

EL MÉTODO DE NIVELES: ¿ES LA TERAPIA PSICOLÓGICA DISPONIBLE MÁS PARSIMONIOSA?

METHOD OF LEVELS: IS IT THE MOST PARSIMONIOUS PSYCHOLOGICAL THERAPY AVAILABLE?

Warren Mansell

Profesor adjunto de Psicología Clínica
Universidad de Manchester, Reino Unido

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Mansell, W. (2018). El Método de Niveles: ¿Es la terapia psicológica disponible más parsimoniosa?. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 7-15.

Resumen

En este artículo, presentaré la terapia del Método de Niveles (MOL; Carey, 2006) como una solución sencilla a muchas de las cuestiones y complejidades de las prestaciones en salud mental en todo el mundo. Primero, trataré de explicar que los problemas relacionados con la asistencia a personas que padecen problemas de salud mental y experimentan malestar psicológico crónico pueden aliviarse mediante tres prácticas generales desde la integración de la literatura científica: (1) integrar los procesos psicológicos en los trastornos de salud mental; (2) integrar los procesos psicológicos en un único proceso central; y (3) integrar las teorías que fundamentan las terapias psicológicas en un enfoque teórico unificado. En segundo lugar, describiré los principios de una teoría, la Teoría del Control Perceptual (PCT, Powers, 1973), que proporciona una explicación unificada del funcionamiento psicológico. Estos principios son: control, conflicto y reorganización. Tercero, explicaré brevemente cómo implementar la terapia derivada de estos principios — MOL. En cuarto lugar, resumiré la evidencia de los beneficios del enfoque MOL y su mecanismo de cambio. Finalmente, estableceré una visión de cómo la teoría PCT podría orientar el futuro de los servicios de salud mental.

Palabras clave: *Terapia del Método de Niveles, MOL, asistencia psicológica, salud mental, servicios de salud mental*

Abstract

In this article, I will introduce Method of Levels (MOL; Carey, 2006) therapy as one simple solution to many of the issues and complexities of mental health provision around the world. First, I will try to explain that the issues surrounding helping people with mental health problems and experiencing chronic psychological distress can be helped through three comprehensive exercises in the integration of the scientific literature: (1) to integrate psychological processes across mental health disorders; (2) to integrate psychological processes into a single core process; and (3) to integrate theories guiding psychological therapies into a unified theoretical account. Second, I will describe the principles of a theory – perceptual control theory (PCT; Powers, 1973) – that provides a unified account of psychological functioning. These principles are control, conflict and reorganisation. Third, I will explain briefly how to deliver the therapy that follows from these principles – MOL. Fourth, I will summarise evidence for the benefits of MOL and its mechanism of change. Finally, I will set forth a vision for how PCT could guide the future of mental health services.

Keywords: *Method of Levels, MOL, psychological assistance, mental health, mental health services*

Fecha de recepción: 11 de diciembre de 2017. Fecha de aceptación: 13 de enero de 2018.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: warren.mansell@manchester.ac.uk

Dirección postal: CeNTrUM (Centro para Nuevos Tratamientos y Comprensión en Salud Mental), Division of Psychology and Mental Health, School of Health Sciences, Faculty of Biology Medicine and Health, University of Manchester, Manchester Academic Health Science Centre, 2nd Floor Zochonis Building, Brunswick Street, Manchester, M13 9PL, UK

© 2018 Revista de Psicoterapia



Tres prácticas de Integración Científica

La famosa doctrina científica de la parsimonia se resume en la cita del lógico británico del siglo XIV William de Ockham, “Las entidades no deben multiplicarse innecesariamente” o, en su forma original en latín, “Pluralitas non est ponenda sine necessitate” [La pluralidad no se debe postular sin necesidad]. Entonces, ¿qué entidades se multiplican innecesariamente en el campo de la psicopatología y la salud mental? Yo nombro tres.

La primera entidad multiplicada es el trastorno de salud mental. Actualmente, hay más de 300 trastornos distintos reconocidos internacionalmente. ¿Son realmente diferentes? O, lo que es más importante, ¿son tan diferentes que requieren distintos modelos científicos para explicarlos y tratarlos con terapias psicológicas? Mis colegas y yo conjeturamos que no. Realizamos un seguimiento de esta hipótesis con una revisión exhaustiva, expuesta en un libro (Harvey, Watkins, Mansell y Shafran, 2004). Descubrimos que la mayoría de los procesos cognitivos y conductuales que se habían encontrado elevados en un trastorno psiquiátrico, también se elevaban en otros trastornos investigados. A modo de ejemplo, la preocupación es una característica definitoria del trastorno de ansiedad generalizada. Sin embargo, las personas con *cualquier* trastorno psiquiátrico muestran mayores tasas de preocupación que las personas sin ningún trastorno psiquiátrico. Descubrimos el mismo resultado para los recuerdos intrusivos, los sesgos en el razonamiento y las conductas de búsqueda de seguridad; de hecho, no encontramos pruebas sólidas de que hubiera procesos que fueran distintivos de un trastorno específico, o incluso de una categoría de trastornos. Todos los procesos cognitivos y conductuales evaluados parecen ser “transdiagnósticos”, extensivos a una amplia gama de trastornos.

La segunda entidad multiplicada es el proceso psicológico. En nuestra revisión encontramos un total de 12 procesos transdiagnósticos, con una indicación de que al menos media docena más presentaban una evidencia emergente en ese momento. ¿Son realmente diferentes? O, lo que es más importante, ¿son tan diferentes que nos beneficiamos más al entenderlos por separado que al entender lo que todos ellos comparten? Mis colegas y yo conjeturamos que no. Realizamos un seguimiento de esta hipótesis con una serie de estudios en los que intentamos evaluar las características comunes de todos estos procesos (Bird, Mansell, Dickens y Tai, 2013; Patel, Mansell y Veale, 2015; Mansell y McEvoy, 2017). Descubrimos que las personas que describieron uno de estos muchos procesos también aludieron a los demás. En términos estadísticos, eso desembocó en un único *factor latente* en todos esos estudios. Este único factor correlacionó estrechamente con la severidad de varios problemas de salud mental. Además, cuando observamos los síntomas restantes una vez que se extraía este factor, quedaban muy pocos. Parecía que habíamos encontrado un único *proceso central* en el fondo de todos los procesos que se habían medido en estudios previos.

La tercera y última entidad multiplicada es la teoría que fundamenta la terapia

psicológica. Existen cientos de intervenciones psicológicas reconocidas para los problemas de salud mental, cada una sustentada por una o más teorías psicológicas aparentemente diferentes. ¿Son realmente tan diferentes? O, lo que es más relevante, ¿son sus diferencias más importantes que sus principios comunes? Conjeturamos que no. Realizamos un seguimiento de esta hipótesis con revisiones exhaustivas de los principios, los factores y los mecanismos del cambio psicológico dentro de una amplia gama de terapias psicológicas (Higginson y Mansell, 2016a; Higginson, Mansell y Wood, 2011; Mansell, Carey y Tai, 2015). Aunque estas revisiones fueron más subjetivas, nuestra profunda impresión resultó que las diferencias entre psicoterapias eran de mucha menor importancia que sus elementos compartidos. Por ejemplo, todas las terapias parecían basarse en alguna modalidad de exposición emocional (Carey, 2011), y resultaba vital abordar el conflicto entre los objetivos con el fin de promover el bienestar y la salud mental (Kelly, Mansell y Wood, 2015). Conseguimos identificar los componentes activos de las terapias tradicionales, pero no pudimos observar ninguna terapia que los integre con fluidez. El control del cliente y la autodeterminación parecían importantes en la base de las terapias humanistas, al igual que el reconocimiento del conflicto, normalmente en el trasfondo de los enfoques psicodinámicos. Sin embargo, también pudimos identificar la idoneidad de clientes desafiantes para reevaluar sus pensamientos y comprometerse con sus emociones, como enfatizan las terapias cognitivo-conductuales. Por lo tanto, ¿podría una teoría parsimoniosa abarcar los ingredientes clave de la terapia efectiva?

La Teoría del Control Perceptual (PCT)

Éste es el punto en donde interviene la Teoría del Control Perceptual (PCT). Aunque para ser absolutamente honesto, mis colegas y yo ya la tuvimos en cuenta cuando la evidencia anterior se iba acumulando. No surgió como un modo de explicar dicha evidencia. De hecho, ya se había concebido durante las décadas de 1950 y 1960, para que nosotros la descubriéramos.

La PCT propone que la vida es control y, por extensión, que el bienestar, la salud mental y la liberación del sufrimiento crónico es control. La evidencia de que la vida es control resulta inequívoca (Carey, Mansell y Tai, 2014). Sobrevivimos día a día controlando un abanico de variables fisiológicas en nuestro cuerpo: temperatura corporal, niveles de glucosa en sangre, concentraciones de iones salinos, concentraciones de nitritos, etc. Está comúnmente aceptado que nuestro cuerpo maneja todo esto mediante la *homeostasis*. En nuestro tronco encefálico, el estado actual de estas variables (p. ej., una temperatura corporal existente de 35 grados) se compara con el estado deseado (temperatura de 37 grados) y el desfase genera una acción (p. ej., escalofríos) para restaurar la variable al valor deseado. Esto continúa, en paralelo, para todas las variables que son importantes en nuestra supervivencia inmediata. La PCT establece que el mismo proceso sigue adelante en una gama completa de otras variables que son *aspectos (psicológicos) percibidos de nuestro*

entorno. Así, por ejemplo, permanecer físicamente cerca de nuestros seres queridos en situaciones de peligro puede ayudar a nuestra supervivencia. Para alcanzar esta situación y preservarla, estaremos continuamente comparando nuestra distancia actual (p. ej., un metro de distancia) con nuestra distancia deseada (p. ej., contacto corporal) y la diferencia impulsará nuestras acciones (p. ej., acercamiento) para restablecer estos aspectos percibidos de nuestro entorno a sus valores deseados. En pocas palabras, nos mantenemos saludables controlando nuestro sentido sobre nosotros mismos y nuestro entorno, y hacemos todo lo posible en cada momento para conseguirlo y conservarlo. Es importante destacar que podemos hacer esto de manera automática, sin consciencia, y lo hacemos continuamente para múltiples experiencias, no solo para una. En lenguaje cotidiano, a estos aspectos diferentes los denominamos de modo distinto dependiendo de lo concreto versus lo abstracto que son, lo autodeterminados que parecen ser y lo significativos que resultan para nosotros. Algunos ejemplos de estas palabras son: objetivos, metas, principios, necesidades, valores, ideales, “exigencias”, “deseos”, aspiraciones y precedentes. En la PCT, todos operan de la misma manera.

Aquí es donde se presenta el siguiente principio: el conflicto. Necesitamos alguna forma de organizar aquellas experiencias que nos resultan relevantes, de modo que si intentamos experimentar una de ellas no nos impida satisfacer otra necesidad importante diferente. Una manera de hacerlo es organizando lo que nos importa desde una jerarquía. La PCT describe la forma en que se organizan en la jerarquía los objetivos cada vez más abstractos y a largo plazo. Esto implica que alcanzamos objetivos a largo plazo por el modo en que establecemos metas más próximas. Sin embargo, todavía existe el potencial de conflicto. Tomemos el ejemplo de una cliente, Jane, cuyo objetivo de nivel superior era “vivir una vida normal”. Había padecido recuerdos intrusivos y cambios anímicos desde el abuso sufrido cuando era adolescente, pero durante gran parte de su vida, su forma de intentar conseguir una vida normal fue “decirme a mí misma que nunca sucedió”, lo que a su vez la llevó a establecer estrategias tales como apartar los recuerdos “al fondo de mi mente”. Encontró esto extremadamente difícil porque a menudo se enfrentaba a recordatorios de su abuso que le provocaban querer hacer algo al respecto. Siempre existía una parte de ella que demandaba justicia y que quería mantenerse fuerte para tolerar sus recuerdos, en lugar de lidiar con el reto de tratar de reprimirlos continuamente. Al crecer y establecer su propia familia, esto resultaba cada vez más difícil, y se centró más y más en el objetivo de obtener justicia denunciando a la policía sus abusos del pasado y declarando en detalle su experiencia en calidad de testigo. Esto implicaba que su forma de conseguir una vida normal requería enfrentarse a su abusador con la ayuda del sistema judicial, lo que a su vez implicaba que abordara sus recuerdos traumáticos exactamente de modo opuesto al previo, explicando a la gente que el abuso ocurrió realmente, y trayendo los recuerdos del suceso al primer plano de su consciencia para poder describirlos en detalle a la policía y en el juzgado.

Según la PCT, el sufrimiento que experimentó Jane fue la pérdida de control que conllevaban sus objetivos contradictorios sobre cómo lidiar con su trauma (ver también Carey, Mansell, Tai y Turkington, 2014). ¿Cómo se resuelve el conflicto? La PCT propone que no es simplemente ayudando a las personas a actuar o a cuestionar un aspecto del conflicto, por ejemplo, proporcionando estrategias para suprimir los recuerdos del trauma, ni de hecho proporcionando estrategias para recordarlos con más detalle. Ambas estrategias (suprimir versus recordar) y ambas metas (decirse a sí misma que nunca sucedió frente a decirse que sí ocurrió) pretenden la misma finalidad última: tratar de tener una vida normal. Por lo tanto, la forma de resolver los conflictos es ayudar al cliente a describir y explorar ambos lados del conflicto, observándolo desde una perspectiva de nivel superior. Sólo desde aquí, de un modo interno dentro del cliente, se puede encontrar una posible solución. Ésta podría ser una solución diferente en distintos momentos para una variedad de clientes. De hecho, la PCT propone que el modo más efectivo de recuperar el control en este tipo de conflictos consiste en permitir que ocurra un proceso de aprendizaje por ensayo y error en el cliente, conocido como *reorganización*. Puesto que es por ensayo y error, no siempre la solución más inmediata resulta la más efectiva, y es casi imposible predecir el momento en que ocurrirá. Sin embargo, cuanto más tiempo se ayude a un cliente a cambiar y mantener este proceso relacionado con las experiencias que rodean sus objetivos contrapuestos desde esta perspectiva de nivel superior, mayores serán las posibilidades de “tropezar” con una resolución. Cuando se ayuda a una persona a mantener su atención de esta manera, puede parecerse a lo que a menudo se denomina exposición (Carey, 2011), y la posible repercusión de una exposición minuciosa a los diversos aspectos y detalles de una dificultad, es la resolución del conflicto.

La Terapia del Método de Niveles (MOL)

Los tres principios anteriores (control, conflicto y reorganización) se combinan en una simple intervención: MOL. Implican que lo que un profesional debe hacer para ayudar a una persona con un problema es (1) alentarla a hablar largo y tendido sobre ese problema, en detalle y en el momento presente, y así mantener su atención enfocada en él, y (2) notar las interrupciones en su discurso y en su conducta, mientras lo describe, de modo que el cliente pueda desplazar su atención a aspectos del problema que de otro modo podría haber pasado por alto. Las interrupciones son simplemente indicaciones externas de posibles “reflexiones de fondo” en la periferia de la consciencia del cliente. Al ayudar al cliente a describir dicho problema, observar los pensamientos en segundo plano y ponerlos en primer plano, donde puedan expresarlos con palabras, se espera que el cliente expanda su consciencia del problema, explore los conflictos y articule sus metas de niveles superiores, permitiendo más tiempo para que la reorganización tenga sus efectos beneficiosos sobre el origen interno de sus dificultades.

En resumen, el terapeuta de MOL sólo tiene estos dos objetivos: ayudar al

cliente a describir el problema y detectar las interrupciones. Pueden tratar de conseguir estos objetivos de cualquier modo, pero, sobre la base de PCT, sin duda de una forma que facilite al cliente mantener el control. Carey lo denomina orientar al terapeuta a “no interferir en el camino” del cliente (Carey, 2006). En la práctica, el terapeuta de MOL hace preguntas con regularidad, cortas e interesadas a medida que el cliente habla de su problema, muchas de las cuales se centran en lo que podría encontrarse actualmente en el nivel de consciencia del cliente, o en la periferia. Este proceso continúa mientras el cliente lo considere útil y se adapta continuamente en función de sus comentarios. El cliente puede hablar sobre lo que tenga en mente y no está obligado a hablar sobre los síntomas de su diagnóstico psiquiátrico, si es que tiene uno. Además, los parámetros de las sesiones MOL son también, en la medida de lo posible, determinados por el cliente: duración de la sesión, extensión, frecuencia, tiempo y número total.

La terapia MOL valida y cuestiona simultáneamente las principales modalidades de psicoterapia: psicodinámica, humanista, cognitiva y conductual. Igual que las terapias psicodinámicas, la MOL ve el conflicto interno como la base del sufrimiento psicológico; sin embargo, para abordarlo, el terapeuta no proporciona ninguna interpretación, ni emplea la relación terapéutica de manera directa. Similar a las terapias humanistas, la MOL intenta poner de manifiesto los objetivos auto-determinados del cliente; sin embargo, para lograr esto del modo más efectivo y eficiente, el terapeuta puede interrumpir y cuestionar al cliente con regularidad. Semejante a las terapias cognitivas, la MOL se esfuerza por ayudar al cliente a obtener perspectivas más amplias sobre sus problemas; para hacerlo, sin embargo, no emplea formulaciones explícitas, herramientas, técnicas o métodos de prueba de realidad. Al igual que las terapias conductuales, la MOL ayuda a las personas a enfrentarse con sus experiencias difíciles en el momento presente; sin embargo, no hay ningún intento de modificar el comportamiento o planificar ejercicios de exposición.

Investigación y Práctica del Método de Niveles

Ya sea debido a, o a pesar de las características anteriores, la MOL resulta una terapia sumamente peculiar. En un estudio reciente, comparamos MOL con otras seis terapias: terapia gestáltica, terapia cognitiva conductual, terapia centrada en la persona, análisis transaccional, terapia existencial y terapia conductual racional emotiva (Macintyre, Brown y Mansell, 2017). Encontramos que la terapia MOL disponía de más preguntas abiertas y cerradas, y más cuestiones relacionadas con la conducta no verbal que las demás terapias, y muy pocas categorías de manifestaciones del terapeuta (p.ej., interpretación, instrucción directa, revelaciones personales, confrontación). La terapia MOL contaba en general con más declaraciones del terapeuta y sin embargo, durante toda la sesión, el cliente hablaba más del doble, lo que resultaba, una vez más, mayor proporción que en las demás terapias. Cada una de estas características coincide claramente con el modo en que

describí anteriormente los principios del MOL.

La evidencia de los efectos del MOL se han revisado en otros estudios (p.ej., Carey, 2008; Alsawy, Mansell, McEvoy, Carey y Tai, 2014). En resumen, como promedio, los pacientes muestran altas puntuaciones en los efectos provocados por la reducción de los síntomas y del malestar durante el tratamiento y en el seguimiento. Quizás lo más relevante sea que los informes cualitativos de los pacientes indican cuánto valoran poder controlar sus propias citas, elegir sus temas de conversación y los *insights* que obtienen pese al “trabajo duro” en los momentos de afrontar las preguntas sobre sus experiencias adversas. Si bien no se han publicado ensayos controlados aleatorios sobre el Método de Niveles, existen razones para creer que resulta más eficiente que otros tipos de terapia, al menos cuando los pacientes tienen la oportunidad de reservar sus propias citas. En un estudio del MOL dentro de la atención secundaria en zonas remotas de Australia, los efectos beneficiosos de la psicoterapia, *por cada sesión* de terapia asistida, resultaron superiores a los reflejados en una serie de estudios comparativos. (Carey, Stiles y Tai, 2013). Esta propiedad del MOL lo hace particularmente adecuado en contextos donde la flexibilidad es necesaria debido a las limitaciones del entorno. Ejemplos de tales contextos en los cuales estamos evaluando el MOL son: salas psiquiátricas para pacientes internados (Sara Tai, Vyv Huddy), escuelas (Susan McCormack, Ana Churchman, Kirsty Hughes, Louise Mansell), intervención temprana en servicios de psicosis (Rob Griffiths), prisiones (Vyv Huddy) y el corredor de la muerte (Susan McCormack).

También estamos acumulando evidencia del mecanismo de cambio en el MOL. Por ejemplo, en un estudio con 18 clientes que recibieron terapia MOL, les ofrecimos la oportunidad de ver un video de sus sesiones y comentarnos en franjas de dos minutos lo que resultó provechoso durante ese breve período de la sesión. Encontramos que hablar con libertad y tener el control se asociaba con elevadas valoraciones del beneficio, por encima de la relación terapéutica (Cocklin, Mansell, Emsley, McEvoy, Preston, Comiskey y Tai, 2017). Asimismo hemos desarrollado un esquema de codificación para valorar si los clientes muestran los cambios y enfocan la toma de consciencia hacia sus conflictos y objetivos de orden superior, lo que la PCT predice como facilitadores del cambio. Este esquema, conocido como Depth and Duration of Awareness Coding Scheme [*Esquema de Codificación de la Profundidad y Duración de la Consciencia*] (DDACS; Higginson y Mansell, 2016b) ha demostrado ser una herramienta valiosa, aunque con la limitación obvia de que un observador nunca puede saber realmente de qué es consciente un cliente en un momento determinado. Se puede emplear para ilustrar la trayectoria de la consciencia del cliente y de hecho parece detectar un enfoque continuado en el conflicto, la elaboración de metas de nivel superior y auto-definidas, y los momentos de cambio que podrían resultar de esa reorganización. En el apartado de Recursos Adicionales está disponible un video en línea sobre este esquema.

Resumen

He explicado la sólida justificación teórica para una terapia universal, integradora y coherente en oposición al statu quo de una multiplicidad de diferentes teorías que describen numerosas técnicas para un elevado número de diversos trastornos psiquiátricos. He explicado por qué creo que la PCT supera este desafío, y por qué y cómo el MOL se deriva de esta teoría. La simplicidad del MOL es su fortaleza ya que permite al terapeuta concentrarse en considerar únicamente dos objetivos, dejando que el resto de los elementos de la terapia sean controlados por el cliente. En el contexto de una falta de control crónico y extremo que sufren durante gran parte de sus vidas las personas con problemas de salud mental, debemos ofrecerles un espacio para recuperar paso a paso dicho control de sus vidas. Nuestro trabajo de valoración y difusión del MOL está en sus inicios, pero, como puedes imaginar, tenemos grandes esperanzas de que este enfoque científicamente sólido y parsimonioso facilite el cambio psicológico.

Recursos Adicionales

Además de las referencias académicas citadas anteriormente, estas otras resultarán útiles para cualquiera que desee conocer más del enfoque transdiagnóstico de la psicoterapia empleando el Método de Niveles:

www.methodoflevels.com.au – es el enlace principal para los recursos sobre MOL, que incluye manuales, testimonios y videos.

Mansell, W., Carey, T. A. y Tai, S. J. (2015). *Principles-based counselling and psychotherapy: A Method of Levels approach*. Routledge. Éste es el manual de terapia MOL más reciente.

<https://www.myownworstenemy.org/podcast/getting-my-head-shrunk/> -una introducción franca y abierta a la terapia MOL descrita por un usuario del servicio profesional, Danny Whittaker, que incluye una sesión de MOL de 80 minutos.

Traducción: Angela Pérez Burgos

Referencias bibliográficas

- Alsawy, S., Mansell, W., Carey, T. A., McEvoy, P. y Tai, S. J. (2014). Science and practice of transdiagnostic CBT: a Perceptual Control Theory (PCT) approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 7(4), 334-359.
- Bird, T., Mansell, W., Dickens, C. y Tai, S. J. (2013). Is there a core process across depression and anxiety? *Cognitive Therapy and Research*, 37, 307-323.
- Carey, T. A. (2008). Perceptual control theory and the method of levels: Further contributions to a transdiagnostic perspective. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 237-255.

- Carey, T. A. (2011). Exposure and reorganization: the what and how of effective psychotherapy. *Clinical Psychology Review, 31*, 236-248.
- Carey, T. A., Mansell, W. y Tai, S. J. (2014). A biopsychosocial model based on negative feedback and control. *Frontiers in Human Neuroscience, 8*, 94.
- Carey, T. A., Mansell, W., Tai, S. J. y Turkington, D. (2014). Conflicted control systems: the neural architecture of trauma. *The Lancet Psychiatry, 1*(4), 316-318.
- Carey, T. A., Tai, S. J. y Stiles, W. B. (2013). Effective and Efficient: Using Patient-led Appointment Scheduling in Routine Mental Health Practice in Remote Australia. *Professional Psychology: Research and Practice, 44*(6), 405-414.
- Cocklin, A. A., Mansell, W., Emsley, R., McEvoy, P., Preston, C., Comiskey, J. y Tai, S. (2017). Client Perceptions of Helpfulness in Therapy: a Novel Video-Rating Methodology for Examining Process Variables at Brief Intervals During a Single Session. *Behavioural and Cognitive psychotherapy, 45*(6), 647-660.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. y Shafran, R. (2004). *Cognitive-behavioral Processes across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment*. Oxford, Reino Unido: OUP.
- Higginson, S. y Mansell, W. (2016a). A systematic review of independent-rater, within session measures of therapeutic change: The importance of awareness and transformation. doi: 10.13140/RG.2.1.3280.9041
- Higginson, S. y Mansell, W. (2016b). The Depth and Duration of Awareness Coding Scheme (D-DACS) Manual. doi: 10.13140/RG.2.1.2494.4725
- Higginson, S., Mansell, W. y Wood, A. M. (2011). An integrative mechanistic account of psychological distress, therapeutic change and recovery: The perceptual control theory approach. *Clinical Psychology Review, 31*(2), 249-259.
- Kelly, R. E., Mansell, W. y Wood, A. M. (2015). Goal conflict and well-being: A review and hierarchical model of goal conflict, ambivalence, self-discrepancy and self-concordance. *Personality and Individual Differences, 85*, 212-229.
- Macintyre, V., Brown, H. y Mansell, W. (2017). Coding the common and distinctive components of diverse therapies. *Paper presented at the Annual Scientific Conference of the British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies, University of Manchester*.
- Mansell, W., Carey, T. A. y Tai, S. J. (2015). *Principles-based counselling and psychotherapy: A Method of Levels approach*. Nueva York, NY: Routledge.
- Mansell, W. y McEvoy, P. M. (2017). A test of the core process account of psychopathology in a heterogenous clinical sample of anxiety and depression: A case of the blind men and the elephant? *Journal of Anxiety Disorders, 46*, 4-10.
- Patel, T., Mansell, W. y Veale, D. (2015). The Cognitive Behavioural Processes Questionnaire: A preliminary analysis within student, mixed clinical and community samples, and the identification of a core transdiagnostic process. *Cognitive Therapy and Research, 39*(2), 193-203.
- Powers, W. T. (1973). *Behavior: The control of perception*. Nueva York, NY: Hawthorne.