

Richard Wessler · Sheenah Hankin

Jonathan Stern

Trabajando con CLIENTES DIFÍCILES

Aplicaciones de la Terapia
de Valoración Cognitiva



SERIE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS

biblioteca de psicología



DESCLEÉ DE BROUWER

RICHARD WESSLER
SHEENAH HANKIN
JONATHAN STERN

TRABAJANDO CON CLIENTES DIFÍCILES
Aplicaciones de la terapia de valoración cognitiva

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Desclée De Brouwer

Índice

Agradecimientos	11
Prólogo a la edición española.	13

PARTE I

La teoría de la valoración cognitiva

1. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de clientes difíciles?	23
2. Motivación y apego	47
3. Conceptos básicos de la TVC: Afecto personotípico, cogniciones justificadoras y conductas buscadoras de seguridad	63
4. Pautas de la personalidad	109
5. Una nueva vuelta de tuerca al cliente difícil	129

PARTE II**La terapia de valoración cognitiva**

6. La evaluación de la TVC	151
7. Intervenciones basadas en el modelo TVC	199
8. Intervenciones basadas en el afecto	249
9. Intervenciones adicionales relativas a la cognición, la conducta, la medicación complementaria y los callejones sin salida terapéuticos	277
10. El proceso de la TVC (estudio de casos)	299

PARTE III**Aplicaciones de la TVC**

11. La TVC con los clientes con trastornos de la personalidad . .	337
12. El trabajo con los clientes con trastorno límite de la personalidad	377
13. Terapia de pareja	409
14. Terapia de grupo TVC	431
15. Trabajando con padres «difíciles»	449
Bibliografía	473
Índice onomástico	497

Prólogo a la edición española

El campo de las psicoterapias cognitivas ha crecido y evolucionado desde sus inicios, de diversas maneras. Podemos hablar de fases, tipos de terapias, evolución de procedimientos, nuevos focos, etc. (Caro Gabalda, 2011). El modelo cognitivo presentado en este nuevo texto de la *Serie de Psicoterapias Cognitivas, la terapia de valoración cognitiva*, desarrollada por el Profesor Richard Wessler, se podría encuadrar como un modelo de tipo «intermedio» en psicoterapia cognitiva, surgido a finales de los 80 y principios de los 90 y con convergencia con modelos clásicos cognitivos y con otros de rasgos más actuales. Este texto presenta de forma actualizada un modelo único y original en el campo cognitivo, de tipo integrador, que se centra en un campo de tratamiento importante para cualquier terapeuta. Así, el texto escrito por Richard Wessler, Sheenah Hankin y Jonathan Stern y titulado «*Trabajando con clientes difíciles. Aplicaciones de la terapia de valoración cognitiva*» aborda el trabajo con clientes complejos, explicando por qué y cuándo hablamos de clientes difíciles y cómo podemos enfocar su tratamiento.

Beck, A.T., Freeman, A. and Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford Press.

Caro Gabalda, I. (2011). "The linguistic therapy of evaluation: A treatment plan for Silvia". *Journal of Psychotherapy Integration*, 11, 165-186.

Conocí personalmente a Richard Wessler en 1998 cuando organicé un simposium sobre «Avances en Psicoterapias Cognitivas», en el Congreso Mundial de Psicoterapias Cognitivas (Acapulco, Méjico) con la pretensión de ilustrar la evolución de este modelo terapéutico. En dicho simposium proponentes de diversos enfoques cognitivos (Caro Gabalda, Nezu, Young, Wessler, y Dowd, 2011) ofrecieron su posible conceptualización y tratamiento de un caso, por mí presentado y tratado con la terapia lingüística de evaluación (Caro Gabalda, 2014): el caso de Silvia (Caro Gabalda, 2001). Este caso es complejo y permite su abordaje desde distintos enfoques cognitivos. Dicho caso aparece recogido y descrito en el presente texto en el capítulo 10 (Wessler, 2001).

La participación de Richard Wessler en este simposium fue muy interesante y sumada a las otras presentaciones, permitía entender qué ofrecía la terapia de valoración cognitiva por él desarrollada y hacernos una idea de las distintas líneas de evolución de las psicoterapias cognitivas, su originalidad y contribución a este campo.

¿Qué se planteó Richard Wessler desde sus inicios? Inicialmente, su consejo era que el clínico interesado abordara el tratamiento de un caso desde enfoques cognitivos clásicos. Ahora bien, si estos enfoques «fallaban» o se empleaba un tiempo excesivo en terapia, podíamos sospechar que los *enfoques estándar* no eran, quizás, los más adecuados para el tratamiento. Estábamos, entonces, ante un cliente con unas características especiales, por dos motivos principales. El primero sería la necesidad de tener en cuenta el posible trastorno de personalidad del cliente (el modelo de Wessler surge a finales de los 80, cuando se empieza a preocupar la terapia cognitiva por los trastornos de la personalidad; Beck, Freeman *et al.*, 1990; Young, 1990). El segundo motivo sería la necesidad de tener en cuenta factores que hacían que el cliente se mantuviera en tratamiento, sin cambios, por muchos que hubieran sido los intentos para lograr su mejoría, o el tiempo empleado para ello.

Caro Gabalda, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Caro Gabalda, I. (2014). *El uso del lenguaje en psicoterapia cognitiva. Conceptos y técnicas principales de la terapia lingüística de evaluación*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Así la *terapia de valoración cognitiva* surge asociada al tratamiento de los «clientes difíciles», haciendo desde sus inicios un planteamiento distinto. Para desarrollar la terapia, Wessler (1987) integra enfoques y teorías bien diversas, como son la teoría del apego, el aprendizaje social, la teoría interpersonal y la teoría de personalidad de Millon. A niveles clínicos, la terapia se ve influida por el enfoque centrado en la persona, la terapia experiencial y la terapia racional-emotivo-conductual.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de clientes “difíciles”? Cualquier terapeuta se ha encontrado alguna vez con clientes que son complejos, y con los que la terapia o se estanca o no avanza, siendo una considerable fuente de estrés para los terapeutas (Mahoney, 1991) y todo un reto para ellos. En opinión de Wessler, estos clientes serían aquellos con diversos estilos de personalidad (no confundir con trastornos de personalidad) que suponen un desafío para el terapeuta (Wessler, 1993). Por ejemplo, clientes intimidatorios, críticos, con rabia, amenazadores, que no cooperan, autónomos, pasivo-agresivos, desconfiados, con «acting-out», con poca empatía, etc. Ante ellos, el terapeuta se debe comportar de manera que invalide el punto de vista del cliente sobre él mismo o sobre los otros. Es, precisamente, este punto de vista o este estilo de personalidad el que recibe una consideración especial en la terapia de valoración cognitiva y supone la originalidad y contribución de este enfoque al campo cognitivo. Tal y como se desarrolla en la Parte I de este texto, un cliente difícil va a ser aquel que está motivado, de forma no consciente, a recrear patrones y sentimientos interpersonales familiares, haciéndolo tanto en su vida cotidiana, como en terapia. Estos clientes difíciles van a recrear sentimientos negativos como la vergüenza, la rabia y la autocompasión.

Con ello entramos en uno de los conceptos claves del modelo de Wessler, el concepto de *afecto personotípico*. El concepto de afecto

Caro Gabalda, I., Nezu, A., Young, J., Wessler, R. y Dowd, E.T. (2001). “Advances in cognitive psychotherapies: A comparison of models” (A symposium). *Journal of Psychotherapy Integration*, 11, 153-164.

Hankin, S. (1997). “El proceso terapéutico en la terapia de valoración cognitiva”. En I. Caro Gabalda (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 261-278). Barcelona: Paidós.

personotípico refleja la adicción que podemos tener a nuestros sentimientos y afectos. Aunque estos parezcan negativos, molestos, o disfuncionales, los tendemos a buscar una y otra vez, en una suerte de adicción emocional que explica, en gran medida, por qué fallan terapias cognitivas estándar o se producen rupturas de alianza terapéutica y abandonos del tratamiento. El razonamiento que se plantea Wessler desde los inicios de su terapia es sencillo: igual que disfrutamos pasando miedo en una película de terror o llorando en una película dramática, y seguimos yendo a verlas, así vamos a buscar, una y otra vez, la vieja sensación de seguridad que nos da recrear sentimientos y emociones que nos son familiares porque llevamos tiempo, por regla general desde la infancia, manteniéndolos. Serían afectos personotípicos principales, los ya mencionados de rabia, vergüenza y autocompasión, siendo la vergüenza, en opinión de Wessler, uno de los principales de nuestra sociedad occidental. Otros afectos personotípicos serían la cólera y la rabia, la ansiedad, la culpabilidad o la tristeza.

Este concepto debe relacionarse con otros que forman el centro de su teoría y nos permiten entender qué mantiene y dónde está el origen de estos clientes difíciles. De especial interés es el concepto de *punto fijo emocional*. Este sería una regla de vida no consciente, asumida o heredada familiarmente, que dicta cómo nos debemos sentir. Este punto fijo emocional sería como un termostato emocional que nos lleva a buscar una y otra vez la seguridad que nos da la recreación de los afectos personotípicos.

Por si esto no fuera suficiente, el individuo, cognitiva y comportamentalmente, busca reproducir esos afectos familiares. Cognitivamente, a través de las *cogniciones justificadoras* que serían pensamientos que proporcionan racionalidad a nuestros sentimientos y afectos personotípicos y que nos devuelven al punto fijo emocional.

Mahoney, M.J. (1991). *Human change processes. The scientific foundations of psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.

Wessler, R. (1987). "Listening to oneself: Cognitive appraisal therapy". En W. Dryden (Ed.), *Key cases in psychotherapy* (pp. 176-212). Londres: Croom-Helm.

Wessler, R. (1993). "Cognitive appraisal therapy and disorders of personality". En K.T. Kuehlwein y H. Rosen (Eds.), *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice* (pp. 240-267). San Francisco: Jossey-Bass.

Por ello, por su especial conexión con el afecto, no pueden tratarse de forma similar a las cogniciones distorsionadas, creencias irracionales, etc. que se modificarían con las técnicas cognitivas estándar. Su tratamiento va a requerir un planteamiento diferente que es, precisamente, el que ofrece la terapia de valoración cognitiva.

Comportamentalmente, realizamos conductas, por lo general de naturaleza interpersonal que nos hacen sentir de una manera concreta, volviendo al punto fijo emocional. Estas conductas se denominan *conductas buscadoras de seguridad* e influyen en nuestro ambiente social, confirmando nuestras reglas de vida y devolviéndonos a la seguridad de nuestros afectos.

Básicamente, con estos conceptos principales y con muchas horas de práctica clínica con clientes que muestran una adicción a sus sentimientos, Wessler desarrolla un procedimiento terapéutico cognitivo diferente y cuya meta principal es el logro del auto-respeto, vía el logro de la autocomprensión y el auto-cuidado emocional. Todo ello se consigue en el marco de una relación cliente-terapeuta que necesita de una muy buena alianza terapéutica, en donde no se hace tarea (o al menos, las tareas al uso en los modelos cognitivos, por ejemplo, de reestructuración), y se emplea un lenguaje lo más coloquial posible, para acercar el modelo al cliente (Hankin, 1997; Wessler, 1997).

Para lograr estas metas, se implica a los clientes en un proceso de descubrimiento cognitivo, afectivo y conductual que supone buscar los afectos personotípicos, en primer lugar, y el punto fijo emocional al que sirven, así como las cogniciones justificadoras y las conductas buscadoras de seguridad. Se plantea al cliente el reto de entender qué mantiene sus problemas, lográndose el cambio cuando un cliente se comporta de forma diferente y opuesta, de manera que rompa su «adicción afectiva», haciendo, una vez comprendidos sus afectos personotípicos y reglas del punto fijo emocional, aquello que cree que está bien para él, expresando su código moral y modificando sus cogniciones justificadoras.

Wessler, R. (1997). "El estado de la cuestión en la terapia de valoración cognitiva". En I. Caro Gabalda (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp. 251-260). Barcelona: Paidós.

Todo ello se desarrolla en el texto mediante tres partes principales. En la Parte I, *La teoría de la valoración cognitiva*, se exponen, mediante 5 capítulos, los conceptos y cuestiones mencionados con anterioridad, el origen de la teoría y sus fundamentos teóricos, así como los patrones de personalidad, terminando con una revisión integradora que define al cliente difícil desde esta perspectiva mediante dos ejes que van, por un lado, del activo al pasivo, pasando por el pasivo-agresivo y, por otro, del dominante al sumiso. Los estilos de personalidad de los clientes se enmarcan en los cuadrantes resultantes.

En la Parte II (*La terapia de valoración cognitiva*), que se compone de 5 capítulos, se expone cómo realizar la evaluación en la terapia de valoración cognitiva (Capítulo 6), así como toda la serie de intervenciones que se emplean para modificar el afecto, la cognición y la conducta (Capítulos 7, 8 y 9). Termina esta parte con un interesante capítulo en el que se desarrolla y explica el proceso terapéutico que se lleva a cabo en la terapia de valoración cognitiva, mediante la presentación de diversos casos clínicos (y en donde se analiza el caso de Silvia, ya mencionado; Wessler, 2001). Esto permite al lector un mejor desarrollo y aplicación práctica de las metas de este enfoque, así como resolver dudas que surjan al utilizarla.

Finalmente, la Parte III se dedica a *Aplicaciones de la terapia de valoración cognitiva*, también mediante 5 capítulos. El rango de aplicaciones de la terapia no solo se centra en dos campos especialmente complejos, como son los clientes con trastornos de personalidad (Capítulo 11), recibiendo una especial atención el trabajo con clientes con trastorno límite de la personalidad (Capítulo 12). Es importante destacar otros campos, como la terapia de pareja, la terapia en grupo, y el trabajo con padres «difíciles». Todo ello nos da una idea de las posibilidades de este modelo y de su aplicación al campo de las psicoterapias cognitivas.

Wessler, R.L. (2001). "Cognitive appraisal therapy: A treatment plan for 'Silvia'". *Journal of Psychotherapy Integration*, 11, 207-215.

Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource Exchange Inc.

Para terminar, me gustaría resaltar que estamos ante un libro muy interesante que supone un giro en la forma habitual de trabajar con clientes «difíciles» y, podría añadir, con cualquier tipo de cliente. Además, cabe resaltar que el texto está escrito en un estilo claro y directo, y lleno de viñetas clínicas, diálogos terapéuticos, etc. que facilitan su lectura y traspasar todo su contenido a la práctica clínica. Será, así, interesante para todos aquellos clínicos que se muevan en la perspectiva de las psicoterapias cognitivas, aunque no exclusivamente. Cualquier clínico (sin importar su orientación) que trabaje con clientes en las categorías arriba mencionadas y que quiera aprender cómo abordar su tratamiento desde una perspectiva innovadora tendrá en este texto una ayuda muy valiosa.

Isabel Caro Gabalda
Catedrática de la Universidad de Valencia
Mayo, 2015

I

La teoría de la valoración cognitiva

1

¿A qué nos referimos cuando hablamos de clientes difíciles?

Una introducción a la terapia de valoración cognitiva

La terapia de valoración cognitiva (TVC) hunde sus raíces en la orientación cognitivo-conductual. Aunque la TVC se ha desarrollado como un abordaje integral para tratar los trastornos de personalidad, lo cierto es que puede utilizarse para trabajar con todo tipo de clientes. La TVC asume la existencia de una gran interdependencia entre afecto, conducta y cognición y sostiene que gran parte de nuestra motivación descansa en la búsqueda de la seguridad psicológica proporcionada por la repetición de ciertas experiencias familiares. Nuestro enfoque combina elementos de abordajes cognitivo-conductuales con aspectos procedentes de otros enfoques psicoterapéuticos. Su fundamento teórico se asienta en la teoría del apego, en la teoría del aprendizaje social y en la teoría interpersonal y entre sus procedimientos se incluyen elementos procedentes del counseling centrado en la persona, la terapia experiencial y la terapia racional emotiva (TRE). La teoría de la personalidad de Millon (1996) también ha tenido una gran influencia en la conceptualización de los trastornos de personalidad utilizada por la TVC.

La TVC puede ser el tratamiento de elección cuando la terapia se estanca. Aunque los practicantes se aferren a la familiaridad de su conjunto favorito de conceptos teóricos y los clientes hagan lo mismo

con los hábitos afectivos que más habituales les resulten, es muy interesante que los clínicos exploren territorios desconocidos y experimenten con el enfoque TVC, especialmente en el caso de los trastornos de personalidad y con los clientes más recalcitrantes que posibilitaron el desarrollo de este enfoque. La TVC no consiste en una serie de protocolos concretos estandarizados a modo de libro de recetas, sino en una visión teórica del afecto que el cliente puede comprender y emplear luego para catalizar el cambio.

La TVC empezó como una versión alternativa de la TRE (Wessler, 1984 y 1987), según la cual existen dos vías paralelas de procesamiento de la emoción, una mediada por creencias racionales y la otra por creencias irracionales (Ellis, 1977) que dan lugar, respectivamente, a emociones «sanas» y a emociones «insanas». Pero lo cierto es que la visión del procesamiento paralelo de las emociones y la teoría de la TRE, según la cual la psicopatología se asienta en «deberías» carece de fundamento empírico (Wessler, 1996). Es por ello que, cuando nuestra visión terapéutica renunció a la piedra angular que diferencia a la TRE de otras modalidades de terapia cognitivo-conductual, nos vimos obligados a dejar de considerarla una forma de TRE. Fue precisamente entonces cuando adoptamos la expresión «terapia de valoración cognitiva» para subrayar que el objetivo de la intervención terapéutica era la cognición evaluativa (un sinónimo de «valoración»).

Cada vez nos resultaba más evidente que las personas no suelen ser conscientes de algunas de sus valoraciones más importantes. Estas valoraciones operan a modo de algoritmos no conscientes, es decir, de pautas almacenadas que se encargan de procesar rutinariamente la información social (Wessler y Hankin-Wessler, 1989). (Recordemos que los algoritmos son reglas concretas y distintas utilizadas para valorar las experiencias y que no se cree que se aglutinen en forma de esquemas... un concepto, por cierto, apenas utilizado en la TVC). Este descubrimiento jalonó también un cambio de énfasis de las cogniciones conscientes a las cogniciones no conscientes (y que deben inferirse, en consecuencia, de lo que la persona dice o hace).

Como la mayoría de las formas de psicoterapia empleadas a comienzos de la década de los 1980, la TVC se utilizó fundamentalmente para el tratamiento de los problemas del Eje I como la ansiedad o la depresión. ¿Por qué algunos clientes no mejoraban, no conservaban la mejoría o seguían en terapia después de haber mejorado? (Wessler y Hankin-Wessler, 1991) La respuesta se atribuyó a una *predisposición característica de personalidad*. Según Millon (1996), los problemas clínicos son el resultado de la interacción entre estresores psicosociales y variables de personalidad. La TVC respondió rápidamente centrándose casi exclusivamente en el tratamiento de las variables y vulnerabilidades de la personalidad (Wessler, 1993a y b). Nosotros hemos descubierto la eficacia que, para trabajar con clientes a los que muchos consideran «difíciles», tiene la combinación de este enfoque con intervenciones más integradoras basadas en el apego.

¿Clientes difíciles o terapeutas difíciles?

Después de la tercera sesión de terapia con pacientes externos, Kiesler y Watkins (1989) solicitaron a 36 pares de cliente-terapeuta que tomaran nota de sus percepciones de la alianza terapéutica y valorasen, durante la terapia, la conducta de su compañero de día utilizando, para ello, un inventario circunflejo interpersonal. Los resultados de esta investigación pusieron de relieve la existencia de una correlación positiva entre la puntuación de los terapeutas incómodos con la alianza terapéutica y los clientes enfadados, hostiles y que presentan conductas «extremas». ¿Pero señala ese dato una «dificultad» del cliente o una incapacidad del terapeuta en tratar a ese tipo de cliente?

Quizás no existan clientes difíciles y lo único que haya sean terapeutas difíciles. Quizás lo que realmente queremos decir cuando afirmamos que un cliente es «difícil» es que *nosotros* (es decir, los terapeutas) tenemos dificultades para trabajar con él. El adjetivo «difícil» puede sugerir dos cosas muy diferentes: que la personalidad del cliente se aleja mucho de la norma de la población de clientes con

que estamos acostumbrados a trabajar o que activa algunos de los problemas o sentimientos negativos del terapeuta (Cashdan, 1989; Kiesler, 1996 y Safran y Segal, 1990).

A decir verdad, las dificultades a las que se refiere el terapeuta que califica de «difícil» a un determinado cliente son las derivadas de su falta de experiencia o de sus propios problemas emocionales. Por ello consideramos que el terapeuta que recurre a este tipo de expresiones debería considerarlas como un indicador de su necesidad de crecer personal o interpersonalmente.

Esperamos que este comentario sobre la «dificultad» del cliente como signo de la necesidad de que el terapeuta introduzca alguna mejora técnica o revise algo en sí mismo no ponga al lector a la defensiva. Y también esperamos que, cuando un terapeuta se enfrente a un cliente difícil, persevere en el trabajo y no eluda la necesidad de aprender y crecer para adaptarse a la situación desafiante. Son muchas las personas dedicadas a profesiones muy diversas que se toman en serio su trabajo y quieren mejorar que, de vez en cuando, se valoran críticamente y se sienten mal, por ello, consigo mismos. Solo el terapeuta o counselor realmente entregado está en condiciones de revisar sinceramente sus debilidades, pasarlo mal (hasta cierto punto) y hacer lo necesario para fortalecerlas.

Las teorías de la competencia (White, 1960) y las investigaciones realizadas sobre la autoeficacia (Bandura, 1977) y la expectativa de respuesta (Kirsch, 1985 y 1998 y Ohlwein, Stevens y Catanzaro, 1996) nos enseñan que los profesionales de éxito son aquellos que consideran los contratiempos como una parte imprescindible del cambio positivo y que el camino que conduce hasta el éxito está empedrado de fracasos (siempre y cuando estemos dispuestos a seguirlo).

Cuál es, para el terapeuta, la «dificultad»

Hablando en términos generales, los clientes difíciles pueden dejar al terapeuta confundido, frustrado o desbordado por muchas emociones negativas. La primera de estas posibilidades, la confusión, tiene lugar cuando el cliente comenta algo que el terapeuta nun-

ca antes había escuchado o lo dice de un modo que le resulta completamente novedoso. La confusión también tiene lugar cuando el cliente despliega una pauta de relación interpersonal tan ajena o «desconectada» de lo que el terapeuta trata de decir o hacer que acaba confundido (cosa que también sucede con el cliente). Este tipo de dificultades me dejaban (Jonathan) al comienzo con la misma sensación de mareo y desorientación que cuando alguien te hace dar vueltas y más vueltas para acabar soltándote.

Aunque la confusión suela ser, en ese tipo de situaciones, la experiencia predominante del terapeuta, también suele ir acompañada de sentimientos negativos. El terapeuta que, durante una sesión, se haya sentido atrapado, confundido o impotente, puede experimentar también vergüenza, bochorno y enfado o mostrarse crítico consigo mismo o con su cliente. Y, dependiendo de su personalidad, el terapeuta puede experimentar estas emociones con un solo cliente («Es una de las personas más frustrantes y desalentadoras con las que he trabajado. No puedo trabajar con ella») o generalizarlas («No sé qué hacer con mis clientes. Nunca seré un buen terapeuta. Estoy engañando a mis clientes»). También hay terapeutas que no experimentan sentimientos negativos, sino solo confusión que interpretan como un indicador de que están trabajando con un cliente problemático y quizás deban, en consecuencia, cambiar de enfoque.

Existe una segunda categoría de clientes difíciles que despierta de inmediato en el terapeuta poderosos sentimientos negativos y de la que hay dos subconjuntos diferentes. El primero tiene que ver con los sentimientos negativos que el cliente provoca en el terapeuta y el segundo se refiere a aquellos casos en los que, durante la sesión, se reactivan los problemas del terapeuta. Esta es, precisamente, la importante diferencia existente entre las modalidades de contra-transferencia objetiva y subjetiva a las que se refieren los psicoanalistas contemporáneos (Epstein y Feiner, 1979 y Kiesler, 1996). Se trata de dos subcategorías que, pese a presentarse en la misma sesión, es posible diferenciar. La siguiente interacción entre cliente y terapeuta, por ejemplo, ocurrió durante la primera parte de la tercera sesión:

Terapeuta: ¿De qué querría hablar hoy?

Cliente: No lo sé. Dígamelo usted, que es el loquero.

T: De lo que usted quiera.

C: No creo que esta terapia me esté ayudando. Usted me parece demasiado impreciso. Ni me proporciona sugerencias útiles ni me señala ninguna dirección.

T: Lamento que lo sienta así

C: ¿Eso lo que todo se le ocurre? ¿Para eso estoy pagándole tanto dinero? ¿Eso fue todo lo que aprendió en la universidad, sentarse y escuchar? Estoy seguro de que un chimpancé lo haría mejor y desde luego resultaría mucho más divertido.

Es evidente que este cliente está siendo poco respetuoso y despectivo con el terapeuta y que muchos terapeutas se sentirían razonablemente molestos y enfadados, no tanto por el cuestionamiento de la terapia por parte del cliente, como por su tono provocador y desafiante.

Por más probable que sea que ese cliente despierte, en muchas personas, reacciones de enfado similares, lo cierto es que esa reacción de enfado es tanto más intensa cuanto menos confianza tenga el terapeuta en sí mismo. En tal caso, la respuesta interna inicial «Este cliente me está insultando» podría acabar derivando en «Maldita sea. Tiene razón. No sé qué diablos estoy haciendo. Le odio por haberme descubierto y me odio a mí también por ser un fracaso». En tal caso, el terapeuta puede acabar buscando un modo de castigar al cliente, reaccionar defensivamente y/o acabar revolcándose, concluida la sesión, en la autocompasión y la autocrítica. Así es como el cliente difícil puede movilizar en el terapeuta sentimientos asociados a situaciones difíciles de su vida que le lleven a responder en consecuencia.

Los terapeutas también pueden considerar difíciles a aquellos clientes que, pese a no movilizar sus sentimientos negativos, reactiven casualmente problemas cargados de afecto negativo. Ejemplos de este caso nos los proporcionan el cliente histriónico que asusta o subyuga al terapeuta proveniente de una familia muy contenida o el pasivo-agresivo que frustra las expectativas del terapeuta que extrae su confianza de la solución rápida y eficaz de los problemas.