

## **Sujeto X. Análisis de narraciones a través del modelo de asimilación en la esquizofrenia**

*R. Vaño e I. Caro*

Restituto Vaño es licenciado en Psicología y Máster de Avances en Investigación y Tratamientos en Psicopatología y Salud. Isabel Caro es Catedrática del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Valencia.

### **Introducción**

El cambio es uno de los fenómenos más importantes en el desempeño de la práctica psicológica, independientemente del ámbito de aplicación que

se considere. En personas con esquizofrenia, este cambio, entendido de forma amplia, se convierte en un desafío. Con la metodología cualitativa tenemos a nuestro alcance la posibilidad de valorar el cambio alcanzado y, al mismo tiempo, analizar las barreras que limitan e impiden progresar a una persona en la consecución de dicho cambio. En este análisis nos hemos centrado de forma exploratoria en el modelo de asimilación de experiencias problemáticas, desarrollado por William B. Stiles para estudiar a un sujeto diagnosticado con esquizofrenia, a través de narraciones.

El modelo de asimilación (Stiles et al. 1991) parte de los trabajos empíricos y conceptuales de Piaget (1962, 1970), Rogers (1959), Elliot (1985), y otros, que definieron una secuencia sistemática de cambios en las experiencias que aportan a terapia las personas que acuden a ella. El modelo se apoya en el concepto de asimilación, concepto que muchos terapeutas de planteamientos diferentes (Franz, 1973; Orlinsky y Howard, 1987, 1987; Gendlin, 1964, 1978; Banister, 1975; Kelly, 1955; Daldrup et al., 1988; Perls et al., 1951) han relacionado en terapia con resultados satisfactorios.

Por otro lado, el modelo trata de informar a los investigadores, sobre los componentes del cambio, con el fin de ampliar nuestro conocimiento de él y facilitar su génesis (Llewelyn y Hardy, 2001), siendo un elemento

clave la creencia de que sólo se realizarán nuevos progresos si éstos se apoyan de forma más profunda en la teoría acerca de cómo es posible el cambio para los diferentes clientes.

Desde este modelo, el proceso terapéutico es contemplado (Stiles et al., 1990; Knobloch, et al., 2001) como el proceso de asimilación de las experiencias problemáticas (a nivel cognitivo, afectivo y conductual) dentro de un esquema, aunque con el tiempo el modelo ha evolucionado y se ha destacado la capacidad agente de nuestras experiencias tomando el concepto de comunidad de voces; siendo un modelo que se amolda de forma adecuada a las perspectivas dialogales sobre el Self desarrolladas por Hermans (Hermans, Kempen y Van Loon, 1992). En este sentido, el sí mismo estaría compuesto por una serie de voces que serían nuestros recursos principales, y que poseerían dicha capacidad agente (Honos-Webb y Stiles, 1998).

Además, en el desarrollo del modelo (Stiles, 2002) se ha prestado una atención especial a la metodología empleada con el fin de ofrecer una mayor garantía en las conclusiones. Para ello, se han intentado evitar vaguedades y problemas metodológicos derivados de la evaluación global del cambio que se da a largo plazo; al mismo tiempo que se relacionan los cambios observados con los procesos acaecidos dentro de la terapia.

En cualquier caso, el modelo se caracteriza por ser un modelo integrador que rehúye cualquier intento de uso prescriptivo (Stiles, et al., 1990) y que, por tanto, se puede emplear para describir el cambio en cualquier modelo terapéutico (véase, por ejemplo, Caro, 2011; Detert et al., 2006; Goodridge y Hardy, 2009; Stiles, 2002), al igual que en determinados contextos, como entrevistas (Henry, Stiles y Biran, 2005), o narraciones (Allepuz, Caro, Rojo y Yera, 2014; Osatuke et al., 2011), lo que le ha permitido servir como punto de referencia desde el cual evaluar el cambio y la asimilación de experiencias problemáticas de distintas maneras y perspectivas.

En estos momentos, el modelo se apoya en los siguientes elementos (Honos-Webb y Stiles, 1998). En primer lugar, el sí mismo estaría formado por una *comunidad de voces*. El término voz, que incorpora un elemento dialogal al modelo, se utiliza de forma genérica abarcando los objetos de las teorías objetales y las relaciones, los arquetipos de Jung, los pensamientos automáticos de la terapia cognitiva, los roles recíprocos, etc. Las comunidades de voces dan forma al sí mismo y representan las experiencias aceptadas que forman nuestros recursos. Además, la voz que surge de la comunidad de voces que conforman al sí mismo, se denomina voz dominante (VD). Ésta se ve activada por la situación y surge para oponerse a la experiencia no deseada. Básicamente, estas voces dominantes serían nuestra forma habitual de pensar, sentir y comportarnos, lo que caracteriza a nuestro sí mismo en forma de múltiples recursos para su funcionamiento. La experiencia no deseada co-

respondería a la voz de la experiencia problemática o voz no dominante (VND). Es una voz que entra en conflicto, o se contrapone, a una o varias voces que componen la comunidad de voces del sí mismo. Recogería, básicamente, todo aquello que se considera una experiencia problemática, en el sentido de que el sí mismo tiene dificultades en asimilar y en integrar. Las experiencias problemáticas suelen surgir en forma de quejas con una fuerte carga afectiva, pero, a veces, precisamente por esta fuerte carga afectiva el sí mismo las niega y distorsiona lo que impide su aparición y asimilación.

Finalmente, debemos destacar el concepto de *punto de significado*, que correspondería a un esquema, a través del cual se relaciona la voz de la experiencia problemática con la voz que surge oponiéndose a la misma desde la comunidad de voces del sí mismo. Este punto de significado se aprecia, sobre todo, en el nivel de Insight, es decir, en uno de los niveles principales de asimilación (véase Cuadro 1). Para que se produzca la asimilación es necesario que se dé un diálogo entre las VDs y las VNDs, una comprensión conjunta, que precisamente se manifiesta en este nivel de Insight (Stiles, 2011). El Insight se puede considerar como la “expresión y caracterización de la experiencia problemática que es aceptable y comprensible, tanto para la voz problemática como para la dominante” (Stiles y Brinegar, 2007, p. 103).

El modelo de Asimilación de Experiencias Problemáticas describe el proceso de asimilación a través de 8 etapas o niveles, numeradas de 0 a 7, y articuladas en la APES (Escala de la Asimilación de Experiencias Problemáticas) (Stiles et al, 1991), que reflejan el paso de un sujeto, a lo largo del proceso de cambio, por las diferentes etapas en la asimilación. En los diversos estudios con el modelo de asimilación se buscan evidencias de que el proceso que siguen los sujetos al asimilar sus experiencias problemáticas transcurre a través de unos niveles o fases predecibles (Stiles et al, 1994) que se articulan en la APES. En el Cuadro 1 podemos ver cada uno de estos niveles. Cada uno de ellos describe el juego, el diálogo o la posición que ocupan las VNDs y las VDs.

Por su parte, el modelo (Honos-Webb y Stiles, 1998) se apoya, directa e indirectamente, por diferentes estudios cualitativos y cuantitativos en su propuesta de secuencia de niveles en las terapias psicodinámicas, experienciales, cognitivas y cognitivo-conductuales (Caro, 2006a, 2006b, 2007, 2008, 2011; Field, Barkham, Shapiro, y Stiles, 1994; Honos-Webb, Stiles, Greenberg, 1998; Shapiro, Barkham, Reynolds, Hardy, y Stiles, 1992; Stiles, Barkham, Shapiro, y Firth Cozens, 1992; Stiles, Meshot et al, 1992; Stiles et al, 1991; Stiles, Shankland, Wright, y Field, 1997; Stiles, Shapiro, y Harper, 1994; Stiles, Shapiro, Harper, y Morrison, 1995). Estos mismos estudios también han apoyado la asociación de la asimilación con resultados positivos en la terapia y la no asimilación con dificultades para el cambio o la ausencia de éste (Stiles, 2002).

**Cuadro 1**  
**Niveles en el proceso de asimilación**  
**(a partir de Stiles, Honos-Webb y Lani, 1999)**

<p><b>NIVEL 0. SUPRESIÓN/DISOCIACIÓN:</b> El contenido no está formado; el cliente no se da cuenta del problema. <i>No se habla del problema. El paciente no trabaja en el problema</i> La experiencia se considera evitada o desviada si hay evidencia de evitar activamente temas emocionalmente molestos (i.e., cambiar de tema).</p>
<p><b>NIVEL 1. PENSAMIENTOS NO DESEADOS/ EVITACIÓN: Control/evitación</b> El contenido refleja el surgimiento de pensamientos asociados con el malestar. El cliente prefiere no pensar sobre ello; los temas los saca el terapeuta o las circunstancias externas. El terapeuta pregunta algo y el paciente cambia de tema, algo así como "tengo que ser duro y no pensar en esto". El afecto es más destacado que el contenido e implica fuertes sentimientos negativos -ansiedad, miedo, cólera, tristeza.</p>
<p><b>NIVEL 2. RECONOCIMIENTO VAGO/SURGIMIENTO:</b> El cliente se da cuenta de la existencia de una experiencia problemática, y describe pensamientos poco agradables asociados con los pensamientos, pero no puede formular el problema con claridad. <i>Sabe lo que le molesta.</i> El afecto incluye dolor psicológico agudo o pánico asociados con los pensamientos problemáticos y las experiencias.</p>
<p><b>NIVEL 3. ENUNCIAR EL PROBLEMA/CLARIFICACIÓN:</b> <i>Ves lo que pasa y lo que lo impide.</i> El contenido incluye un enunciado claro del problema -algo en lo que se puede trabajar. El P enuncia el problema pero no hace ninguna conexión sobre la causa del problema. El afecto es negativo pero manejable, no hay pánico.</p>
<p><b>NIVEL 4. COMPRENSIÓN/INSIGHT:</b> La experiencia problemática se coloca en un esquema, es formulada y comprendida con claros vínculos conectivos. El afecto puede ser variado, con algunos reconocimientos desagradables, pero con curiosidad o incluso con sorpresa del tipo del "ajá". Niveles del 4.1 al 4.9 reflejan progresivamente mayor claridad o generalización de la comprensión, asociada, por lo general con un afecto positivo (o negativo disminuyendo)</p>
<p><b>NIVEL 5. APLICACIÓN / ELABORACIÓN:</b> La comprensión se emplea para trabajar en el problema; hay una referencia a esfuerzos específicos para resolver el problema, aunque sin un éxito completo. El cliente puede describir que está considerando alternativas o seleccionando, sistemáticamente, cursos de acción.</p>
<p><b>NIVEL 6. SOLUCIÓN DEL PROBLEMA:</b> El cliente logra una solución a un problema específico. El afecto es positivo, satisfecho, orgulloso del logro. Niveles del 6.1 al 6.9 reflejan generalizar la solución a otros problemas y construir las soluciones sobre patrones usuales o habituales de conducta. El P ha practicado la solución fuera de la consulta</p>
<p><b>NIVEL 7. DOMINIO:</b> El cliente emplea, con éxito, soluciones en nuevas situaciones; esta generalización es bastante automática, no destacada. El afecto es positivo cuando se habla del tema, pero neutro (i.e. esto no es ya un problema o algo por lo que preocuparse). El problema ha dejado de ser un problema</p>

La APES permite códigos numéricos como una forma mejor de ofrecer el significado de cada nivel y además códigos intermedios. Así un código 2.5 representaría que el paciente está a medio camino entre Surgimiento y Clarificación.

Conviene resaltar que la asimilación no es un proceso necesariamente lineal (Stiles 2001, 2005, Osatuke et al., 2005; Caro, I., 2006a, 2006b, 2008, 2009), habiéndose propuesto diferentes explicaciones a los retrocesos encontrados sobre todo en terapias de tipo cognitivo y cognitivo-conductual, ya que el proceso de asimilación suele ser más suave y continuo en terapias de corte humanista y experiencial (Knoblock et al., 2001; Stiles, 2005; Humphreys et al., 2005; Caro, 2006a, 2009; Caro y Stiles, 2013). Del listado original de Stiles (2005) en la actualidad (véase Caro y Stiles, 2013) se barajan dos explicaciones principales, sin descartar otras posibilidades (Stiles, 2005).

Las dos posibles explicaciones principales para el proceso dentado de asimilación en terapias cognitivas y cognitivo-comportamentales tienen que ver con el factor terapeuta y con si el paciente sigue o no lo propuesto por éste (Caro y Stiles, 2013). En primer lugar, tendríamos un retroceso cuando los pacientes están fuera de la *zona de desarrollo próximo* (o ZPD, concepto propuesto por Vigotsky, y desarrollado en este contexto por Leiman y Stiles, 2001). Es decir, cuando el paciente no está preparado para el “desafío” o la tarea propuesta por el terapeuta se puede producir un retroceso. En el otro caso, cuando el paciente sigue a lo propuesto por el terapeuta, se puede dar un retroceso que se explica mediante la *metáfora de la balanza*. Esto es, en un contexto cognitivo el terapeuta guía al paciente (y éste le sigue) para encontrar pensamientos negativos y desarrollar un pensamiento alternativo frente a ellos.

El modelo de asimilación no se ha utilizado mucho en el contexto de los trastornos esquizofrénicos y se ha utilizado, sobre todo, en pacientes con problemas de depresión y ansiedad. No obstante, tal y como señala Osatuke et al. (2011), el modelo parece particularmente relevante para este espectro de trastornos, en donde la patología consiste, de forma amplia, en una pérdida de conexión entre fragmentos de la experiencia subjetiva y su resultante incapacidad de afrontamiento.

Es así, que una de las posibilidades que ofrece el modelo es el estudio del desarrollo de los Insights a través de las experiencias problemáticas del sujeto. Esto se puede estudiar como una capacidad emergente rastreada a lo largo del tratamiento en base a datos de narraciones, entrevistas, sesiones. Por otro lado, el acercamiento evolutivo del modelo de asimilación al Insight es un acercamiento dinámico que contrasta con otras visiones más estáticas (Osatuke et al., 2011). Por ello, prestaremos un especial interés al Insight en este estudio siguiendo la definición mostrada con anterioridad.

Para terminar con esta introducción, debemos señalar que el modelo de asimilación al desarrollar un enfoque del sí mismo en función de la multiplicidad y relación entre voces (Osatuke y Stiles, 2006) se presenta como un modelo de tipo metacognitivo (Osatuke et al, 2011), por lo que es interesante centrarnos, brevemente, en ello.

En relación a la esquizofrenia y metacognición hay una gran cantidad de investigación, pero nos focalizaremos en la propuesta de Lysaker et al. (2001) y Dimaggio et al. (2010), que se centran en la salud mental y en la expresión de una multiplicidad de voces demasiado variada o restringida. Estos estudios asumen que la salud psicológica y la adaptación social dependen de la existencia de una variedad suficiente de voces, un grado mínimo de multiplicidad del sí mismo, la capacidad de ser conscientes de los múltiples aspectos del sí mismo, de que sus voces participen en un diálogo que permita el reconocimiento entre las voces, y la creación de puntos de vista de orden superior, etiquetado y metapositiones (Hermans, 2001), o integración metacognitiva (Semerari et al., 2003). Todo ello permitiría un sentido de coherencia para coordinar los múltiples aspectos del Self.

En el caso de la esquizofrenia, Lysaker et al. (2001) resaltan que la comprensión del sí mismo está constreñida por una sobreidentificación con el rol de enfermos; muestra una ausencia de la apreciación de los déficits; desenfataza la voluntad y la acción; y suspende la comprensión del sí mismo, que se encuentra al borde de la disolución.

A partir de ahí se propone un tipo de rupturas del diálogo entre las voces, que se podría relacionar con la clasificación de la multiplicidad de voces propuesta por Dimaggio et al. (2010).

En este contexto del modelo de asimilación, el objetivo de la presente investigación consiste en la exploración y descripción del proceso de asimilación de experiencias problemáticas a través de las narraciones realizadas por un sujeto diagnosticado con esquizofrenia paranoide.

## **Método**

### ***Participante***

El sujeto era un hombre joven, de 34 años, diagnosticado con “Esquizofrenia Paranoide”, como diagnóstico principal, además de otro diagnóstico secundario por lesiones físicas a consecuencia de un accidente. En el momento en que escribió las narraciones se encontraba bajo tratamiento farmacológico, tal y como queda reflejado en el Cuadro 2.

Al inicio de la elaboración de narraciones el sujeto vivía con sus padres y tenía un hermano dos años más joven que vivía de forma independiente. Al poco de empezar a realizar las narraciones falleció su madre de un cáncer.

El sujeto, se denominó en las narraciones como Sujeto X, razón por la que se mantuvo esta denominación a lo largo del estudio. El Sujeto X dio permiso para el análisis de sus narraciones.

**Cuadro 2**  
**Tratamiento y dosificación de la medicación**  
**durante la intervención**

Medicación	Dosificación
Fluoxetina 20mg	1 / 0 / 0
Tranxilium 10mg	1 / 0 / 1
Seroquel 400mg	0 / 0 / 1
Solian 200mg	0 / 0 / 1

**Evaluación**

Al sujeto se le administró una batería de pruebas al inicio del procedimiento (15/07/2010) y al final del mismo (15/11/2010). La batería estaba compuesta por las pruebas que se observan en la Tabla 1.

**Tabla 1**  
**Batería de pruebas pasadas al Sujeto X**

Fecha: 15/07/2010		PRETEST	Fecha: 15/11/2010		POSTEST
BDI		14	BDI		16
HAD-A		7	HAD-A		13
HAD-D		5	HAD-D		6
STAI A - E		40	STAI A - E		95
STAI A - R		65	STAI A - R		95
SCL-90-R	SOM	5	SCL-90-R	SOM	15
	OBS	55		OBS	40
	INT	65		INT	60
	DEP	45		DEP	75
	ANS	70		ANS	90
	HOS	55		HOS	20
	FOB	40		FOB	40
	PAR	70		PAR	60
	PSI	40		PSI	60
	GSI	45		GSI	60

De forma global podemos señalar que no se observa mejora o cambio en el sujeto, en sentido positivo de las puntuaciones, entre el pretest y posttest; sino más bien se produce un efecto contrario. Entraremos en esta cuestión en la Discusión.

**Procedimiento**

En la elaboración del modelo de asimilación se ha ido detallando un procedimiento a través del cual se extraen los temas y se seleccionan los pasajes que posteriormente se analizarán para permitir la descrip-

ción del proceso de la asimilación seguido por el sujeto de cada investigación (Stiles y Angus, 2001; Stiles y Osatuke, 2000).

Aunque lo habitual es utilizar la APES sobre la base de grabaciones o transcripciones de las sesiones de una terapia, en nuestro caso se utilizaron las 12 narraciones escritas por el sujeto. Se siguió una serie de pasos que resumimos a continuación:

1. *Familiarización e indexación*: El objetivo del primer paso es el de familiarizarse con el material e ir tomando notas sistemáticas para una posterior delimitación de los pasajes en base a los temas o aquellos elementos particulares que se consideren interesantes.

2. *Identificación y elección de un tema*: En un segundo paso se trata de identificar la experiencia problemática reflejada en la narración, aunque en otros casos se realiza en base a lo tratado en la terapia. Surgieron un total de 13 temas, de los que 4 eran centrales. En este artículo nos centraremos de forma más específica en el de enfermedad mental y delirios.

3. *Selección de pasajes*: La selección de párrafos, o pasajes, tiene como objetivo conseguir una colección de elementos que hagan referencia a una experiencia problemática concreta. Para ello, es útil ir relacionando los temas encontrados o definidos en el paso anterior con el índice y catálogo realizado en el primer paso.

En la búsqueda de acuerdo entre jueces nos hemos basado en el método Ward (Schielke, Fishman, Osatuke y Stiles, 2008). Este método nos ofrece un enfoque repetitivo con el que crear un consenso a través de la consideración y desarrollo de las perspectivas únicas de los jueces y el acuerdo entre jueces. El juez #1 fue el autor principal de esta investigación formado en el modelo de asimilación para el desarrollo de este estudio. La juez #2 fue una estudiante de Postgrado formada en el modelo de asimilación y participante, como juez, en otros estudios de asimilación.<sup>1</sup> La juez #3 tenía una experiencia de 8 años en el modelo de asimilación y actuó, como auditora, siendo la directora de esta investigación. De manera, que los datos aquí presentados son consecuencia de un acuerdo entre jueces, ya que todos y cada uno de los códigos APES se revisaron y acordaron por los dos jueces, junto al autor principal de esta investigación (juez #1).

4. *Describir el proceso de la asimilación*: En base a la relación que se establece, entre las voces dominantes y no dominantes, se puntúa en el continuo de la asimilación para conseguir trazar su evolución (véase Cuadro 1).

## **Resultados**

Se identificaron una serie de temas (véase Cuadro 3) principales y secundarios, y una serie de voces (Cuadro 4), como consecuencia de

---

<sup>1</sup> Los autores quieren agradecer a Sara Llorens Aguilar su participación como juez.

seguir el procedimiento anteriormente descrito. Tres de los temas principales estaban relacionados, pero el sujeto realizaba una diferenciación entre ellos que nos llevaron a separarlos. En cuanto a las voces, la mayoría corresponde a VDs que no dejaban expresar a las VNDs. Por su parte, la VND de Grandeza intentaba definir un lugar en el mundo real y la VND Rebelde (que en su momento fue una VD) pasó a ser No Dominante cuando no cumplió las expectativas que tenía sobre la rebeldía.

**Cuadro 3**  
**Relación de Temas del Sujeto X**

<b>Principales</b>	<b>Secundarios</b>	
Enfermedad Mental	Estudios	Muerte
Delirios	Afrontamiento del mundo	Visión general
Sintomatología	Sentido de la vida	Rebeldía
Amor	Familia	Hijo ideal

**Cuadro 4**  
**Voces que aparecen en las narraciones del sujeto X**

<b>Dominantes</b>	<b>Voces No Dominantes</b>
Enfermo Mental/ Discapacitado	Síntomas, Alucinaciones, Sensaciones
Vital	Negación de evidencias
Moderadora	Emociones o aspectos interpretados como negativos o debilitantes
Narradora	Grandeza
Quijotesca/ Principios	Rebelde
Protectora	
Normalizada	

Por motivos de espacio, vamos a centrarnos únicamente en un tema, “la enfermedad mental”. En la Figura 1 se puede observar el proceso de asimilación a lo largo de los fragmentos en que se trata este tema en las narraciones aportadas por el Sujeto X, reflejándose una serie de Insights que alcanza el Sujeto X, aunque finaliza en un nivel bajo de la APES. La VD sería, “enfermedad mental/discapacitado”, mientras que las VNDs correspondientes serían “síntomas, alucinaciones, sensaciones” (véase Cuadro 4).

Tal como se refleja en la Figura 1, el sujeto alcanza varios niveles de Insight, e incluso un nivel APES de 5 (Aplicación) y posteriormente retrocede. Vamos a centrarnos en varios fragmentos para observar el nivel de asimilación alcanzado y su patrón de asimilación a lo largo de las narraciones. Para ello veremos los distintos párrafos y fragmentos, con sus números correspondientes, y el nivel APES de cada uno de ellos.

De forma general, el sujeto se presenta a sí mismo como un “enfermo mental”, lo que se refleja en el inicio de diferentes temas y sesiones.

Podemos ver cómo se presenta el Sujeto X a través de su VD ya en el párrafo 1, fragmento 1.

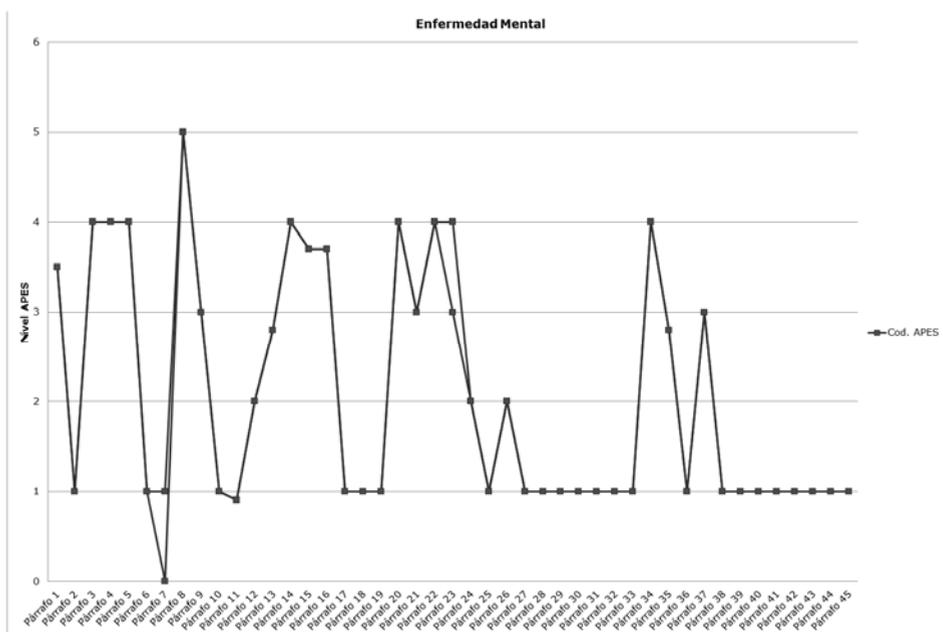


Figura 1. Tema: Enfermedad Mental

### Párrafo 1. Fragmento 1.

“Yo soy discapacitado por ser enfermo mental con esquizofrenia y tener una ligera cojera en la pierna derecha”. (APES: 3,4 - Enunciado del problema).

En fragmentos posteriores se observa como el sujeto, en su afán de entender lo que le pasa, generaliza su problema a toda su existencia. Esta generalización aparece asociada a distintos Insights.

### Párrafo 2. Fragmento 2.

“La minusvalía mía fue diagnosticada en noviembre de 1992 cuando aquejado de un ataque de pánico me arrojé por la ventana de mi habitación desde un séptimo piso, no porque quisiera morir sino porque alucinaba y creía que la ventana era una vía de escape a un peligro que había en mi imaginación, sobreviví milagrosamente a la caída.” (APES: 1- Pensamientos No deseados).

### Párrafo 3. Fragmento 3.

“Pero ello me hizo ver, aun cuando no constara en la Seguridad Social, que desde siempre fui un enfermo mental”. (APES: 4 - Insight)

**Párrafo 4. Fragmento 4.**

“De niño yo era solitario, triste, apático, ingenuo y aburrido. Pero no obstante mi apatía no tenía causa justificada y la apatía causaba todo lo demás. No encontrando explicación que lo justificase interpreté que fue debido a una enfermedad mental”. (APES: 4 - Insight).

**Párrafo 5. Fragmento 5.**

“Pero esto lo descubrí cuando fui adulto pues cuando era niño, dado que no había conocido otra cosa, pensaba que ello era lo normal. Mientras tanto yo sacaba muy buenas notas en el colegio y era sumiso y obediente, y mi vida transcurría sin pena ni gloria”. (APES: 4 - Insight)

Este tipo de pensamientos e Insights, corresponden con niveles altos en la APES, pero, sin embargo no parecen enlazarse con una mayor asimilación. En fragmentos posteriores, podemos ver cómo estos Insights se enmarcan en un contexto más general de no asimilación al no incluir el diálogo con las VNDs. Sí que se puede destacar que todos los Insights están formulados en pasado, reflejando que la voz que lo expresa no es una voz nueva fruto de la asimilación de una voz no dominante.

**Párrafo 6. Fragmento 6.**

“Llegó el momento en que mi apatía desapareció en 1989 como por arte de magia y con ello desapareció también mi ingenuidad.” (APES: 1- Pensamientos no deseados).

**Párrafo 8. Fragmento 9.**

“Y me hallaba con 19 años (1995), hasta entonces mi vida había sido infeliz pero a partir de entonces fui aceptando la vida como venía y empecé a ser inmensamente feliz”. (APES: 5 - Aplicación).

**Párrafo 14. Fragmento 19.**

“Yo siempre he ido con buenas intenciones y la verdad por delante, aunque también he sido y soy un tanto ingenuo y con ciertas limitaciones dada mi enfermedad mental.” (APES: 4- Insight).

**Párrafo 20. Fragmento 80.**

“Yo he comentado ya mis ideas extrañas pero no sólo tengo ideas extrañas como producto de mi discapacidad, también tengo más cosas. Se me declaró minusválido a los 16 años cuando hice algo grande pero creo que minusválido he sido desde siempre aunque no estuviera diagnosticado.” (APES: 4- Insight).

**Párrafo 21. Fragmento 81.**

“Mi enfermedad mental consta de dos vías, una de las emociones artificiales, que consiste en sentir algo malo sin saber por qué, y otra de ideas extrañas y sentimientos que se pueden justificar por algo que ha sucedido”. (APES: 3- Enunciado del Problema).

**Párrafo 22. Fragmento 82.**

“También tengo una leve cojera desde que tuve mi fatal accidente a los 16 años. Tengo una pierna más corta que la otra y puedo doblar y flexionar pero no ambas cosas a la vez. A lo largo de mi vida los síntomas están cambiando, por ello haré una narración de todos ellos.” (APES: 4- Insight).

**Párrafo 23. Fragmento 84.**

“La apatía era como una emoción artificial. Yo no tenía motivos para estar apático y lo estaba. La apatía a su vez generaba la tristeza y el vivir sin pena ni gloria, mi timidez y mi ingenuidad. (APES: 3 - Enunciado del Problema).

Yo era un chico solitario y apático pero dado que no había conocido otra cosa creía que eso era lo normal y ni siquiera era consciente de que en cierta manera estaba enfermo”. (APES: 4- Insight).

En este conjunto de fragmentos se observa el tipo de Insight que alcanza el sujeto, los cuáles se encuentran conformando una visión de sí mismo como “enfermo”, pero que parece que no le sirve para continuar hacia una mayor asimilación, tal y como podemos observar en los fragmentos siguientes. Las asimilaciones que refleja en estos párrafos son demasiado generales y no se centran en aspectos o hechos concretos que le permitan encontrar nuevas interpretaciones, si bien algunas están formuladas sin dejar entrever si son declaraciones actuales o formadas en un momento temporal anterior. Incluso cuando comenta que se le declaró “minusválido” cuando hizo “algo grande”, se refiere a aquel acontecimiento desde una valoración y no reflejando el hecho en sí.

**Párrafo 25. Fragmento 91.**

“Cuando se acabaron los ataques de miedo quedé aliviado. Tenía 19 años y a partir de entonces mi vida fue una felicidad constante pues aunque obtenía resultados mediocres los aceptaba y era feliz. Yo sólo tenía entonces ideas extrañas como ligarme a mi profesora de matemáticas o arreglar el mundo”. (APES: 1 - Pensamientos No Deseados).

En este fragmento se puede observar cómo el sujeto evita tomar conciencia de sus VNDs, minimizando (un marcador del Nivel APES 1) sus síntomas y alucinaciones.

**Párrafo 29. Fragmento 109.**

“Yo iba a un CRIS [...] y a pesar de que no podía acudir porque no podía salir de casa. Al año de no poder acudir con falta justificada me expulsaron. Aunque al poco de poder volver a salir me volvieron a readmitir. No obstante por teléfono yo podía hablar con mi psicóloga. Contratamos a una psicóloga para que viniese a casa a atenderme y como psicóloga estaba bien pero no conseguía hacerme salir de casa. Debería ella haberse dado cuenta que era ineficaz y dejar paso a otra posible solución”. (APES: 1- Pensamientos No Deseados).

En este fragmento observamos otro ejemplo donde evita pensar en que tiene un problema (marcador de un nivel APES 1), no haciendo evidentes sus VDs, derivando la responsabilidad hacia otra persona.

**Párrafo 31. Fragmento 111.**

“Entre un psiquiatra y otro, consultamos a distancia a otro, y este alteró ligeramente la medicación mejorándola; pero después me dio una medicación que me sentó mal y lo dejamos”. (APES: 1 - Pensamientos No Deseados).

**Párrafo 34. Fragmento 117.**

“Sucedieron más cosas de las que he contado, pero no lo recuerdo con claridad como por ejemplo que la agorafobia me vino de repente el 3 de enero de 2007 y con angustia tuve que volver a casa, y entonces pensé que eso sólo duraría diez días, y duró dos años y medio. A la agorafobia que tuve no le encuentro explicación emotiva posible por lo que considero que fue una enfermedad producida por la química de mi cerebro.” (APES: 4- Insight).

**Párrafo 42. Fragmento 149.**

“Yo por aquel entonces era muy ingenuo y creía que todo era bueno, también me creía tonto y débil contra el sufrimiento porque solo me comparaba conmigo mismo. Cuando en realidad era muy inteligente y con un aguante tremendo”. (APES: 1 - Pensamientos No Deseados).

Como vemos en los párrafos anteriores, el sujeto X, aún a pesar de alcanzar niveles de asimilación elevados, como por ejemplo, los Insights, no asimila dicha experiencia analizada a través de sus narraciones. El patrón, como aparece en la Figura 1, es claramente dentado, pudiéndose apreciar que termina de narrar esa experiencia en niveles bajos del proceso de asimilación, aun habiendo alcanzado con anterioridad niveles más elevados. La mayor parte de los Insights aparecen en la primera mitad de las narraciones y en la segunda mitad sólo aparece uno en el que se ha valorado el Insight alcanzado sobre los orígenes de la agorafobia, aunque en ningún momento asume una posición agente que permita expresar sus VNDs y de alguna manera posibilite asumir una actitud agente que lleve a la asimilación de la experiencia.

## **Discusión**

El sujeto X se involucró en escribir sobre aquellos temas que le interesaban o preocupaban, mostrando en las diferentes narraciones las barreras que podían impedirle progresar en la asimilación de sus experiencias problemáticas, aunque en este artículo sólo nos hemos centrado en el tema de la “enfermedad mental”, por motivos de espacio. La aplicación del modelo de asimilación a sus narraciones nos permite focalizar la atención en el proceso de asimilación que se produce, con un énfasis especial en el Insight y observar los retrocesos en dicho proceso de asimilación.

El acercamiento evolutivo que propone el modelo de asimilación (Osatuke et al., 2011) permite superar cierta visión estática del Insight en la que se examina a los pacientes en momentos concretos. A nivel clínico, el modelo de asimilación permite seguir el rastro de los problemas del cliente, lo que nos permitiría estudiar cómo potenciar un Insight, así como cuáles son los mecanismos disruptivos que el sujeto puede poner en movimiento.

Los patrones de Insight alcanzados por el sujeto, tal y como se observan en los primeros párrafos analizados, devienen generalmente en una visión de él mismo como “discapacitado” o “enfermo mental” (véase párrafos 1, 2, 4, 5, 14,...); de modo que las nuevas experiencias se experimentan dentro de dicho postulado sin llegar a haber una asimilación más allá de esa visión.

Dicho de otro modo, en el Sujeto X hemos de concluir que, globalmente, no hay una asimilación de las experiencias problemáticas (con el transcurso de las narraciones los niveles alcanzados en la APES son menores que al inicio), y tampoco un cambio medido de forma tradicional (tal y como se puede observar en las puntuaciones pretest y postest).

Hay que indicar que el sujeto alcanza una serie de niveles máximos de 4 (Insight) y 5 (Aplicación/ Elaboración) en algunos de los párrafos analizados, que hay que decir que no evolucionan hacia una resolución de sus experiencias problemáticas sino que devienen en unas resoluciones que limitan e imposibilitan su resolución. No obstante, aunque el Insight es un elemento importante para juzgar el proceso y progreso hacia la asimilación (Caro, Pérez y Lloréns, 2014) también se ha encontrado que pacientes con un escaso cambio estándar (a través de la comparación pretest-postest) presentan un proceso de asimilación con diferentes Insights (Caro, 2011).

En el caso del Sujeto X, se ha observado que hay ocasiones en que el propio Insight deriva en un enlentecimiento o interrupción de la resolución de la experiencia problemática, lo que nos lleva a señalar que puede ser interesante estudiar el mecanismo que impide su evolución hacia nuevas comprensiones. Esto se relaciona con un proceso de asimilación claramente dentado, con retrocesos entre niveles de la APES.

Este proceso dentado, donde el proceso de asimilación no es continuo o lineal, es más frecuente en terapias de estilo cognitivo y cognitivo-comportamentales (Caro y Stiles, 2013; Goodridge y Hardy, 2009; Osa-tuke et al., 2005), y también está presente en algún estudio realizado con narraciones (Allepuz, Caro, Rojo y Yera, 2014). Dejando de lado explicaciones sobre los retrocesos que las relacionan con el papel del terapeuta (Caro y Stiles, 2013) nos centraremos en explicaciones (Stiles, 2005) que de alguna manera se podrían aplicar, de forma tentativa, al caso del Sujeto X, aunque no se haya hecho un estudio específico al respecto:

1. Limitados puntos de vista internos, resultado de un yo monologal caracterizado por una multiplicidad de voces disminuida.

2. Pocos recursos de gestión de la incertidumbre y el malestar, que podrían llevarle a asumir conclusiones sin una gran elaboración.

3. Déficits metacognitivos, que le dificultan afrontar el entorno, inferir estados y posiciones de otras personas, y que le pueden afectar a sus capacidades para superar sus experiencias problemáticas.

4. Pérdida de memoria, en tanto que la asimilación es un aprendizaje, si el sujeto no lo retiene o lo ignora, el avance en la APES no se mantiene.

5. El carácter transversal de las narraciones. Cada narración estaba centrada en un tema que se mostraba a través de diversas “entradas” en su historia personal; siendo estos temas importantes para el sujeto. Es así que no se observó una evolución longitudinal del proceso de la asimilación. Entonces, podemos asumir que esta distribución de los problemas en las narraciones puede generar, a su vez, problemas para contemplar el proceso de asimilación; así, podemos inferir que algunos retrocesos pueden deberse a la focalización de la atención en momentos pasados al de otra narración anterior, o momento anterior al que ya se había referenciado.

Si profundizamos de forma más amplia en algunos de estos aspectos habría que resaltar que la consideración de un yo monologal está en sintonía con la propuesta de Lysaker et al. (2001, 2002, 2006), Hermans (2006) y Dimaggio (2010), en la que presentan tres patrones principales de desorganización del Self. Un primer patrón, llamado *Cacofonía* o Psicopatología de la Multiplicidad sin Orden, evidencia una desorganización que surge a través de una multiplicidad desenfadada, con una disrupción o desorden narrativos. Un segundo patrón, llamado *Estéril*, es evidenciado por un diálogo mínimo, definido con un número limitado y rígido de posiciones del Self, en el que los aspectos sobresalientes o destacados de una situación se ven minimizados. Un tercer patrón, denominado *Monólogo* o Psicopatología de la Multiplicidad Disminuida, mostraría una ruptura del diálogo evidenciada a través de descripciones en las que sólo hay disponibles aspectos limitados del sí mismo, dándose su

experiencia dentro de límites estables y consistentes, y pudiéndose definir el sí mismo como “enfermo”, “no enfermo”, “perseguido”, etc.

De algún modo, la falta de flexibilidad de los Insights, o la incapacidad de negociar de las Voces Dominantes, sería un aspecto relacionado con la creación y mantenimiento de un sentido de coherencia personal que se vería en peligro si el sujeto trascendiera esa visión de sí mismo. Por ello, es interesante considerar cuál es la finalidad que tienen los Insights para el sujeto, ya que no parece tanto el resolver sus problemas con el entorno y el mundo que le rodea sino mantener una visión del sí mismo y la realidad en la que él se encuentre a salvo y protegido. De alguna forma, esto se puede observar en los Insights expresados en los párrafos anteriores, puestos en el papel por una voz de carácter narrativo que habla en pasado y expone una declaración absolutista. No obstante, el sujeto mostró en una narración un cambio importante en el que se alejaba de los presupuestos habituales (que se focalizaba en el tema que trataba los “delirios” y que se debería ampliar y exponer en otro trabajo), que no se prolongó en el tiempo ya que a la semana siguiente volvió a asumir como ciertas las declaraciones que mantenía de forma general.

Podemos hipotetizar, que el proceso de asimilación del sujeto X se correspondería con este patrón monologal, con una identificación clara con el rol de “enfermo mental” (Párrafos 1, 3, 4, 5, 14, 21, etc.), en este caso. Si bien no hay que olvidar que los datos obtenidos en las narraciones pueden estar condicionados por la enfermedad mental del sujeto y su discapacidad, se podría asumir que esta es la misma influencia que tienen los datos de otra persona sin enfermedad mental, en tanto que se ven condicionados por sus propias características de personalidad y sus desafíos de cada día.

Por otra parte, el sujeto no presenta muchos recursos de gestión del malestar o la incertidumbre, tal y como se refleja en los párrafos 3, 25 y 34. En éste último párrafo destaca como es capaz de recordar fechas con mucha precisión pero no sucesos que le han pasado, y al mismo tiempo cómo no encuentra explicación a la agorafobia y rápidamente lo relaciona con una enfermedad producida en la mente por alguna alteración química. También cabría resaltar los párrafos donde el sujeto no asume ninguna responsabilidad en cuanto a su sintomatología, o sus problemas, derivando la misma a los profesionales que le tratan (párrafos 29 y 31).

Por su parte, la necesidad del ser humano de comprensión del entorno puede ser un factor que juega a favor de la adaptación humana, pero que en una persona con un trastorno mental grave acrecienta la inadaptación por cuanto focaliza su atención de forma más persistente en algunos aspectos buscando soluciones o respuestas, pero sin llegar a profundizar, cerrando rápidamente sus hipótesis, y no cuestionándose las más adelante. Así, en el primer y tercer párrafo expresa su identifica-

ción con el rol de “enfermo mental”, a través del cual ya no se plantea muchas vivencias. En el segundo párrafo, al focalizarse en un momento doloroso, evita asumir la responsabilidad de sus sensaciones y sentimientos, y pasa a considerarlos como algo que le pasaba y sobre lo que no tenía ningún control. Y en el párrafo 6 lo expresa de forma más clara, al hablar de la desaparición mágica de la sintomatología asociada a su problema, y las consecuencias que se derivaron.

Se ha encontrado (Tas et al. 2012) que los problemas de metacognición son uno de los predictores de cambio en materia de potencial de aprendizaje, por lo que el grado de afectación supondría una mayor o menor probabilidad de obtención de éxito en una tarea llevada a cabo con un número limitado de sesiones o narraciones; al mismo tiempo que correlacionan de forma significativa con los subdominios de la motivación intrínseca, de tal forma que los pacientes con una mayor motivación intrínseca y una metacognición conservada mejoraron más en el paradigma de aprendizaje en comparación con pacientes poco motivados y pacientes con habilidades metacognitivas reducidas. En el caso del Sujeto X habría que resaltar que la principal motivación de realización de las narraciones era extrínseca, por cuanto le unía cierta relación con el investigador principal que en una época anterior había ejercido de tutor suyo, y a partir de la 10 narración sugirió la posibilidad de dejar de escribir.

Otro aspecto relacionado con el déficit metacognitivo es la pérdida de memoria, referida a los Insights nuevos alcanzados, que en este caso estaría en relación con un déficit metacognitivo que le dificulta ponerse en la posición de otra persona y atender a otros asuntos que los que le preocupan a nivel personal; con lo que siempre vuelve a tratar en un bucle los mismos asuntos de sus síntomas, pensamientos obsesivos, etc. (Párrafos 21, 23, 25, 34, 42).

En cuanto al cambio o mejoría del sujeto valorada al principio y el final de las narraciones, hay que decir que, como ya se comentó al inicio de la Discusión, no se observó un cambio entre los datos del pretest y postest; lo que coincide con los resultados obtenidos con el análisis de la asimilación de experiencias problemáticas. Así confluyen dos formas distintas de medir el cambio o la ausencia de éste: la medición estándar pretest-postest, y la medición del cambio entendida como consecuencia de la asimilación (Stiles, 2006). En este contexto narrativo, los resultados apoyan otros estudios donde se vió que las dificultades para el cambio “correlacionaban” con dificultades en el proceso de asimilación (Caro, 2006b; Detert et al., 2006).

Si bien se esperaba cierta mejora en base al hecho de proporcionar un contexto (las narraciones) en el que el sujeto podía plasmar sus desafíos, incertidumbres, etc; en base a propuestas como las de Austenfeld y Staton (2004) sobre los beneficios de la expresión y procesado de las emociones para la salud, o las de Pennebaker y Seagal (1999); los

resultados aportaron un “no cambio” donde hay varios aspectos a tener en cuenta.

En primer lugar, el tiempo de recopilación de las narraciones pudo ser demasiado corto. De hecho Lysaker et al. (2001) han encontrado mejorías, en un plazo amplio de 3 ó 4 años, en personas con esquizofrenia tratados con métodos y técnicas que inciden en los déficits meta-cognitivos. De hecho, uno de los déficits que se observa (Lysaker, 2001, 2002) a través de las narraciones, es la falta de coherencia, lo que, podemos asumir, tiene una alta relevancia para la recuperación del sujeto. Esta falta de coherencia, en el Sujeto X, estaría relacionada con esa visión constreñida de sí mismo que le impide ser coherente en un entorno lleno de matices.

El procedimiento de estudio, centrado en el análisis de narraciones recopiladas sin intervención terapéutica, pensamos que ha influido en la no facilitación de la emergencia de un cambio. Así, podríamos asumir que una intervención más directa, donde se pudiera asesorar y apoyar a los participantes, tanto para la redacción de las narraciones como para afrontar los resultados de las mismas, permitiría generar una mayor sinergia que derivase en una mejora y superación paulatina de sus déficits. En base a ello, centrándonos en lo expresado por Lysaker et al. (2001), el trabajo podría realizarse en base a elementos que pudieran no ser reales, entrenándolos en el desarrollo de habilidades narrativas a través de fantasías, deseos, historias, en las que lo más importante sería formarles en la construcción de personajes, historias, etc., no relacionados consigo mismos para, posteriormente, desarrollar recursos propios para plasmar sus pensamientos o ideas, trabajando su visión de ellos mismos y sus experiencias.

También es importante considerar que las fechas en las que se sitúa la medición de variables, en un estudio acerca de un único sujeto en el entorno universitario, podrían haber influido en los resultados, ya que si la finalización de la recogida coincide con la presencia de exámenes (como factor estresor), las puntuaciones en algunas variables pudieran estar alteradas; lo que podría ser más cierto en una persona con enfermedad mental. En el caso del Sujeto X, la primera medición se llevó a cabo en junio de 2010, tras la finalización de los exámenes y el planteamiento de las vacaciones y recuperaciones de asignaturas de septiembre, y la segunda medición se realizó en noviembre de 2010, cuando ya se encontraba a mitad del trimestre. En la segunda medición se podría considerar que habría un mayor nivel de estresor por la presencia de trabajos, exámenes, conflictos en las relaciones con sus compañeros, etc., que en la primera medición; lo que podría alterar los resultados. No obstante, es posible que su influencia fuera principalmente a nivel de motivación intrínseca (expresada en querer abandonar las narraciones), ya que en las narraciones no se refleja ningún aspecto relativo a los momentos en que el Sujeto X escribía las narraciones.

Por último, en este estudio, hay que tener en cuenta que desde el inicio estamos planteándonos una investigación en base a una etiqueta Discapacidad, que en el caso de la Esquizofrenia es muy ambigua; en este caso se reformula como Discapacidad – Enfermedad Mental.

La metodología de la investigación llevada a cabo, únicamente de recogida de material y sin aplicación de psicoterapia, ha podido condicionar los resultados. Es posible que el sujeto necesitara apoyo o refuerzo (feedback) para poder alcanzar otros resultados o estadios, o en su caso mantenerse durante más tiempo en los estadios superiores del proceso de asimilación; tal y como sucede en otra investigación en este contexto (Osatuke et al., 2011).

En tanto el procedimiento seguido, las conclusiones han de tomarse con carácter tentativo, ya que su objetivo es explorar la esquizofrenia desde el punto de vista de un único sujeto que de alguna manera expresa su forma de vivir con esa enfermedad a través de diversas narraciones.

No obstante, esa limitación también nos permite abrir la puerta a nuevos interrogantes como es el proceso de creación de Insights en personas con esquizofrenia, así como el proceso de interrupción de los Insights que debería explorarse de forma más amplia en todo tipo de personas.

## **Referencias**

- Allepuz, A., Caro Gabalda, I., Rojo, I. y Yera, A. (2014). La asimilación de experiencias problemáticas a través de narraciones: un estudio de caso. *Anales de Psicología, 30*, 56 – 69.
- Austenfeld, J. L. y Stanton, A. L. (2004). Coping through emotional approach: A new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *Journal of Personality. Special Issue: Emotions, Personality, and Health, 72*(6), 1335-1363
- Caro, I. (2006a). The assimilation of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation: How did María assimilate the experience of dizziness? *Psychotherapy Research, 16*, 422 - 435.
- Caro, I. (2006b). The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research, 16*, 4, 436-452.
- Caro, I. (2007). La asimilación de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación: ¿Cómo asimiló María la sensación de ser una carga? *Boletín de Psicología, 89*, 47 - 73.
- Caro, I. (2008). Assimilation of problematic experiences: A case study. *Journal of Constructivist Psychology, 21*, 151 - 172.
- Caro, I. (2009). Convergence of Voices: Assimilation in Linguistic Therapy of Evaluation. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 16*, 182 – 198.
- Caro, I. (2011). El cambio terapéutico a través del modelo de asimilación: su aplicación en la terapia lingüística de evaluación. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16*, 169-188.

- Caro, I., Pérez, S. y Llorens, S. (2014). Therapeutic activities and the assimilation model: A preliminary exploratory study on the Insight stage. *Counselling Psychology Quarterly*, 27, 3, 217-240.
- Caro, I. y Stiles, W. B. (2013). Irregular assimilation progress: Reasons for setbacks in the context of linguistic therapy of evaluation. *Psychotherapy Research*, 23, 35 – 53.
- Detert, N. B., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M. y Stiles, W. B. (2006). Assimilation in good- and poor -outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: An initial comparison. *Psychotherapy Research*, 16, 393 – 407.
- Dimaggio, G., Hubert, J. M., Lysaker, H. y Lysaker, P. H. (2010). Health and adaptation in a multiple self: The role of absence of dialogue and poor metacognition in clinical populations. *Theory & Psychology*, 20, 379–399.
- Field, S.D., Barkham, M., Shapiro, D.A. y Stiles, W.B. (1994). Assessment of assimilation in psychotherapy: A quantitative case study of problematic experiences with a significant other. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 397 – 406.
- Goodridge, D. y Hardy, G.E. (2009). Patterns of change in psychotherapy: An investigation of sudden gains in cognitive therapy using the assimilation model. *Psychotherapy Research*, 19, 114-123.
- Henry, H. M., Stiles, W. B. y Biran, M. W. (2005). Loss and mourning in immigration: Using the assimilation model to assess continuing bonds with native culture. *Counselling Psychology Quarterly*, 18, 109–119.
- Hermans, H.J.M., Kempen, H.J.G. y van Loon, R.P.P. (1992). The dialogical self: Beyond individualism and rationalism. *American Psychologist*, 47, 23 – 33.
- Hermans, H.J.M. (2001). The dialogical self: Toward a theory of personal and cultural positioning. *Culture & Psychology*, 7, 243-281.
- Honos-Webb, L. y Stiles, W. B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy*, 35, 23–33.
- Honos-Webb, L., Stiles, W.B., Greenberg, L.S. y Goldman, R. (1998). Assimilation analysis of process-experiential psychotherapy: A comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 8, 264-286
- Humphreys, C. L., Rubin, J. S., Knudson, R. M. y Stiles, W. B. (2005). The assimilation of anger in a case of dissociative identity disorder. *Counselling Psychology Quarterly*, 18, 121 – 132.
- Knobloch, L. M., Endres, L. M., Stiles, W. B. y Silberschatz, G. (2001). Convergence and divergence of themes in successful psychotherapy: An assimilation analysis. *Psychotherapy*, 38, 31 – 39.
- Leiman, M. y 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, 311-330.
- Llewelyn, S. y Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 1 — 21.
- Lysaker, P. H., Lysaker, J. T. y Lysaker, J. T. (2001). Schizophrenia and the collapse of the dialogical self: recovery, narrative and psychotherapy. *Psychotherapy*, 38, 252–261.
- Lysaker, P. H. y Lysaker, J. T., (2002). Narrative structure in psychosis. Schizophrenia and disruptions in the dialogical self. *Theory & Psychology*, 12, 207-220.
- Lysaker, P.H. y Lysaker, J.T. (2006). A typology of narrative impoverishment in schizophrenia: Implications for understanding the processes of establishing and sustaining dialogue in individual psychotherapy. *Counselling Psychologist Quarterly*, 19, 58 - 68.
- Pennebaker, J.W. y Seagal, J. D. (1999). Forming a story: the health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1243 – 1254.

- Osatuke, K., Glick, M. J., Stiles, W. B., Greenberg, L. S., Shapiro, D. A. y Barkham, M. (2005). Temporal patterns of improvement in client-centred therapy and cognitive-behaviour therapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 18, 95 – 10.
- Osatuke, K. y Stiles, W.B. (2006). Problematic internal voices in clients with borderline features: An elaboration of the assimilation model. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 287-319.
- Osatuke, K., Reid, M., Stiles, W. B., Kasckow, J. W., Zisook, S. y Mohamed, S. (2011). Narrative evolution and assimilation of problematic experiences in a case of pharmacotherapy for schizophrenia. *Psychotherapy Research*, 21, 41 – 53.
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Reynolds, S., Hardy, G. y Stiles, W. B. (1992). Prescriptive and exploratory psychotherapies: Toward an integration based on the assimilation model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2, 253 – 272.
- Schielke, H. J., Fishman, J. L., Osatuke K. y Stiles W. B., (2009). Creative consensus on interpretations of qualitative data: The Ward Method. *Psychotherapy Research*, 19, 558–565.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M. y Alleva, G. (2003). How to Evaluate Metacognitive Functioning in Psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its Applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 238–261.
- Stiles, W. B. (2011). Coming to terms. *Psychotherapy Research*, 21, 367 – 384.
- Stiles, W.B. y Brinegar, M. G. (2007). Insight as a stage of assimilation: A theoretical perspective. En L.G. Castonguay y C.E. Hill, *Insight in psychotherapy* (pp. 101-118). Washington: APA
- Stiles, W.B. (2006). Assimilation and the process of outcome: Introduction to a special section. *Psychotherapy Research*, 16, 4, 389-392.
- Stiles, W. B. (2005). Case studies. En J. C. Norcross, L. E. Beutler y R. F. Levant (Eds), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 57 - 64). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stiles, W.B. (2002). Assimilation of problematic experiences. En J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that works: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 357-365). New York: Oxford University Press.
- Stiles, W. B. (2001). Assimilation of Problematic Experiences. *Psychotherapy*, 38, 462 – 465.
- Stiles, W. B., Shankland, M. C., Wright, J. y Field, S. D. (1997). Aptitude-treatment interactions based on clients' assimilation of their presenting problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 889 - 893.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Harper, H. y Morrison, L. A. (1995). Therapist contributions to psychotherapeutic assimilation: An alternative to the drug metaphor. *British Journal of Medical Psychology*, 68, 1 – 13.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. y Harper, H. (1994). Finding the way from process to outcome: Blind alleys and unmarked trails. En R. L. Russell (Ed.), *Reassessing psychotherapy research* (pp. 36-64). New York: Guilford Press.
- Stiles, W.B., Barkham, M., Shapiro, D.A. y Firth-Cozens, J. (1992). Treatment order and thematic continuity between contrasting psychotherapies: Exploring an implication of the assimilation model. *Psychotherapy Research*, 2, 112-124.
- Stiles, W. B., Meshot, C. M., Anderson, T. M. y Sloan, W. W., Jr. (1992). Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones. *Psychotherapy Research*, 2, 81 – 101.
- Stiles, W. B., Morrison, L. A., Haw, S. K., Shapiro, D. A. y Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 195 – 206.

- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A. y Hardy, G. (1990). Assimilation of Problematic Experiences by Clients in Psychotherapy. *Psychotherapy, 27*, 411 - 420.
- Tas, C., Brown, E. C., Esen-Danaci, A., Lysaker, P. H. y Brüne, M. (2012). Intrinsic motivation and metacognition as predictors of learning potential in patients with remitted schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research, 46*, 1086–1092.