

מהי פסיכותרפיה אינטגרטיבית?

ד"ר שרון זיו ביימן^{1,2}, פרופ' גולן שחר³

ההיסטוריה של הפסיכותרפיה רצופה כבר מתחילת דרכה בנטייה של כל גישה לבדל ולייחד את עצמה תוך תחרות ואף יריבות מרה בין הגישות, מחד, ומאידך, בניסיונות לקדם אינטגרציה ביניהן, מתוך הבנה כי אין גישה אחת שיכולה להציע מענה לכל האתגרים של התחום, כי קיימים אזורי חפיפה בין הגישות וכי שילוב ביניהן עשוי להיות בעל תרומה משמעותית ליעילות הפסיכותרפיה. החל משנות השמונים של המאה הקודמת הפכה האינטגרציה של הפסיכותרפיה למגמה מרכזית בתחום, תוך תנופת פיתוח של מודלים לאינטגרציה, התרחבות המחקר ופיתוח רשתות מקצועיות לקידום הנושא. בהתאם לכך, מראים סקרים כי מרבית המטפלים מגדירים עצמם היום אינטגרטיביים או אקלקטיים. במאמר נצא מדוגמה קלינית, נגדיר מודלים מרכזיים לאינטגרציה של הפסיכותרפיה, נסקור את ההיסטוריה של התחום, נעריך את היקף השפעתה של המגמה לאינטגרציה של הפסיכותרפיה, נעמוד על יחסי הגומלין בין התעצמות האינטגרציה של הפסיכותרפיה לבין פיתוח המחקר בתחום, נאיר את חשיבות ההטמעה של איפיונים תרבותיים במסגרת תהליכי אינטגרציה של הפסיכותרפיה, נדון בסוגיות הקשורות להכשרה לאינטגרציה של הפסיכותרפיה, ונצביע גם על האתגרים המרכזיים העומדים בפני התחום. אנו מקווים כי ההיכרות המקיפה שנוציע עם תחום האינטגרציה של הפסיכותרפיה תיצור הזמנה להעצמת תהליכי הפיתוח, המחקר וההכשרה בנושא מרכזי וחיוני זה.

הקדמה

דוד (מקרה היפותטי*)¹, בן 35, נשוי מזה חמש שנים, אב לבת חמישה חודשים, צלם במקצועו, מגיע לטיפול לאחר אולטימטום מאשתו כי עליו לטפל בדחפיות בעצבנות שלו. הוא משתף כי את בתו הוא נושא על כפיים ומקפיד לנסות ליצור עבורה סביבה נעימה ושמורה מאוד, אולם מאז לידתה חלה החמרה בעצבנותו הכללית ובמתח הפנימי שלו, והוא תוקפני במיוחד כלפי אשתו וכלפי הוריו. המתח והנוקשות הפיסית שהוא חווה מורגשים במפגש עמו.

דוד, בן יחיד להוריו, עלה עימם ארצה מרוסיה כשהיה תינוק. ההורים, אקדמאים במקצועם, התקשו למצוא עבודה במקצועותיהם. ההגירה גבתה מהם מחיר כבד, הבא לידי ביטוי בסגירות, דכדוך, פגיעה בערך העצמי, דאגה מתמדת ומצב סוציאקונומי נמוך מכפי שציפו. דוד מתאר גישה דאגנית ופסימית של שניהם כלפי החיים. הוא האור בחייהם, והם מוכנים לעשות הכול עבורו. הוא קשור אליהם מאוד, אך מתעצבן כמעט מכל מה שהם אומרים ועושים. הוא מתקשה לשהות

¹ המרכז ללימודים אקדמיים אור יהודה.

² קבוצת שיח, מכון לפסיכותרפיה התייחסותית.

sharon@beiman.co.il

³ המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

golan.shahar878@gmail.com

* מקרה היפותטי זה מבוסס על שילוב מידע מוסווה היטב של כמה מטופלים. השימוש במקרה משולב לצורך אילוסטרציה מקובל כאשר המטרה היא המחשה כללית של פרספקטיבה או גישה טיפולית, יותר מאשר מקרה קליני מסוים (1). חשוב להדגיש שמקרים היפותטיים משולבים מסוג זה נועדו להמחיש טענה ואינם מהווים בסיס ליצירת ידע אמפירי ממשי ומנבא.

במחיצתם, אם כי מרבה לבקרו. אשתו היא המרגיעה והמתנת את האווירה בביקורים. הוא חש כי הוא אוהב אותה, יודע שהוא מתוח ותוקפני כלפיה, אך כשהיא נפגעת, הוא מתקשה לזהות מדוע. הוא דואג לעתיד כל הזמן. להערכתו, רק אם היה חי בחו"ל היה משתחרר, אך אינו יכול לעזוב את הוריו. כשיום עבודה מתבטל, כשלקוחות לא משלמים בזמן, כשלא מפרגנים לו על איכות העבודה – הוא חווה מתח אדיר, זעם קיצוני ומתקשה לישון. בעת שהוא מטפל בבתו, הוא ממוקד רק בה ופועל כדי שתקבל את כל מה שהיא צריכה ושתהיה מאושרת. הוא היה רוצה להרגיש רגוע יותר למען משפחתו, אך לא מאמין שזה אפשרי, שכן אי אפשר לשנות את העולם ולהפכו למקום מרגיע והוגן יותר.

הקשר הטיפולי עם דוד נוצר במהירות. הוא מתמסר להבנת המטפלת את מצוקתו ולהתחברות החווייתית שלה לעוצמת המתח, הזעם והדאגה שהוא חש, כמו גם לביטוי שהיא נותנת לכך שהיא חווה אותו כְּאָב מסור וחס לבתו. הוא מגיב בעניין להצעתה של המטפלת שהמתח שהוא חש אינו רק שלו. הוא נרגע כשהיא חוזרת ואומרת כי החרדה שלו קשורה למתח שחש אצל הוריו עוד מינקותו, עת נלחמו לבנות את חייהם בתנאים קשים, תוך שהם חווים פגיעה ביכולתם לממש עצמם ומפקידים את התקווה אצלו. הוא מבין את הקישור שמציעה המטפלת בין האופן בו גוננו הוריו עליו לבין האופן בו הוא מגונן על בתו. מתקיים מאמץ טיפולי להבין את הפער בין תחושתו שהוא אוהב את אשתו לבין חווייתה אותו כעויין. זאת, באמצעות בחינת ההיסטוריה של הקשרים שלו והתייחסות לקשר הנוצר עם המטפלת בחדר. במקביל, מדווח דוד כי הוא ממשך להיות מתוח וכי אין שיפור בתגובותיו ובחוויותיו בעבודה ועם אשתו.

המטפלת ניצבת בפני דילמה: מה פשר יחסי הגומלין בין השיח הטיפולי המעמיק, שדוד מוצא אותו כחשוב, לבין התקיעות בהתנהגותו

טכניקות קוגניטיביות והתנהגותיות. הוא הציע כי ככל שהטיפול יתייחס ליותר תצורות, כך יהיה יעיל יותר, וכי חשוב להתחקות אחר סדר הפעולה של המימדים השונים אצל המטופל (למשל, רגש מוביל לתחושה ואז לקוגניציה), כאשר מחליטים על סדר הטכניקות. באופן מפתיע מודל זה לא נבחן דיו מחקרית.

דוגמה מייצגת אחרת היא הבחירה השיטתית של הטיפול (Systematic Treatment Selection) (STS) (8). במודל זה, המתבסס על סקירה מקיפה של הספרות המחקרית, ההתמקדות היא בניסוח קריטריונים להתאמת השיטה למטופל. המרכזיים מבין הקריטריונים שאותרו הם: רמת המורכבות או הכוונות של הבעיה, דרגת הפגיעה התפקודית, סגנון ההתמודדות של המטופל, רמת ההתנגדות להתערבות טיפולית ורמת המצוקה. לשיטה תמיכה מחקרית נרחבת. למשל, נמצא כי מטופלים בעלי רמה גבוהה של התנגדות להתערבות טיפולית (reactance) מגיבים טוב יותר להתערבויות עם רמה נמוכה של הכוונה (כמו טיפול ממוקד-לקוח), בעוד מטופלים עם רמה נמוכה של התנגדות להתערבות טיפולית מגיבים טוב יותר לטיפולים עם רמת הכוונה גבוהה (כגון CBT).

2) אינטגרציה תיאורטית – גישה זו רואה אינטגרציה כחתימה לשילוב בין לפחות שתי תיאוריות, שילוב המוביל להמשגה תיאורטית רחבה ושלמה יותר בנוגע להבנת האישיות, הפסיכופתולוגיה, ובהתאמה לכך, גם הטיפול. המטרה היא יצירת שלם הגדול מסך חלקיו, אשר מוליד כיוונים חדשים במובני תיאוריה, פרקטיקה ומחקר.

בולט בקטגוריה זו המודל הטרנס-תיאורטי של פרוצ'סקה ודיקלמנטה (9), הממפה תהליכים טיפוליים באמצעות שלושה משתנים והגדרת יחסי הגומלין ביניהם: שלבי מוכנות לשינוי, תהליכי שינוי ורמות שינוי. ככל שמטופלים נכנסים לטיפול בשלב מוכנות מתקדם יותר, כך הם צפויים להראות התקדמות רבה יותר בטיפול. המודל מאפיין אילו תהליכי שינוי אופטימליים עבור כל שלב שינוי ומסייעים למעבר לשלב מתקדם יותר. המשתנה של רמת שינוי (הסימפטום או המצב, קוגניציות לא מסתגלות, קונפליקטים בין-אישיים עכשוויים, קונפליקטים מערכתיים וקונפליקטים תוך-נפשיים) מגדיר את מימדי ההתערבות של הטיפול והמדרג שלהם.

תיאוריה אינטגרטיבית מרכזית נוספת היא הפסיכודינמיקה המעגלית (Cyclical Psychodynamics) של ווכטל (10), אשר משלבת פסיכואנליזה בין-אישית עם תיאוריה התנהגותית. במרכזו של המודל עומדת התפיסה כי המבנה הנפשי הפסיכודינמי, דפוסי קשר והתנהגות, נמצאים בהשפעה מעגלית והדדית. האדם משליך על המציאות את התכנים והדפוסים המאכלסים את העולם הפנימי שלו וכך מעצב את העולם שאותו הוא חווה. דפוסים ותכנים פנימיים אלה משתמרים אם הם זוכים לאישור מתמשך מהעולם שהם היו שותפים לעיצובו, או משתנים אם הם מאותגרים על-ידי התנסויות בעולם. למשל, אם אדם מרגיש חסר ערך ומפרש את כל התנסויות בעולם כתחרויות המסתיימות בכך שאינו טוב מספיק, הוא משליך

ובחוויותיו? האם לתת זמן לתהליך או חשוב לנסות ליצור הקלה מהירה באמצעות כלים טיפוליים נוספים? האם הרציונל לפנייה לכלים נוספים מבוסס על פרגמטיזם טיפולי, לפיו חשוב ליצור הקלה שתתמוך בתהליך הטיפולי בו מפתח דוד תובנות לגבי חייו? או שהרציונל להוספת כלים לטיפול מבוסס על תפיסה תיאורטית כי החוויה העצמית, ההתנהגות והדפוסים הבין-אישיים מהווים כלים שלובים, וכדי ליצור שיפור יש לפעול בו-זמנית דרך כמה ערוצים? באיזו מידה חובתנו במקרה זה לסקור עם המטופל את כל האפשרויות היכולות להביא לשיפור במצבו ולדון בהן עמו?

שאלות מסוג זה העסיקו את הפסיכותרפיה כמעט מראשיתה (2). החל משנות השמונים של המאה הקודמת התעצמה הבולטות של הזרם האינטגרטיבי בפסיכותרפיה, בצד המשך המאבק החריף בין האסכולות, מחד, על רקע ממצאים מצטברים המעידים כי במקרים רבים שיטות טיפול שונות מגלות יעילות דומה, ומאידך, על רקע הצורך הגובר והולך להוכיח ולשפר את יעילות הפסיכותרפיה. למרות שהמתח בין בדלנות לאינטגרציה ממשיך להיות חיוני להתפתחות התחום (3), נראה כי התפתחות הפסיכותרפיה כהתערבות טיפולית בעלת ביסוס קליני-רפואי ופסיכו-סוציולוגי זירזה את פניית התנועה לאינטגרציה של הפסיכותרפיה כתיאוריה, כתחום מחקרי וכפרקטיקה. לראייה, למעלה ממחצית המטפלים בארה"ב מזהים עצמם היום כאינטגרטיביים או כאקלקטיים (3).

במאמר זה נבחן מגמות ותהליכים המתרחשים בתחום האינטגרציה של הפסיכותרפיה על רקע ההיסטוריה שלה ונתייחס לאתגרים של התחום, תוך דיון במתח שמעלה ווכטל (4) בין המשגת התחום כמתמקד באינטגרציה של הפסיכותרפיה לבין תפיסתו כמתמקד בפסיכותרפיה אינטגרטיבית. המשגת התחום כאינטגרציה של הפסיכותרפיה מגדירה אותו כעוסק בדיאלוג בין גישות, תוך ניסיון לנסח עקרונות לאינטגרציה ולהערכתה, באופן שיאפשר לקלינאי בשדה קבלת החלטות מושכלת. לעומת זאת, הגדרתו כפסיכותרפיה אינטגרטיבית, ממקדת אותו בפיתוח תוצרים, קרי, מודלים טיפוליים אינטגרטיביים מבוססי מחקר.

מודלים של אינטגרציה

סקירות מקיפות (3, 5, 6) מזהות ארבע גישות מרכזיות בתחום: טכניקה אקלקטית, אינטגרציה תיאורטית, גישת הגורמים המשותפים וגישת ההטמעה האינטגרטיבית.

1) הטכניקה האקלקטית: גישה זו מתמקדת בבחירת הטיפול הטוב ביותר עבור מטופל ספציפי, בבעיה ספציפית. המודל המייצג ביותר שלה הוא המודל המולטי-מודאלי (MMT) של לזרוס (7). השיטה מתבססת על הערכה המזהה את בעיות המטופל ואופנויות (modalities) רלוונטיות לטיפול בו מבין כמה מימדים (התנהגות, אפקט, חישה, דמיון, קוגניציה, יחסים בין-אישיים ותפקוד פיסיוולוגי). לזרוס השתמש בכ-48 טכניקות, ובכללן תרופות, דמיון ופנטזיה, שיקוף ממוקד-לקוח, ותרגילי 'הכיסא הריק' של הגשטאלט, תוך שימת דגש על

ההיסטוריה של האינטגרציה של הפסיכותרפיה

אפשר למקם את ראשיתה של התנועה לאינטגרציה של הפסיכותרפיה בשנות ה־30 של המאה הקודמת, עם פרסום העבודות החלוציות של פרנץ' (17) ושל קובי (18), שקראו לשילוב בין הגישה ההתנהגותית לפסיכואנליזה, ורעיונותיו של רוזנצוויג (19), שהניח את אבן הפינה לגישת הגורמים המשותפים. בשנות ה־40 וה־50 היו אלה אלכסנדר ופרנץ' (20) שהעלו את הטענה כי השינוי המתחולל בטיפול הוא תולדה של כמה טכניקות, אשר פועלות באינטראקציה זו עם זו, לצידם של דולארד ומילר (21), ששילבו בין מוטיבציות לא-מודעות וקונפליקטים לבין מונחים הלקוחים מתיאוריות למידה.

בשנות ה־60 וה־70 הצביעו מובילי דרך בעולם הפסיכותרפיה (22, 23, 24) על חיוניותה של האינטגרציה. רבות מהתיזות המוצעות באותה תקופה התמקדו בגורם משותף אחד: למידה (25), המימד הקוגניטיבי (26) או הקשר הטיפולי (27). מזווית אחרת התמקד פרנק (28) במכנה המשותף הקיים בין מיגוון תהליכי שינוי וריפוי במין האנושי. נקודת ציון מרכזית בתחום האינטגרציה בכלל, והאינטגרציה התיאורטית בפרט, התרחשה סביב פרסום ספרו של ווקטל ב־1977 (29), "Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration", בו הוא פורס את תיאורית הפסיכודינמיקה המעגלית, שהוזכרה לעיל. כמו כן התפרסמו עבודות המציעות לשלב טיפול התנהגותי וטיפול פסיכודינמי (30). לצד עבודות בהן מוצע שילוב של טכניקות הומניסטייות (31) ופסיכודינמיות (32) בטיפול התנהגותי.

בשנות ה־80 הוקמה האגודה לחקר הפסיכותרפיה האינטגרטיבית (The Society for the Exploration of Psychotherapy Integration) (SEPI) והופיע גל של פרסומים העוסקים בנחיצות האינטגרציה של הפסיכותרפיה. ניכר היה כי העניין בתחום הפך לסוגייה בין-לאומית. עדות נוספת למרכזיות העולה של התחום ניכרה בשינוי שמו של כתב העת הבין-לאומי לפסיכותרפיה אקלקטית ב־1987 לכתב העת לפסיכותרפיה אקלקטית ואינטגרטיבית. בהמשך לניסיונות קודמים לנסח גורמים משותפים לגישות השונות, כותבים שונים בשנות השמונים קראו לניסוחה של תיאוריה, אשר תאגד יחד מרכיבים אפקטיביים, קוגניטיביים והתנהגותיים (33). מסר ר־וינוקור (34) הציעו כי טיפול אופטימלי צריך לכלול שילוב בין גישות מכוונות פעולה לבין גישות מכוונות תובנה. במקביל, הופיעו מחקרים המציעים כי כאשר משלבים גישות, הטיפול יעיל יותר כשמיישמים תחילה עקרונות פסיכודינמיים ואחר כך כלים התנהגותיים (35). גם התפיסה האקלקטית המשיכה להתעצם בשנות השמונים (36). בתחום ההטמעה האינטגרטיבית חלו התפתחויות רבות (37). עבודות חדשניות ניסחו כללים לאינטגרציה בין פסיכותרפיה לטיפול תרופתי, בין טיפול פרטני לטיפול משפחתי ולאינטגרציה של המימד התרבותי אל תוך הפסיכותרפיה. **בשנות ה־90** ניכרה תנופה מסיבית בעיסוק באינטגרציה של הפסיכותרפיה. The J. of Psychotherapy Integration של SEPI, התפרסם לראשונה ב־1991 והפך לימים לליבת

זאת על עולם שמגיב אליו מתוך פריזמה זו ומאושש אותה או מפריך אותה דרך דפוסי קשר ומערכי תגובה מגוונים. לכן, כל מודל של שינוי צריך להתייחס לפעולה מחזורית רב-מימדית בין העולם הנפשי הפנימי לעולם הבין-אישי ההתייחסותי ולעולם ההתנסויות. שינוי טיפולי יכול להתבצע דרך כל אחד מהמימדים ולהשפיע באופן מעגלי על המימדים האחרים. ההמלצה היא לפעול דרך הערוץ הנגיש ביותר ולהתמקד בהשפעה ההדדית של המימדים זה על זה.

גישת הגורמים המשותפים – גישה זו שואפת לאתר ולנסח את המרכיבים המשותפים הנמצאים בליבת מנגנון השינוי של מיגוון טיפולים, מתוך הנחה כי המשותף בין התיאוריות משמעותיות יותר מההבדלים ביניהן (11). תפיסה זו צברה תנופה על רקע הידע המחקרי המצטבר, שמעלה כי בהקשרים רבים לא נמצאו הבדלים יעילות בין פסיכותרפיות שונות (12), אם כי בנסיבות מסוימות ולגבי חלק מההפרעות, יש אופני טיפול ספציפיים אשר הוכחו כיעילים יותר. ממצאים אלה הובילו להגברת המאמצים המחקריים המושקעים באיפיון הגורמים הלא ספציפיים, קרי, אותם גורמים כלליים והמתמקדים בעיקר בקשר הטיפולי, כגון: תמיכה, שיכנוע, חום, הקשבה, משוב, הבנה, עידוד, קשר אישי וכד', המשותפים לגישות שונות (13). קסטונגואי (14) מזהיר מפני בלבול בין המונח 'גורמים לא ספציפיים', המתייחס לגורמים שאינם קשורים לטכניקה הפעילה (בעיקר משתני הקשר הטיפולי, ה־setting הטיפולי, שלבי הטיפול, הציפייה להקלה ועוד) לבין המונח 'גורמים משותפים', החותר למיפוי ואיפיון הגורמים המרפאים בטיפול מעבר לתיאוריות.

הטמעה אינטגרטיבית – גישה זו מציעה התבססות על גישה טיפולית ספציפית, תוך מוכנות להטמיע בטיפול גישות נוספות. עבור המצדדים בגישה זו, הטמעה אינטגרטיבית היא שיטה ריאליטית, המניבה אינטגרציה מתוחכמת. עבור המתנגדים לגישה, מדובר בהסוואה של עבודה אקלקטית. שני המחנות מסכימים כי מדובר בשלב בדרך לאינטגרציה מלאה. מודלים בולטים בקטגוריה זו הם מודל ההטמעה הפסיכודינמי (15) ומודל ההטמעה הקוגניטיבית-התנהגותית (16).

הערכת הקטגוריזציה של האינטגרציה

בפועל, אין זה פשוט להבדיל בין ארבע הגישות לאינטגרציה שתוארו לעיל (5). על רקע זה מציע סטריקר (6) לצמצם את הקטגוריות לשתיים בלבד: מודלים מונחי תיאוריה לעומת מודלים מונחי טכניקה. לחילופין, הוא מציע לשקול הוספתן של קטגוריות נוספות, כגון מודלים המתמקדים בהפרעות פסיכופתולוגיות ספציפיות או אינטגרציה המבוססת על העדפות המטופל ומשוב ממנו (11). כפי שמציין נורקרוס (3), מעבר לארבע הגישות שתוארו, האינטגרציה של הפסיכותרפיה מתייחסת גם לשילוב בין פסיכותרפיה לטיפול תרופתי, לשילובים בין טיפול יחידי לטיפול זוגי, משפחתי וקבוצתי ולאינטגרציה של ניסיון קליני וידע מחקרי.

כאקלקטיים או כאינטגרטיביים, אם כי מגמה זו נחלשת הודות לכך שכיום מטפלים רבים זוכים להכשרה באינטגרציה של הפסיכותרפיה כבר בתחילת דרכם. מטפלים המגדירים עצמם כאינטגרטיביים נוטים לבטא פחות קורת רוח בכל הקשור לטכניקות ולמסגרות העבודה שבשימושם, ואנשי שדה נוטים להזדהות עם הגישה האינטגרטיבית יותר מאשר אנשי אקדמיה ומדריכים (3). רוברטסון (61) מנה שישה גורמים אשר עשויים לתמוך בהחלטה לבחור בגישה אקלקטית: היעדר לחץ לדבוק בדוקטרינה ספציפית במהלך ההכשרה; הניסיון הקליני המצטבר; התייחסות לפסיכותרפיה כפרנסה; דחף לקשר יחד את כל דרכי הטיפול השונות; יצר חלוצי לייצר חידושים; וגישה סקפטית כלפי סטטוס קוו.

סקירות מראות כי הגישה הקוגניטיבית מופיעה בשכיחות הגבוהה ביותר בקומבינציות האינטגרטיביות הפופולריות, כי שיעור ניכר מבין המטפלים מבצע שילובים באופן ספונטני ולא שיטתי וכי מטפלים מעדיפים את גישת ההטמעה האינטגרטיבית על פני גישת הטכניקה האקלקטית (3).

ממצאים מחקריים על אינטגרציה של הפסיכותרפיה

מחד, תנועת האינטגרציה בפסיכותרפיה התעצמה על רקע מיגוון ממצאים מחקריים, ביניהם ממצאים המצביעים על היעדר הבדל גורף בין מידת היעילות של שיטות הטיפול השונות (12); ממצאים המעידים על מרכזיותם של ה'גורמים הלא ספציפיים' בפסיכותרפיה (13); ממצאים על האפשרות להתאים טכניקה לבעיה (7); והמיקוד בהתאמת הטיפול למשתני המטופל (8). מאידך, קשה יותר לערוך מחקרי תוצאה מבוקרים (RCT) לגבי מודלים אינטגרטיביים, שכן השליטה בניהול הטיפול באמצעות פרוטוקול קשה יותר. מחקרי שדה מראים כי מטפלים נוטים להפעיל שילובים על פי שיקול דעתם הקליני (3). בצד מודלים שזכו לתמיכה מחקרית מבוססת, קיימים מודלים אינטגרטיביים שהתמיכה המחקרית בהם חלקית וכאלו שלא נבדקו מחקרית (62).

אינטגרציה של מחקר ופרקטיקה בפסיכותרפיה

כותבים רבים (4, 6, 63) מתארים את החמרת המתח בין המחקר לפרקטיקה. הם מציעים כי האתגר הבא של האינטגרציה של הפסיכותרפיה צריך להתמקד בהעמקת האינטגרציה בין המחקר לפרקטיקה, תוך ביסוס התפיסה כי מחקרים קליניים מבוקרים הם רק מקור אחד של ראיות אשר יכול וצריך להזין פרקטיקה קלינית, וכי קיימים מקורות מידע אחרים הרלוונטיים לפרקטיקה מבוססת-ראיות שיש להתייחס אליהם, כאשר כל אחד נותן מענה לשאלה אחרת. מסקנה דומה הציע גם כוח משימה של איגוד הפסיכולוגים האמריקאי (APA) (64), שבחן טיפולים מבוססי ראיות וקרא להעמקת המחקר על תהליכי קבלת ההחלטות של מטפלים לגבי אינטגרציה בין טיפולים.

העשייה בתחום. המתח בין אינטגרציה מעשית לבין אינטגרציה תיאורטית (38) עמד במוקד הדיון בתחום.

בעשור זה המשיכה, אומנם, תנופת הפיתוח של מודל הגורמים המשותפים (39), אך התקדמות מרעית במיוחד התרחשה בתחום ההטמעה האינטגרטיבית. הטיפול הקוגניטיבי אנליטי (40), ה-Acceptance and Commitment Therapy (41), ה-Dialectical Behavioral Therapy (42) וה-Analytic Psychotherapy (43) הפכו לשחקני מפתח בעולם הטיפולי. התפתחויות נוספות חשובות חלו באינטגרציה בין טיפול פרטני לתרופתי ולמשפחתי (44), טיפול זוגי אינטגרטיבי (45) וטיפול אינטגרטיבי בילדים (46). בעשור זה יצאו לאור לראשונה ספרים מקיפים על האינטגרציה של הפסיכותרפיה (47, 48) וכתבי עת נוספים הפנו את סדר היום שלהם לעבר הפסיכותרפיה האינטגרטיבית, ביניהם: In Session ו-Integrative Psychiatry, המתפרסם כחלק מכתב העת J. of Clinical Psychology. גולדפריד, פצ'נקיס ובל (49) מצביעים על כמה מגמות נוספות בשנות ה-90. הראשונה, ניסיון להציע טיפולים אינטגרטיביים להפרעות פסיכופתולוגיות שונות, תוך ניסיון לחבר בין איתור גורמים טיפוליים משותפים לבין התחקות אחרי מרכיבי ליבה בקטגוריות פסיכופתולוגיות. דוגמה לכך ניתן למצוא בעבודות המציעות טיפולים אינטגרטיביים יעילים בדיכאון (50). המגמה השנייה, התפתחותן של הצעות אלטרנטיביות לאיפיון מודלים של אינטגרציה. למשל, עלתה הצעה לסווג את המודלים לאינטגרציה בהתאם לשלוש אסטרטגיות: אסטרטגיה אמפירית המשמשת לצורך איתור גורמים משותפים בין טיפולים שונים, אסטרטגיה קונספטואלית שנועדה לגבש מבנים מורכבים, ואסטרטגיה לינגוויסטית המתרכזת בניסוח שפה מקצועית אחידה בין הגישות השונות (51). המגמה השלישית שהתעצמה החל משנות ה-90 של המאה ה-20 היא התחזקות הניסיון להטמיע את המימד התרבותי אל תוך הפסיכותרפיה. הדיון באתגרים של התחום התמקד בחסר בגיבוי מחקרי (52), בקריאה לשימור הדיאלקטיקה בין אינטגרציה ובין פיתוחן של גישות נפרדות (53), ובסימון המכשול העיקרי של התחום כהיעדר שפה משותפת בין גישות (54).

שכיחות הטיפול האינטגרטיבי

סקרים מציעים כי הגישה האינטגרטיבית היא הנפוצה ביותר בארה"ב, כשהגישה ההתנהגותית-קוגניטיבית שנייה לה (3). נמצא כי רבים מהמטפלים המזדהים עם תיאוריה טיפולית מסוימת מזהים עצמם כאינטגרטיביים במקביל (55), ומחצית מתוך המטפלים אשר הגדירו עצמם כאינטגרטיביים או כאקלקטיים, זיהו עצמם בעבר עם גישה טיפולית ספציפית (56). גם נתונים מבריטניה (57), ניו זילנד (58) וסקר בין-לאומי נרחב (59) מצביעים על כך שרוב המטפלים מגדירים עצמם כיום כאינטגרטיביים.

מחקרים מראים כי ככל שמטפלים מנוסים יותר (55) ומבוגרים יותר (60), כך יש סיכוי גבוה יותר שיאפיינו עצמם

לזהותם האישית-תרבותית בהתאם לרמת התפתחותם הקוגניטיבית-רגשית, וכי יש צורך שהטכניקות הטיפוליות יותאמו לסכמות הללו.

6. יצירת מודעות ומתן מידע למטופלים לגבי השפעת המימד התרבותי, גורמי דיכוי וסטרוורים חיצוניים.
7. הרחבת הטיפול לפורמטים קהילתיים, קבוצתיים, מערכתיים ואחרים.

איוויי וברוקס-האריס (66) כותבים על הרלוונטיות של גישות האינטגרציה השונות לפסיכותרפיה הרב-תרבותית: מודל הגורמים המשותפים מסייע בהגדרת גורמים משותפים מכווני תרבות; מודל ההטמעה האינטגרטיבית קורא להטמעת המימד התרבותי אל תוך גישות טיפוליות קיימות; והמודל האקלקטי מיישם את ה-MCT תוך דגש על שימוש בשיטות ובטכניקות המותאמות לערכים ולציפיות התרבותיים של הלקוחות.

הכשרה

נורקרוס והאלגין (71) מתייחסים למורכבות של ההכשרה הקלינית לאינטגרציה של הפסיכותרפיה. מחד, הכשרה כזו מספקת את הסקרנות האינטלקטואלית לריבוי השקפות ונותנת מענה למגמות בשדה. מאידך, היא מגדילה את הלחץ על הסטודנט לרכוש ידע ומיומנות במיגוון גישות ולהתאמן בהתאמת הגישה הטיפולית לצורכי המטופל הספציפי, ומאתגרת את הפקולטה ליצור איזון בהכשרה בין הגישות. ממחקרים עולה כי רוב ראשי תוכניות ההכשרה מסכימים כי אין די בהכרת גישה טיפולית אחת לשם טיפול באוכלוסיות ובעיות מגוונות, אך חלוקים בנוגע לתהליך האינטגרציה. חלקם מאמינים שסטודנטים צריכים לרכוש מיומנות התחלתית בגישות טיפוליות ספציפיות, וחלקם מאמינים שסטודנטים זקוקים להכשרה בגישה אינטגרטיבית או אקלקטית מההתחלה. החיסרון הבולט של הגישה האינטגרטיבית הוא תהליך ההכשרה הארוך והמקיף, כשמטפלים אינטגרטיביים, בדומה לילדים דו-לשוניים, עשויים להתעכב ברכישת המיומנויות או בסיום ההתמקצעות.

גם למודל האינטגרציה השפעה על מודל ההכשרה. המצדדים בטכניקה אקלקטית ובגישת הגורמים המשותפים נוטים ללמד כמה גישות טיפוליות כבר בתחילת ההכשרה. אינטגרציה תיאורטית מדגישה אינטגרציה החל מתפיסת האישיות והפתולוגיה ועד לאינטגרציה ברמת האבחון וההתערבות. גישת ההטמעה האינטגרטיבית מציעה הכשרה הממוקדת בגישה טיפולית אחת, מתוך מוכנות לשלב בתוכה התנסויות והשקפות מגישות אחרות.

דיון מסכם

הממצא כי רוב המטפלים המשלבים גישות וטכניקות שונות בעבודתם מתארים עצמם יותר כאינטגרטיביים ופחות כאקלקטיים מציעה, להערכתנו, כי הפסיכותרפיה כגוף ידע נעה מסגרגציה לדה-סגרגציה ולאינטגרציה (3, 4). בעוד הגישה

בנוגע לסוגיית יחסי הגומלין בין המחקר לפרקטיקה, סטריקר (6) קורא לאמץ את ההבחנה שהוצעה על-ידי קאודין (65) בין טיפול מבוסס ממצאים, המדגיש את התוצאות של RCTs, לבין פרקטיקה מבוססת ממצאים, המבוססת על ידע מחקרי, ניסיון קליני מצטבר, צרכי, ערכי והעדפותיו של המטופל, משתנים תרבותיים ואינטגרציה של כל אלה בקבלת ההחלטות בטיפול הספציפי.

אינטגרציה של המימד הרב-תרבותי אל תוך הפסיכותרפיה

למרות שכותבים רבים, החל משנות ה-70, מדווחים כי בני מיעוטים מאובחנים בצורה שונה ומקבלים טיפולים שונים ביחס למטופלים בני קבוצת הרוב, ולמרות שמחקרים מציעים באופן ברור כי לקוחות מגיבים באופן חיובי כאשר נושאים תרבותיים מוכללים בטיפול, הרי שבפועל מעט מאוד מטפלים משלבים שיקולים בין-תרבותיים בחשיבתם הטיפולית (66). הפסיכותרפיה הרב-תרבותית (Multicultural Counseling and Therapy – MCT) מציעה כי הרב-תרבותיות היא ציר חיוני בפסיכותרפיה, המשלים את הצירים המסורתיים של פסיכותרפיה פסיכודינמית, התנהגותית והומניסטית, והכרחית עבור כל מטופל ולא רק למטופלים מקבוצות מיעוט (67). הרעיונות וההצעות המרכזיים בנושא הם:

1. כל תיאוריה טיפולית מייצגת ראיית עולם תרבותית ואי אפשר להבינה ללא התייחסות להקשר התרבותי בו היא פועלת.
2. חשוב לקדם את ההבנה כי מה שנראה כביכול 'כהפרעה', הוא לעתים תגובה למצבים חברתיים בלתי תקינים, כמו גזענות ודיכוי.
3. יש להכליל את המרכיב התרבותי בתוך מודלים רב-מימדיים המוצעים להבנת האדם.
4. אבחנה המבוססת על מודל של התפתחות הזהות התרבותית של המטופל עשויה להוות יסוד חשוב באינטגרציה של פסיכותרפיה עם לקוחות מגוונים תרבותית. קרוס (68), למשל, מתאר שלבים בהתפתחות הזהות של אינדיבידואלים מקבוצות מיעוט, החל מהכחשת קיומה של זהות תרבותית ייחודית והזדהות עם הפרספקטיבה של הקבוצה השלטת, דרך הזדהות נוקשה עם קבוצת המיעוט ופסילת הקבוצה הדומיננטית ועד להפנמה של זהות תרבותית, המאופיינת במודעות עצמית ובחוויה רגשית רגועה ובטוחה יותר. יעילות הטמעת המודל אל תוך תהליכים טיפוליים אוששה מחקרית במיגוון הקשרים (69).
5. שילוב מודלים של ייעוץ ותרפיה התפתחותיים (Developmental Counseling and Therapy (DCT) (70) ביישום MCT. DCT מאורגן סביב שלבי ההתפתחות של פיאז'ה, עם דגש על התפתחות לכל אורך החיים ועל הקשר חברתי. התיאוריה של DCT מציעה כי לקוחות מגיעים לפסיכותרפיה עם סכמות שונות של מודעות נארטיבית

אתגר מרכזי נוסף הוא שילוב של המימד התרבותי אל תוך הפסיכותרפיה. לא ניתן להגזים בחשיבות ההטמעה של המרכיב התרבותי אל תוך כל פסיכותרפיה השואפת לאינטגרציה, תוך שילוב מודלים של התפתחות זהות, התפתחות מודעות, פסיכולוגיה של השחרור וכלים אחרים אל תוך העבודה הטיפולית. חשובה ביותר גם פתיחת המרחב הטיפולי לפורמטים מגוונים תלויי תרבות כמו טיפול קהילתי, מניעתי, הדרכתי ועוד.

חזרה למטופל דוד והמלצות קליניות

פסיכותרפיה אינטגרטיבית מאפשרת לבנות תוכנית טיפולית עשירה ומיטבית, התפורה למידותיו של המטופל הספציפי. כך, למשל, הידע באינטגרציה עשוי לאפשר למטפלת של דוד לבנות תוכנית טיפולית בהשראת הפסיכודינמיקה המעגלית (10). המטפלת תאפיין את הדרך בה התשתית הפסיכודינמית של דוד מעצבת עבורו את העולם ההתנהגותי והבין-אישי. בהתאם לכך, תבחר המטפלת את הערוץ הזמין ביותר לשינוי (פסיכודינמי, התנהגותי או בין-אישי), מתוך הנחה כי הוא ישפיע על הערוצים האחרים באופן מעגלי.

כך, למשל, תבחר המטפלת לנסות ליצור תובנה לגבי הפסיכודינמיקה התוך והבין-אישית תוך עבודה סימולטנית על קידום התנסויות מתקנות בחייו הממשיים של המטופל ובמסגרת הטיפול שיובילו לחוויות חדשות במגע עם המציאות ובקשרים בין-אישיים. לדוגמה, שילוב בין פרשנות של הדינמיקה הפנימית והבין-אישית לבין חיזוק אקטיבי של הערך העצמי של דוד, מתן לגיטימציה לביטוי כעס שלו בקשריו עם זוגתו או עם המטפלת, תוך חוויה מתקנת לגבי היכולת של האחר לקבל אותו ככועס וממוקד בעצמו – כל אלה יכולים להוביל לשינוי מעגלי בכל המישורים. גישת ההטמעה האינטגרטיבית תציע לכלול בתוך הטיפול הפסיכודינמי כלים מהטיפול ההתנהגותי המבוססים על הרפיה, ולשלב דרכי טיפול ממוקדות בגוף כגון בוננות (mindfulness) להגברת הקישור בין התודעה לחוויה הפיסית. מימד אפשרי נוסף של אינטגרציה נוגע לשילובם של טיפול זוגי וטיפול תרופתי במערך הטיפול בדוד.

חשוב לנו להדגיש, כי מעבר להתערבויות ספציפיות, כוחה של הפסיכותרפיה האינטגרטיבית היא בהנחת מטפלים באשר למערכת עקרונות, אשר מהם נגזרות התערבויות כאלו או אחרות. במקרה של דוד, הגישה הטרנס-תאורטית (9) תציע להתאים את התהליך הטיפולי לשלב השינוי ולרמת השינוי המאפיינת את דוד, כעת ובהמשך הטיפול.

במקביל, הספרות מציעה גישות המציעות להתחיל בעבודה ממוקדת סביב הסימפטומים ולעבור רק לאחר מכן לעבודה ממוקדת תובנה או יצירת משמעות, גישות המציעות להתחיל מעבודה פסיכודינמית ורק עם התבססות לנוע לעבר עבודה ממוקדת על הסימפטומים, ואחרות המציעות עבודה בו-זמנית על כל המימדים (3). היכרות עם גישות אלו תאפשר למטפלת לעצב באופן מתמשך את שלבי העבודה המתאימים לדוד על סמך היכרותה המצטברת עמו.

ספרות:

1. Duffy M., Writing about clients: Developing composite case material and its rationale. *Counseling and Values*, 54: 135-152, 2010.
2. Norcross J.C., Goldfried M.R. (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. 2nd ed., New York, Oxford Univ. Press, 2005.

האקלקטית מזוהה עם דה-סרגרציה, הרי שאינטגרציה מבטאת מאמץ ליצור מערכות משולבות, תוך שאיפה לבנייה של מודלים קוהרנטיים ומקיפים להבנת האדם ולטיפול במצוקותיו.

מהסקירה עולה המתח המתמשך בין הפרדיגמות השונות בשדה האינטגרציה: אקלקטיות, אינטגרציה תיאורטית, גורמים משותפים והטמעה אינטגרטיבית. להערכתנו, קיימת חשיבות לטיפוח מתח זה, אשר יכול לאפשר את הדיאלקטיקה החיונית בין אינטגרציה כתהליך לבין אינטגרציה כתוצר (4, 6). לפי תפיסה זו, חשוב מחד, לתת ביטוי לצורך במודלים אינטגרטיביים ברורים ומבוססי פרקטיקה. מאידך, חשוב לפעול בכדי שהאינטגרציה של הפסיכותרפיה לא תהפוך לעוד אסכולה מקובעת, המתחרה באסכולות אחרות. כפי שמציע ויטל (4), האתגר המרכזי של התחום כיום הוא איפיון מנגנונים ותהליכים המסייעים לניהול שיטתי של תהליך האינטגרציה, ולא תוצרים ספציפיים. סטריקר (6) משתמש בסיפור של הגישה ההתנהגותית-קוגניטיבית, שהפכה לתוצר מוגדר בפני עצמו לאחר שניסתה לתת מענה למוגבלות של שתי הגישות המרכיבות אותה, כדי להזהיר את תנועת האינטגרציה של הפסיכותרפיה מלהתמקד בתוצרים יותר מאשר בתהליכים אינטגרטיביים. מודעות להיבט זה יכולה לשמור על התנועה האינטגרטיבית מפני תרומה פרדוקסלית ל'אתניות' של הפסיכותרפיה.

הצורך לשמר את המתח הדיאלקטי בין המודלים האינטגרטיביים השונים מחייב להאיר את תרומתם המתמשכת של הדוגלים בשיטת טיפול ספציפית 'טהורה' למערכת מורכבת זו. מובילי גישות אלו והמטפלים באמצעותן הם חלק בלתי נפרד מהתנועה האינטגרטיבית. כפי שמציע נורקרוס (3), תהליך שילובן של גישות שונות מסתמך על עבודתם של מטפלים אשר מעמיקים ומפתחים כל גישה בנפרד. הם מעשירים את ארגז הכלים שלנו, מעמיקים את הבנתנו הקלינית ומספקים ממצאים מחקריים שמטפלים אינטגרטיביים משתמשים בהם לצורך עבודתם.

הקריאה לפיתוח פרקטיקה מבוססת ראיות (Evidence Informed Practice), אותה מדגישים הכותבים שהזכרנו לעיל (6, 65), אל מול פסיכותרפיה מבוססת ממצאים (Evidence Based Psychotherapy), יכולה להיות לא רק גשר לאינטגרציה בין המחקר לפסיכותרפיה, אלא לאפשר לתחום העולה והמבטיח של אינטגרציה של הפסיכותרפיה להתמודד עם אחת מנקודות החולשה שלו – בחינה מחקרית מבוקרת של המודלים שהוא מציע. פיתוח של פרקטיקה מבוססת ראיות, הנשענת על מידע מסוגים שונים, כולל ניתוחי מקרה ותהליך ומשובים ממטפלים, יכול לקדם יצירת גשר דו-כיווני בין מחקר לפרקטיקה בדרך לאינטגרציה של הפסיכותרפיה (63), אך לא פחות מכך לחזק את התוקף המחקרי של מודלים אינטגרטיביים. אנו מוצאים לנכון לציין במיוחד את החשיבות של פיתוח מודלים תיאורטיים אינטגרטיביים המציעים תפיסה מגובשת וקוהרנטית של לגבי תפיסת האישיות, ההתפתחות, הפתולוגיה והטיפול.

3. Norcross J.C., A primer on psychotherapy integration. In: J.C. Norcross, M.R. Goldfried (Eds.), Handbook of psychotherapy integration. 2nd ed., pp 3-23. New York, Oxford Univ. Press, 2005.
4. Wachtel P.L., Psychotherapy integration and integrative psychotherapy: process or product? J. Psychotherapy Integration, 20: 406-416, 2010.
5. Gold J., Stricker G., Introduction: an overview of psychotherapy integration. In: G. Stricker, J. Gold (Eds.), A casebook of psychotherapy integration. pp 3-16. Washington, DC, APA, 2006.
6. Stricker G., A second look at psychotherapy integration. J. Psychotherapy Integration, 20: 397-405, 2010
7. Lazarus A.A., Multimodal therapy. In: J.C. Norcross, M.R. Goldfried (Eds.), Handbook of psychotherapy integration. 2nd ed., pp 105-120. New York, Oxford Univ. Press, 2005.
8. Beutler L.E., Consoli A.J., Lane G., Systematic treatment selection and prescriptive psychotherapy. In: J.C. Norcross, M.R. Goldfried (Eds.), Handbook of psychotherapy integration. 2nd ed., pp 121-143. New York, Oxford Univ. Press, 2005.
9. Prochaska J.O., DiClemente C.C., The transtheoretical approach. In: J.C. Norcross, M.R. Goldfried (Eds.), Handbook of psychotherapy integration. 2nd ed., pp 147-171. New York, Oxford Univ. Press, 2005.
10. Wachtel P.L., Psychoanalysis, behavior therapy, and the relational world. Washington, DC, APA, 1997.
11. Miller S.D., Duncan B.L., Hubble M.A., Outcome-informed clinical work. In: J.C. Norcross, M.R. Goldfried (Eds.), Handbook of psychotherapy integration. 2nd ed., pp 84-102. New York, Oxford Univ. Press, 2005.
12. Lambert M.J., Bergin A.E., The effectiveness of psychotherapy. In: A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed., pp 143-189. Oxford, Wiley & Sons, 1994.
13. Lambert M.J., Ogles B.M., The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M.J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5th ed., pp 139-193. New York, Wiley, 2004.
14. Castonguay L.G., "Common factors" and "nonspecific variables": Clarification of the two concepts and recommendations for research. J. Psychotherapy Integration, 3: 267-286, 1993.
15. Stricker G., Gold J., Assimilative psychodynamic psychotherapy. In: J.C. Norcross, M.R. Goldfried (Eds.), Handbook of psychotherapy integration. 2nd ed., pp 221-240. New York, Oxford Univ. Press, 2005.
16. Castonguay L.G., Newman M.G., Borkovec T.D., et al., Cognitive-behavioral assimilative integration. In: J.C. Norcross, M.R. Goldfried (Eds.), Handbook of psychotherapy integration. 2nd ed., pp 241-260. New York, Oxford Univ. Press, 2005.
17. French T.M., Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov. Am. J. Psychiatry, 12: 1165-1203, 1933.
18. Kubie L.S., Relation of the conditioned reflex to psychoanalytic technique. Arch. Neurology & Psychiatry, 32: 1137-1142, 1934.
19. Rosenzweig S., Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. Am. J. Orthopsychiatry, 6: 412-415, 1936.
20. Alexander F., French T.M., Psychoanalytic therapy: principles and application. Oxford, Ronald Press, 1946.
21. Dollard J., Miller N.E., Personality and psychotherapy: an analysis in terms of learning, thinking, and culture. New York, McGraw-Hill, 1950.
22. Lazarus A.A., Has behavior therapy outlived its usefulness? Am. Psychologist, 32: 550-554, 1977.
23. Rogers C.R., Psychotherapy today or where do we go from here? Readings in abnormal psychology: Human values and abnormal behavior. pp 84-92. Oxford, Scott Foresman, 1965.
24. Wolf E., Learning theory and psychoanalysis. Brit. J. Med. Psychology, 39: 1-10, 1966.
25. Marmor J., Dynamic psychotherapy and behavior therapy: are they irreconcilable? Arch. Gen. Psychiatry, 24: 22-28, 1971.
26. Bergin A.E., Cognitive therapy and behavior therapy: Foci for a multidimensional approach to treatment. Behav. Therapy, 1: 205-212, 1970.
27. Strupp H.H., On the basic ingredients of psychotherapy. J. Consult. and Clin. Psychology, 41: 1-8, 1973.
28. Frank J.D., Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy. Oxford, Johns Hopkins Univ. Press, 1961.
29. Wachtel P.L., Psychoanalysis and behavior therapy: toward an integration. New York, Basic Books, 1977.
30. Brady J.P., Psychotherapy by a combined behavioral and dynamic approach. Comprehensive Psychiatry, 9: 536-543, 1968.
31. Bergin A.E., Technique for improving de-sensitization via warmth, empathy, and emotional re-experiencing of hierarchy events. In: R. Rubin, C.M. Franks (Eds.), Advances in behavior therapy. New York, Academic Press, 1968.
32. Rhoads J.M., Feather B.W., The application of psychodynamics to behavior therapy. Am. J. Psychiatry, 131: 17-20, 1974.
33. Greenberg L.S., Safran J.D., Integrating affect and cognition: a perspective on the process of therapeutic change. Cognitive Therapy and Research, 8: 559-578, 1984.
34. Messer S.B., Winokur M., Some limits to the integration of psychoanalytic and behavior therapy. Am. Psychologist, 35: 818-827, 1980.
35. Barkham M., Shapiro D.A., Firth-Cozens J., Personal questionnaire changes in prescriptive vs. exploratory psychotherapy. Brit. J. Clin. Psychology, 28: 97-107, 1989.
36. Beutler L.E., Eclectic psychotherapy: a systematic approach. Elmsford, NY, Pergamon, 1983.
37. Ryle A., Some measures of goal attainment in focused integrated active psychotherapy: a study of fifteen cases. The Brit. J. Psychiatry, 137: 475-486, 1980.
38. Beutler L.E., Common factors and specific effects. Clin. Psychology: Science and Practice, 2: 79-82, 1995.
39. Grencavage L.M., Norcross J.C., Where are the commonalities among the therapeutic common factors? Professional Psychology: Research and Practice, 21: 372-378, 1990.
40. Ryle A., Cognitive-analytic therapy: active participation in change. Chichester, Wiley, 1990.

41. Robinson P., Hayes S.C., Acceptance and commitment: a model for integration. In: N.A. Cummings, J.L. Cummings, J.N. Johnson (Eds.), Behavioral health in primary care: a guide for clinical integration. pp 177-203. Madison, CT, Psychosocial Press, 1997.
42. Linehan M.M., Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, Guilford, 1993.
43. Kohlenberg R.J., Tsai M., Functional analytic psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships. New York, Plenum, 1991.
44. Pincus W.M., Integrative problem-centered therapy: a synthesis of family, individual, and biological therapies. New York, Basic Books, 1995.
45. Budman S.H., Time-effective couple therapy. In: J.M. Donovan (Ed.), Short-term couple therapy. pp 173-197. New York, Guilford, 1999.
46. Shirk S.R., Integrated child psychotherapy: treatment ingredients in search of a recipe. In: S.W. Russ, T.H. Ollendick (Eds.), Handbook of psychotherapies with children and families. pp 369-384. Dordrecht, Kluwer Academic Pub., 1999.
47. Norcross J.C., Goldfried M.R. (Eds.), Handbook of psychotherapy integration. New York, Basic Books, 1992.
48. Stricker G., Gold J.R., Comprehensive handbook of psychotherapy integration. New York, Plenum, 1993.
49. Goldfried M.R., Pachankis J.E., Bell A.C., A history of psychotherapy integration. In: J.C. Norcross, M.R. Goldfried (Eds.), Handbook of psychotherapy integration. 2nd ed., pp 24-60. New York, Oxford Univ. Press, 2005.
50. McCullough J.P., Treatments for chronic depression: cognitive behavior analysis system of psychotherapy (CBASP). New York, Guilford, 2000.
51. Lemmens F., de Ridder D., van Lieshout P., The integration of psychotherapy: goal or utopia? J. Cont. Psychotherapy, 24: 245-257, 1994.
52. Glass C.R., Arnkoff D.B., Rodriguez B.F., An overview of directions in psychotherapy integration research. J. Psychotherapy Integration, 8: 187-209, 1998.
53. Mahoney M.J., Diversity and the dynamics of development in psychotherapy integration. J. Psychotherapy Integration, 3: 1-13, 1993.
54. Goldfried M.R., Castonguay L.G., The future of psychotherapy integration. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 29: 4-10, 1992.
55. Norcross J.C., Wogan M., American psychotherapists of diverse persuasions: characteristics, theories, practices, and clients. Professional Psychology: Research and Practice, 14: 529-539, 1983.
56. Norcross J.C., Karpiak C.P., Lister K.M., What's an integrationist? a study of self-identified integrative and (occasionally) eclectic psychologists. J. Clin. Psychology, 61: 1587-1594, 2005.
57. Hollanders H., McLeod J., Theoretical orientation and reported practice: a survey of eclecticism among counsellors in Britain. Brit. J. Guidance & Counselling, 27: 405-414, 1999.
58. Kazantzis N., Deane F.P., Theoretical orientations of New Zealand psychologists: an international comparison. J. Psychotherapy Integration, 8: 97-113, 1998.
59. Orlinski D. et al., Development of psychotherapists: concepts, questions and methods of collaborative international study. Psychotherapy Research, 9: 127-153, 1999.
60. Beutler L.E., Machado P.P.P., Neufeldt S.A., Therapist variables. In: A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed., pp 229-269. Oxford, England, John Wiley & Sons, 1994.
61. Robertson M., Some observations from an eclectic therapist. Psychotherapy: Theory, Research, & Practice, 16: 18-21, 1979.
62. Schottenbauer M.A., Glass C.R., Arnkoff D.B., Outcome research on psychotherapy integration. In: J.C. Norcross, M.R. Goldfried (Eds.), Handbook of psychotherapy integration. 2nd ed., pp 459-493. New York, Oxford Univ. Press, 2005.
63. Goldfried M.R., The future of psychotherapy integration: closing the gap between research and practice. J. Psychotherapy Integration, 20: 386-396, 2010.
64. American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, Evidence-based practice in psychology. Am. Psychologist, 61: 271-285, 2006.
65. Kazdin A.E., Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. Am. Psychologist, 63: 146-159, 2008.
66. Ivey A.E., Brooks-Harris J., Integrative psychotherapy with culturally diverse clients. In: J.C. Norcross, M.R. Goldfried (Eds.), Handbook of psychotherapy integration. 2nd ed., pp 321-339. New York, Oxford Univ. Press, 2005.
67. Ponterotto J.G., Casas J.M., Suzuki L.A. et al., Handbook of multicultural counseling. 2nd ed., Thousand Oaks, CA, Sage, 2000.
68. Cross Jr. W.E., The psychology of nigrescence: Revising the Cross model. In: J.G. Ponterotto, J.M. Casas, L.A. Suzuki et al. (Eds.), Handbook of multicultural counseling. pp 93-122. Thousand Oaks, CA, Sage, 1995.
69. Ivey A., D'Andrea M., Ivey M. et al., Theories of counseling and psychotherapy: a multicultural perspective. Boston, Allyn & Bacon, 2002.
70. Ivey A., Ivey M., Myers J. et al., Developmental counseling and therapy: wellness over the lifespan. Boston, Lahaska Houghton Mifflin, 2005.
71. Norcross J.C., Halgin R.P., Training in psychotherapy integration. In: J.C. Norcross, M.R. Goldfried (Eds.), Handbook of psychotherapy integration. 2nd ed., pp 439-458. New York, Oxford Univ. Press, 2005.