

CUPRINS

Introducere	11
CAPITOLUL 1	
DEFINIȚIA ȘI CLASIFICAREA FACTORILOR COMUNI	13
1.1. De ce este eficace psihoterapia?	13
1.2. Factorii psihoterapeutici comuni	17
1.3. Modele ale factorilor psihoterapeutici comuni	21
1.3.1. Modelul relațional-procedural-persuasiune	21
1.3.2. Modelul principiilor metodologice și abilităților	21
1.4. Clasificarea factorilor comuni	22
CAPITOLUL 2	
VARIABILA CLIENT ÎN PSIHOTERAPIE	27
2.1. Clientul - cel mai important factor comun în psihoterapie	27
2.2. Stadiile schimbării și rezistența la schimbare	28
2.2.1. Stadiile schimbării în psihoterapie	28
2.2.2. Rezistența clientului la schimbare	32
2.2.3. Gestionarea rezistenței la schimbare	37
2.3. Motivația pentru psihoterapie	39
2.3.1. Tipurile de motivație	39
2.3.2. Motivația pentru schimbare și stadiile schimbării în psihoterapie	43
2.3.3. Motivația și procesul schimbării	45
2.3.4. Schimbarea terapeutică și interviul motivațional	47
2.3.5. Intervenții terapeutice pentru creșterea motivației pentru schimbare	50
2.4. Problema de prezentare și gradul de afectare funcțională	55
2.5. Dezvoltarea sinelui clientului	57
2.5.1. Conștientizarea globală a sinelui	58
2.5.2. Disocierea.....	59
2.6. Stima de sine, auto-eficacitatea și neajutorarea învățată	61
2.6.1. Conceptul de stimă de sine.....	61
2.6.2. Tipuri de stimă de sine	64
2.6.3. Auto-eficacitatea	66
2.6.4. Neajutorarea învățată.....	68
2.6.5. Stima de sine crescută și scăzută	69
2.6.6. Rușinea	71
2.6.7. Lucrul cu stima de sine scăzută	73
2.7. Stilul de coping	75
2.8. Stilul de atașament	78
2.8.1. Teoria atașamentului	78
2.8.2. Stilul de atașament al adultului	79

2.8.3. Stilul de atașament al clientului și procesul terapeutic.....	80
2.9. Personalitatea clientului.....	82
2.10. Tulburările de personalitate.....	83
2.11. Capacitatea de a asimila experiențele problematice.....	85
2.12. Valorile și preferințele clientului.....	86
2.13. Variabile demografice și de diversitate.....	87
CAPITOLUL 3	
VARIABILA PSIHOTERAPEUT.....	91
3.1. Psihoterapeutul - agent al schimbării.....	91
3.2. Variabilele relaționale.....	93
3.2.1. Empatia.....	93
3.2.2. Acceptarea necondiționată.....	96
3.2.3. Autenticitatea.....	98
3.2.4. Stilul de atașament.....	98
3.3. Variabilele profesionale.....	100
3.4. Variabilele de personalitate.....	105
3.5. Variabilele dezvoltamentale.....	106
3.5.1. Calități personale sau dezvoltare personală?.....	106
3.5.2. Dezvoltarea personală și atașamentul.....	108
3.5.3. Contratransferul și dezvoltarea personală a psihoterapeutului.....	109
3.5.4. Cât de „dezvoltat personal” trebuie să fie un psihoterapeut?.....	110
3.6. Variabile demografice și de diversitate.....	111
CAPITOLUL 4	
FACTORII COMUNI RELAȚIONALI.....	113
4.1. Alianța terapeutică.....	113
4.1.1. Definiția și componentele alianței terapeutice.....	113
4.1.2. Evaluarea alianței terapeutice.....	116
4.1.3. Locul alianței în procesul psihoterapeutic.....	125
4.1.4. Aspecte particulare ale alianței terapeutice.....	128
4.1.5. Neurobiologia alianței terapeutice.....	130
4.1.6. Construirea și întărirea alianței terapeutice.....	131
4.1.7. Rupturile alianței.....	133
4.1.8. Repararea rupturilor alianței.....	138
4.2. Relația terapeutică.....	142
4.2.1. Construirea și menținerea relației terapeutice.....	142
4.2.2. Principii relaționale în psihoterapie.....	144
4.2.3. Modelul celor șase modalități ale relațiilor.....	146
4.3. Transferul și contratransferul.....	150
CAPITOLUL 5	
FACTORII COMUNI TRANS-TEORETICI.....	153
5.1. Decizia clinică.....	153
5.2. Contextul terapeutic.....	153
5.3. Placebo, speranța și expectanța.....	156
5.3.1. Efectul placebo.....	156
5.3.2. Expectanțele privitoare la psihoterapie.....	156
5.3.3. Speranța.....	158
5.4. Procesul terapeutic.....	158

5.5. Adaptarea strategiei la problema de prezentare.....	159
5.6. Schimbarea extraterapeutică.....	162
CAPITOLUL 6	
FACTORII COMUNI STRATEGICI.....	163
6.1. Mitul terapeutic	163
6.2. Procesul de evaluare	167
6.2.1. Diagnosticul și formularea cazului	167
6.2.2. Evaluarea riscului	171
6.2.3. Diagnosticul categorial versus diagnosticul dimensional	172
6.2.4. Diagnosticul dimensional	176
6.2.5. Diagnosticul proiectiv	177
6.2.6. Diagnosticul relațional	201
6.3. Întărirea eului	202
6.4. Procesarea emoțională	207
6.5. Insight-ul	213
6.6. Experiențele de învățare.....	216
6.6.1. Experiențele de învățare interpersonală.....	216
6.6.2. Experiența emoțională corectivă	217
6.7. Atribuirea rezultatelor psihoterapiei	218
6.8. Ritualurile și tehnicile terapeutice.....	219
6.8.1. Tehnicile psihoterapeutice ca factori comuni	219
6.8.2. Puterea ritualurilor psihoterapeutice.....	220
6.8.3. Principiul expunerii	222
6.8.4. Eclectismul tehnic în psihoterapia integrativă.....	222
Bibliografie	225

CAPITOLUL 1

DEFINIȚIA ȘI CLASIFICAREA FACTORILOR COMUNI

1.1. De ce este eficace psihoterapia?

Este psihoterapia o artă sau o știință? Jumătate de secol de cercetări în psihoterapie arată că psihoterapia este mai degrabă un meșteșug, conținând elemente care pot fi clarificate prin investigație științifică (Joyce, Wolfaard și colab., 2006). Putem identifica în mod științific elementele cheie asociate schimbării terapeutice, dar creativitatea și responsivitatea psihoterapeutului par să joace un rol major în psihoterapie, deși pe parcursul evoluției psihoterapiei au apărut peste 400 de școli de psihoterapie, fiecare propunând mijloace specifice de tratament (Prochaska și Norcross, 1999).

Dezbaterile privitoare la eficacitatea psihoterapiei au un istoric lung și controversat, încă de când Hans Eysenck spunea că, în absența tratamentului medicamentos, psihoterapia nu este cu nimic mai eficace decât trecerea timpului. Totuși, timpul (meta-analizele) a demonstrat că psihoterapia funcționează în 80% din cazuri (Joyce, Wolfaard și colab., 2006).

Așa cum spunea însă Nassralach (2013) (p.18): *„În ciuda binei documentate eficiențe într-o multitudine de tulburări neuropsihiatrice, psihoterapia nu a reușit niciodată să scape de aura nedorită de intervenție nu chiar legitimă din punct de vedere medical. Pentru multe persoane neinformate, psihoterapia nu este un tratament adevărat, ca medicația sau o intervenție chirurgicală. Este adesea numită și terapie prin cuvinte, ceea ce produce scepticism sau zâmbete ironice, pentru că vorbitul este o activitate socială obișnuită”*.

Datorită acestei „probleme de imagine”, multe sisteme de asigurări de sănătate limitează decontarea serviciilor de psihoterapie, favorizând medicația. Însă o dovadă serioasă privitoare la efectul psihoterapiei o constituie studiile de tomografie prin emisie de pozitroni, care arată că psihoterapia produce schimbări în anumite regiuni ale creierului, identice cu regiunile care prezintă schimbări în cazul farmacoterapiei (Nassralach, 2013). Psihoterapia, prin componentele sale (comunicare verbală și non-verbală, evocarea amintirilor, empatizare, insight, catharsis, etc.), se traduce prin modificări ale plasticității neuronale și modificarea circuitelor neuronale responsabile de sentimente, gândire și comportament. Creierul

uman se află în continuă schimbare, formând spine dendritice care codează instantaneu amintiri verbale și non-verbale ca răspuns la experiență (Nassralach, 2013), astfel încât psihoterapia ar putea fi numită „neuro-psihoterapie” pentru a sublinia impactul pe care îl are asupra structurii și funcției neuronilor.

Continuăm însă să avem o problemă: în 1980 existau 250 de abordări în psihoterapie, în 1996 existau 450, iar în 2016 sunt peste 200 de abordări psihoterapeutice practicate frecvent în întreaga lume. O astfel de situație nu contribuie la credibilitatea psihoterapiei, mai ales că, în ciuda faptului că ne aflăm în secolul 21, există încă rivalități între diversele orientări psihoterapeutice. În 2013 Ofofwe se întreba: *„Este posibil să ajungem la o stare de armonie, unitate, sau la acel Eu sunt OK, Tu ești OK propus de analiza tranzacțională? Este posibil ca psihanaliza, psihoterapia cognitiv-comportamentală, terapia centrată pe client, psihodrama și logoterapia, etc., să aibă multe în comun și să se ajungă la un acord în ciuda diferențelor în ce privește originea, fundamentele lor teoretice, raționamentul și tehnicile? Ar putea exista unitate în diversitate?”* (Ofofwe, 2013) (p. 137).

Se pare că da. Blagys și Hilsenroth (2000) au studiat diferențele dintre psihoterapeuții de orientare psihodinamică și cei de orientare cognitiv-comportamentală în modul în care se desfășoară psihoterapia și au ajuns la următoarele concluzii:

(1) Psihoterapeuții de orientare psihodinamică se adresează emoțiilor și exprimării lor, se concentrează asupra factorilor din cadrul ședințelor de psihoterapie care pot facilita sau împiedica progresul, explorează experiențele și relațiile clientului, se concentrează pe experiențele din trecut, se adresează experiențelor interpersonale ale clientului, explorează alianța terapeutică și discută visele, fanteziile și dorințele clientului;

(2) Psihoterapeuții de orientare cognitiv-comportamentală utilizează teme de casă și activitățile extraterapeutice, sunt directivi, îi învață pe clienți diverse abilități pentru a se descurca cu problema de prezentare, subliniază experiențele viitoare ale clientului, prezintă informații despre tulburarea clientului și se concentrează pe factori interpersonali cognitivi; și

(3) Deși în aparență cele două abordări psihoterapeutice par foarte diferite, atât psihoterapeuții de orientare psihodinamică, cât și cei de orientare cognitiv-comportamentală care sunt eficace, tind să ofere clienților sfaturi despre ce să facă între ședințele de terapie, sunt încurajatori și rar vorbesc despre interacțiunea dintre ei și clienți (Brown, 2015).

Aparent orice psihoterapie încununată de succes este condusă de un psihoterapeut care are capacitatea de a-și implica clientul în procesul terapeutic (Sexton, Whiston, Bleuer și Walz, 1997). Procesul schimbării implică relația terapeutică, tehnicile terapeutice, placebo, speranța, expectanța și ritualurile (Lin, 2016).

În 2009 Kazdin (p.426) spunea: „După decenii de cercetare în psihoterapie încă nu avem o explicație bazată pe dovezi a modului și motivelor pentru care intervențiile psihoterapeutice conduc la schimbare”. Cu alte cuvinte, deși psihoterapia funcționează, știm destul de puține lucruri despre motivul pentru care funcționează (Lundh, 2014). Cu toate că există mai multe dovezi în favoarea unor forme de psihoterapie (de exemplu psihoterapia cognitiv-comportamentală) comparativ cu altele (de exemplu psihoterapia psihodinamică), datorită volumului de cercetări din anumite domenii ale psihoterapiei, nu prea avem dovezi care să susțină ipoteza că o formă de psihoterapie ar fi mai eficace decât alta (Wampold, 2001). Astfel, s-a ajuns la concluzia că toate psihoterapiile au eficacitate egală (Luborsky și colab.,2002), iar ceea ce funcționează sunt așa-numiții factori comuni sau nespecifici (Lundh, 2014).

Totuși și la acest capitol apar multe discuții în literatura de specialitate. O ipoteză care explică de ce funcționează psihoterapia este aceea că există factori comuni în psihoterapie, cum ar fi alianța și relația terapeutică, speranța și expectanțele, etc., în timp ce altă ipoteză este cea conform căreia metodele terapeutice contează, dar există mult mai multe similitudini metodologice între diversele forme de psihoterapie decât ne-am imagina la prima vedere (Lundh, 2014). Însă și aceste similitudini au început să fie denumite factori psihoterapeutici comuni. De exemplu, un factor comun în psihoterapie, legat de conținutul psihoterapiei, este principiul expunerii, diversele psihoterapii având denumiri diferite pentru proceduri similare: intervenții paradoxale, desensibilizare sistematică, centrare pe emoții, etc. Un alt exemplu este acela că psihoterapia implică întotdeauna recunoașterea, etichetarea și diferențierea emoțiilor, în cadrul unui proces care include credințele despre controlul emoțiilor, exprimarea emoțiilor și validarea lor (Leahy, 2007), procesarea emoțiilor fiind o variabilă importantă a schimbării, independentă de orientarea terapeutică (Hayes, Beavers, Feldman, Lawrenceau și Perlman, 2005).

Încă din 1980 Goldfried spunea că deși variatele psihoterapii diferă destul de mult în termeni de teorie și tehnici specifice, se pare că toate împărtășesc o serie de „principii fundamentale ale schimbării terapeutice”, cum sunt facilitarea experiențelor emoționale corective și feed-back-ul direct pentru creșterea conștientizării de către client. Dar un tratament bazat pe suport empiric susține că psihoterapia conține tehnici specifice care au drept scop remedierea unor deficite identificabile care formează diateza unei anumite tulburări mentale (Barlow, 2004). Abordările empirice conțin o varietate de componente comune tuturor psihoterapiilor, cum sunt alianța terapeutică, inducerea unei expectanțe pozitive privitoare la schimbare și re-moralizarea (Laska, Gurman și Wampold, 2014), însă conțin și proceduri psihologice specifice pentru anumite psihopatologii (Barlow, 2004). Conform cu Baker (p.72): „Plauzibilitatea științifică se referă la gradul în care o intervenție are sens și la dovezile formale privitoare la mecanismele sale. În absența unui mecanism specific demonstrat sau plauzibil, mai ales în ce

privește intervențiile psihosociale, există posibilitatea ca acea intervenție să nu fie altceva decât un ritual nespecific credibil sau un efect placebo” (Baker, McFall și Shoham, 2008).

Teoriile cu suport empiric susțin că există un mecanism specific al schimbării, bazat pe o anumită teorie (Laska, Gurman și Wampold, 2014). De exemplu, expunerea prelungită în sindromul de stres post-traumatic derivă conceptual din teoria procesării emoționale (Foa, Hembree și Rothbaum, 2007), terapia interpersonală în același sindrom de stres post-traumatic derivă din teoria interpersonală a atașamentului (Markowitz, Milrod, Bleiberg și Marshall, 2009), iar terapia prin acceptare și angajament (ACT) și psihoterapia cognitiv-comportamentală (CBT) sunt considerate modele diferite cu fundament filosofic diferit (Hofman & Asmundson, 2008; Hayes, Stroschal și Wilson, 2012).

Numai că în secolul 21 cercetătorii au identificat simptome comune într-o serie de tulburări mentale (de exemplu tulburările de dispoziție și anxietatea), astfel că au apărut protocoale de tratament comune, care de fapt se suprapun în mare măsură cu abordarea factorilor comuni în psihoterapie (Laska, Gurman și Wampold, 2014).

Abordarea factorilor comuni conceptualizează psihoterapia ca practică de vindecare construită și mediată social (Wampold, 2001). Modelul factorilor comuni se centrează asupra factorilor necesari și suficienți pentru schimbare (Laska, Gurman și Wampold, p. 469):

- o legătură cu încărcătură emoțională care se formează între psihoterapeut și client;
- un cadru de vindecare în care are loc psihoterapia;
- un psihoterapeut care furnizează o explicație pentru distresul emoțional, derivată din psihologie și ancorată în cultură;
- o explicație adaptativă (care furnizează opțiuni viabile și credibile pentru depășirea dificultăților specifice), care este acceptată de client; și
- o serie de proceduri sau ritualuri în care se angajează clientul și psihoterapeutul astfel încât să conducă clientul înspre a face ceva pozitiv, adaptativ sau care îi este de ajutor.

În timp ce abordările cu suport empiric susțin importanța diferențelor dintre variatele teorii ale schimbării, abordarea factorilor comuni susține că adoptarea unei teorii credibile este numai un aspect dintre factorii care contribuie la schimbare.

Există o serie de predicții fundamentale în teoria factorilor comuni (Laska, Gurman și Wampold, 2014, p. 469):

- orice psihoterapie care conține toți factorii de mai sus va fi eficace (Lambert, 2013);

- factorii relaționali cum sunt empatia, consensul asupra scopurilor, colaborarea, alianța terapeutică și acceptarea necondiționată determină rezultatul psihoterapiei;
- între psihoterapeuți vor exista diferențe, respectiv psihoterapeuții mai eficace au o mai mare abilitate de furnizare a acestor factori; și
- tratamentele psihoterapeutice vor avea rezultate mai bune decât cele suportive sau placebo.

1.2. Factorii psihoterapeutici comuni

Încă din 1936, Rosenzweig, observând că toate formele de psihoterapie sunt eficace, invoca faimosul verdict al păsării Dodo, din Alice în Țara Minunilor: „*Toată lumea a câștigat și toți trebuie să primească premii*”, pentru a caracteriza rezultatele psihoterapiei (Greencavage și Norcross, 1990). Dacă mai multe orientări psihoterapeutice au un succes egal, probabil că ele nu sunt atât de diferite precum par la prima vedere. În 1980 Goldfried (p.996) scria: „*Având în vedere că practicienii aparținând unor orientări variate ajung la strategii psihoterapeutice comune, probabil că ceea ce se întâmplă sunt fenomene importante, pentru că au reușit să supraviețuiască distorsiunilor datorate prejudecăților teoretice ale psihoterapeuților.*”

Așa cum menționam mai sus, istoria factorilor comuni în psihoterapie a început cu Saul Rosenzweig, care în 1936 sublinia că este important să furnizăm clientului un mod alternativ și mai plauzibil de a se privi pe sine însuși și lumea înconjurătoare și că la fel de importante sunt capacitatea terapeutului de a instila speranța și de a face interpretări (Lin, 2016). Articolul lui Rosenzweig, „Unii factori implicați în diverse metode de psihoterapie”, marchează începutul conceptului de factori comuni, așa cum este el utilizat astăzi (Rosenzweig, 1936). La scurt timp după publicarea acestui articol, în 1940, a avut loc conferința Societății Americane de Ortopsihiatrie, unde s-a discutat despre domeniile psihoterapiei asupra cărora s-a ajuns la un acord general. Cu ocazia acestei conferințe, Rosenzweig a prezentat teoria sa asupra factorilor comuni, iar Carl Rogers a prezentat punctele comune ale psihoterapiilor care se ocupau de tratamentul copiilor (Sparks, Duncan și Miller, 2006). În 1946 Alexander și French susțineau că cel mai important factor comun în psihoterapie este experiența emoțională corectivă, iar Fiedler (1950) se centra pe relația terapeutică ca principal factor al schimbării. Abia în 1953 însă, Heine publica un articol în care arăta că un factor comun există cu siguranță în toate orientările psihoterapeutice. Patru ani mai târziu, în 1957, Sol Garfield spunea că elementele fundamentale ale psihoterapiei sunt: un terapeut înțelegător, o bună relație terapeutică și o nouă înțelegere de către client a problemelor sale (insight și catharsis). În același an, Carl Rogers arăta că psihoterapia nu este eficace datorită

anumitor tehnici specifice, ci pentru că furnizează un anumit tip de relație umană. În articolul său, „Condițiile necesare și suficiente pentru schimbarea terapeutică a personalității”, publicat în Revista de Consultare și Psihologie Clinică, Rogers spunea că psihoterapia eficientă este cea în care psihoterapeutul respectă condițiile fundamentale pentru o relație bună: empatie, respect și autenticitate (Rogers, 2008). Prima carte despre factorii comuni în psihoterapie, „Persuasiune și vindecare”, a fost scrisă de Jerome Frank în 1961 și a fost reeditată până în 1991. În analiza sa, Frank trăgea concluzia că psihoterapia, în variatele sale orientări și formate, ar trebui considerată o singură entitate (Sparks, Duncan și Miller, 2006). Frank (1961) identifica ca factori comuni în psihoterapie: efectul placebo, expectanța schimbării, speranța, activitatea din afara ședințelor de psihoterapie, experiențele emoționale corective și un nou mod de înțelegere a sinelui. În anii 1970 Truax și Mitchell subliniau importanța căldurii, empatiei și acceptării necondiționate, iar Shapiro, Morris, Garfield, Strupp, Luborsky și Hadley au conceptualizat mai exact factorii terapeutici comuni și au contribuit la validarea concluziei empirice a lui Rosenzweig. Începând cu anii 1980 interesul pentru factorii comuni a crescut constant, mai ales datorită studiilor care indicau echivalența eficacității variatelor orientări terapeutice (Garfield, 1982; Goldfried, 1982; Miller, Duncan și Hubble, 1997; Patterson, 1989; Weinberger, 1993). În 1982 Appelbaum sugera existența a șase condiții necesare pentru schimbare: o explicație, o relație terapeutică, expectanțele clientului, experiența emoțională corectivă și o stare de conștiință modificată. În anii 1990 a început căutarea unui cadru conceptual al factorilor comuni, care să poată fi aplicat în orice orientare psihoterapeutică. Una din cele mai importante lucrări din acea perioadă a fost cartea lui Norcross și Goldfried (1992), „Manual de integrare în psihoterapie”.

În secolul 20 explorarea și evoluția integrării în psihoterapie s-au îndreptat în trei direcții: realizarea de teorii integrative, identificarea abordărilor eclecticice și căutarea factorilor comuni în psihoterapie (Arkowitz, 1989). Scopul principal al cercetătorilor interesați de factorii comuni a fost acela de a identifica mecanismele schimbării care sunt comune diverselor orientări psihoterapeutice, astfel încât să fie realizate modalități de tratament bazate pe aceste mecanisme (Greencavage & Norcross, 1990). Cu alte cuvinte, ne vom întreba dacă psihoterapiile psihodinamice se supun întotdeauna principiilor psihanalitice, dacă psihoterapeuții Rogersieni sunt întotdeauna non-directivi și dacă psihoterapia comportamentală este cu adevărat comportamentală (Locke, 1971). Consensul general este acela că există o mare diferență între ceea ce psihoterapeuții fac și ceea ce spun că fac - sau ceea ce le spun manualele că ar trebui să facă (Castonguay & Goldfried, 1994). Dar orice școală serioasă de psihoterapie are propria teorie, chiar dacă adesea vag formulată, privitor la ingredientele active în terapie. Multe din aceste teorii par să se excludă reciproc (Jorgensen, 2004). Cele mai multe școli de psihoterapie însă împărtășesc patru întrebări fundamentale (Jorgensen, 2004, p. 518): Care este natura psihopatologiei? Care sunt tehnicile terapeutice importante? Care este natura schimbării terapeutice

(respectiv care sunt criteriile esențiale pentru a determina și evalua succesul terapeutic)? Care sunt ingredientele active sau esențiale în psihoterapie?

Dacă adoptăm punctul de vedere al psihanalizei Freudiene, atunci psihopatologia este rezultatul impulsurilor suprimate, reprimite sau conflictuale, ori incapacitatea eului de a împăca cerințele id-ului, supraeului și realității externe, așa încât sarcina esențială a psihoterapiei este întărirea eului și ajutorarea clientului pentru a-și gestiona impulsurile. Dacă adoptăm punctul de vedere cognitivist, atunci psihopatologia are drept cauză credințele centrale și modul de a gândi despre lumea înconjurătoare, așa că tehnicile terapeutice trebuie să fie direcționate spre corectarea schemelor cognitive. Deși suferința clientului este un fapt obiectiv, înțelegerea teoretică a psihopatologiei este un construct social (Jorgensen, 2004).

Cercetările au arătat însă că există similitudini remarcabile între diversele orientări terapeutice în ce privește, printre altele, relația terapeutică, expectanțele clientului, experiențele emoționale corective și valorile (Castonguay, 2000). În plus, nu există diferențe între orientările psihoterapeutice în termeni de rezultate concrete (Assay & Lambert, 1999).

Pe de altă parte, deși au fost identificați mulți factori psihoterapeutici comuni, aceștia nu sunt singurele ingrediente active ale psihoterapiei. Toți clinicienii știu că nici o formă de psihoterapie, cu toate ingredientele sale și repertoriul său tehnic, nu este eficientă pentru toate problemele clinice (Norcross & Newman, 1992). În mod similar, ar fi absurd să credem că putem trata eficient orice problemă clinică restrângându-ne la intervențiile bazate pe factorii terapeutici comuni (Castonguay, 2000). Factorii comuni sunt utilizați în combinație cu metodele terapeutice caracteristice unei anumite orientări terapeutice. Așa cum arăta Garfield în 1992, probabil cea mai eficientă abordare în psihoterapie combină factorii comuni cu variabilele specifice unei anumite orientări terapeutice (p. 67). Ca urmare, o abordare integrativă bazată exclusiv pe strategia factorilor comuni nu este probabil o opțiune viabilă, cel puțin nu în acest moment (Castonguay, 2000). Conform cu Goldfried (1980) psihoterapia se bazează pe trei meta-nivele: un model teoretic de înțelegere a funcționării umane, un model al procesului schimbării și tehnicile utilizate pentru facilitarea schimbării. La nivel teoretic putem identifica cei mai puțini factori psihoterapeutici comuni, pentru că acordul conceptual este mai dificil de stabilit, chiar și în cadrul aceleiași orientări teoretice. Cele mai multe similitudini există la nivel pur tehnic, dar similitudinile cele mai semnificative se regăsesc la nivelul procesului schimbării (Castonguay, 2000): alianța de lucru, facilitarea unei experiențe emoționale corective, găsirea unui nou punct de vedere asupra sinelui, etc. Atât psihoterapeuții de orientare cognitiv-comportamentală, cât și cei de orientare psihodinamică caută să schimbe punctul de vedere al clientului asupra propriei persoane și a altora (Castonguay, Goldfried, Hayes, Rane, Wiser, & Shapiro, 1990).

Este de observat că simpla relație psihoterapeutică bună nu este suficientă pentru ca o psihoterapie să fie eficace. Alianța terapeutică este un factor predictiv