

CÓMO LIDIAR CON LA AMBIVALENCIA EN PSICOTERAPIA: UN MODELO CONCEPTUAL PARA LA FORMULACIÓN DE CASO

HOW TO DEAL WITH AMBIVALENCE IN PSYCHOTHERAPY: A CONCEPTUAL MODEL FOR CASE FORMULATION

João Tiago Oliveira, Miguel M. Gonçalves, Cátia Braga y António P. Ribeiro

Centro de Investigación de Psicología. Escuela de Psicología, Universidade do Minho

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Oliveira, J. T., Gonçalves, M. M., Braga, C. y Ribeiro A. P. (2016). Cómo Lidar con la Ambivalencia en Psicoterapia: Un Modelo Conceptual para la Formulación de Caso. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 83-100.

Traducción del artículo: Danilo Moggia

Resumen

Se ha considerado que la ambivalencia ejerce un rol determinante en el proceso y en el resultado terapéutico. A lo largo del proceso los clientes suelen adoptar dos posiciones opuestas acerca del cambio. Por un lado, piensan en la necesidad de cambio, por el otro, la rechazan. Investigaciones empíricas precedentes han sugerido que la ambivalencia es un proceso común, tanto en casos de buen y mal resultado, sin embargo, cuando ésta no se resuelve, el proceso terapéutico tiende a fracasar. En este sentido, la comprensión de este fenómeno tiene el potencial de promover mejores resultados en la práctica clínica. En este artículo presentamos un marco conceptual transteórico que terapeutas de diferentes orientaciones pueden utilizar para conceptualizar la ambivalencia en psicoterapia. Específicamente discutimos: a) los movimientos a favor del cambio; b) los movimientos que en contra del cambio; c) los procesos involucrados en la resolución de la ambivalencia. Se utiliza un caso de psicoterapia para ilustrar nuestra propuesta y se sugiere un conjunto de guías para ayudar a los terapeutas a conceptualizar y a lidiar con uno de los procesos más asociado al fracaso terapéutico.

Palabras clave: ambivalencia, psicoterapia, cambio, momentos de innovación, formulación de caso

Abstract

Ambivalence has been considered to exert a determinant role in the therapeutic process and outcome. Throughout the process clients often adopt two opposite positions about change. On one hand, they think about the need for change, on the other, they reject it. Previous empirical studies have been suggesting that ambivalence is a common process both in poor- and good-outcome cases, however, when it's not resolved the therapeutic process tends to fail. In this sense the understanding of this phenomenon has the potential to promote better results in clinical practice. In this paper we present a transtheoretical conceptual framework that therapists from different approaches can use to conceptualize ambivalence in psychotherapy. Specifically, we discuss a) the movements towards change; b) the movements away from change, and; c) the processes involved in the ambivalence resolution. One psychotherapy case is used to illustrate our proposal and a set of guidelines is suggested to help therapists to conceptualize and deal with one of the processes most associated with therapeutic failure.

Keywords: ambivalence, psychotherapy, change, innovative moments, case formulation

Fecha de recepción: 10 mayo 2016. Fecha de aceptación: 20 mayo, 2016.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: mgoncalves@psi.uminho.pt

Dirección postal: Miguel M. Gonçalves, CIPsi – Centro de Investigación de Psicología, Unidad de Investigación en Psicoterapia y Psicopatología, Escuela de Psicología, Universidade do Minho, Campus Gualtar 4710-057 Braga, Portugal.

© 2016 Revista de Psicoterapia



El rol de la psicoterapia como práctica sanitaria es innegable (Lambert, 2013; Wampold, 2010). En los años recientes, las investigaciones acerca de los efectos de la psicoterapia se han multiplicado, mostrando tamaños del efecto entre .75 y .85 (Wampold & Imel, 2015). De hecho, este efecto es mucho mayor que el de muchas prácticas médicas “basadas en la evidencia”, incluyendo intervenciones en cardiología, geriatría, asma, entre otras (Wampold, 2007). Sin embargo, de momento, la pregunta más importante no es si la psicoterapia verdaderamente funciona, sino que “¿Por qué y cómo la terapia conduce al cambio?” (Kazdin, 2009, p. 418).

Desde la perspectiva del cliente, la psicoterapia puede compararse a escalar una gran roca en el que no hay puntos claros de apoyo. Después de tomar la decisión de comenzar a escalar, que en sí misma ya constituye un gran paso, el/ la cliente debe lidiar con el reto que implica cada etapa, conociendo y confiando en la seguridad de los puntos donde pondrá sus manos y pies, con el objetivo de alcanzar la cumbre. El principal problema es que, algunas veces, el final del recorrido es visto como inalcanzable, llevando al escalador a tener que volver atrás y desistir del reto. De forma similar, a pesar de la bien establecida efectividad de la psicoterapia (Lambert, 2013), cerca del 50% de los clientes termina la terapia prematuramente (Leahy, 2012; Swift & Greenberg, 2012) y aun peor, entre un 5 a un 10% presentan ciertos niveles de deterioro al término de la terapia (Lambert & Ogles, 2004). Esta cuestión ha conducido a diversos investigadores a considerar que el estudio de “¿Por qué las personas no cambian?” puede aportar pistas importantes en la búsqueda de vías para alcanzar el cambio conductual (Arkowitz & Lilienfeld, 2007).

Un robusto cuerpo de investigación ha resaltado la importancia del compromiso del cliente con la terapia para el logro de buenos resultados (Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994). Por otra parte, altos niveles de resistencia al cambio, reactividad o incumplimiento, están asociados con malos resultados en psicoterapia y con altas tasas de abandono (Beutler, Harwood, Michelson, Song, & Holman, 2011; Engle & Arkowitz, 2006; Jin, Sklar, Min Sen Oh, & Chuen Li, 2008). Así pues, la comprensión de los mecanismos que le hacen difícil al cliente cumplir con las sugerencias que provienen de otros resulta crucial para entender cómo la terapia conduce al cambio (Beutler et al., 2011; Boutin, Dumont, Ladouceur, & Montecalvo, 2003; Callard, 2014; Rowa et al., 2014).

El cambio es un proceso oscilatorio que implica tiempo y esfuerzo, avances y retrocesos (Mahoney, 1991). A lo largo de la terapia, los clientes suelen presentar conductas, actitudes u objetivos que van en la dirección opuesta a la del cambio o que van en contra de las sugerencias del terapeuta (resistencia), aun cuando ellos verbalizan un deseo por cambiar (Hagedorn, 2011). En otras palabras, los clientes habitualmente sienten dos posiciones diferentes e incluso opuestas acerca del cambio. Por una parte, piensan acerca de la necesidad de cambio. Por otra, la rechazan. Estos movimientos oscilatorios, expresados en un conflicto de aproximación-evitación (Dollard & Miller, 1950), sugiere que el cliente está experimentando ambivalencia respecto al cambio (Engle & Arkowitz, 2006).

La ambivalencia es un proceso natural que puede ocurrir en cualquier cliente de psicoterapia. Sin embargo, cuando no se resuelve, los problemas tienden a intensificarse (Miller & Rollnick, 2002). La ambivalencia implica un conflicto intrapsíquico entre “Quiero cambiar” y “No quiero cambiar” (Button, Westra, Hara, & Aviram, 2014) o, como sugirió Kaplan (1972) una actitud tanto favorable como desfavorable frente a un estímulo u objeto. De forma sistemática podemos considerar que la ambivalencia está presente cuando se observa lo siguiente: a) el cliente cree que el cambio será positivo para su vida; b) el cliente tiene el conocimiento de lo que es necesario hacer para conseguir el cambio; c) la presencia de conductas que indican movimientos a favor del cambio; d) conductas que indican movimientos en contra del cambio, y e) el cliente experimenta emociones negativas a causa del hecho de no estar cambiando (Engle & Arkowitz, 2006).

Formulación de Caso en Psicoterapia: Un Marco Conceptual para la Ambivalencia

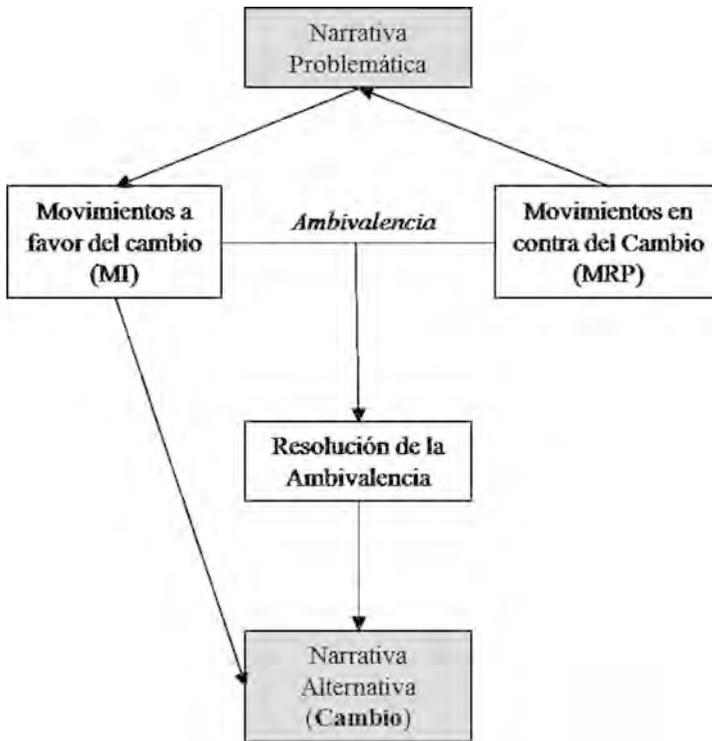
Para la formulación de caso de cualquier psicoterapia, necesitamos formular hipótesis acerca de las causas, factores precipitantes y mantenedores del problema de la persona (Eells, 2011). Nuestro propósito no es desarrollar una teoría que explique el funcionamiento humano, sino presentar un marco conceptual transteórico que terapeutas de diferentes orientaciones puedan utilizar para conceptualizar la ambivalencia en psicoterapia. Así pues, con la finalidad de conceptualizar la ambivalencia al cambio de un determinado cliente, después de identificar donde el cliente se encuentra actualmente—el problema—y cuál es el escenario que a nosotros (terapeuta y cliente) nos gustaría alcanzar, necesitamos definir: 1) los momentos en los que el cliente se está moviendo a favor del cambio; 2) los momentos en los que el cliente cancela estos movimientos; y 3) cómo el cliente resuelve este bloqueo. La Figura 1 ilustra estos procesos.

Ambivalencia: Movimientos cíclicos a favor y en contra del cambio

Nuestro trabajo está inspirado en la Terapia Narrativa (White, 2007), sin embargo, los terapeutas pueden utilizar este conocimiento en el contexto de cualquier otra orientación terapéutica (ej. Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia Focalizada en la Emoción) para guiar su conceptualización. A continuación presentamos brevemente cómo el terapeuta puede identificar la ambivalencia al cambio, considerando los principales aspectos del fenómeno: los movimientos cíclicos a favor y en contra del cambio.

Identificando los movimientos a favor del cambio. Las personas damos significado a nosotros mismos, a los otros y al mundo, a través de la construcción de narrativas (e.g., McAdams, 1993; Sarbin, 1986; White & Epston, 1990). Estas estructuras funcionan como reglas implícitas que guían la construcción de significados que emergen desde la experiencia, dando forma a nuestros procesos conductuales, cognitivos, emocionales e interpersonales (Ribeiro et al., 2014). Una

Figura 1. Representación esquemática de la ambivalencia a lo largo del proceso de cambio. MI: Momentos de Innovación; MRP: Marcadores de Retorno al Problema.



narrativa debe ser lo suficientemente flexible como para incorporar diferentes voces (perspectivas) acerca de la experiencia, aun cuando estas son discrepantes acerca de cómo la persona se percibe a sí misma. Los clientes en psicoterapia presentan narrativas consideradas problemáticas cuando éstas son rígidas, desorganizadas y/o monotemáticas, fracasando en el poder captar partes importantes de la propia experiencia (Lysaker & Lysaker, 2002; McAdams, 1993; Ribeiro et al., 2014). En este sentido, el cambio sucede a través del surgimiento de excepciones a las reglas de la narrativa problemática, en la forma de pensamientos, emociones, acciones o proyectos (White & Epston, 1990), las que Gonçalves y colaboradores (2011) denominaron Momentos de Innovación (MI; Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009). Estos acontecimientos dan la oportunidad a que voces excluidas, que son cruciales para la construcción de una narrativa nueva y más adaptativa, aparezcan y más adelante sean asimiladas.

Los resultados de investigaciones empíricas sugieren siete tipos de MI: Acción I y II, Reflexión I y II, Protesta I y II, y Reconceptualización (Tabla 1). Estas investigaciones también sugieren un patrón consistente de cambio a lo largo de diferentes orientaciones terapéuticas y a lo largo de diferentes condiciones clínicas (e.g., Alves et al., 2013; Alves, Fernández-Navarro, Ribeiro, Ribeiro, & Gonçalves,

2014; Gonçalves et al., 2012; Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus, & Greenberg, 2010; Gonçalves, Ribeiro, Silva, Mendes, & Sousa, 2015; Matos et al., 2009; Mendes et al., 2010). En términos generales, los MI tienden a incrementarse a lo largo del tratamiento en casos de buenos resultados (e.g., Matos et al., 2009). Específicamente, en las etapas tempranas de la terapia, tanto casos de buenos como de malos resultados presentan MI de bajo nivel (acción I, reflexión I y protesta I), mientras que desde la mitad hasta el final del proceso psicoterapéutico, sólo en los casos de buenos resultados emerge de forma significativa innovación narrativa de mayor complejidad (acción II, reflexión II, protesta II y re-conceptualización) (Gonçalves, Ribeiro, Mendes, et al., 2011). Investigaciones recientes también sugieren que los MI son un predictor de la reducción de síntomas psicopatológicos a lo largo del tratamiento (Gonçalves et al., 2015).

Tabla 1
Momentos de Innovación con Ejemplos

Tipos de MI	Subtipos	Definición	Ejemplos (Narrativa problemática: depresión)
MI de bajo nivel (Crean distancia del problema)	Acción I	Acciones realizadas e intentadas para enfrentar el problema	C: ¡Ayer fui al cine por primera vez en meses!
	Reflexión I	Nuevas comprensiones acerca del problema	C: Me doy cuenta que lo que estaba haciendo no era humanamente posible, me estaba presionando a mí misma y no me daba tiempo libre, uh, para mí... y es más natural y más sano permitir algunas de estas actividades extras...
	Protesta I	Oponerse al problema y a sus supuestos	C: ¿En qué me estoy convirtiendo finalmente? ¿En qué me estoy metiendo? ¿¡Me voy a estancar aquí!?
MI de alto nivel (Centrados en el cambio)	Desempeño del cambio (Acción II)	Generalización de buenos resultados hacia el futuro y otras dimensiones de la vida (realizados o acciones proyectadas)	T: ¡Pareces tener tantos proyectos para el futuro a partir de ahora! C: Sí, tienes razón. Quiero hacer todas las cosas que me eran imposibles de hacer cuando estaba dominado por la depresión. Quiero trabajar de nuevo y tener el tiempo para disfrutar de mi vida con mis hijos. Quiero tener amigos nuevamente. La pérdida de todas las amistades del pasado es algo que aún me duele profundamente.
	Reflexión II	Contraste del sí-mismo (¿qué ha cambiado?) O Proceso de transformación (¿cómo/por qué ha ocurrido el cambio?)	C: Me siento fuerte y positivo. Está bien preguntarse por estas cosas [sus necesidades], es una nueva parte de mí, así que no voy a derrumbar.

Protesta II	Asertividad y empoderamiento	C: Soy un adulto y soy responsable de mi vida, y quiero reconocer estos sentimientos y ¡me voy a permitir sacarlos fuera! Quiero experimentar la vida, quiero crecer y se siente bien estar a cargo de mi propia vida.
Re-conceptualización	Momento de distanciamiento de la experiencia (meta-posición) donde el sí-mismo es reposicionado fuera de la experiencia problemática Y existe una comprensión del proceso involucrado en esta transformación	C: Actualmente me siento diferente. No me preocupa lo que otros piensen acerca de lo que estoy diciendo. Descubrí que necesito respetar mis necesidades y opiniones, incluso si hay personas que están en desacuerdo. Antes de protegerme de discordar con otros estaba siempre en conflicto conmigo mismo – pensando una cosa, diciendo otra. ¿Qué hace que el desacuerdo con otros sea peor que esta lucha interna?

Identificando los momentos contra el cambio. Consideremos el escalador y su ascenso a la cumbre. Algunas transiciones entre los puntos de apoyo son menos difíciles y ocurren con menos sobresaltos. Otras suponen un reto mayor e implican dejar un punto de apoyo donde el escalador se siente seguro, aunque esa seguridad sea sólo aparente, para alcanzar un nuevo punto que, si bien está más cerca del objetivo, es desconocido y por lo tanto puede ser más inseguro. Algunas veces, el escalador intenta alcanzar este nuevo punto, primero apoyando su mano, para luego desplazar todo su cuerpo. Pero como no se siente seguro y capaz de hacerlo sin cierto nivel de riesgo, vuelve al punto inicial, que si bien no es el ideal sí el punto más seguro.

Para conseguir un cambio, las personas necesitan moverse desde una posición donde ellos ven, la mayoría de las veces, las dificultades asociadas al cambio; a una nueva posición donde se dan cuenta tanto de las ventajas como de las dificultades (McEvoy & Nathan, 2007). Sin embargo, todo cambio psicológico introduce discrepancia, incongruencia o contradicción interna (Engle & Arkowitz, 2007), y sabemos que cuando la identidad se ve amenazada, a mayor grado de conflicto, mayor será el nivel de ambivalencia (Montesano, Gonçalves, & Feixas, 2015). Es por esto que la elaboración y emergencia de los MI tiene el potencial de promover el cambio, pero implica a su vez un desafío difícil para la persona, ya que amenaza la estabilidad de la propia identidad (Ribeiro & Gonçalves, 2010). Esta sensación de amenaza evoca una respuesta de auto protección, y el poder del MI de promover el cambio es devaluado por un rápido retorno a la narrativa dominante, reduciendo con ello la discrepancia creada por la innovación –Marcador de Retorno al Problema (MRP; Gonçalves, Ribeiro, Stiles, et al., 2011)– “*Quiero ser más seguro en las relaciones sociales*” (MI) “*pero es muy difícil y doloroso*” (MRP).

En este sentido, la ambivalencia puede ser concebida como una forma de dar estabilidad a la propia identidad a través de dos posiciones del sí-mismo que se

perpetúan alimentándose mutuamente (Ribeiro et al., 2014). El cliente oscila, primero elaborando un MI, que temporalmente desajusta la narrativa dominante, luego el cliente lo minimiza, desprecia o trivializa, resultando en un retorno a la narrativa dominante (Ribeiro & Goncalves, 2011; Ribeiro, Goncalves, Silva, Brás, & Sousa, 2015).

Resultados previos utilizando el MRP como un marcador empírico de ambivalencia, sugieren que: a) la ambivalencia es un proceso común tanto en casos de buenos como de malos resultados, independientemente de la modalidad terapéutica, y b) un descenso en la ambivalencia a lo largo de la terapia en los casos de buenos resultados y su mantenimiento, o incluso su intensificación, en los casos de malos resultados (Gonçalves, Ribeiro, Stiles, et al., 2011; Ribeiro et al., 2015; Ribeiro et al., 2014).

La Resolución de la Ambivalencia: Los Procesos de Dominación o Negociación

En este contexto, la ambivalencia es un proceso importante en el transcurso de la psicoterapia, que debe ser identificado apropiadamente, abordado, y más importante, resuelto para dar lugar a un cambio sostenido en el tiempo (Miller & Rollnick, 2002).

El Sistema de Codificación de Resolución de la Ambivalencia (SCRA; Braga, Oliveira, Ribeiro, & Gonçalves, 2016) fue desarrollado para permitir el estudio de los procesos involucrados en la resolución del conflicto entre dos posiciones del sí-mismo (ej. ambivalencia). Las investigaciones con el SCRA (Braga, Oliveira, et al., 2016; Braga, Ribeiro, & Gonçalves, 2016) han propuesto que el ciclo paralizante de creación de significado producido por la ambivalencia puede ser superado a través de, al menos, dos procesos diferentes:

- 1) La dominación de la posición innovadora con la consecuente inhibición de la posición problemática.
- 2) La negociación entre las dos posiciones y la involucración de ambas en una acción conjunta.

En el proceso de dominación, la posición innovadora lucha por controlar a la posición problemática re-afirmando su propia autoridad como posición dominante, en un proceso que sugiere una inversión de roles: la posición dominada anteriormente (la nueva posición) ahora pasa a ser la dominante. En el proceso de negociación, las posiciones en conflicto parecen comunicarse respetuosamente la una con la otra, promoviendo un flujo dinámico entre los opuestos, más que la dominación de una por sobre la otra (Braga, Oliveira, et al., 2016).

Por ejemplo, supongamos que la posición problemática de un determinado cliente está vinculada al tema de la culpa, esto es, el cliente constantemente se siente responsable y coge excesiva responsabilidad por un sinnúmero de situaciones que suceden a su alrededor, una resolución de ambivalencia de tipo dominación podría ser: *Ahora sé que no es mi culpa que esta relación no funcionara, hice todo lo que pude, pero él no.* En este ejemplo, la posición de innovación se impone severamente

sobre la posición problemática ejerciendo su autoridad, produciendo con ello una inversión de roles: la posición dominada anteriormente (la nueva posición) es ahora la dominante.

Por el contrario, un ejemplo de proceso de negociación podría ser: *Nadie está sólo en una relación, por lo que supongo que ambos somos responsables por todo lo que pasó. Pienso que él podría haber hecho las cosas distintas, pero creo que yo también.* En este caso, ambas posiciones contribuyen a la resolución y establecen un tipo diferente de relación: en lugar de la confrontación previa, ahora parecen comunicarse considerablemente y colaborar en el proceso de elaboración de significados.

En el SCRA, estos ejemplos constituyen lo que sus autores denominan micro-resoluciones, estas son, momentos en los que hay una resolución desde la determinación y la agencia, aun cuando es momentánea (Braga, Oliveira, et al., 2016). Estas pueden ser expresadas en reflexiones, acciones, intenciones, etc. Se ha sugerido que es la repetición de estas micro-resoluciones a lo largo del tratamiento lo que permite la progresiva disolución de la relación paralizante establecida entre las posiciones del sí-mismo en conflicto que caracterizan a la ambivalencia.

Ambos procesos de resolución de la ambivalencia, dominación y negociación, han sido encontrados en diferentes orientaciones psicoterapéuticas (Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia Narrativa y Terapia Focalizada en la Emoción) (Braga, Ribeiro, et al., 2016) y han mostrado una clara tendencia de progresión, independientemente del modelo de intervención. Primero, la dominación de la posición de innovación parece ser el proceso de resolución de la ambivalencia más frecuentemente utilizado a lo largo del tratamiento. Sin embargo, mientras que en casos recuperados el proceso de dominación tiende a ser menos frecuente y la negociación tiende a ser gradualmente más común a medida que el tratamiento avanza, en los casos en los que no hay cambio, este cambio gradual entre dominación y negociación parece no suceder: La dominación es utilizada frecuentemente desde el inicio hasta el final del tratamiento, siendo escasa la presencia de negociación en las diferentes etapas de la terapia.

Estos resultados son teóricamente coherentes con las investigaciones que han venido sugiriendo que a lo largo del proceso terapéutico se da un incremento en la integración de partes opuestas del sí-mismo. Por ejemplo, el modelo de asimilación (Stiles et al., 1990; Stiles et al., 1991) sugiere que los casos exitosos de psicoterapia tienden a seguir un patrón de cambio en el que la posición problemática es gradualmente incorporada en la comunidad de voces del sí-mismo. Consistentemente con el modelo de asimilación, en el modelo de momentos de innovación, los MI de re-conceptualización están relacionados con los procesos psicoterapéuticos exitosos. La re-conceptualización es una forma de *insight* en la que un lenguaje común entre las posiciones problemática y de innovación permite el diálogo, más que una disputa de fuerzas entre ellas. Finalmente, en Terapia Focalizada en la Emoción (Greenberg & Watson, 1998) las técnicas de la silla vacía y de las dos sillas permiten

al cliente actuar las posiciones internalizadas del sí-mismo, promoviendo el diálogo entre ellas con la finalidad de permitir el procesamiento emocional y la integración, y con ello el vivenciar una experiencia emocional más adaptativa.

Concluyendo, las investigaciones en resolución de la ambivalencia parecen sugerir que, para resolverla satisfactoriamente, (a) la dominación es un proceso muy importante, al menos, en la etapa inicial, ya que la posición de innovación necesita ganar terreno con la finalidad de crecer y consolidarse, y dada la posición de máxima autoridad que ostenta la posición problemática, esto sólo puede ser alcanzado a través de un férreo control de su poder; (b) la negociación necesita entrar al proceso en alguna de sus etapas, y crecer a medida que se desarrollan las sesiones, puesto que un cambio sostenido significa no sólo que la posición de innovación está bien establecida, sino que es también capaz de adaptarse y comunicarse con otros aspectos importantes del sí-mismo, promoviendo una narrativa flexible y dinámica.

Ilustración de Caso

Jan (pseudónimo), es una mujer de 42 años que participó en un ensayo clínico aleatorizado en que fue asignada aleatoriamente a Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) y realizó dieciséis sesiones (Greenberg & Watson, 1998). Este es un caso de psicoterapia que se ha utilizado en diversas investigaciones (Honos-Webb, Surko, Stiles, & Greenberg, 1999; Leiman & Stiles, 2001; Ribeiro et al., 2014) y además utilizado por Greenberg y Goldman (2010) para mostrar la formulación de tareas por parte del terapeuta en TFE (Honos-Webb et al., 1999).

La cliente llega a terapia refiriendo sentirse deprimida, con frecuentes episodios de llanto compulsivo sin ninguna razón aparente y presentando síntomas psicósomáticos (urticaria y dificultad para tragar):

“Me he estado sintiendo bastante deprimida, creo, la mayor parte de mi vida, pero este ha sido un año particularmente malo, perdí a algunas personas cercanas e importantes para mí, que me ayudaban en mi vida personal...” (Greenberg & Goldman, 2010, p. 396)

[...]

Cliente: *Tiendo a comenzar a llorar de inmediato*

Terapeuta: *mm-hm*

C: *como ya dije en el formulario, no tengo control sobre – mi llanto (llora)*

[...]

C: *He estado teniendo un montón de – tengo urticaria*

T: *uh-huh*

C: *y estuve teniendo un ataque que me ha estado viniendo desde hace – Supongo que desde cinco, seis semanas*

T: *mm*

C: *y se ha ido poniendo cada vez peor y peor, y um – He estado intentando muchas cosas con mi propio doctor y medicación y no ha sido de ayuda*

T: *mm-hm*

C: *y siempre me está diciendo que se debe al estrés y demás...*

Siendo la hija de padres bastante ausentes, Jan siempre se ha sentido cercana a sus tres hermanas. Tras una niñez y adolescencia problemáticas, se casó cuando veinte años con un hombre con quien tuvo dos hijos. Se divorció después de 5 años, durante los cuales ella y sus hijos fueron abusados físicamente por su esposo. Después de un tiempo, se casó por segunda vez, y lleva casada 15 años en el momento de acudir a terapia.

Ella menciona que sus hermanas siempre han sido muy importantes para ella, siendo su principal fuente de soporte, sin embargo, ella se describe a sí misma como una figura protectora dado que fue la mayor de cuatro hijas.

C: *-Recuerdo la primera vez que fui a –esto es hace muchos, muchos años atrás, fui a ver una película, y por ese época se solía dibujar sobre las entradas, había matinés los sábados por la tarde, para los niños, y mi entrada estaba dibujada, y me gané una muñeca.*

T: *mm*

C: *y estaba tan orgullosa, era la primera muñeca que me traía, compraba o como fuese, porque solía hacer mis propias muñecas de trapo – cuando era más pequeña – y yo la traía a casa, y tenía diez años (llora) – y la traía a casa y estaba tan orgullosa de ello – y mi hermana, sabes, la vio y le gustó y comenzó a llorar. Ella la quería. Mi madre me la quitó y se la dio a ella –ella dijo que yo estaba muy mayor para –jugar con muñecas*

T: *–que amable quitándotela inmediatamente –y dándosela a ella– y*

C: *y-*

T: *era tú muñeca –tú te la habías ganado*

C: *-y toda mi vida recuerdo que han sucedido cosas así, y si hablas con mi hermana al respecto –ella siente que- yo tengo todo porque era- la mayor*

T: *mm*

C: *y que tuve la primera opción en todo y*

T: *-entonces ella tiene su propia historia*

C: *bueno, todos supongo que interpretamos*

T: *mm-hm*

C: *sabes, dos personas diferentes – describirán una acción a su modo*

T: *suenan como que tú - - sintieras realmente – como si ella fuese – una favorita – y tú fueses como un segundo plato*

C: *bueno, yo era la mayor, y era –mi responsabilidad cuidar de ellas*

En el momento que ella vino a terapia, el esposo de Jan estaba pasando por diversas dificultades, principalmente debido a problemas económicos que él no quería compartir con ella, lo que la hacía sentir muy incómoda. Sin embargo, ella siempre intentó lidiar con eso sola, con la finalidad de no preocupar a su esposo:

C: *mm-hm - - bueno, mi esposo y yo estamos hasta cierto punto – pasando por un verdadero y difícil contratiempo económico en el último par de años*

T: *mm-hm*

C: *-y estoy segura de que no es- debe ser de esas cosas con las que él no está lidiando y que no hablamos entre nosotros -y no quiero presionar hasta el punto en el que él piense que lo estoy haciendo sentir- culpable, o - - hacerlo sentir peor*

T: *mm-hm*

C: *entonces – deajo este asunto ahí solo*

T: *¿entonces no quieres volver sobre este asunto, eh? porque piensas que lo podrás molestar*

C: *mm-hm*

A lo largo de la primera sesión Jan se describe a sí misma como una persona controladora, asumiendo virtualmente todas las responsabilidades relacionadas a su familia, su esposo y su trabajo. Ella refiere sentir la necesidad de complacer y ayudar a otros, dejando fuera y relegando sus necesidades y sentimientos:

C: *Yo, a lo largo de los años –he mantenido esta imagen de mí misma como súper, sabes, como una súper mujer*

T: *mm*

C: *de ser capaz de hacer todo y de aguantar un trabajo a tiempo completo, un trabajo a tiempo parcial y hacerme cargo de todo el trabajo de casa, la limpieza, la cocina y todo lo demás y hacer voluntariado en la iglesia al mismo tiempo, así que*

En este sentido, y desde el mismo comienzo de la terapia, la narrativa problemática de Jan versa sobre la noción de “Necesito ser una súper mujer”. Esta estructura rígida implica la necesidad de ser fuerte, independiente, y la necesidad de complacer y recibir aprobación de los otros. Como fue sugerido por Honos-Webb et al. (1999) estas necesidades pueden ser conceptualizadas como estrategias destinadas a suprimir sentimientos de vulnerabilidad en el momento en que ella no puede reconocer sus propias necesidades y debilidades.

Muy temprano en la terapia ella presentó movimientos a favor del cambio, hacia una nueva narrativa que implicaba el reconocimiento de sus necesidades, de la importancia de sentirse amada y la noción de que ella no podía hacerse responsable de todo lo que ocurría en su vida:

T: *hmm... suena como si fuese realmente duro afrontar las cosas del día a día, como has mencionado, tu trabajo*

C: *se está poniendo más difícil. En verdad, la otra noche di un paso y dejé que mi esposo supiera que yo pensaba que mi carga de trabajo era mucho más que la suya y que deberíamos compartir nuestras cosas más a menudo y él pensó que era una buena idea y yo pensé que para mí lo era el escribir todas las cosas que se necesitan hacer en el piso, que por cierto lo hice, y luego él dijo que se lo miraría.*

(movimiento a favor del cambio)

Sin embargo, estos movimientos eran usualmente cancelados por la necesidad

de Jan de complacer y recibir aprobación de los otros, conduciéndola a un bloqueo:

C: [...] *él pensó que era buena idea contratar a alguien para que nos ayudara*

T: *mm-hm*

C: *porque es un- es un pasota - - el no parece encontrar el momento para hacer su parte - y a mí me sabe mal, sabes, yo algunas veces haré mi parte y la suya también*

T: *mm*

C: *pero luego me sabe mal haberlo hecho*

T: *mm, así que lo haces*

C: *entonces ahora no lo estoy haciendo tampoco, así que no estoy haciendo su parte ni la mía*

T: *mm-hm*

C: *y se llega- el desorden me llega a mí*

T: *mm-hm*

(movimiento en contra del cambio)

En las etapas iniciales de la terapia, Jan tendía a resolver la ambivalencia, esencialmente a través de la dominación de la posición innovadora y la consecuente inhibición de la posición problemática. El siguiente ejemplo ilustra este proceso:

C: *No puedo ser amada por todo el mundo*

T: *mm-hm*

C: *Es una fantasía donde, tu sabes, vivir en un mundo donde todos te aman y te adoran, sabes, y les gustas y además, que te lleva bien con todo el mundo*

T: *suenas como...*

C: *eso no es realista (sesión 3)*

[...]

C: *así que perdí la calma y le grité a todo el mundo*

T: *¿lo hiciste?*

C: *¡les dije que no estaba contenta con eso!*

T: *mm (sesión 4)*

En el primer ejemplo, Jan reconoce que “no puede ser amada por todo el mundo” y que el hecho de intentar ser amada por todos está basado en una fantasía. Esta afirmación representa una dominación de la posición de innovación, siendo un movimiento claro y decidido para alejarse de la necesidad, sostenida por la posición problemática, de ser aprobada por todos. En el segundo ejemplo, este proceso es actuado, en el momento que Jan “pierde la calma” y grita a todo el mundo, expresa sus pensamientos y necesidades de manera más flagrante. Esto es considerado una resolución por medio de un proceso de dominación, ya que la cliente resuelve la tensión entre querer ser una *súper mujer* y también el querer que sus necesidades sean expresadas abiertamente, descartando el deseo de la posición problemática de querer tener el control de todo sin molestar a nadie. En contraste a lo que sucede al

inicio de la terapia, hacia las etapas intermedias y finales, el proceso de resolución de la ambivalencia se va caracterizando gradualmente por una relación simétrica entre las posiciones del sí-mismo. Los siguientes son ejemplos de un proceso de negociación:

C: *yo dije: Estoy comenzando a gustarme mucho más a mí misma, entonces no es importante, sabes, no estoy diciendo que no sea tan importante que yo le guste a la gente pero no siento que tenga que ir a comprárselo...*

T: *cierto*

C: *sabes*

T: *cierto (sesión 15)*

[...]

C: *Sí, bueno supongo que me miraba más o menos a mí misma, quiero continuar siendo de la forma en que lo he hecho y que me he convertido. Una Algo así como llevar esto en mi cabeza: qué es lo que quiero para mí y cuál es la mejor forma de conseguirlo, y cómo aprovecharlo. No quiero echarlo a perder, sabes, y ah, ya sabes, hacer las cosas peor.*

T: *mm-hm*

C: *Porque los cambios que he hecho también son cambios para él, porque él está viendo un nuevo lado de mí que antes no había visto, y cuanto más positivo es para mí, él probablemente lo verá de una manera más negativa. Porque él probablemente se sentirá amenazado porque yo estoy más positiva y asertiva.*

T: *mm, ya veo, una especie de demasiado cambio en la otra dirección*

C: *Sí, sabes, entonces no quiero llegar al punto en el que... de nuevo sostenerlo para protegerle –porque eso no es lo que quiero hacer– pero quiero enfocarle de una forma que sea clara para mí mente.*

En el primer ejemplo, Jan dice que porque ella se gusta más a sí misma, ya no es tan importante que ella le guste a la gente, pero, al mismo tiempo, ella dice que esto no significa que no sea importante para ella gustarle a la gente, sólo que ella no va a hacer nada para “comprarles” esta apreciación. Este es un proceso de negociación porque ambas posiciones involucradas son tomadas en cuenta de una forma no excluyente: es posible gustar y hacerse cargo de sí misma, y al mismo tiempo, ser amada por los demás. Ambos aspectos son importantes para ella, el cambio crucial aquí es el abandono del esfuerzo (problemático) que ella hacía para ser amada.

En el segundo ejemplo, una vez más, ambas posiciones son tomadas en cuenta para el proceso de elaboración de significados. Por una parte, Jan quiere seguir siendo más asertiva con su esposo, pero por otra parte, ella no quiere “echarlo a perder” porque reconoce que los cambios que ha logrado en sí misma también tendrán un impacto en su esposo. Es por esto que ella no desea retroceder al punto de tener que sostenerlo para protegerle, y es importante para ella ser asertiva de

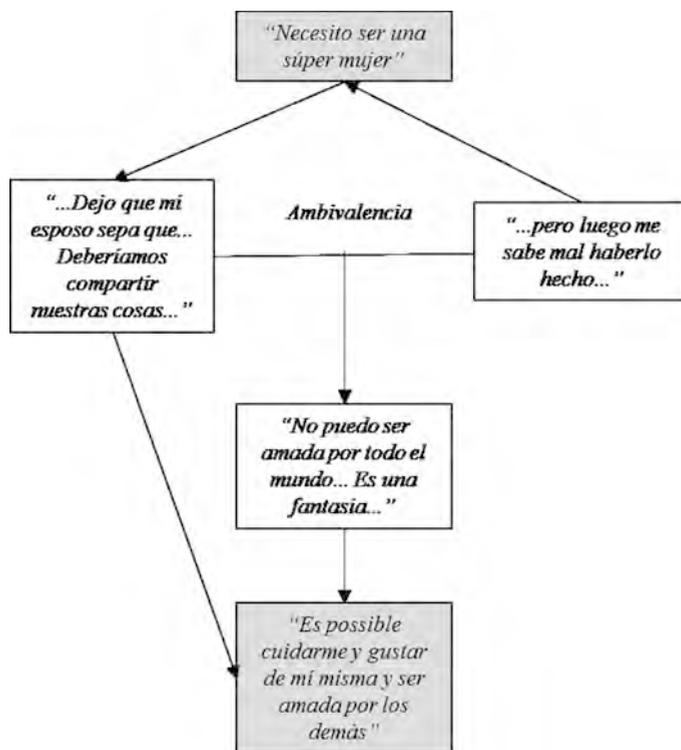
modo tal que él tome su postura en consideración.

Más allá de ser un buen caso para ilustrar el proceso de ambivalencia, el caso de Jan fue uno de los procesos psicoterapéuticos más exitosos en la condición de TFE. Por ejemplo, la puntuación de Jan en el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer, & Brown, 1996) mejoró de 30 puntos al comienzo de la terapia, a 5 puntos luego del tratamiento, y estas mejoras se mantuvieron a los 18 meses de seguimiento (Honos-Webb et al., 1999; Leiman & Stiles, 2001).

Consideraciones Finales

El caso de Jan claramente ilustra la importancia de abordar la ambivalencia con la finalidad de lograr un cambio efectivo. En la figura 2 podemos ver algunos ejemplos de los movimientos a favor del cambio (MI: “... *dejé que mi esposo supiera que... debemos compartir nuestras cosas...*”) y como estos momentos eran sistemáticamente interrumpidos con movimientos en contra del cambio (MRP: “... *pero luego me sabe mal haberlo hecho...*”), resultando en un bloqueo y en la mantención de una estabilidad problemática (asentada en su narrativa: “*necesito ser una súper mujer*”). La tensión producida por estos movimientos, como dos vectores en direcciones opuestas (Abbey & Valsiner, 2005), fue resuelta sólo después de muchos momentos donde se le dio más poder a un sí-mismo alternativo para dominar o negociar con el sí-mismo problemático (en la figura 2, se ilustra un proceso de dominación: “*No puedo ser amada por todo el mundo... Es una fantasía...*”). Todo el proceso lleva a mayores niveles de flexibilidad y a la emergencia de una nueva narrativa, más adaptativa: “*Es posible gustar y cuidar de mí misma y ser amada por los demás*”, asociada a un cambio efectivo.

Una aproximación abarcadora de la ambivalencia es el primer paso para lidiar con ella de forma apropiada a lo largo de la terapia. En la Tabla 2 sugerimos diez pasos que pueden guiar a los terapeutas en la conceptualización de la ambivalencia de sus clientes. Algunos de ellos pueden estar asociados a técnicas de intervención específicas (ej. 10. Promover el diálogo entre las voces identificadas), no es nuestra intención focalizarnos en tales estrategias en este artículo. Nuestra propuesta integra algunos elementos de diferentes orientaciones respecto de la ambivalencia (ej. Engle & Arkowitz, 2006; Lewis & Osborn, 2004; Polster, 1995; Sato, Hidaka, & Fukuda, 2009) y algunos de los pasos pueden ser abordados utilizando técnicas bien establecidas como el Trabajo de las dos sillas (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993; Perls, Hefferline, & Goodman, 1951). En este sentido, terapeutas de diferentes orientaciones pueden utilizar esta aproximación.

Figura 2. Conceptualización de la ambivalencia de Jan.**Tabla 2****Guías para conceptualizar la ambivalencia del cliente en psicoterapia**

1. Definir y obtener información acerca de la narrativa problemática del cliente.
2. Definir una narrativa alternativa, más adaptativa.
3. Identificar movimientos a favor del cambio.
4. Identificar movimientos en contra del cambio.
5. Conceptualizar estos movimientos oscilatorios como un diálogo entre voces.
6. Presentar las dos voces identificadas al cliente (a favor y en contra del cambio).
7. Aislar cada voz y explorarlas separadamente.
8. Expresar validación y reconocimiento a cada voz.
9. Cuando esté presente, identificar el proceso utilizado por el cliente para superar la ambivalencia.
10. Promover el diálogo entre las voces identificadas.

Retomando la metáfora que hemos venido utilizando desde el principio del artículo, la escalada es llevada a cabo con la ayuda de otra persona que permanece en el suelo, quien identifica diferentes formas de proceder, estando atento tanto a los momentos de avance y retroceso. En un proceso psicoterapéutico, el terapeuta

debe ser capaz, desde un comienzo, de identificar la presencia de la ambivalencia, promover el reconocimiento de las diferentes perspectivas que están en conflicto (aquí conceptualizadas como voces) y validar constantemente a cada una de ellas con la finalidad de clarificar su existencia para el cliente y disminuir con ello el surgimiento de la resistencia al cambio.

Agradecimientos:

Esta investigación fue realizada en el Centro de Investigación de Psicología (UID/PSI/01662/2013) de la Universidad de Minho y fue financiada por la Fundación portuguesa de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Ciencia, Tecnología y Educación Superior de Portugal, mediante fondos nacionales otorgados a João Tiago a través de la beca doctoral (SFRH/BD/92408/2013), bajo el POCH y co-financiada por FEDER a través de COMPE-TE2020 bajo el Acuerdo de Colaboración PT2020 (POCI-01-0145-FEDER-007653).

Referencias bibliográficas

- Abbey, E., & Valsiner, J. (2005). *Emergence of Meanings Through Ambivalence*. Paper presented at the Forum: Qualitative Social Research.
- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Baptista, J., Ribeiro, E., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2013). Innovative moments in grief therapy: The meaning reconstruction approach and the processes of self-narrative transformation. *Psychotherapy Research, 24*(1), 25-41. doi:10.1080/10503307.2013.814927
- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., & Gonçalves, M. M. (2014). Ambivalence and innovative moments in grief psychotherapy: The cases of Emily and Rose. *Psychotherapy, 51*(2), 308-321. doi:10.1037/a0031151
- Arkowitz, H., & Lilienfeld, S. O. (2007). Why Don't People Change? *Scientific American Mind, 18*(3), 82-83.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A., Song, X., & Holman, J. (2011). Resistance/Reactance Level. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 133-142. doi:10.1002/jclp.20753
- Boutin, C., Dumont, M., Ladouceur, R., & Montecalvo, P. (2003). Excessive Gambling and Cognitive Therapy: How to Address Ambivalence. *Clinical Case Studies, 2*(4), 259-269. doi:10.1177/1534650103256297
- Braga, C., Oliveira, J. T., Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2016). Ambivalence resolution in emotion-focused therapy: The successful case of Sarah. *Psychotherapy Research*. doi:10.1080/10503307.2016.1169331
- Braga, C., Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2016). *Ambivalence resolution in psychotherapy*. Manuscript in preparation.
- Button, M. L., Westra, H. A., Hara, K. M., & Aviram, A. (2014). Disentangling the Impact of Resistance and Ambivalence on Therapy Outcomes in Cognitive Behavioural Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy, 44*(1), 44-53. doi:10.1080/16506073.2014.959038
- Callard, F. (2014). Psychiatric diagnosis: the indispensability of ambivalence. *Journal of Medical Ethics*. doi:10.1136/medethics-2013-101763
- Dollard, J., & Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy: an analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York, NY, US: McGraw-Hill.
- Eells, T. D. (2011). *Handbook of psychotherapy case formulation* (2nd ed.). New York.
- Engle, D., & Arkowitz, H. (2006). *Ambivalence in psychotherapy: Facilitating readiness to change*. New York: Guilford Press.
- Engle, D., & Arkowitz, H. (2007). Viewing Resistance as Ambivalence: Integrative Strategies for Working With Resistant Ambivalence. *Journal of Humanistic Psychology*. doi:10.1177/0022167807310917
- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Cruz, G., Ribeiro, A. P., Sousa, I., Angus, L., & Greenberg, L. S. (2012). Innovative moments and change in client-centered therapy. *Psychotherapy Research, 22*(4), 389-401. doi:10.1080/10503307.2012.662605

- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L. E., & Greenberg, L. S. (2010). Innovative Moments and Change in Emotion-Focused Therapy: The Case of Lisa. *Journal of Constructivist Psychology, 23*(4), 267-294. doi:10.1080/10720537.2010.489758
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Matos, M., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The innovative moments coding system. *Psychotherapy Research, 21*(5), 497-509. doi:10.1080/10503307.2011.560207
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Silva, J. R., Mendes, I., & Sousa, I. (2015). Narrative innovations predict symptom improvement: Studying innovative moments in narrative therapy of depression. *Psychotherapy Research, 1*-11. doi:10.1080/10503307.2015.1035355
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Stiles, W. B., Conde, T., Matos, M., Martins, C., & Santos, A. (2011). The role of mutual in-feeding in maintaining problematic self-narratives: Exploring one path to therapeutic failure. *Psychotherapy Research, 21*(1), 27-40. doi:10.1080/10503307.2010.507789
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. (2010). Case formulation in Emotion-Focused Therapy *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (pp. 379-411). New York, NY, US: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. K. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research, 8*(2), 210-224. doi:10.1093/ptr/8.2.210
- Hagedorn, W. B. (2011). Using Therapeutic Letters to Navigate Resistance and Ambivalence: Experiential Implications for Group Counseling. *Journal of Addictions & Offender Counseling, 31*(2), 108-126. doi:10.1002/j.2161-1874.2011.tb00071.x
- Honos-Webb, L., Surko, M., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (1999). Assimilation of voices in psychotherapy: The case of Jan. *Journal of Counseling Psychology, 46*(4), 448-460. doi:10.1037/0022-0167.46.4.448
- Jin, J., Sklar, G. E., Min Sen Oh, V., & Chuen Li, S. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag, 4*(1), 269-286.
- Kaplan, K. J. (1972). On the ambivalence-indifference problem in attitude theory and measurement: A suggested modification of the semantic differential technique. *Psychological Bulletin, 77*(5), 361-372. doi:10.1037/h0032590
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research, 19*(4-5), 418-428. doi:10.1080/10503300802448899
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy, 50*(1), 42-51. doi:10.1037/a0030682
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). 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.
- Leahy, R. L. (2012). *Overcoming resistance in cognitive therapy*: Guilford Press.
- Leiman, M., & Stiles, W. B. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research, 11*(3), 311-330. doi:10.1093/ptr/11.3.311
- Lewis, T. F., & Osborn, C. J. (2004). Solution-Focused Counseling and Motivational Interviewing: A Consideration of Confluence. *Journal of Counseling & Development, 82*(1), 38-48. doi:10.1002/j.1556-6678.2004.tb00284.x
- Lysaker, P. H., & Lysaker, J. T. (2002). Narrative Structure in Psychosis: Schizophrenia and Disruptions in the Dialogical Self. *Theory & Psychology, 12*(2), 207-220. doi:10.1177/0959354302012002630
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York, NY, US: Basic Books.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research, 19*(1), 68-80. doi:10.1080/10503300802430657
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: William Morrow.
- McEvoy, P. M., & Nathan, P. (2007). Perceived costs and benefits of behavioral change: Reconsidering the value of ambivalence for psychotherapy outcomes. *Journal of Clinical Psychology, 63*(12), 1217-1229. doi:10.1002/jclp.20424
- Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L. S., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2010). Narrative change in emotion-focused therapy: how is change constructed through the lens of the innovative moments coding system? *Psychother Res, 20*(6), 692-701. doi:10.1080/10503307.2010.514960

- Miller, W., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Montesano, A., Gonçalves, M. M., & Feixas, G. (2015). Self-narrative reconstruction after dilemma-focused therapy for depression: A comparison of good and poor outcome cases. *Psychotherapy Research*, 1-16. doi:10.1080/10503307.2015.1080874
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A. E. B. S. L. Garfield (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 270-376). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. New York: Julian Press.
- Polster, E. (1995). *A population of selves: A therapeutic exploration of personal diversity*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2010). Commentary: Innovation and Stability within the Dialogical Self: The Centrality of Ambivalence. *Culture & Psychology*, 16(1), 116-126. doi:10.1177/1354067x09353211
- Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2011). Maintenance and transformation of problematic self-narratives: a semiotic-dialogical approach. *Integr Psychol Behav Sci*, 45(3), 281-303. doi:10.1007/s12124-010-9149-0
- Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Silva, J. R., Brás, A., & Sousa, I. (2015). Ambivalence in Narrative Therapy: A Comparison Between Recovered and Unchanged Cases. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.1945
- Ribeiro, A. P., Mendes, I., Stiles, W. B., Angus, L., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2014). Ambivalence in emotion-focused therapy for depression: The maintenance of problematically dominant self-narratives. *Psychotherapy Research*, 24(6), 702-710. doi:10.1080/10503307.2013.879620
- Rowa, K., Gifford, S., McCabe, R., Milosevic, I., Antony, M. M., & Purdon, C. (2014). Treatment Fears in Anxiety Disorders: Development and Validation of the Treatment Ambivalence Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 70(10), 979-993. doi:10.1002/jclp.22096
- Sarbin, T. R. (1986). The narrative and the root metaphor for psychology. In T. R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (pp. 3-21). New York: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Sato, T., Hidaka, T., & Fukuda, M. (2009). Depicting the Dynamics of Living the Life: The Trajectory Equifinality Model. In J. Valsiner, M. P. C. Molenaar, C. D. P. M. Lyra, & N. Chaudhary (Eds.), *Dynamic Process Methodology in the Social and Developmental Sciences* (pp. 217-240). New York, NY: Springer US.
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(3), 411-420. doi:10.1037/0033-3204.27.3.411
- Stiles, W. B., Morrison, L. A., Haw, S. K., Harper, H., Shapiro, D. A., & Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(2), 195-206. doi:10.1037/0033-3204.28.2.195
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547-559. doi:10.1037/a0028226
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62(8), 857-873. doi:10.1037/0003-066X.62.8.857
- Wampold, B. E. (2010). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*: Routledge.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York, NY, US: W W Norton & Co.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*: WW Norton & Company.