



Abordaje de los Trastornos de la Personalidad
en adicciones. Parte 2

Dolores Mosquera
doloresmosquera@gmail.com | www.intra-tp.com

Confidencialidad

- ▶ Los videos pueden ser grabados ni en video ni en audio.
- ▶ La información de los pacientes es confidencial, no ha de ser comentada fuera de este curso

El trauma y la función de las adicciones

La perspectiva del modelo EMDR

La terapia EMDR

- ▶ La terapia EMDR (Shapiro, 2001) aporta una interesante perspectiva en relación a las adicciones, ya que su modo de entender la patología no está basada en el diagnóstico clínico, sino en *la comprensión de los factores subyacentes a la misma*.
- ▶ Desde EMDR se considera que los trastornos mentales están basados no sólo en factores biológicos y aprendizajes disfuncionales, sino sobre todo en eventos traumáticos que *no han podido ser integrados por el sistema innato que nuestro cerebro tiene para procesar la información*.

La terapia EMDR

- ▶ Desde la perspectiva de EMDR, las situaciones traumáticas (incluyendo las experiencias adversas cotidianas) quedarían almacenadas disfuncionalmente en el cerebro, aisladas del resto de las redes de memoria.
- ▶ La terapia EMDR se basa en la identificación y procesamiento de estas experiencias que están alimentando los problemas actuales.

El **trauma** y la **función** de las adicciones

- ▶ Cuando hay una historia traumática, la adicción puede tener varias funciones.
 - ▶ En primer lugar es una manera de regularse bastante efectiva a corto plazo.
 - ▶ En segundo, la conducta adictiva puede aportar una sensación de control (aunque sea temporal), les ayuda a no pensar en los recuerdos traumáticos o intrusiones.
- ▶ Lo ideal es que la persona no esté consumiendo o bebiendo cuando viene a terapia.
 - ▶ Pero esto no siempre va a ser fácil porque facilita que estén más en contacto con otros temas, incluidos los recuerdos traumáticos.

¿Tratar el síntoma o lo que ha generado y mantiene el síntoma?

¿Tratar el síntoma o lo que ha generado y mantiene el síntoma?

- ▶ En la actualidad hay cierta controversia en cuanto al trabajo con el trauma en los casos con adicciones.
- ▶ Existen principalmente dos posturas:
 - ▶ Las que consideran que la persona debería estar sobria o abstinentemente ante de hacer trabajo con trauma.
 - ▶ Las que consideran que cuando el trauma está alimentando la adicción, es necesario abordarlo.

¿Tratar el síntoma o lo que ha generado y mantiene el síntoma?

- ▶ Ambas posturas son razonables y apuntan a las diversas dificultades que nos encontraremos en muchos de los casos con patología dual.
- ▶ Es realmente difícil evitar los aspectos traumáticos cuando la persona quiere hablar de ellos y se hace evidente que están interfiriendo en su capacidad para mantenerse abstinente.
- ▶ Por otra parte también es cierto que una persona que necesita recurrir a sustancias para regularse con frecuencia tendrá dificultades para acercarse al trauma o para regularse.

¿Tratar el síntoma o lo que ha generado y mantiene el síntoma?

- ▶ Leeds (2009) sugiere cautela a la hora de hacer trabajo con trauma en los pacientes que están usando sustancias activamente.
- ▶ Algunos autores (Abel & O'Brien, 2010, O'Brien & Abel, 2011) plantean que se puede utilizar el protocolo estándar de EMDR por ejemplo, si se hace de manera cautelosa.
- ▶ Comentan que aunque algunos casos no se beneficiarán del trabajo con el trauma hasta que la persona está abstinente, en otros, no podrán recuperarse si no se abordan los aspectos traumáticos previamente.
- ▶ Una vez más, se apunta a la importancia de hacer evaluaciones individuales y la conceptualización del caso para decidir qué es lo más adecuado para cada persona en concreto.

¿Tratar el síntoma o lo que ha generado y mantiene el síntoma?

- ▶ Uno de los aspectos que conviene tener presente es la presencia de trauma complejo y **disociación estructural** (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2010).
- ▶ Pero esto no siempre es fácil de evaluar en los casos con adicciones. Muchas personas recurren al uso de sustancias precisamente para no pensar y para evitar conectar con los recuerdos traumáticos.
- ▶ Es frecuente que el paciente evite hablar de su historia, incluso que niegue, haber vivido experiencias traumáticas.
- ▶ Se recomienda cautela en las primeras tomas de contacto, a la hora de recoger información en estos casos porque el paciente se puede descompensar durante la sesión (o al salir).

¿Tratar el síntoma o lo que ha generado y mantiene el síntoma?

- ▶ El cambio de chip puede no ser fácil. La idea general es poder mirar los casos que no funcionan con los métodos habituales con "otros ojos".
- ▶ Cuando el objetivo principal es la abstinencia, si no se entiende las dificultades de los casos con trauma, es más fácil acabar quemado y acabar haciendo intervenciones contraproducentes.
- ▶ La idea principal es hacer lo que funciona cuando funciona, pero cuando eso se atasca: pensar en trauma, disruptivas de apego, explorar disociación y trabajar con las defensas que el paciente ha ido desarrollado.

Explorar la “historia de la adicción”

Explorar la “historia de la adicción”

- ▶ Para comprender la historia de cada paciente es importante hacer una evaluación que incluya los aspectos qué han influido en el desarrollo de la adicción.
- ▶ Es importante explorar:
 - ▶ Cuando empezó la adicción
 - ▶ Cuál fue el factor precipitador
 - ▶ Abandono, muerte de alguien, cambio de trabajo...
 - ▶ Desde el factor precipitador vamos para atrás y vemos cómo se conecta con su historia
 - ▶ Otros sucesos que ocurrieron en ese periodo
 - ▶ **Y ver la función que tiene a día de hoy el consumo...**

Explorar la “historia de la adicción”

- ▶ Hacer historia de la adicción.
- ▶ Es relativamente frecuente encontrar modelos de adicción en la familia.
 - ▶ A veces el paciente ha tenido un parental alcohólico y el paciente tiene una adicción a juegos de azar.
 - ▶ Aunque la naturaleza sea distinta la adicción es vista como la solución (la adicción que sea).
- ▶ **Desde la perspectiva de EMDR no vamos a trabajar sobre el síntoma al principio, vamos a trabajar con recursos y** también vamos a explorar una lista de ventajas que tendría la persona si no tuviese la adicción (y desventajas).
- ▶ **Explorar disparadores existentes y la frecuencia.**

Explorar la “historia de la adicción”

- ▶ Hacer historia de la adicción.
- ▶ Es relativamente frecuente encontrar modelos de adicción en la familia.
 - ▶ A veces el paciente ha tenido un parental alcohólico y el paciente tiene una adicción a juegos de azar.
 - ▶ Aunque la naturaleza sea distinta la adicción es vista como la solución (la adicción que sea).
- ▶ **Desde la perspectiva de EMDR no vamos a trabajar sobre el síntoma al principio, vamos a trabajar con recursos y** también vamos a explorar una lista de ventajas que tendría la persona si no tuviese la adicción (y desventajas).
- ▶ **Explorar disparadores existentes y la frecuencia.**

Y exploramos la motivación

- ▶ El nivel de motivación que tiene el paciente de 0 a 100 para dejar de consumir
- ▶ ¿Cuánto quiere dejar de consumir, beber, fumar...?
- ▶ Siempre va a ver una ambivalencia: una parte quiere dejarlo pero una parte necesita de esto o le gusta o está apegado a la adicción.
- ▶ Es importante que la persona esté motivada: 50-60%

Y exploramos la motivación

- ▶ Cuando no hay mucha motivación vamos a intentar aumentar la motivación.
- ▶ Si no hay intención de dejar de consumir / beber / fumar / jugar, no podemos pretender hacer un programa de tratamiento focalizado en estos aspectos.

El plan de trabajo

La historia de la adicción y el plan de trabajo

- ▶ Es importante recordar que la adicción o el consumo, aunque sea patológica, es una **solución efectiva**.
- ▶ Permite manejar emociones y huir de los recuerdos dolorosos.
- ▶ Por eso es importante hacer la historia de la adicción y trabajar con ella.
- ▶ Dónde y cómo ha aprendido el paciente a resolver sus problemas así.

La historia de la adicción y el plan de trabajo

- ▶ En los casos de historia traumática no vamos a trabajar en que el paciente deje de consumir.
- ▶ Evitamos centrarnos en el síntoma o conducta problema.
- ▶ No queremos focalizarnos en cuantas semanas ha consumido o cuanto tiempo lleva sin consumir.
- ▶ No nos interesa caer en controlar nosotros estos temas, generalmente ya los controlan otros (familia, amigos, pareja, etc.).
- ▶ Desde el modelo EMDR, la abstinencia **no es el objetivo principal**; es aconsejable pero no el objetivo.

La historia de la adicción y el plan de trabajo

- ▶ En el plan de trabajo vamos a incluir el trabajo con los factores desencadenantes.
- ▶ Los primeros aspectos a trabajar (dianas en EMDR) serán los generadores de la problemática.
- ▶ Se empieza trabajando con los disparadores más fuertes:
 - ▶ Por ejemplo en fumadores puede ser el café después de comer, o las fiestas en las que muchas personas fuman.

La historia de la adicción y el plan de trabajo

- En los casos donde no hay disociación relevante el trabajo se organiza de la siguiente manera:
 - Primero se trabajarán los traumas apego, traumas T y después disparadores.
 - Después se trabajará sobre los traumas que emergen a medida que remite la adicción.
 - Por último se trabajará con la abstinencia.
- En algunos casos no se puede seguir el orden previo y habrá que empezar por trabajar con los disparadores.
- Esto dependerá de cada caso y de lo que clínico y paciente valoren conjuntamente que puede ser mejor.

La historia de la adicción y el plan de trabajo

- A medida que vayamos trabajando, habrá recaídas. Esto es esperable y no han de ser vistas como fracasos.
 - Normalizar las recaídas es fundamental, tanto para paciente como familiares y profesionales.
- Las recaídas son una fuente de información relevante y las vamos a ver como oportunidades para trabajar.
 - Es importante comprender qué paso, cuál fue el disparador que le llevó al paciente hacer X.
- A lo largo de todo el proceso podemos trabajar sobre el nivel de compulsión, el craving (en EMDR se utiliza el CRAVEX, un procedimiento específico para este trabajo).
 - Cuando el nivel de compulsión es alto e interfiere, nos interesaría abordarlo.
 - Se identifica, mide y desensibiliza.

Trabajo con estados del yo

Trabajo con estados del yo

- ▶ También se puede trabajar con los estados de yo entendiendo que cuando el paciente consume, hay una disociación (está en piloto automático, no está presente).
- ▶ Puede ser muy útil identificar el estado del yo que tiene la adicción (por ejemplo la niña abusada, que tiene la necesidad de no ver y no saber).
- ▶ También podemos explorar qué partes están implicadas
 - ▶ ¿Cuál es la parte que tiene el problema?
- ▶ Vamos a ver que en muchos de los casos que se atascan con las intervenciones habituales, hay *una parte* que tiene el síntoma.

Trabajo con estados del yo

- ▶ Este trabajo se puede complicar más en los caos de disociación estructural más grave, con un conflicto interno más intenso y con fobias disociativas importantes.
- ▶ En esos casos, se procederá siguiendo un abordaje progresivo, mucho más gradual, siguiendo los procedimientos para el trabajo con casos de disociación estructural importante y trauma complejo.

▶ Video de trabajo explorando partes

¡Gracias por su tiempo y atención!


