

Discordancia de esquemas en la relación terapéutica: un modelo social cognitivo

Robert L. Leahy (*)

Traducción: Ezequiel Benito

Durante la década pasada los terapéuticos cognitivo conductuales han identificado a la relación terapéutica como un importante componente del proceso de cambio (Gilbert, 1992; Gilbert & Irons, 2005; Greenberg, 2001; Leahy, 2001, 2005b; Safran, 1998; Safran & Muran, 2000). Cada uno de estos modelos precedentes plantea que la relación terapéutica actual refleja las relaciones pasadas o presentes –de modo similar al concepto psicoanalítico de “transferencia” (Menninger & Holzman, 1973).

La relación de transferencia está constituida por todos los procesos personales e interpersonales que tienen lugar en la relación entre el paciente y el terapeuta. Estos procesos incluyen esquemas personales sobre el sí mismo (incompetente, especial, indefenso) esquemas interpersonales sobre los otros (superiores, juzgadores, cuidadores), procesos intrapsíquicos (represión, negación, desplazamiento), estrategias interpersonales (provocador, evasivo, dependiente), e historias de relaciones pasadas y presentes que afectan la manera en que se vive la relación terapéutica.

La relación de transferencia también depende de la modalidad terapéutica particular que sea utilizada: así, en algunas terapias psicoanalíticas, al paciente se le suelen dar pocas directivas a excepción de que deje fluir en la conciencia sus pensamientos y sentimientos a través de la libre asociación. En contraste, la mayoría de las terapias cognitivo conductuales incluyen algún proceso directivo, como el cuestionamiento y los diálogos socráticos, con normas explícitas como ser las agendas de sesión, la biblioterapia, la socialización del modelo, el examen directo y la evaluación de los pensamientos, así como las tareas de autoayuda para el hogar (Beck, 1995; Leahy, 2001, 2003).

Aunque todas las terapias prometen implícitamente cambios que el terapeuta facilitará, la TCC explícitamente hace que el paciente se involucre con sus pensamientos, sentimientos, relaciones y conductas actuales. Como consecuencia de estas expectativas y procedimientos terapéuticos del modelo de la TCC, el incumplimiento y la resistencia pueden tomar formas particulares.

La relación terapéutica es una co-construcción que es configurada a través de secuencias de interacción. Una secuencia de interacción tiene lugar cuando el terapeuta y el paciente reaccionan mutuamente en el momento a momento de la sesión. Por ejemplo, el terapeuta le señala al paciente un pensamiento negativo, pero éste siente esto como una crítica y se retrae. El terapeuta puede reaccionar a este retraimiento retrocediendo o siendo más dominante. En este capítulo revisaré las dimensiones comunes de confusión, decepción, conflicto y resistencia en la relación terapéutica que surge de estas secuencias. Dedicaré una atención especial a los esquemas personales y emocionales que tanto el paciente como

el terapeuta traen a la relación y a cómo estos esquemas pueden plantear discordancias y con ello interacciones perjudiciales que pueden interferir con el tratamiento. Hago uso de una metáfora lúdica que sugiere que el paciente y el terapeuta siguen reglas personales implícitas que les son propias, bajo la forma de secuencias de interacción, que pueden generar profecías autocumplidas sobre sus propios esquemas personales. Finalmente, identificaré algunas intervenciones que pueden ser útiles para la superación de estos potenciales bloqueos en el tratamiento.

Dimensiones de la resistencia en la relación

El incumplimiento, la resistencia y la falta de progreso en la terapia pueden ser entendidos, en algún punto, como un resultado de estrategias y roles que el paciente desarrolla para afirmar sus esquemas personales, evitar una pérdida mayor y defenderse. (Leahy, 2001, 2003). El supuesto aquí es que los pacientes tratan de protegerse de una pérdida mayor, de la decepción o la crítica, o que están buscando ciertos resultados (por ejemplo, validación, legitimación, consentimiento moral) de parte del terapeuta. He identificado siete patrones comunes de resistencia que interfieren con el progreso:

1) *Resistencia de validación.* El paciente se queda atascado en la demanda de que el acento sea puesto exclusivamente en la legitimación de su dolor. Puede ver las sugerencias de una conducta o pensamiento alternativo como deslegitimadoras: “Ud. no entiende lo mal que me siento”. El fracaso en la legitimación lleva a una escalada de protestas y sufrimiento hasta que la legitimación es conseguida. Los pacientes pueden tener “reglas” muy particulares y derrotistas para la legitimación- como, “Sólo puede legitimarme si está de acuerdo en que no hay esperanzas”. Los conflictos potenciales entre el terapeuta y el paciente pueden surgir cuando el terapeuta se enfoca sólo en las tareas y ve a la legitimación como una interferencia con los objetivos. Las intervenciones para la resistencia de validación incluyen el reconocimiento de la necesidad de validación, indicándole al paciente que la terapia involucra un dilema -validar el dolor y alentar el cambio- y que él puede estar utilizando estrategias derrotistas para conseguir la validación (por ejemplo, quejarse, catastrofizar o retraerse) (Leahy, 2001)

2) *Resistencia de víctima.* Aquí se trata de que el paciente cree que su identidad está definida sólo por el hecho de ser una víctima –y de que no puede hacer nada para que las cosas cambien, porque él no es la causa de su problema. La persona atascada en este rol tiene reglas específicas sobre cómo tiene que darse el cambio: “Otras personas tienen que disculparse y ofrecer una compensación. Así es como podré mejorar”. Los intentos de impulsar al paciente hacia el cambio sólo lo llevan a ver al terapeuta como otro victimario malicioso. Las intervenciones útiles incluyen reconocer la legitimidad del reclamo del paciente sobre ser una víctima –agregando que también puede fortalecerse si se enfoca en sus objetivos personales y en los recursos que tiene disponibles actualmente (Leahy, 2001).

3) *Resistencia moral.* En esta situación, el paciente cree que el cambio podría implicar el riesgo de violar un estándar moral o ético propio. Este es especialmente el caso en los pacientes obsesivo-compulsivos o perfeccionistas, que creen que su exagerado sentido de la responsabilidad y el temor de cometer un error está fundamentado en un código moral. Así, el terapeuta que alienta al paciente a abandonar lo estándares exigentes de perfección puede ser visto como un promotor de cualidades irresponsables y recriminables. El terapeuta, al mismo tiempo que reconoce que hay algunos “debería” que son legítimos y que guían el comportamiento, puede ayudar al paciente a reconocer que sus “debería”

absolutistas y perfeccionistas violan el código moral universal de mejora de la dignidad humana y aseguramiento de la imparcialidad. Así, el terapeuta tiene que evitar rechazar la “resistencia moral” y en su lugar plantear un código moral más “racional” y “razonable” que reconozca las diferencias y necesidades humanas (Leahy, 2001; Nussbaum, 2005; Rawls, 2001).

4) *Resistencia promovida por los esquemas.* En este rol, los esquemas personales del paciente limitan el cambio debido a que el paciente tiene un sesgo confirmatorio en su modo de enfocar el pasado, el presente y el futuro, al considerarlos como evidencia de que sus esquemas personales desadaptativos son válidos. Por ejemplo, el paciente que se ve a sí mismo como “indefenso” recuerda selectivamente evidencia pasada de incapacidad y fracaso, ve a su vida actual básicamente en términos de inercia y predice que el futuro va a ser igualmente pobre, así “justifica” la evitación y la procrastinación. La respuesta del paciente a las sugerencias es “Ud. no se da cuenta. Yo *realmente* estoy indefenso” (Esto puede ser parecido al miedo subyacente del paciente a volverse más fuerte y menos indefenso (Gilbert & Irons, 2005).) En este caso, el terapeuta puede utilizar técnicas para modificar los esquemas persistentes, como examinar su origen, desarrollar esquemas adaptativos alternativos y experimentar con conductas que vayan en contra del esquema (Leahy, 2001; Leahy, Beck, & Beck, 2005; Young, Klosko, & Weishaar, 2003).

5) *Auto-consistencia.* A todos nos gusta creer que existe algún nivel de predictibilidad en la vida, lo cual es una razón por la que los esquemas son naturalmente “conservadores”. Una forma particular de auto-consistencia en la resistencia es la tendencia a justificar las decisiones erróneas del pasado -un proceso conocido como “costos hundidos”. En esta situación, el paciente afirma que no puede salir de una cadena de malos compromisos porque ya ha invertido demasiado (en su fracaso). “No puedo dejarlo, porque ya invertí demasiado tiempo en esto”. Como el terapeuta no tiene errores pasados que justificar, puede ser difícil para el/ella entender cuán difícil es para el paciente abandonar un compromiso anterior que ha demostrado ser un costo hundido. Las intervenciones para modificar el compromiso con los costos hundidos incluyen considerar el abandono de un compromiso como una oportunidad de nuevos logros, tomar distancia pensando el consejo que uno le daría a un amigo, y considerar si uno volvería a asumir ese compromiso de poder volver a comenzar. (Leahy, 2001, 2004a).

6) *Aversión al riesgo.* Todo cambio involucra un aumento en el nivel de incertidumbre, porque es esperable que lo desconocido tenga mayor variabilidad que lo conocido. Los individuos con resistencia a menudo desarrollan una estrategia de toma de decisiones basada en la aversión al riesgo. Esto incluye la demanda de mucha información, la focalización selectiva en la probabilidad y la magnitud de resultados negativos, la alta focalización en el arrepentimiento y la poca valoración y consideración por la posible utilidad: “Realmente necesito saber más porque muy probablemente sea muy malo si no funciona y me culparía por ello. Y, ¿para qué? ¿Cuánto podría llegar a disfrutarlo si resulta del modo en que Ud. dice?” Las personas con estrategias aversivas frente al riesgo tienen más probabilidades de estar deprimidas, ansiosas, preocupadas o de puntuar alto en la Escala Multiaxial de Millon en evitación, dependencia o trastorno límite de la personalidad (Leahy, 2002, 2003, 2005a; Leahy & Napolitano, 2005). Estas personas utilizan estrategias de búsqueda de reaseguros, espera, abandono prematuro, de abandono mientras van ganando y sub-evaluar el cambio positivo para evitar sus “expectativas de ir al frente”. El terapeuta y el paciente pueden entrar en conflicto cuando las sugerencias del primero para la activación conductual y el cambio son vistas como riesgos inaceptables para este último, que cree que ya ha perdido suficiente. Las intervenciones incluyen la evaluación de formas alternativas y más flexibles de calcular los riesgos y oportunidades para el cambio y evitar “abandonar

prematuramente". (Leahy, 2001, 2004a). Como se señaló más arriba, explorar el "miedo al cambio" es la clave, así como ver estos tipos de resistencias como estrategias de seguridad.

7) *Auto-limitación*. Algunos pacientes vienen a terapia con capacidad para ser exitosos, pero con una historia de comportamiento limitado y auto-saboteador. Frecuentemente llamados "masoquistas" o "derrotistas", estos pacientes, o bien se resisten abiertamente a los intentos de cambio, o bien hacen esfuerzos parciales que están destinados al fracaso. En algunos casos, esta estrategia puede reflejar un intento por evitar ser evaluado en su capacidad máxima. Es mejor fracasar con un esfuerzo limitado -ya que siempre uno puede afirmar "en realidad no me importaba" o "no lo intenté realmente"- y así preservar algo de autoestima basado en lo que uno podría hacer bajo las *mejores condiciones*. El terapeuta puede ayudar al paciente a examinar los patrones de auto-limitación, evaluando las ideas de "fracaso" globales y basadas en la vergüenza, ayudándolo a hacer progresos lentos para evitar "perder su lugar" (Leahy, 2001)

Mantendremos en mente estas siete dimensiones de la resistencia ya que luego exploraremos las discordancias de esquemas en la terapia. Por ejemplo, el paciente con resistencia de validación y víctima se sentirá especialmente frustrado con un terapeuta con estándares exigentes que ve algunas emociones como "lamentables" o "auto-compasivas". Así, ciertas dimensiones de la resistencia pueden ser incrementadas por la contra-transferencia del terapeuta. Examinaremos esto más adelante en este capítulo.

Modelo de esquemas de la personalidad

El modelo de procesamiento de esquemas ha sido expandido hacia una comprensión de los trastornos de la personalidad (Beck et al., 2003; Leahy et al., 2005; McGinn & Young, 1996; Pretzer & Beck, 2004; Young et al., 2003). Influenciados por los analistas del yo -como Alfred Adler (1924/1964), Karen Horney (1945, 1950), Harry Stack Sullivan (1956) y Victor Frankl (1992)- el modelo cognitivo de la personalidad resalta la importancia de cómo el pensamiento se organiza para influenciar y ser influenciado por el afecto, la conducta y las relaciones interpersonales. Varias dimensiones de la personalidad que están vinculadas a vulnerabilidades respecto de diversas psicopatologías, pueden ser entendidas en términos de esquemas (por ejemplo, sentirse indefenso y necesitado de otros está relacionado con la personalidad dependiente. En contraste, verse como único o superior está relacionado a la personalidad narcisista). Varias estrategias surgen de estos esquemas de representación de sí mismo -por ejemplo, el paciente dependiente es deferente y apegado, mientras que el narcisista es aprovechador y confrontacional.

Algunos "trastornos" particulares de la personalidad operan de manera diferencial en la relación de transferencia. Por ejemplo, el paciente dependiente, temiendo el abandono y el aislamiento, puede buscar un reaseguro considerable por parte del terapeuta. En contraste, el paciente narcisista, viendo a la terapia como una humillación potencial, puede devaluar al terapeuta y provocarlo para probar su "poder". Estas representaciones de rol en la terapia también reflejan los sistemas sociales relacionales descritos por Gilbert (1989), así como los esquemas interpersonales elaborados por Safran y sus colegas (Muran & Safran, 1993, 1998; Safran, 1998; Safran & Greenberg, 1988, 1989, 1991) y los esquemas relacionales identificados por Baldwin & Dandeneau (2005). He listado algunos de los esquemas de personalidad más comunes en la transferencia en la Tabla 1

Tabla 1 – Esquemas personales de paciente en terapia

Esquema	Ejemplo
Incompetente (Evitativo)	Evita tópicos y emociones dificultosas. Se muestra ambiguo. Busca signos de que el terapeuta va a rechazarlo. Cree que éste va a criticarlo por no hacer el trabajo entre sesiones lo suficientemente bien. Se muestra reticente a realizar dicho trabajo cuando incluye la exposición conductual.
Indefenso (Dependiente)	Busca reaseguro. No tiene una agenda de problemas que resolver. Frecuentemente se queja sobre “sentimientos”. Llama frecuentemente ente sesiones. Quiere prolongar las sesiones. No cree que pueda hacer el trabajo entre sesiones, o cree que no servirá de nada. Se altera cuando el terapeuta se toma vacaciones.
Vulnerable al control (Pasivo-agresivo)	Llega tarde o falta a sesiones. Ve los “desafíos” cognitivos como controladores. Es reticente a expresar la insatisfacción directamente. Es impreciso acerca de los objetivos, sentimientos y pensamientos -especialmente en relación con el terapeuta y la terapia- Se “olvida” de hacer el trabajo entre sesiones o pagar las cuentas.
Responsable (Obsesivo-compulsivo)	Siente que las emociones son “sucias” o “irracionales”. Se critica por ser irracional y desorganizado. Quiere ver resultados inmediatos y expresa escepticismo acerca de la terapia. Ve el trabajo entre sesiones como una prueba que debe hacer perfectamente, o directamente no hacerla.
Superior (Narcisista)	Llega tarde o falta a sesiones. Se “olvida” de pagar por las sesiones. Devalúa la terapia y el terapeuta. Espera ser tratado en forma especial. Se siente humillado por tener que hablar de sus problemas. Cree que la terapia no servirá porque su problema reside en las otras personas.
Glamoroso (Histriónico)	Se centra en expresar sus emociones, alternando rápidamente entre el llanto, la risa y la ira. Trata de impresionar al terapeuta con la apariencia, sus sentimientos o problemas. Rechaza la aproximación racional y demanda validación.

De: (Leahy, 2001).

Estos esquemas pueden ser considerados como dimensiones que no son mutuamente exclusivas y diferentes terapeutas pueden “activarlos” en diferentes maneras. Por ejemplo, un terapeuta puede estimular la hostilidad o la dependencia fácilmente en pacientes, de una forma en que otro terapeuta no lo haría. Un terapeuta puede encontrar

particularmente difícil trabajar con un paciente, mientras que a otro no le resultaría así. Una razón para esto es que la relación terapéutica es una co-construcción y los esquemas del terapeuta son cruciales para ella. Algunos terapeutas tendrán también diferentes niveles de estas vulnerabilidades de esquema.

Esquemas emocionales y evitación experiencial

A pesar de que los modelos de procesamiento de esquemas han estado extensamente centrados en el contenido personal e interpersonal, Beck y sus colegas han propuesto que los esquemas se generan para una variedad de funciones, incluyendo contenidos físicos, emocionales e interpersonales (Beck y cols., 2003). En el modelo cognitivo de psicopatología las emociones son consideradas importantes implícita y explícitamente, como consecuencias del contenido cognitivo (“Estoy indefenso” - tristeza), como necesarias en la activación de algunos esquemas de temor para que la [terapia de] exposición sea efectiva, y muy importantes para el *priming* en la activación del contenido esquemático latente (Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Foa & Kozak, 1986; Ingram, Miranda, & Segal, 1997; Miranda, Gross, Persons, & Hahn, 1998; Riskind, 1989). Las emociones son, por supuesto, la principal razón por la que la gente busca ayuda, pero las personas difieren en la conceptualización y estrategias empleadas cuando las emociones dolorosas y displacenteras se activan.

En años recientes, se ha habido un énfasis creciente en la *evitación experiencial* como un importante componente transdiagnóstico de una variedad de trastornos. (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Roemer & Orsillo, 2002). Si las experiencias displacenteras son evitadas, las oportunidades para la habituación, la extinción y la desconfirmación disminuyen. Así, las personas que evitan las interacciones sociales donde podrían sentirse ansiosas, no pueden experimentar una disminución en la ansiedad (habituación) con la repetición de la exposición, lo que llevaría a la extinción del comportamiento de escape y a la desconfirmación de la creencia de que “no puedo soportar sentirme incómodo en situaciones sociales” o “seré rechazado si me quedo más tiempo” (Foa & Kozak, 1986). Por lo demás, la evitación experiencial y emocional mantiene creencias disfuncionales sobre las emociones -como ser, “las emociones dolorosas me abrumarán o durarán indefinidamente” (Leahy, 2004b). La evitación experiencial (o emocional) ha sido implicada en una variedad de problemas, incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático, el abuso de sustancias y la depresión (Hayes y cols., 2006). La pregunta aquí es en qué medida la alianza terapéutica facilita una mayor evitación experiencial. Sugiero que la conceptualización personal del paciente sobre las emociones y las concepciones paralelas del terapeuta obstaculizarán o facilitarán el procesamiento emocional.

El modelo centrado en las emociones de Greenberg propone que éstas contienen el contenido de otros esquemas y que las personas pueden a menudo activar una emoción para ocultar otra emoción (ver Greenberg & Pavio, 1997, Greenberg & Safran, 1987). Greenberg se refiere a estos como “esquemas emocionales” -es decir, esquemas que están contenidos en la emoción. Mi modelo de esquemas emocionales se basa en el trabajo de Greenberg, pero en mi modelo, planteo que la persona tiene un “esquema” *sobre la emoción*. He planteado que las personas difieren en la conceptualización y estrategias frente a los afectos displacenteros o dolorosos (Leahy, 2002). En nuestro trabajo hemos identificado catorce dimensiones. Estas incluyen la consideración de que las emociones propias son inaceptables y que no pueden ser expresadas o legimitadas, que durarán

mucho tiempo, que están fuera de control, que son vergonzosas, que no tienen sentido, que son similares a las emociones de los otros, que son experiencias de insensibilidad, rumiación, culpa, e intolerancia a los sentimientos de conflicto, también la demanda de que uno debería ser siempre racional o que las emociones indican mayores valores.

Hemos encontrado que los pacientes con esquemas emocionales negativos son más propensos a estar deprimidos, ansiosos, a ser aversivos al riesgo en general, y a ser más propensos a puntuar alto en trastorno dependiente, evitativo o limítrofe de la personalidad. (Leahy, 2002, 2005a, 2005b; Leahy & Napolitano, 2005). En contraste, para los esquemas negativos de los trastornos internalizadores, hemos hallado que las personas que puntuaban alto en trastorno narcisista o histriónico de la personalidad en el Inventario Multiaxial de Millon tienen una visión más positiva de sus emociones (Leahy & Napolitano, 2005). Así, los esquemas emocionales parecen ser un factor central en una variedad de trastornos psicológicos.

Gottman y sus colegas han señalado que los individuos también se diferencian en sus filosofías subyacentes respecto a la respuesta a las emociones de los otros (Gottman, Katz, & Hooven, 1996). Algunas personas pueden ver los sentimientos de dolor de los otros como una oportunidad para acercarse e involucrarse más, mientras que otras los ven como una pérdida de tiempo, o como implicando el riesgo de provocar sensaciones negativas y no deseadas en uno mismo. Las filosofías emocionales de Gottman son reflejadas a menudo en los esquemas emocionales que los pacientes pueden presentar (“Mis emociones son aburridas para los demás” o “Mis emociones son desagradables”) y las filosofías emocionales de algunos terapeutas (“Las emociones obstruyen el camino para hacer nuestro trabajo” o “Las intensas emociones del paciente me van a abrumar”). Podemos considerar estos esquemas emocionales y filosofías como constituyentes de un conjunto de reglas que son seguidas rígidamente con frecuencia, sin importar el resultado inmediato.

La psicopatología como un comportamiento gobernado por reglas

Una contribución significativa del modelo social cognitivo de la psicopatología es que desmitifica la naturaleza de esta última. Por ejemplo, uno puede escribir una “regla” que describa la regularidad del procesamiento esquemático de la información: “Buscar ejemplos de que estoy indefenso” (sesgo confirmatorio) o “Descartar la evidencia de que soy competente”. De forma similar, uno puede ver las distorsiones en los pensamientos automáticos como gobernadas por reglas: “Usar mis emociones como evidencia de que algo es cierto” (razonamiento emocional) o “Tomar un ejemplo y tratarlo como si representara lo que realmente soy” (etiquetamiento). Decir que estas son reglas no implica que uno sea consciente de ellas -mucho menos de que se de cuenta de que uno está “siguiendo” una regla. Pero el comportamiento y pensamiento gobernado por reglas tiene una larga historia en psicología -más notablemente en el campo de la lingüística (Chomsky, 1969; Pinker, 2002). De hecho, la idea de que hay “reglas” que gobiernan la conducta ha encontrado un lugar en los modelos neo-skinnerianos, como el desarrollado por Hayes y cols. (2006).

Supongamos que un visitante de otro planeta -digamos, Marte- se ha involucrado en nuestro estudio. Este individuo sin género específico no conoce nuestras neurosis y patologías del carácter, pero siendo los buenos psicólogos que afirmamos ser, lo ayudaremos. El marciano (en adelante le asignamos arbitrariamente el género masculino y el nombre Martín) pregunta, “¿Cómo puedo aprender a ser un humano neurótico?”

Para hacer entretenida nuestra fantasía y nueva teoría sobre los trastornos de la personalidad, hemos desarrollado un libro de reglas para él. El trastorno específico que le asignaremos es “Personalidad Evitativa” (PE). Habiendo revisado los requisitos notamos que para calificar como PE uno debe tener baja autoestima, ser sensible al rechazo y buscar garantías antes de comenzar una relación. ¿Qué reglas ayudarán a Martín a alcanzar su prometedor rol?

- Asumir que estas reglas van a protegerte de pérdidas devastadoras y sorpresivas
- Asumir que eres inferior a todos los humanos
- Asumir que el resto de las personas son juzgadoras y rechazantes.
- Buscar signos de rechazo en los otros
- No compartir nada personal sobre ti mismo hasta que tengas la garantía de que eres aceptado incondicionalmente
- Ensayar en tu mente diferentes maneras en que podrías ser rechazado y humillado
- Tratar esos ensayos como si fueran predicciones perfectas de lo que podría suceder realmente
- Evitar cualquier emoción incómoda
- Si estás incómodo en alguna situación, abandonarla rápidamente
- Siempre que se pueda, huir hacia la fantasía, que es mucho más segura y cómoda
- Concluir que si tu experimentas cualquier crítica o incomodidad es porque no cumpliste correctamente estas reglas

Ahora, para que Martín pruebe ser un buen estudiante de patología del carácter, deberá adaptarse rápidamente al rol de tener una personalidad evitativa. Suponiendo que es suficientemente hábil como para conseguir un disfraz que lo haga “ver humano”, podría ser capaz de “aprobar” las interacciones con otros, mientras mantenga sus pensamientos de baja autoestima y siga sintiéndose un marciano incapaz e inferior podrá literalmente “engañar” al resto de la humanidad con su actuación. En efecto, Martín podría llegar a no ser nunca rechazado por humanos bienintencionados, pero conservará la creencia de que lo único que lo ha protegido es su estrategia de evitación e hipervigilancia. Si Martín llega a ser paciente en terapia cognitiva conductual -y obedece las reglas de su personalidad evitativa- es probable que se encuentre con un terapeuta con otro conjunto de reglas --que pueden entrar en conflicto con las suyas.

Los trastornos de la personalidad como profecías que se autorrealizan

He sugerido que los trastornos de la personalidad pueden ser caracterizados como libros de reglas para lidiar con otras personas y para experimentar el sí mismo (por ejemplo, autoconciencia, esquemas emocionales). Ahora propongo que las personas que obedecen un libro de reglas elicitán cierto comportamiento en otras personas que confirma su validez. Por ejemplo, quienes tienen personalidad evitativa son vistos por los demás como inhibidos, tímidos, distantes y a menudo poco emocionales. Este estilo probablemente eliciten precaución y reservas en otras personas -que, a su vez, sugerirá a quien tiene personalidad evitativa que éstas se están “guardando algo” -quizás, sus críticas. De hecho, este podría ser el caso, ya que las personalidades evitativas son a menudo percibidas como poco amistosas y a veces, engreídas. Si quien tiene una personalidad evitativa no es “rechazado”, puede concluir que sus reglas funcionan y si lo es, podrá concluir que debe ser más cuidadoso e hipervigilante.

De modo similar, los individuos narcisistas siguen reglas de promocionar su grandiosidad, devaluar a los otros y esperar un tratamiento especial. Temen la devaluación y no confían en otros -“Te devalúo antes que me devalúes”. He notado que los terapeutas, cuando discuten con sus pacientes narcisistas, les temen y los devalúan -“Cree que es superior a mí, que las reglas no aplican para él”. O, “Cree que está en la cima pero en realidad es un bufón”. Noten que el terapeuta llega a pensar en términos de rangos en los que uno está arriba y otro abajo, y a competir por la posición/dominio. Es bastante común que los terapeutas me digan “Nunca querría a alguien así en mi vida”. Supongamos que el narcisista sea conciente de cómo es la experiencia que otros tienen de él -es decir, que los demás quieren distanciarlo o devaluarlo, o tratar de reducir su rango y dominarlo si no alcanza el más alto puesto. Quizás, desde la perspectiva del narcisista puede tener sentido aprovecharse de personas que puedan ser vistas como aprovechadoras. Así, el narcisista puede tener “buenas razones” para distanciarse y devaluar-a pesar de que no reconoce que es su estrategia de dominar, devaluar y sobrevaluarse lo que lleva a los otros a cumplir sus predicciones.

Utilizando esta metáfora lúdica de las profecías auto cumplidoras, podemos concluir que las personas con trastornos de la personalidad raramente comprenden cómo *ellos* elicitan el mismo comportamiento en los otros que mantiene su trastorno de la personalidad. Llevando esto un paso más allá, podemos ver la relación terapéutica como consistiendo en dos personas que siguen sus propios libros de reglas (determinados por sus estilos de personalidad o trastornos) -sin conciencia de que su propio estilo elicitaba el comportamiento de la otra persona. Analizando las discordancias de esquemas que tienen lugar, podemos determinar cómo los problemas pueden surgir o ser evitados en la relación terapéutica. Nos dedicamos ahora a examinar cómo esto ocurre en la contratransferencia.

Un modelo cognitivo social de la contratransferencia

A pesar de que los terapeutas quisieran creer idealmente que pueden trabajar de manera efectiva con una amplia variedad de personas, la experiencia clínica sugiere que cada uno de nosotros tiene sus propias dificultades con grupos particulares de pacientes. El terapeuta es similar al paciente en cuanto a que tiene ciertos esquemas personales e interpersonales. Se presenta una lista con varios de ellos en la Tabla 2.

Tabla 2 – Esquemas del terapeuta en la relación terapéutica

Esquema	Presunciones
Estándares exigentes	Debo curar a todos mis pacientes. Siempre debo alcanzar el estándar más elevado. Mis pacientes deben hacer un trabajo excelente. Nunca debemos desperdiciar tiempo.
Especial, persona superior	Tengo las cualidades para ser exitoso. Mis pacientes deberían valorar todo lo que hago por ellos. No debería sentirme aburrido cuando trabajo en la terapia. Los pacientes tratan de humillarme.
Sensibilidad al rechazo	Los conflictos son molestos. No debería sugerir temas que molesten al paciente.
Abandono	Si el paciente está molesto con la terapia podría dejarla. Es perturbador cuando los pacientes se van. Podría quedarme sin pacientes.
Autonomía	Me siento controlado por el paciente. Mis movimientos,

Esquema	Presunciones
	sentimientos o lo que digo está limitado. Debería poder hacer o decir lo que me plazca. Algunas veces me pregunto si perderé mi identidad en la relación.
Control	Tengo que controlar mi entorno o a las personas a mi alrededor.
Juzgamiento	Algunas personas son básicamente malas. La gente debería ser castigada si hace cosas malas.
Persecución	A menudo me siento provocado. El paciente está tratando de hacerme algo. Tengo que protegerme para que no se aprovechen de mí o me lastimen. Por lo general uno no puede confiar en la gente.
Necesidad de aprobación	Quiero agradecerle al paciente. Si el paciente no está feliz conmigo, quiere decir que estoy haciendo algo mal.
Necesidad de que le agraden los demás	Es importante que me agrade el paciente. Me molesta que no me agrade un paciente. Deberíamos llevarnos casi como amigos.
Ocultamiento	Quiero ocultar mis pensamientos y sentimientos al paciente. No quiero darle lo que quiere. Siento que me retraigo emocionalmente durante la sesión
Indefensión	Siento que no sé qué hacer. Tengo miedo por los errores que voy a cometer. Me pregunto si soy realmente capaz. Algunas veces siento que me voy a dar por vencido.
Inhibición de objetivos	El paciente me está impidiendo alcanzar mis objetivos. Siento que estoy perdiendo el tiempo. Debería poder alcanzar mis objetivos en las sesiones sin la interferencia del paciente.
Auto-sacrificio	Debería satisfacer las necesidades de los pacientes. Debería hacerlos sentir mejor. Las necesidades de los pacientes a menudo se vuelven más importantes que mis necesidades. Algunas veces creo que haría casi cualquier cosa para satisfacer sus necesidades
Inhibición emocional	Me siento frustrado cuando estoy con el paciente porque no puedo expresar cómo me siento. Se me dificulta contener mis sentimientos. No puedo ser yo mismo.

De: (Leahy, 2001)

El terapeuta puede preguntarse: “¿Qué problemas me preocupan más? ¿Qué pacientes son más problemáticos para mí? ¿Hay ciertos pacientes con los que me siento *demasiado a gusto*? ¿Cómo me siento respecto a decirles a los pacientes cosas que pueden perturbarlos?” Por ejemplo, algunos terapeutas están más preocupados por la naturaleza de la relación, otros están preocupados por la expresión de las emociones y otros acerca de cómo alentar al paciente a que sea más activo. Mientras que algunos terapeutas se sienten intimidados por los pacientes narcisistas, otros prefieren pacientes modestos, otros pueden tener dificultades con las experiencias emocionales intensas. El terapeuta puede notar qué pacientes y qué asuntos le atañen -y qué pensamientos automáticos y esquemas personales

se activan en él: “Si el paciente está decepcionado conmigo, debe ser porque soy un terapeuta incapaz”

Los problemas en la relación pueden aparecer cuando las “cosas van bien”. Sentirse particularmente “cómodo” con el paciente puede hacer difícil identificar y tratar el comportamiento problemático -como abuso de alcohol, falta de responsabilidad financiera, o patrones derrotistas. Algunos terapeutas son reticentes a confrontar al paciente con información “perturbadora”, temiendo que pueda enojarse, sentirse triste o dejar la terapia. Esta amenaza de terminación de la terapia puede activar los esquemas de abandono en el terapeuta, de pérdida de reputación o de ser controlado por el paciente. Estas percepciones de la relación son reflejadas en los esquemas contratransferenciales que tiene el terapeuta. Estos incluyen, estándares exigentes, miedo al abandono, necesidad de aprobación, verse como un rescatista o auto-sacrificio (ver Tabla 2)

Adicionalmente, los terapeutas tienen diferentes filosofías emocionales, que reflejan su creencia acerca de que las emociones dolorosas o difíciles pueden o bien proveer una oportunidad para profundizar la relación, o bien que deberían ser eliminadas o evitadas. Como se señaló antes, el modelo de Gottman de las filosofías emocionales provee una valiosa taxonomía para identificar la filosofía emocional compartida en la relación terapéutica (Gottman et al., 1996; Katz et al., 1996) -incluyendo, rechazante, crítico, abrumador y facilitador. Es de particular interés el estilo de “coaching emocional” que refleja el interés auténtico y no juzgador del terapeuta en todas las emociones, mientras alienta al paciente a diferenciarlas, explorarlas y a considerar maneras de facilitar la calma. Este estilo es similar al empático y apoyador recomendado por Rogers (1965), Greenberg y por Gilbert en su discusión sobre la compasión como un complejo conjunto de habilidades que puedan ayudar en la relación terapéutica. Algunos terapeutas que ven las emociones dolorosas como auto-compasivas pueden transmitir una actitud de rechazo (“Tenemos que volver a la agenda”) o pueden realizar una aproximación crítica, como la reflejada por los comentarios sarcásticos de Ellis sobre los pacientes que se quejan (Ellis, 1994).

A veces, los pacientes necesitan “estar con” sus sentimientos, familiarizarse con ellos y aprender a tolerarlos. Sin embargo, los terapeutas que se sienten incómodos “estando con” los sentimientos pueden preguntar constantemente al paciente sobre sus pensamientos o inmiscuirse e inadvertidamente modelar la evitación emocional. En los modelos psicodinámicos la idea es que el paciente sienta que sus emociones pueden “ser contenidas”; que no resultan amenazantes para el terapeuta o la terapia. De esta forma, el paciente aprende que sus emociones son comprensibles, aceptables, tolerables y significativas - pero que también pueden cambiar.

La filosofía emocional del terapeuta -y las estrategias que implementa- tendrán un impacto significativo en los esquemas emocionales del paciente (Leahy, 2005b). Por ejemplo, el terapeuta que toma una aproximación rechazante (“Volvamos a la agenda”) transmite un mensaje de antipatía de que “Tus emociones no son interesantes para mí”, “Las emociones son una pérdida de tiempo” y “Te lo estás permitiendo”. Como consecuencia de una postura rechazante y crítica por parte del terapeuta el paciente puede concluir, “Mis emociones no tienen sentido”, “A nadie le importan”, “Debería sentirme avergonzado y culpable por tener estos sentimientos” y “Enfocarme en mis emociones no me ayudará”. Mientras que el paciente, aplicadamente sigue al terapeuta “de agenda”, las emociones se vuelven secundarias para cumplir con una agenda que quizás nunca llegue a abordar la razón por la que buscó ayuda --es decir, ayuda con sus sentimientos.

De forma crucial, los estilos interpersonales varían entre terapeutas -algunos son distantes, o sumamente apegados, o implicados en un dispositivo con límites rígidos; otros se muestran deferentes, dominantes, tranquilizadores. Los terapeutas que ven a las emociones como una pérdida de tiempo pueden parecer un tanto alejados (distantes y condescendientes), deferentes (intelectualizados), marcadores del límite (“Eso no está en nuestra agenda” o “No tenemos tiempo para eso hoy”), o dominantes (“Esto es terapia cognitiva y tratamos de enfocarnos sólo en tus pensamientos y en cumplir con las cosas”). Otros terapeutas, -viendo también a las emociones dolorosas como intolerables- pueden hallarse inclinados a rescatar al paciente de sus sentimientos. (“Oh, vas a estar bien -no te preocupes- va a funcionar”) pueden decirle directamente que deje de llorar (“No llores, las cosas van a estar bien”), o puede estar inclinado a tranquilizar (“Vas a estar bien dentro de un tiempo”). El mensaje implícito en estas interacciones bienintencionadas es que “Tus emociones tienen que ser eliminadas lo antes posible”. Así, en lugar de compartir, diferenciar, explorar y clarificar esas experiencias emocionales (como uno haría en el coaching emocional o en terapia focalizada en las emociones), el terapeuta puede comunicar a través del rescate y el apoyo que las emociones dolorosas no tienen un lugar en esa relación y que el paciente es demasiado vulnerable para lidiar con sus propias emociones. Rescatar a alguien de las emociones dolorosas confirma la creencia de que la evitación experiencial es una estrategia de afrontamiento deseable.

Discordancia de esquemas entre el paciente y el terapeuta

Los juegos y las profecías que se autorrealizan

Los modelos de juego han sido usados extensamente en biología, economía, estrategia militar, teoría de la negociación y teoría evolutiva (Axelrod & Dion, 1988; Buss & Schmitt, 1993; Dugatkin & Wilson, 1991; Maynard-Smith, 1982). Los juegos pueden ser de un solo jugador (como la lotería) o de dos personas en competencia o colaboración. Aquí puntualizaré algunos aspectos de un *juego de dos personas* que será aplicado a la personalidad, transferencia y contratransferencia. La suposición que guía esta discusión es que los trastornos de la personalidad son “juegos interpersonales” que son profecías auto cumplidoras y estrategias que se pueden desenvolver en el marco de la relación terapéutica.

Los juegos son *sistémicos* -se continúan hasta que la última movida es realizada. Cada participante busca una “recompensa” (von Neumann & Morgenstern, 1944) -lo que para personas con trastornos de la personalidad puede implicar escapar de una evaluación negativa (personalidad evitativa), apoyo protector de un individuo más fuerte (personalidad dependiente), o tributo y reconocimiento de que uno es una persona superior (personalidad narcisista). Como los juegos son auto-contenidos o sistémicos -la gente permanece dentro del juego- los participantes pueden estar imposibilitados de adoptar la perspectiva del juego como una de muchas alternativas (von Bertalanffy, 1976). Así, la personalidad evitativa está “atascada” en su libro de reglas que incluye la duda, la evitación y la vigilancia -llevando al sesgo confirmatorio de que “tiene defectos” y que otros lo van a juzgar. El terapeuta con estándares exigentes se queda atascado dentro del juego de obligar a otros a adecuarse a su agenda.

Los juegos suponen *causalidad recíproca* -es decir, los jugadores evalúan el feedback y las “movidas” hechas por otros jugadores. Los juegos de dos personas -como los que se dan en la relación terapéutica- involucran *movidas iterativas* como el movimiento del paciente que lleva a un contra-movimiento por parte del terapeuta, que a su vez elicitó otro

movimiento del paciente. Teóricamente, los jugadores pueden anticipar los contramovimientos de sus oponentes -y adaptar su estrategia de acuerdo a ellos- como hacen los buenos jugadores de ajedrez. Sin embargo, en la interacción real, generalmente atribuimos nuestro propio comportamiento a la situación y el comportamiento de otras personas a sus rasgos de la personalidad. Así, tu puedes atribuir tu molestia hacia mí al “hecho” de que soy “aburrido”, en lugar de a la posibilidad de que tu seas intolerante. Es la otra persona la que tiene el rasgo -mientras que vemos nuestro propio comportamiento como determinado situacionalmente (Jones & Nisbett, 1972). Además, nuestras explicaciones tienden a basarse en un evento del pasado reciente, como cuando explicamos nuestro comportamiento actual con algo que acaba de ocurrir.

Los pacientes (y terapeutas) con esquemas negativos pueden ver la relación terapéutica como un “juego competitivo” -es decir, un *juego de suma cero* en el que un lado pierde y el otro lado gana. Esto es lo contrario de la relación terapéutica “ideal” en la que ambos lados “obtienen lo que quieren” -es decir, un relación facilitadora que permita una rápida mejoría para el paciente. Los pacientes pesimistas pueden estar más enfocados en evitar una pérdida mayor -y pueden implementar estrategias de hipervigilancia para buscar señales de rechazo, juzgamiento, o falta de interés en el terapeuta. Estos pacientes van a “detenerse” rápidamente- considerando la pequeña pérdida (frustración) como el comienzo de una cascada de otras pérdidas. Desde esta perspectiva, los pacientes se independizan tempranamente -en una forma que parece “racional”. Esta estrategia “minimax” -minimizar las pérdidas máximas- también se basa en la consideración de que las pérdidas se sufren más de lo que se disfrutan los logros. De hecho, desde la perspectiva del paciente, los logros se ven como algo poco probable, transitorio, y no son realmente tan “disfrutados”. Además, la visión pesimista del paciente puede sugerir que un “logro” (sentirse mejor o más cerca del terapeuta) puede ser una *falsa señal* y puede tentarlo a tomar mayores riesgos de exposición. Mientras las cosas comienzan a “sentirse mejor” el paciente cauto puede pensar, “esta es una aberración, se acabará pronto. Mejor salirme ahora” (Allen & Badcock, 2003; Leahy, 1997).

Si los esquemas negativos del paciente sobre la relación sugieren que será abandonado o rechazado por el terapeuta, puede verse en el “dilema del prisionero”. Así, desde la perspectiva pesimista del paciente, si anticipa el rechazo del terapeuta por no cumplir sus “expectativas”, “tiene sentido” desde un modelo de juego abandonar tempranamente. Investigaciones sobre el dilema del prisionero muestran una tendencia general a desertar tempranamente si el “prisionero” (paciente) anticipa que el otro lado ve un beneficio en la desertión (rechazándolo). Además, las personas que ven una relación como competitiva son más propensas a retener información, lo que reduce la posibilidad de cualquier tipo de cooperación (Steinell & De Dreu, 2004). Así, los pacientes con esquemas negativos -que anticipan esquemas negativos en el terapeuta- abandonarán tempranamente.

Falta de asunción sistémica y recursiva de roles

¿Por qué no son los pacientes y los terapeutas “más inteligentes”? ¿Por qué es tan difícil ser “objetivo” sobre la relación terapéutica? La razón para la miopía y el egocentrismo es que podemos estar inclinados hacia visiones que son como “instantáneas” de nuestros esquemas, en lugar de una película de desarrolla a lo largo del tiempo (un “modelo evolucionista o desplegado” de la relación que se desarrolla en el tiempo). Las interacciones reales entre las personas en una relación involucran “movimientos iterativos” -como que yo

repite movimientos en respuesta a una secuencia de movimientos de tu parte. Así, las relaciones reales funcionan en tiempo real. Para darme cuenta de lo que hacer en respuesta a tu movimiento reciente, podría también querer tener saber cómo tu responderás a mi movimiento siguiente -es decir, ¿verás que estoy desarrollando una estrategia? Si creo que adivinaste mi estrategia, podría desear bloquear tu movimiento haciendo lo que no crees que haría. Aunque, para hacer esto, debería tomar tu perspectiva de los movimientos anteriores, cómo viste desenvolverse mi estrategia, y cómo trataste de anticiparme. En efecto, los estudios de economía conductual que examinan los modelos de juegos encuentran un límite general para anticipar las iteraciones. Nuestras interacciones se reducen generalmente a una o dos movidas -es difícil “jugar al ajedrez” en las interacciones diarias.

Esta anticipación de cómo los otros podrían responder a nuestros movimientos futuros implica la asunción sistémica y recursiva de roles y la elaboración de una *teoría de la mente*. La asunción recursiva de rol requiere la habilidad de hacerse a un lado y *ver los propios pensamientos y emociones* (o los pensamientos y emociones de los demás) La asunción sistémica de rol involucra la habilidad de observar la *relación* a lo largo del tiempo y de cómo cada participante afecta al otro. (Selman, 1980; Selman, Beardslee, Schultz, Krupa, & Podorefsky, 1986). El insight en la relación de transferencia implica la conciencia del comportamiento del otro, la inferencia de sus motivaciones, verlo cómo provocador o elicitador, tomarse a sí mismo como objeto de la experiencia del otro y tomar el rol propio desde el lugar del otro (perspectiva sistémica de la relación) -tanto dentro de la interacción actual, en otras relaciones con patrones similares y en relaciones del pasado. Como el lector probablemente haya notado, esta asunción sistémica de rol -anticipar los movimientos en respuesta a los movimientos del otro- es una habilidad raramente manifestada en las interacciones de todos los días. Además, nuestra consideración sobre cómo los otros ven los acontecimientos o a nosotros mismos está generalmente anclada por nuestra propia perspectiva -como si creyéramos que los otros responden más cómo nosotros que como extraños. (Epley, Keysar, Van Boven, & Gilovich, 2004). En efecto, a menudo utilizamos nuestra propia mente (el “sí mismo”) como la mejor idea que podemos tener de lo que la otra persona está pensando (Nickerson, 1999). Así, si el paciente cree que es un perdedor, concluirá que el terapeuta puede ver a través de su sí mismo transparente a un perdedor. Nuestra visión de la visión de los otros está anclada en nosotros mismos.

Estas limitaciones evaluativas o cognitivas tienen importantes implicaciones en la transferencia-contratransferencia: 1) Ambos, el paciente y el terapeuta tienen dificultades para ver la “imagen completa”; 2) El comportamiento de la otra persona es atribuido a rasgos inmodificables; 3) El comportamiento de la otra persona es personalizado; 4) Como uno está “centrado” en su propio libro de reglas, es difícil obtener información que vaya en contra de las propias expectativas; y 5) Los roles asumidos llevan al sesgo confirmatorio y a profecías auto cumplidoras. No hace falta decir que la capacidad para ver la relación (dentro y fuera de la terapia) es más complicada que el simple identificar “pensamientos automáticos distorsionados”. El modelo de juego extiende el modelo cognitivo para cubrir una serie de interacciones de retroalimentación, que son similares a la realidad interpersonal en la vida corriente.

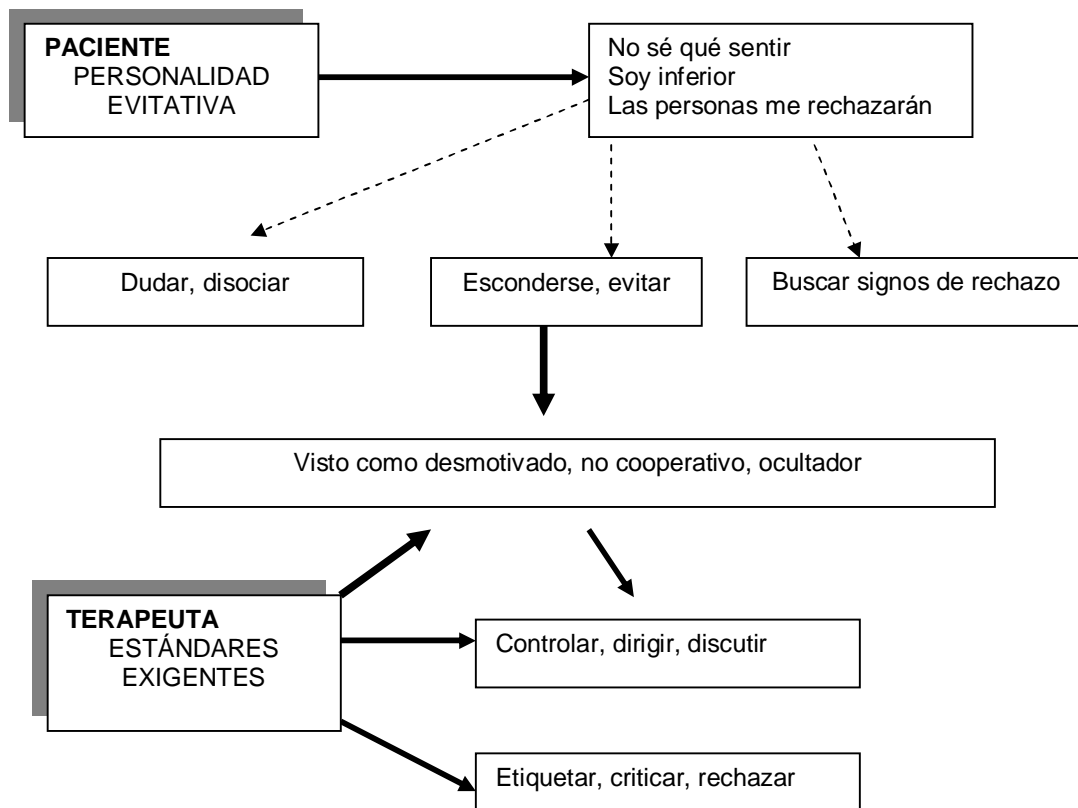
Discordancia entre el paciente y el terapeuta

¿Qué sucede cuando el trastorno de la personalidad del paciente entra en conflicto con el esquema o creencia central del terapeuta? Imaginen lo siguiente: El paciente tiene

personalidad evitativa -su objetivo es evitar que las personas lo conozcan, para que no puedan rechazarlo. Es cauto, porque no quiere correr el riesgo de ser rechazado o fracasar. Consecuentemente, es reticente a realizar tareas de auto-ayuda, raramente tiene una agenda (porque no tiene acceso directo a sus emociones -porque las ha evitado- o porque no quiere “tomar un lugar” en la terapia). En contraste con esta personalidad evitativa, consideren la posibilidad de que el terapeuta tenga estándares exigentes -esperando que los pacientes se adecuen a su agenda y plan de tratamiento. En esta interacción, el terapeuta tiene poca tolerancia por las “quejas ambiguas”, “procrastinación” o falta de objetivos claros del paciente.

Cada participante -paciente y terapeuta- está siguiendo un libro de reglas determinado por sus disposiciones esquemáticas y su trastorno de la personalidad. El libro de reglas está basado en los intentos de cada uno de “dar sentido” al otro y modificar su comportamiento. Por ejemplo, el paciente está tratando de descubrir si puede confiar en el terapeuta -así, puede dudar, mantenerse en la ambigüedad y esperar a ver cómo reacciona el terapeuta. Estas son indagaciones pasivas en el libro de reglas del paciente. Cualquier comportamiento de parte del terapeuta es atribuido, o bien a disposiciones o rasgos que él tiene (“El es crítico”) o a defectos en el sí mismo (“Soy un perdedor”). (El paciente no reconoce la calidad lúdica de la situación-“Cuando dudo algunas personas me evaluarán o se alejarán de mí”). Similarmente, el terapeuta con estándares exigentes activará indagaciones, controles, críticas y exhortaciones si el paciente “no es obediente”. El terapeuta atribuirá su propio comportamiento a la “no-obediencia” del paciente, no reconociendo que este tipo de conducta controladora y exigente crea una profecía auto cumplidora: Cuando el terapeuta exige, el paciente se retrae. Esto confirma la percepción esquemática de que el paciente “no es obediente” (Ver Figura 1)

Figura 1 -



Utilizando el modelo estratégico de juego desarrollado más arriba, podemos ver que la relación terapéutica esta caracterizada por la *causalidad recíproca*. Específicamente, los terapeutas utilizarán a menudo estrategias interpersonales para compensar o evitar los problemas de esquema generados por el paciente. Consideren el caso de un paciente dependiente (con temor de ser abandonado y creencias sobre la impotencia personal) y un terapeuta que es también dependiente y teme ser abandonado por sus pacientes.

Estrategias compensatorias y evitativas del terapeuta

Paciente dependiente – Terapeuta dependiente

- Estrategia evitativa
 - El terapeuta no trata los temas difíciles, evita discutir el comportamiento dependiente del paciente, no marca los límites del paciente.
 - Evita utilizar técnicas de exposición
 -
 - Experiencia del paciente
 - Mis emociones deben ser abrumadoras para los otros. Hacer nuevas cosas es riesgoso y aterrador
 - Mi terapeuta debe pensar que soy incapaz de hacer cosas por mí mismo.
 - Debería evitar el comportamiento independiente
 -
- Estrategia compensatoria
 - Constantemente tranquiliza al paciente.
 - Prolonga las sesiones, se disculpa por sus ausencias
 -
 - Experiencia del paciente
 - Necesito confiar en otros para resolver mis problemas
 - Debo ser incompetente
 - No puedo mejorar por mi cuenta
 - La única manera de mejorar es encontrar alguien que se haga cargo de mí y me proteja

O consideremos la discordancia de esquemas que surge en un paciente dependiente cuyo terapeuta tiene estándares exigentes. Esta discordancia está resumida a continuación:

- Paciente indefenso (dependiente)
 - Busca seguridad. No tiene una agenda de problemas por resolver. Frecuentemente se queja sobre “sentimientos”. A menudo llama entre sesiones. Quiere prolongar las sesiones. No cree que pueda hacer la tarea, o cree que no servirá de nada hacerla. Se molesta cuando el terapeuta se toma vacaciones
 -
- Terapeuta con estándares exigentes
 - Debo curar a todos mis pacientes
 - Siempre debo alcanzar los mayores estándares
 - Mis pacientes deberían trabajar de forma excelente
 - Nunca debería desperdiciar el tiempo

El terapeuta puede adoptar o bien una estrategia demandante-coercitiva o evitativa:

- Estrategia Demandante-Coercitiva
 - Ve la falta de progreso del paciente como una resistencia “personal”
 - Demanda el cumplimiento de la agenda y las tareas
 - Se muestra crítico por la falta de progreso
 - Etiqueta al paciente como “dependiente”
 -
 - Experiencia del paciente
 - No puedo contar con mi terapeuta
 - Seré abandonado si no mejoro
 - Mis emociones no son importantes para mi terapeuta
 - Soy un fracaso en terapia
 - No puedo resolver ningún problema
 -
- Estrategia evitativa
 - Pierde interés en el paciente
 - No explora la necesidad de aprobación del paciente y su expresión emocional
 - Termina con el paciente por “no cumplidor”
 -
 - Experiencia del paciente
 - Debo ser aburrido
 - Mi terapeuta no tiene interés en mí
 - Por lo tanto, mi terapeuta me abandonará

Utilizando la contratransferencia

El terapeuta no es un objeto neutral sobre el cual se proyectan las dinámicas internas. Más bien, es una parte dinámica del mundo interpersonal del paciente. El terapeuta con “estándares exigentes” puede reconocer su propia resistencia hacia el paciente -en su tendencia a imponer su agenda al paciente, coercerlo para que cambie, o retraerse con indiferencia. De hecho, si el terapeuta se comporta y siente de esta manera, el paciente puede estar elicitando estas respuestas en otras personas “exigentes”. Se pueden plantear tres preguntas: 1) ¿Cómo responde el paciente cuando otras personas exigentes interactúan con él? 2) ¿Cuáles son las características típicas de la personalidad de las personas de la vida del paciente? Y 3) ¿Cuál es la historia ambiental de las relaciones y las estrategias disfuncionales?

He podido reconocer varios años atrás que a menudo tenía “estándares exigentes” con mis pacientes -tratando de imponer agendas, tarea para la casa, orientación a tareas y técnicas. Esto era motivado por mi deseo de “hacer el trabajo”- pero me di cuenta que era molesto y rechazante para los pacientes. A pesar de que yo utilizo técnicas y agendas de terapia cognitiva, ahora pongo un énfasis mayor en la exploración de los esquemas emocionales del paciente -y en cómo otras personas en su vida han respondido a esas necesidades. Este contraste particular entre “estándares exigentes” y “esquemas emocionales” se me presentó a través de una paciente que anteriormente había sido tratada por un terapeuta “racional”, rígido y centrado en la agenda, que adoptaba una postura didáctica.

La paciente era una mujer casada, con problemas relacionales de larga data, caracterizada por el sentimiento de que no era escuchada, no se sentía conectada emocional ni físicamente con su esposo y se sentía culpable. Ella respondió a mis “exigencias” de tareas para el hogar en la terapia con afirmaciones sobre su propia incapacidad e incompetencia, quejándose de que su problema residía en su esposo controlador y narcisista. En este contexto, pude ver mis estándares exigentes aparecer nuevamente. Esto pudo haberme llevado a disponer agendas estrictas, a “discutir” sus pensamientos automáticos, sugerir alternativas y ayudarla a preparar algunas estrategias de resolución de problemas. Como me di cuenta rápidamente, esto hubiera reproducido las experiencias de dominación, rechazo y vacío emocional que había tenido con otras personas en su vida ---desde sus padres hasta su esposo. Entonces decidí abandonar la imposición de tarea para la casa con el fin de examinar sus patrones en cuanto a la deferencia con los otros en sus relaciones íntimas. De hecho, su deferencia para con los otros -basada en su perspectiva de que no conocía sus propias necesidades y no tenía derecho a tenerlas- provocó que los otros “se hicieran cargo” o tomaran ventaja. Esto reforzó su visión de que era de segunda en las relaciones- sin embargo, esperaba que un hombre fuerte y determinado “que supiera lo que quiere” fuera capaz de satisfacerla. Así como era deferente en su relación en la terapia, lo era en su familia y relaciones íntimas.

Antes de verme, ella había visto a un terapeuta “racional” que la había sermoneado. Indicó que esta terapia anterior le había recordado a su padre y a su madre quienes le decían cómo debía sentirse y comportarse, pero que nunca parecían haber valorado su individualidad. Había sentido que el terapeuta anterior era rechazante, crítico y condescendiente -experiencias de las que se quejaba con su esposo.

Al mismo tiempo que reconocimos la importancia del cambio, nos enfocamos en sus esquemas emocionales. Le señalé que “lo más importante en nuestra relación es que ambos comprendamos y respetemos sus emociones –esto es, lo que usted siente que es lo más importante”. Ella tenía dificultad en la denominación de sus emociones -a menudo, repentinamente lloraba “sin razón” (como ella decía). Creía que sus emociones no tenían sentido, que nadie podría entenderlas, y que no tenía derecho a sentirse molesta, porque tenía un trabajo bien pago y un esposo que la amaba. Creía que necesitaba controlar sus emociones para evitar que se “descontrolaran”. Las filosofías emocionales de su madre y padre eran que sus emociones eran auto-compasivas, manipuladoras e injustificadas. De hecho, observó que gran parte de su vida en relación con su padre se había enfocado en tratar de “dejar” sus diatribas emocionales. No había lugar para sus emociones en sus vidas -o en la vida de su esposo.

Decidimos ver su dolor y sufrimiento como una ventana hacia sus necesidades y valores - que sus emociones dolorosas necesitaban ser escuchadas y respetadas. Este nuevo “esquema emocional” incluía lo siguiente: “es importante reconocer un amplio rango de mis emociones”, “Mis emociones surgen de necesidades humanas de amor, intimidad y sensualidad”, “Tengo una necesidad humana de ser validada, recibir cordialidad y aceptación”, y “Quiero buscar esto en una nueva relación”. A pesar de que ella había venido por “terapia cognitiva” (con énfasis en la “racionalidad”) reconoció que valía la pena focalizarse en sus derechos a tener emociones y necesidades -y a desarrollar relaciones donde esto sea posible.

Revisemos los diferentes estilos terapéuticos con los que ella se enfrentó. Con el terapeuta didáctico, exigente y anti-emocional, el estilo “coercitivo” e “intelectual” reflejó la creencia de

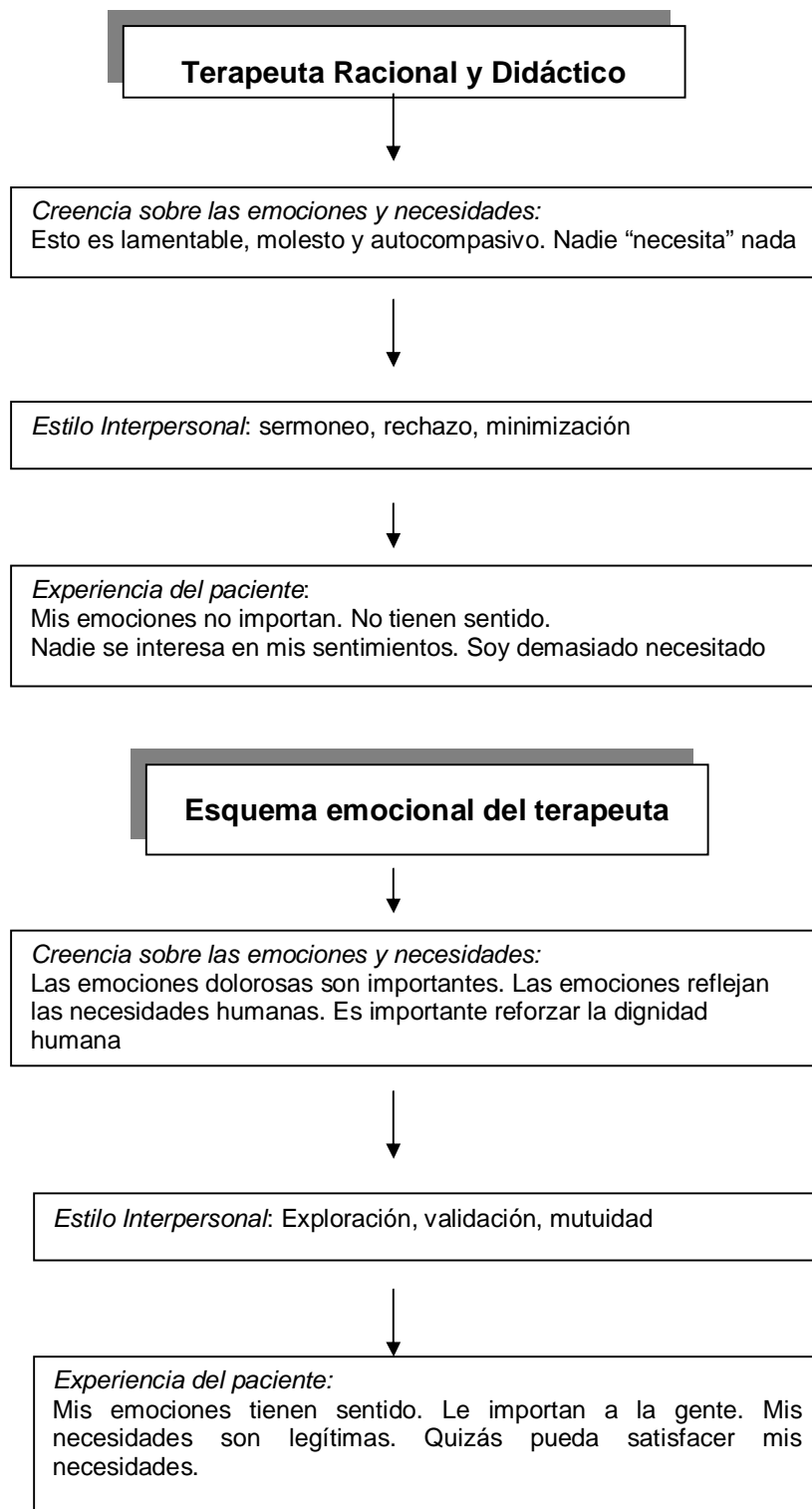
que era una quejosa, de que tenía demasiados “debería” y de que tenía baja tolerancia a la frustración. El mensaje era “supéralo” y “no debería importarte tanto”. El terapeuta se le aparecía como condescendiente, desconectado y crítico de sus sentimientos. Esto confirmó su creencia de que sus sentimientos no tenían sentido, de que era auto-compasiva, y de que tenía demasiadas necesidades: “Debo ser demasiado necesitada”. En contraste, al tomar una aproximación centrada en los esquemas emocionales en el tratamiento conmigo, puedo reconocer y diferenciar sus diferentes emociones, experimentar con la expresión de emociones y obtener legitimación, explorando cómo sus emociones estaban vinculadas a importantes necesidades que no estaban satisfechas, y reconocer que mientras ella era buena y apoyaba y legitimaba a los demás, necesitaba dirigir su cuidado y compasión hacia ella misma.

Conclusiones

Los modelos cognitivos de la psicopatología pueden ser mejorados con la incorporación del procesamiento emocional y de la interacción social en la consideración de la relación terapéutica. He presentado un modelo de los trastornos de la personalidad -inicialmente basado en un modelo de procesamiento de esquemas- que resalta varios puntos: 1) Los trastornos de la personalidad siguen un libro de reglas que dirige a la persona en la consideración de sí misma y en la interacción con los otros; 2) Las personas con trastornos de la personalidad tienen sesgos confirmatorios por la elicitación de comportamiento en los otros que confirma sus propios esquemas; 3) Los individuos en la interacción pueden tener diferentes perspectivas sobre cómo se desarrollan las emociones de los demás y esas diferencias pueden reafirmar los esquemas subyacentes de ambas partes; 4) Los participantes de la relación terapéutica están centrados egocéntricamente en la consideración del comportamiento del otro como si se debiese a rasgos estables - al mismo tiempo que consideran el comportamiento propio como situacional y dirigido a objetivos; 5) Es difícil para los participantes tomar distancia de sí mismos y asumir una perspectiva sistémica de roles; y 6) Una perspectiva sistémica se puede desarrollar identificando los libros de reglas y esquemas del terapeuta y del paciente y examinando cómo los sesgos confirmatorios se cumplen.

Asumir esta perspectiva sistémica de juego permite al terapeuta y al paciente encontrar regularidades en las relaciones pasadas de este último que continúan teniendo lugar en la relación actual. El terapeuta y el paciente pueden usar técnicas cognitivas, experienciales, focalizadas en la emoción, de esquemas emocionales y de mente compasiva para modificar este libro de reglas que el paciente ha estado utilizando y que ha contribuido a mantener sus problemas, por más que el paciente haya llegado a creer que lo ha protegido del surgimiento de peores problemas.

Figura 2 - Esquemas del terapeuta



Referencias

- Adler, A. (1924/1964). *Social interest: A challenge to mankind*. New York: Capricorn Books.
- Allen, N. B., & Badcock, P. B. T. (2003). The social risk hypothesis of depressed mood: Evolutionary, psychosocial, and neurobiological perspectives. *Psychological Bulletin*, 129(6), 887-913.
- Axelrod, R., & Dion, D. (1988). The further evolution of cooperation. *Science*, 242(4884), 1385-1390.
- Baldwin, M. W., & Dandeneau, S. D. (2005). Understanding and modifying the relational schemas underlying insecurity. In M. W. Baldwin (Ed.), *Interpersonal cognition* (pp. 33-61). New York: Guilford.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D., Pretzer, J., Fleming, B., Artz, A., et al. (2003). *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford.
- Buss, D. M., & Schmitt, D. P. (1993). Sexual strategies theory: An evolutionary perspective on human mating. *Psychological Review*, 100(2), 204-232.
- Chomsky, N. (1969). *Aspects of the theory of syntax*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Dugatkin, L. A., & Wilson, D. S. (1991). Rover: A strategy for exploiting cooperators in a patchy environment. *American Naturalist*, 138, 687-701.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy*. (2nd ed.). Secaucus, NJ: Carol Publishing Company.
- Epley, N., Keysar, B., Van Boven, L., & Gilovich, T. (2004). Perspective taking as egocentric anchoring and adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(3), 327-339.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Frankl, V. E. (1992). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy* (4th ed.). Boston: Beacon Press.
- Gilbert, P. (1992). *Counseling for Depression*. London: Sage
- Gilbert, P. (2000) Social mentalities: Internal 'social' conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In, P. Gilbert & Bailey K.G (eds.) *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy* (pp.118-150). Hove: Brenner-Routledge.

Gilbert, P. (Ed.). (2005a). *Compassion; conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Brunner-Routledge.

Gilbert, P. (2005b). Social mentalities: A biopsychosocial and evolutionary approach to social relationships. In M. W. Baldwin (Ed.), *Interpersonal cognition* (pp. 299-333). New York: Guilford Press.

Gilbert, P. (this volume). Evolved minds and compassion in the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioural psychotherapies*. London: Brunner-Routledge.

Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations Research and Use in Psychotherapy*. (263-325). London: Routledge.

Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10(3), 243-268.

Greenberg, L. S. (2001). Toward an integrated affective, behavioral, cognitive psychotherapy for the new millennium (Paper presented at meeting of SEPI).

Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg, L. S. (this volume). In P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioural psychotherapies*. London: Brunner-Routledge.

Greenberg, L. S., & Paivio, S. (1997). *Working with emotions*. New York: Guilford.

Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York: Guilford.

Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. New York: Oxford University Press.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.

Horney, K. (1945). *Our inner conflicts*. New York: Norton.

Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth*. New York: Norton.

Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1997). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford.

Jones, E. E., & Nisbett, R. E. (1972). The actor and the observer: Divergent perceptions of the causes of the behavior. In E. E. Jones, D. E. Kanouse, H. H. Kelley, R. E. Nisbett, S.

Valins & B. Weiner (Eds.), *Attribution: Perceiving the causes of behavior* (pp. 79-94). Morristown, NJ: General Learning Press.

Katz, L. F., Gottman, J. M., & Hooven, C. (1996). Meta-emotion philosophy and family functioning: Reply to Cowan (1996) and Eisenberg (1996). *Journal of Family Psychology*, 10(3), 284-291.

Leahy, R. L. (1997). An investment model of depressive resistance. *Journal of cognitive psychotherapy*, 11, 3-19.

Leahy, R. L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford.

Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 177-190.

Leahy, R. L. (2003). Emotional schemas and resistance. In R. L. Leahy (Ed.), *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change* (pp. 91-115). New York: Guilford Press.

Leahy, R. L. (Ed.). (2003). *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change*. New York: Guilford Press.

Leahy, R. L. (2004a). Decision making and psychopathology. In R. L. Leahy (Ed.), *Contemporary cognitive therapy: Theory, research, and practice* (pp. 116-138). New York: Guilford Press.

Leahy, R. L. (2004b). Panic, agoraphobia and generalized anxiety. In N. Kazantzis, F. P. Deane, K. R. Ronan and L. L'Abate (Eds.), *Using homework assignments in cognitive behavior therapy* (pp. 195-221). New York, Routledge.

Leahy, R. L. (2005a, November 18-21). Meta-cognitive factors of worry and decision-making style. Paper presented at the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.

Leahy, R. L. (2005b). A social cognitive model of validation. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. London: Brunner-Routledge.

Leahy, R. L., Beck, A. T., & Beck, J. S. (2005). Cognitive therapy of personality disorders. In S. Strack (Ed.), *Handbook of Personology and Psychopathology*. New York: Wiley. (pp. 442-461)

Leahy, R. L., & Napolitano, L. (2005, November 18-21). What are the emotional schema predictors of personality disorders? Paper presented at the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.

Maynard-Smith, J. (1982). *Evolution and the theory of games*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

McGinn, L. K., & Young, J. E. (1996). Schema-focused therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 182-207). New York: Guilford.

Menninger, K. A., & Holzman, P. S. (1973). *Theory of psychoanalytic technique* (2d ed.). New York: Basic Books.

Miranda, J., Gross, J. J., Persons, J. B., & Hahn, J. (1998). Mood matters: Negative mood induction activates dysfunctional attitudes in women vulnerable to depression. *Cognitive Therapy & Research*, 22(4), 363-376.

Muran, J. C., & Safran, J. D. (Eds.). (1993). *Emotional and interpersonal considerations in cognitive therapy*. Kuehlwein, Kevin T (Ed); Rosen, Hugh (Ed). (1993). *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice*.

Muran, J. C., & Safran, J. D. (Eds.). (1998). *Negotiating the therapeutic alliance in brief psychotherapy: An introduction*.

Nickerson, R. S. (1999). How we know-and sometimes misjudge-what others know: Imputing one's knowledge to others. *Psychological Bulletin*, 125, 737-759.

Nussbaum, M. (2005). *Frontiers of justice: Disability, nationality, species membership*. Cambridge: Belknap Press.

Pinker, S. (2002). *The blank slate: The modern denial of human nature*. New York, NY: Viking.

Pretzer, J., & Beck, A. T. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. In J. J. Magnavita (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory and practice*. New York: Wiley.

Rawls, J. (2001). *Justice as fairness: A restatement*. Cambridge: Belknap Press.

Riskind, J. H. (1989). The mediating mechanisms in mood and memory: A cognitive-priming formulation. *Journal of Social Behavior and Personality*, 4, 173-184.

Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 9(1), 54-68.

Rogers, C. (1965). *Client centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton-Mifflin.

Safran, J. D. (1998). Widening the scope of cognitive therapy: The therapeutic relationship, emotion and the process of change. Northvale, NJ: Aronson.

Safran, J. D., & Greenberg, L. S. (1988). Feeling, thinking, and acting: A cognitive framework for psychotherapy integration. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2(2), 109-131.

Safran, J. D., & Greenberg, L. S. (Eds.). (1989). *The treatment of anxiety and depression: The process of affective change*. Kendall, Philip C (Ed); Watson, David (Ed). (1989). *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*.

Safran, J. D., & Greenberg, L. S. (Eds.). (1991). *Emotion, psychotherapy, and change*.

Safran, J. D., & Muran, J. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 233-243.

Selman, R. L. (1980). *The growth of interpersonal understanding*. New York: Academic Press.

Selman, R. L., Beardslee, W., Schultz, L., Krupa, M., & Podorefsky, D. (1986). Assessing adolescent interpersonal negotiation strategies: Toward the integration of structural and functional models. *Developmental Psychology*, 22(4), 450-459.

Steinel, W., & De Dreu, C. K. W. (2004). Motives and strategic misrepresentation in social decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(3), 419-434.

Sullivan, H. S. (1956). *Clinical studies in psychiatry*. New York: Norton.

von Bertalanffy, L. (1976). *General system theory: Foundations, development, applications*. New York: George Braziller Publishers.

von Neumann, J., & Morgenstern, O. (1944). *Theory of games and economic behavior*. Princeton, NJ: Princeton.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford

(* Robert L. Leahy es Presidente de la International Association for Cognitive Psychotherapy, Presidente de la Academy of Cognitive Therapy, Director del American Institute for Cognitive Therapy, Editor Asociado del International Journal of Cognitive Therapy y Profesor de Psicología en la Weill-Cornell Medical School.

Recientemente ha sido elegido Presidente de la Association for Behavioral and Cognitive Therapy (ABCT).

Ha recibido el premio Aaron T. Beck por sus excepcionales contribuciones a la Terapia Cognitivo-Conductual

Es autor y editor de quince libros sobre terapia cognitiva y procesos psicológicos.