Change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 125-139.
- BANDURA, A., ADAMS, N. E., HARDY, A. & HOWELLS, G. (1980). Tests of the Generality of Self-efficacy Theory. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 39-66.
- BANDURA, A. & CERVONE, D. (1983). Self evaluative and self-efficacy mechanism in the motivational effects of goals systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1017-1028.
- BARRON, C. P., SHADISH, W. R. & MONTGOMERY, L. M. (1988). PhDs, PsyDs, and realworld constraints on scholarly activity. *Professional Psychology*, 19, 93-101.
- BECK, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- BECK, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International University Press.
- BECK, A. T. (1984). Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, pharmacotherapy: the cognitive continuum, in *Psychotherapy Research: Where are we and where should we go?*. Edited by Spitzer R.L. New York, Guilford Press.
- BECK, A. T. & EMERY, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- BEITMAN, B. D., GOLDFREID, M. R. & NORCROSS, J. C. (1989). The movement toward integrating the Psychotherapies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 146, 138-147.
- BERGIN, A. E. (1970). Cognitive therapy and behavior therapy: Foci for a multidimensional approach to treatment. *Behavior Therapy*, 1, 205-212.
- BERGIN, A. E. (1982). Comment on *Converging themes in psychotherapy*. New York: Springer.
- BERGIN, A. E., & LAMBERT, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. GARFIELD & A. E.

- BERGIN (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed.) New York: Wiley.
- BERGIN, A. E. & STRUPP, H. H. (1972). *Changing Frontiers in the Science of Psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- BERGIN, A. E. & SUIN, R. M. (1975). Individual Psychotherapy and Behavior Therapy. *Annual Review of Psychotherapy*, 26, 509-556.
- BEUTLER, L. E. (1981). Convergence in counseling and psychotherapy: A current look. *Clinical Psychology Review*, 1, 79-101.
- BEUTLER, L. E. (1983). *Eclectic Psychotherapy. A Systematic Approach*. New York: Pergamon.
- BEUTLER, L. E. (1986). Systematic Eclectic Psychotherapy. In J. C. NORCROSS (Ed.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- BIEBER, I. (1980). *Cognitive Psychoanalysis*. New York: Aronson.
- BORDIN, E. S. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 26, 252-260.
- BOWERS, K. J. & MEICHENBAUM, D. (Eds.) (1984). *The Unconscious Reconsidered*. New York: Wiley.
- BRADY, J. P. (1986). Psychotherapy by combined behavioral and dynamic approaches. *Comprehensive Psychiatry*, 9, 536-543.
- BRADY, J. P., DAVISON, G. C., DEWALD, P. A., EGAN, G., FADIMAN, J., FRANK, J. D., GILL, M. M., HOFFMAN, I., KEMPLER, W., LAZARUS, A. A., RAIMY, V., ROTTER, J. B. & STRUPP, H. H. (1980). Some views on effective principles of psychotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 271-306.
- BRAMMER, L. M. & SHOSTROM, F. L. (1982). *Therapeutic psychology: Fundamentals of counseling and psychotherapy* (4th. ed.), Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- BROWN, B. S. (1983). The impact of political and economic changes upon mental health. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 583-592.
- CARLI, R. (1987). L'analisi della domanda. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 38-53.
- CHINSKY, J. M. & RAPPAPORT, J. (1970). Brief Critique of Meaning and Reliability of "Accurate Empathy" Ratings. *Psychological Bulletin*, 73, 379-382.
- CORSINI, R. J. (ED.) (1981). *Handbook of innovative psychotherapies*. New York: Wiley.
- DOLLARD, J. & MILLER, N. E. (1950). *Personality and Psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.
- DRISCOLL, R. (1984). *Pragmatic Psychotherapy*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- EASTMAN, C. & MARZILLER, J. S. (1984). Theoretical and methodological difficulties in Bandura's self-efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 213-229.
- EDERLYI, M. H. (1985). *Psychoanalysis: Freud's Cognitive Psychology*. New York: Freeman.
- ELLIOT, R. (1983). Fitting process research to the practicing psychotherapist. *Psychotherapy Research and Practice*, 20, 47-55.
- ELLIOT, R., JAMES, E., REIMSCHUESSEL, C., CISLO, D. & SACK, N. (1985). Significant events and the analysis of immediate psychotherapeutic impact. *Psychotherapy*, 22, 620-630.
- EMRICK, C. D., LASSEN, C. L. & EDWARDS, M. L. (1977). Nonprofessional peers as therapeutic agents. In S. GURMAN & A. M. RAZIN (Eds.). *Effective Psychotherapy: A Research Handbook*. New York: Pergamon.
- EYSENCK, H. J. (1952). The effects of Psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- EYSENCK, H. J. (1980). Condicionamiento pavloviano y extinción como componentes básicos para una teoría de la neurosis y de su terapia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 6, 479-507.
- FEIXAS, G. & VILLEGAS M. (in press). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: PPU.
- FIEDLER, F. E. (1950b.) Comparison of therapeutic relationships in psychoanalytic, non directive, and Alderian therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 436-445.
- FISKE, D. W., HUGO, H. F., LUBORSKY, L., ORNE, M. T., PARLOFF, M. B., REISER, M. F. & TUMA, A. H. (1970). Planning research on the Effectiveness of Psychotherapy. *Archives of general Psychiatry*, 22, 22-32.
- FRANCES, A., CLARKIN, J. & PERRY, S. (1984). *Differential therapeutics in psychiatry*. New York: Brunner/Mazel.
- FRANK, J. D. (1973). *Persuasion and Healing*, (2nd. Ed.). Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- FRANK, J. D. (1979) The present status of outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 47: 310-316.
- FRANK, J. D. (1982) Therapeutic components shared by all psychotherapies. In *Psychotherapy Research and Behavior Change: Master Lecture Series, vol 1*. Edited by Harvey, J. V., Parcks, M. M. Washington. D. C., American Psychological Association.
- FRANK, J. D. (1983). The Placebo is Psychotherapy. *The Behavioral and Brain Sciences*, 6, 291-292.
- FRANK, J. D. (1987). Psychotherapy, Rhetoric, and Hermeneutics implications for practice and Reserch. *Psychotherapy*, 3, 293-302.

- FRANKS, C. M. (1984). On conceptual and technical integrity in psychoanalysis and behavior therapy: Two fundamentally incompatible systems. In H. Arkowitz, S. Messer (Eds.). *Psychoanalytic Therapy and Behavior Therapy: Is Integration Possible?*. New York: Plenum.
- GARFIELD, S. L. & KURTZ, R. (1977). A study of eclectic views. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 78-83.
- GARFIELD, S. L. (1980). *Psychotherapy: An Eclectic Approach*. New York: Wiley.
- GARFIELD, S. L. (Ed.), (1983). Special Section: Meta-analysis and Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 3-75.
- GARFIELD, S. L. & KURTZ, R. (1977). A study of eclectic views. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 78-83.
- GARTNER, A. & RIESSMAN, F. (1984). *The Self-help Revolution*. New York: Human Sciences Press.
- GENDLIN, E. T., BEEBE, J., CASSENS, J., KLEIN, M. & OBERLANDER, M. (1968). Focusing ability in psychotherapy, personality and creativity. In J. M. Shein (Ed.), *Research in Psychotherapy*. Washington: A.P.A.
- GERGEN, K. J. & GERGEN, M. M. (1983). The social construction of helping relationships. In J. D. Fiesher, A. Nadler & B De Paulo (Eds.) *New Directions in Helping* (vol. 1). New York: Academic.
- GILL M.M. (1984). Psychoanalytic, psychodynamic, cognitive behavior, and behavior therapies compared, in *Psychoanalytic Therapy and Behavior Therapy: Is Integration Possible?*. Edited by ARKOWITZ, H., MESSER, S. B. New York: Plenum.
- GOLDFRIED, M. R., NEWMAN, C. (1977). Psychotherapy integration: an historical perspective, in *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. Edited by Norcross, J. C. New York: Basic Books.
- GOLDFRIED, M. R. (1979). Anxiety-reduction through cognitive-behavioral intervention, in *Cognitive-Behavioral Interventions: Theory, Research and Procedures*. Edited by KENDALL, P. D., HOLLON, S. D. New York: Academic.
- GOLDFRIED, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.
- GOLDFRIED, M. R. (1982a). *Converging Themes in Psychotherapy: Trends in psychodynamic Humanistic, and Behavioral Practice*. New York: Springer.
- GOLDFRIED, M. R. (1982b). Cognition and experience. In M. R. GOLDFRIED (Ed.). *Converging Themes in Psychotherapy*. New York: Springer.
- GOLDFRIED, M. R. (1983). A behavioral therapist looks at rapprochement. *Journal of Humanistic Psychology*, 23, 97-107.
- GOLDFRIED, M. R. (1988). Personal Construct Therapy and other theoretical orientations. *International Journal of Personal Construct Psychology* 13, 317-327.
- GOLDFRIED, M. R., PADAWER, W. (1982). Current status and future directions in psychotherapy, in *Converging Themes in Psychotherapy*. Edited by GOLDFRIED, M. R. New York, Springer.
- GOLDFRIED, M. R. & NEWMAN, C. (1986). Psychotherapy integration: An historical perspective. IN J. C. NORCROSS (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: BRUNNER/MAZEL.
- GOLDSTEIN, A. P. (1962). *Therapists-patient Expectancies in Psychology*. New York: Pergamon Press.
- GOLDSTEIN, A. P. & STEIN (1976). *Perspective Psychotherapies*. New York: Pergamon Press.
- GOMES-SCHWARTZ, B. (1978). Effective ingredient in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1023-1035.
- GORMALY, J. & HILL, C. E. (1974). Guidelines for research on Carkhuff's model. *Journal of Counseling Psychology*, 21, 539-547.
- GREENBERG, L. S. & DOMPIERRE, L. (1981). The specific effects of Gestalt two-chair dialogue on intrapsychic conflict in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 288-296.
- GREENBERG, L. & PINSOFF, W. (eds.). (1986). *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*, New York: Guilford.
- GREENSON, R. (1967). *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. New York: International University Press.
- HART, J. (1983). *Modern Eclectic Therapy*. New York: Plenum.
- HARTLEY, D. E. & STRUPP, H. H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. MASLING (Ed.). *Empirical Studies of Psychoanalytical Theories*. Hillsdale: Analytical Press.
- HERINK, R. (Ed.) (1980). *The psychotherapy handbook*. New York: Meridian.
- HOROWITZ, M. J. (1982). Strategic dilemmas and the socialization of psychotherapy researches. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 119-127.
- HOROWITZ, M. J., MARMAR, C., WEIS, D. S., DEWITT, K., & ROSENBAUM, R. (1984). Brief psychotherapy

- of beravement reationships of process to outcome. *Archives of General Psychiatry*, 41, 438-448.
- HOWARD, G. S., NANCE, D. W. & MYERS, P. (1987). *Adaptative Counseling and Therapy. A Systematic Approach for Selecting Effective Treatment*. San Franciasco: Jossey Bass.
- HURVITZ, N. (1974). Peer self-help groups: psychotherapy without psychotherapists. In P. M. Roaman & H. M. Trice (Eds.). *The Sociology of Psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- HYNAN, M. T. (1981). On the advantages of assuming that the techniques of psychotherapy are ineffective. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 18, 11-13'
- INGRAM, R. E. (Ed.). (1986). *Information processing approaches to psychopathology and clinical psychology*. New York: Academic Press.
- IVEY, A. E. (1986). *Developmental therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- KARASU T. B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifiying therapeutic change agents. *American Journal of thought. Behavioral Therapy*, 13, 559-571.
- KENDALL, P. C. (1982). Integration: Behavior therapy and other schools of thought. *Behavioral Therapy*, 13, 559-571.
- KENDALL, P. C. & HOLLON, S. D. (Eds.) (1979). *Cognitive-behavioral-Interventions: Theory, research, and procedures*. New York: Academic Press.
- KELLY, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- KIESLER, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.
- KIESLER, D. J. (1971). Experimental designs in psychotherapy researchs. In A. E. BERGIN & S. L. GARFIELD (Eds.) *Handbook oh Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. New York: Wiley.
- LAMBERT, M. J. (1979). *The effects of psychotherapy*. St. Albans, VT: Eden Press.
- LAMBERT, M. J., DEJULIO, S. S. & STEIN, D. M. (1978). Therapist interpersonal skills: Process, outcome, methodological considerations, and recommendations for future research. *Psychological Bulletin*, 85, 467-489.
- LANDMAN, J. F. & DAWES, R.M. (1982). Psychotherapy outcome: SMITH, GLASS conclusions stand up under scrutiny. *American Psychologist*, 37, 504-516.
- LAZARUS, A. A. (1976). *Multimodal Behavior Therapy*. New York, Springer.
- LAZARUS, A. A. (1981). *The Practice of Multimodal Therapy*. New York: MCGRAW-HILL.
- LAZARUS, A. A. (1986). From the ashes. *International Journal of Eclectic Psychotherapy*, 5, 241-242.
- LEITNER, L. M. (1982). Literalism, Perspectivism, Chaotic Fragmentalism, and Psychotherapy Techniques. *British Journal of Medical Psychology*, 55, 305-317.
- LONDON, P. (1987). *Metamorphosis in psychotherapy*. Paper presented at the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, May 1-3, 1987.
- LUBORSKY, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J.L. CLAGHORN (Ed.), *Successful Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- LUBORSKY, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York: Basic Books.
- LUBORSKY, L., CRITS-CRISTOPH, P., ALEXANDER, L., MARGOLIS, M. & COHEN, M. (1983). Two helpings alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: Acounting sings vs. a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 171, 480-492.
- LUBORSKY, L. SINGER, B., BUBORSKY, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: is it true that "everybody has won and all must have prizes"? *Arch. Gen. Psychiatry*, 32, 995-1008.
- MAHONEY, M. J. (1979). *Self-change: Strategies for solving Personal Problems*. New York: Norton.
- MAHONEY, M. J. (1980). Psychotherapy and the structure of personal revolutions, in *Psychotherapy Process*. Edited by MAHONEY, M. J. New York, Plenum.
- MAHONEY, M. J. (1988a). Constructive metatheory: I. Basic features and historical fundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 1-35.
- MAHONEY, M. J. (1988b). Constructive metatheory: II. Implications for psychotherapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 4, 299-317.
- MARMOR, J. & WOODS, S. (1980). *The Interface Between the Psychodynamic and Behavioral Therapies*. New York: Plenum.
- MARTIN, C. G. (1972). *Learning-based Client-centered Therapy*. Monterrey: Brooks/Cole.
- MARZIALI, E. A. (1984a). Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretative interventions. *Archives of General Psychiatry*, 41, 301-304.
- MARZIALI, E. A. (1984b). Three viewpoints on the therapeutic alliance: Similarities, differences and associations with psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 417-423.
- MARZIALI, A. E., MARMOR, C. & KRUPNICK, J. (1981). Therapeutic alliance scales: Development and

- relationship to psychotherapy outcome. *American Journal of Psychiatry*, 138, 361-364.
- McCONAUGHY, E. A., PROCHASCKA, J. O. & VELICER, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- McDANIEL, S. H., STILES, W. B. & MCGAUGHEY, K. J. (1981). Correlations of male college students' verbal response mode use in psychotherapy with measures of psychological disturbance and psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 571-582.
- MEINCHENBAUM, D. H. (1974). *Cognitive behavior modifications*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- MEINCHENBAUM, D., GILMORE, J. B. (1984). The nature of unconscious processes: a cognitive behavior, and behavior therapies compared. In *The Unconscious Reconsidered*. Edited by BOWERS, K. S., MEINCHENBAUM, D. New York, Wiley-Interscience.
- MESSER, S. B. (1984). The integration of psychoanalytic therapy and behavior therapy: summing up. In *Psychoanalytic Therapy and Behavior Therapy: Is Integration Possible?* Edited by ARKOWITZ H., MESSER, S. B. New York, Plenum.
- MESSER, S. B., WINOKUR, M. (1980). Some limits to the integration of psychoanalytic and behavior therapy. *American Psychologist*, 35, 818-827.
- MELTZOFF, J. & KORNREICH, M. (1970). *Research in Psychotherapy*. New York: Atherton Press.
- MESSER, S. B. (1986). Eclecticism in psychotherapy: Underlying assumptions, problems, and trade-offs. In J. C. NORCROSS (Ed.) *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- MICHELSON, L. (ed.). (1985). Meta-analysis and clinical psychology. (Special issues). *Clinical Psychology Review*, 5 (1).
- MINTZ, J., AUERBACH, A. H., LUBORSKY, L. & JOHNSON, M. (1973). Patient's therapist', and observers views of psychotherapy: A "Rashomon" experience on a reasonable consensus?. *British Journal of Medical Psychology*, 46, 83-89.
- MINTZ, J., LUBORSKY, L. & AUERBACH, A. H. (1971). Dimensions of psychotherapy: A factor-analytic study of ratings of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 106-120.
- MITCHELL, K. M., BOZARTH, J. D. & KRAUFT, C. C. (1977). A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, nonpossessive warmth, and genuineness. In A. S. GURMAN & a.m. RAZIN (Eds.), *Effective Psychotherapy: A Handbook of Research*. New York: Pergamon Press.
- MORAS, K. & STRUPP, H. (1982). Pretherapy interpersonal relations, patients' alliance, and outcome in brief therapy. *Archives of General Psychiatry*, 39, 405-409.
- MURGATROYD, S. & APTER, M. (1986). A Structural-Phenomenological Approach to Eclectic Psychotherapy. In J. C. NORCROSS (Ed.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- NORCROSS, J. C. (1986a). Eclectic psychotherapy: An introduction and overview. In J. C. NORCROSS (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- NORCROSS, J. C. (1986b). *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- NORCROSS, J. C. & PROCHASCKA, J. O. (1982). A National Survey of clinical psychologist: Affiliations and orientations. *The Clinical Psychologist*, 35 (3), 1: 4-6.
- NORCROSS, J. C., PROCHASKA, J. O. & GALLAGHER, K. (1988). *Clinical psychologist in the 1980s*. Manuscript under review.
- NORCROSS, J. C. & PROCHASKA, J. O. (1988). A study of Eclectic (and Integrative) Views Revisited. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 170-174.
- NORCROSS, J. C., & WOGAN, M. (1983). American psychotherapists of diverse persuasion: Characteristics, theories, practices, and clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 529-539.
- O'MALLEY, S. S., SUH, C. S. & STRUPP, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report of the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 581-586.
- ORLINSKY, D. E. & HOWARD, K. I. (1977). The therapist's experience of psychotherapy. In A. S. GURMAN & A. M. RAZIN (Eds.), *Effective Psychotherapy: A Handbook of Research*. New York: Pergamon Press.
- ORLINSKY, D. E. & HOWARD, K. I. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. In S. L. GARFIELD & A. E. BERGIN (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior change: An Empirical Analysis (2nd ed.)*. New York: Wiley.
- ORLINSKY, D. E., & HOWARD, K. J. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6 (1), 6-27.
- PARLOFF, M. B., WASKOW, I. E. & WOLFE, B. E. (1978). Research of therapist variables in relation to process and outcome. In S. L. GARFIELD & A. E. BERGIN (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis (2nd ed.)*. New York: Wiley.
- PATTERSON, C. H. (1974). *Relationship Counseling and Psychotherapy*. New York: HARPER & ROW.

- PATTERSON, C. H. (1985). *The Therapeutic Relationship: Foundations for an Eclectic Psychotherapy*. Monterey: Brooks/Cole.
- PAUL, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.
- PERLMAN, B. (1985). A national survey of APA-affiliated master-level clinicians: Descriptions and comparison. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 553-564.
- PROCHASKA, J. O. (1984). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*, (2nd. ed). Homewood, III, Dorsey Press.
- PROCHASKA, J. O. & DiCLEMENTE, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- PROCHASKA, J. O. & DiCLEMENTE, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. HOMEWOOD, IL.: Dow Jones-Irvin.
- PROCHASKA, J. O., & NORCROSS, J. C. (1983). Contemporary psychotherapists: A national survey of characteristics, practices, orientations, and attitudes. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 161-173.
- RHOADS J. M. (1984). Relationships between psychodynamic and behavior therapies. In H. ARKOWITZ & S. B. MESSER (Eds.). *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* New York: Plenum Press.
- RICE, L. N. & GREENBERG, L. S. (Eds.) (1984). The new research paradigm. In problematic reactions. In L. N. RICE & S. GREENBERG (Eds.), *Patterns of Change*. New York: Guilford.
- ROGERS, C. R. (1951). *Client Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- ROGERS, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- ROGERS, C. R. (1963). Psychotherapy Today and where do we go from here?. *American Journal of Psychotherapy*, 17, 5-16.
- ROSENZWEIG, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- RYLE, A. (1978). A common language for psychotherapies?. *British Journal of Psychiatry*, 132, 585-594.
- RYLE, A. (1982). *Psychotherapy: A Cognitive Integration of Theory and Practice*. London: Academic Press.
- RYLE, A. (1984). How can we compare different psychotherapies?. In GOLDFRIED, M. R., Ed. *Converging Themes in Psychotherapy: Trends in Psychodynamic, Humanistic and Behavioral Practice*. New York: Springer.
- RYLE, A. (1987). Cognitive psychology as a common language for psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 168-172.
- SAFRAN, J. (1981). Assessing the cognitive interpersonal cycle. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 333-347.
- SALZMAN, L. (1984). Psychoanalysis and behavior therapy. In H. ARKOWITZ & S. B. MESSER (Eds.). *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* New York: Plenum Press.
- SARASON, I. G. (1982). Three lacunae of cognitive therapy. In S. L. GOLDFRIED, (Ed.). *Converging Themes in Psychotherapy: Trends in Psychodynamic, Humanistic and Behavioral Practice*. New York: Wiley.
- SHAPIRO, D. A. (1976). The effects of therapeutic conditions: Positive results revisited. *British Journal of Medical Psychology*, 49, 315-323.
- SHAPIRO, D. A. & SHAPIRO, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcomes studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- SINGER, J. L. (1980). The scientific basis of psychotherapeutic practice: A question of values and ethics. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 372-383.
- SLOANE, R. B., STAPLES, F. R., CRISTOL, A. H., YORKSTON, N. J. & WHIPPLE, K. (1975). *Psychotherapy versus Behavior Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- SMITH, D. (1982). Trends in Counseling and Psychotherapy. *American Psychologist*, 37, 802-809.
- SMITH, M. L. & GLASS, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcomes studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- SMITH, M. L., GLASS, G. V., MILLER, T. I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- SPOTNITZ, H. (1985). *Modern psychoanalysis of the schizophrenic patient*. New York: Human Sciences Press.
- STILES, W. B. (1987). "I have to talk to somebody". A fever model of disclosure. In V. DERLEGA & J. BERG (Eds.). *Self-disclosure: Theory, research and Therapy*. New York: Plenum.
- STILES, W. B., SHAPIRO, D. A., ELLIOT, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?". *American Psychologist*, 41, 165-180.
- STRASSBERG, D. S., ANCHOR, K. N., GABEL, H. & COHEN, B. (1978). Self-disclosure in individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15, 153-157.
- STRONG, S. R. (1987). Interpersonal theory as a common language for Psychotherapy. *Journal of Integrative and*

- Eclectic Psychotherapy*, 6, 173-183.
- STRUPP, H. H. (1973). On the basic ingredient of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 1-8.
- STRUPP, H. H. (1982). The outcome problem in psychotherapy: Contemporary perspectives. In J. H. HARVEY & M. M. PARKS (Eds.), *Master Lecture Series*. Vol. 1. Washington, DC: American Psychological Association.
- STRUPP, H. H. & BINDER, J. L. (1982). *Time-limited Dynamic Psychotherapy: A Treatment Manual*. Nashville: Vanderbilt University.
- THORNE, F. C. (1973). Eclectic psychotherapy. IN R. CORSINI (Ed.), *Current psychotherapies*. Itasca., IL: F. E. PEACOCK.
- TRUAX, C. B. & CARKHUFF, R. (1967). *Toward Effective Counseling and Psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- TRUAX, C. B. & MITCHELL, K. M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. IN A. E. BERGIN & S. L. GARFIELD (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. New York: Wiley.
- URBAN, H. B. & FORD, D. H. (1971). Some historical and conceptual perspective on psychotherapy and behavior change. In A. E. BERGIN & S. L. GARFIELD (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. New York: Wiley.
- VANDENBOS, G. R. & PINO, C. D. (1980). Research on the outcome of psychotherapy. In G. R. VANDENBOS (Eds.). *Psychotherapy: Practice, Research, Policy*. Beverly Hills, CA: Sage.
- VILLEGAS, M. (1986). La Psicología Humanista: Historia, concepto y método. *Anuario de Psicología*, 34, pág. 7-47.
- VILLEGAS, M. (1989). La empatía, condición necesaria. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 27/28, pág. 65.
- WACHTEL, P. L. (1977). *Psychoanalysis and Behavior Therapy: Toward an Integration*. New York, Basic Books.
- WACHTEL, P. L. (Ed.) (1982). *Resistance: Psychodynamic and Behavioral Approaches*. New York, Plenum.
- WACHTEL, P. L. (1983). Integration misunderstood. *British Clinical Psychology*; 22 129-130.
- WACHTEL, P. L. (1987). *Action and Insight*. New York, Guilford Press.
- WALTON, D. E. (1978). An exploration study: Personality factors and theoretical orientations of therapist. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15, 390-395.
- WANDERSMAN, A., POPPEN, P. J. & RICKS, D. F. (1976). *Humanism and Behaviorism: Dialogue and Growth*. New York: Pergamon.
- WATKINS, C. E., Jr, LOPEZ, F. G., CAMPBELL, V. L., & HIMELL, C. D. (1986). Contemporary counseling psychology: Results of a national survey. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 301-309.
- WATSON, D. L. & THARP, R. G. (1985). *Self-directed Behavior: Self-modification for Personal Adjustment*. (4th. ed.). Monterrey: Brooks/Cole.
- WEGMAN, C. (1985). *Psychoanalysis and Cognitive Psychology*. Orlando: Academic Press.
- WEINER, I. B. (1975). *Principles of Psychotherapy*. New York: Wiley.
- WEINER, I. B. (1983). Theoretical foundations of clinical psychology. In M. HERSEN, A. E. KAZDIN, & A. S. BELLAK (Eds.), *The Clinical Psychology Handbook*. New York: Pergamon.
- WILLIAMS, S. L., DOOSEMAN, G. & KLEIFIELD, E. (1984). Comparative effectiveness of guided mastery and exposure treatments for intractable phobias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 505-518.
- WILSON, G. T. (1982a). Clinical issues and strategies in the practice of behavior therapy. In C. M. FRANKS, G. T. WILSON, P. C. KENDALL & K. D. BROWNELL (Eds.), *Annual review of behavior therapy: Theory and practice*, 8, 305-345. New York: Guilford Press.
- WILSON, G. T. (1982b). Psychotherapy process and procedure: The behavioral mandate. *Behavior Therapy*, 13, 291-312.
- WOLFE, B. E., GOLFRIED, M. R. (1988). Research on psychotherapy integration; recomendations and conclusions from an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 448-451.
- YATES, A. J. (1983). Reply to J. D. DAVIS: Slaying the psychoanalytic dragon: an integrationist's commentary on Yates. *British Journal Clinical Psychology*, 22, 135-136.
- ZETZEL, E. (1958). The therapeutic alliance in analysis of Hysteria. In E. ZETZEL (Ed.). *The capacity for emotional growth*. London: Hogarth Press.

