Más allá de la sobriedad

Método clínico para la recuperación a largo plazo

Michael Craig Clemmens

PAX

Índice

Agradecimientos 17
Prólogo 19
Introducción a la edición en español 27

Capítulo 1. Adicción y terapia Gestalt 31
El modelo de enfermedad 31
El modelo de automodulación 32
Panorama general de la terapia Gestalt 34
Autorregulación organísmica 35
Ciclo de la experiencia 37
La adicción como el desarrollo de un estilo de contacto 39
Restablecer las habilidades para establecer contacto 41
Niveles de sistema 43

Capítulo 2. El proceso de la adicción: Las raíces de la recuperación 49
Las etapas de la adicción 50
Evitación 50
Mantenimiento 51
Atenuar nuevas figuras 52
Estrechamiento 52
Ciclos rotos, promesas incumplidas 53
Colapso eventual 54

Efectos de cada etapa 54
Temas fundamentales en la adicción y la recuperación 55
Confianza 56
Vergüenza 56
Confianza en sí mismo 58
Aburrimiento 59

Capítulo 3. El reto de los adictos en recuperación como sujetos de tratamiento 61
El tratamiento a una persona pasiva 61
Edward 62
Allen 63
¿Qué sentido tiene? 63
Ellen 64
Mary y Steve 65
¿Soy de verdad un adicto? 66
El resbalón de Debbie 66
El tema de los medicamentos 68

Capítulo 4. Las etapas del desarrollo y las tareas de la recuperación 71
Etapa 1. Recuperación inicial: Desarrollo del *self* y frontera del *self* 73
Tarea: La abstinencia como autorregulación 73
Tarea: Aprender retroflexión 75
Tarea: Conducir las sensaciones para darse cuenta 77
Etapa 2. Recuperación intermedia: Grado de conexión y diferenciación 79
Tarea: Complementariedad 80
Tarea: Flexibilidad en los límites y redefinición 84
Tarea: Cooperación 89
Etapa 3. Recuperación avanzada: Expandir el *self* 90
Tarea: Reflexión y contemplación 91
Tarea: Trascendencia 92

Capítulo 5. Cinco estudios de caso en torno a la recuperación 97
Llevar las sensaciones al estado de darse cuenta 97
Flexibilidad y redefinición de los límites 101
Aprender a ser, más que a hacer 104
Con mis propios ojos 108
En esto, a largo plazo 112

Capítulo 6. La recuperación a largo plazo: El horizonte en expansión 119
La recuperación como un proceso continuo 121
Desarrollo de la identidad 122
La identidad como un proceso de experiencia y reflexión 123
Monje en recuperación 124
Identidad interpersonal 126
Identidad profesional 128
*Self sexua*l 130
Trascendencia: Identidad espiritual 133
El vacío fértil 133
Muerte y Dios 134
Dar más que tomar 136
Retos: Polaridades de la recuperación a largo plazo 137
Expansión-conservación 138
Optimismo-amargura 139
Foco estrecho-lente ampliada 140
Retrospectiva-prospectiva 141

Capítulo 7. La recaída 145
Patrón de recaída Tipo A 148
David: "Seguir con mi vida" 148
Patrick: Míster AA 149
Asuntos inconclusos 151
Alice: Timidez crónica 151
Recaída crónica 153

Toni: "Cuando las cosas se ponen aburridas, empiezo a consumir de nuevo" 154
La recaída de recuperación condicional 155
Jamal: Hombre camaleónico 155
Recuperación a largo plazo solitaria 159
Ed: Desconocido y enojado 159

Capítulo 8. Diferencias individuales 163
Diferencias en la organización de la personalidad 164
Adicto borderline 166
Adicto narcisista 168
Adicto antisocial 169
Scott 170
Diferencias en el apoyo ambiental durante la recuperación 171
Diferencias de género 173
Diferencias raciales y étnicas 175
Adicción y etnicidad 176
Morir de miedo 177
Recuperación culturalmente divergente 179
Diferencias en la droga de preferencia 180

Capítulo 9. El trabajo con el cuerpo 185
El cuerpo como máquina, el cuerpo como enemigo 185
¿Qué me hace mi cuerpo? 187
Técnicas de terapia orientadas al cuerpo 188
Respiración y anclaje 189
Me siento fuera de contacto 191
Trabajo expresivo 193
Movimiento natural 193
Resistencia o movimientos en contra 194
El trabajo corporal en la práctica 196
Terri 197
Andrew 197

Capítulo 10. Otras aplicaciones del modelo de automodulación 201
Implicaciones para el tratamiento de la adicción 203
Implicaciones para los sistemas de aplicación del tratamiento 205
Implicaciones para el tratamiento de otros estilos compulsivos 207
La adicción y la recuperación como fenómenos de frontera 208
La recuperación 210
Consideraciones finales 212

Bibliografía 215

Acerca del autor 219

Capítulo 1. Adicción y terapia Gestalt

Este capítulo presenta un nuevo modelo de la adicción y la recuperación: el modelo de automodulación cuyo enfoque contrasta con el modelo de la enfermedad, que actualmente es el más utilizado en el tratamiento de la adicción. También presenta el enfoque Gestalt sobre la adicción y la recuperación que se empleará a lo largo de este libro y que enfatiza el proceso de automodulación desde la adicción hasta la recuperación. Los patrones que desarrolla un individuo antes y durante la adicción cambian en la recuperación, ya que son reemplazados por nuevos patrones de conducta, nuevas formas de automodulación. Si queremos apreciar plenamente los conflictos que presenta en la recuperación, es fundamental que encuadremos los cambios del adicto en el contexto de los patrones previamente desarrollados.

El modelo de enfermedad

Tal como dijo Stanton Peele, el modelo dominante en el tratamiento de la adicción es el de enfermedad. Se encuentra arraigado en la literatura de Alcohólicos Anónimos y descrito en el *Manual diagnóstico y estadístico* de la Asociación Americana de Psiquiatría como una serie progresiva de eventos identificables que incluyen consumo de alcohol y de drogas y un funcionamiento social decreciente. Una ventaja concreta de este modelo es que al describir la adicción como un "eso", disminuye la sensación de vergüenza de la persona. El adicto no es descrito como *malo*, sino como alguien que sufre una enfermedad. La investigación reciente respalda un correlato genético en la adicción.

Mi intención no es generar controversia sobre la predisposición genética, sino ayudar a evitar que se diluya la responsabilidad personal. Si entendemos

la adicción solo como una enfermedad genética, no podremos examinar las posibles limitaciones del estilo actual de tratamiento. Además, como terapeutas, probablemente *interferiríamos* con el paso fundamental en la recuperación de un adicto: asumir responsabilidad por su propia conducta.

Existe un problema aún mayor con el modelo de enfermedad, o con cualquier modelo de desarrollo humano que no esté basado en la experiencia de vida de los sujetos. El modelo de enfermedad es un *constructo categórico*, una interpretación de la conducta en términos del marco de referencia previamente existente de las enfermedades físicas. Esta visión sobre el comportamiento del adicto ayuda a crear una entidad que se encuentra separada de este, una especie de germen al acecho que puede aparecer en cualquier momento para hacer que el adicto consuma drogas o alcohol. Tal visión puede hacer que los clínicos y los clientes en recuperación dejen de poner el foco en la conducta, en la búsqueda de sentido y en las elecciones, y en vez de eso se enfoquen en determinar quién tiene la enfermedad.

El modelo de automodulación

A pesar del hambre, la pobreza, la amenaza de perder a la familia, el trabajo o incluso la vida, los adictos organizan su experiencia en torno al consumo de las drogas, y excluyen virtualmente cualquier otro interés o responsabilidad. Desde una perspectiva gestáltica, la droga o la bebida siguen siendo dominantes en el darse cuenta del adicto y nunca termina ni se cierra. Incluso cuando un adicto está en abstinencia, la droga y las demás formas de desensibilización siguen dominando. Es como si tomar o drogarse fuera la única cosa que importara al adicto; esta relación exclusiva es la definición de la adicción. Aunque podría parecer que algunos adictos no están tan enfocados en la sustancia, es, de hecho, prioridad en sus vidas, y ya después prestan atención a otros asuntos de su vida.

Este modelo es mi intento de brindar lo que Elaine Kepner y Lois Brien llaman una "fenomenología de la conducta", una descripción de la conducta de un adicto, así como el significado de tal conducta. Este modelo puede así proporcionar tanto el "qué" como el "para qué" del adicto y su recuperación. Es una descripción de la evolución de la adicción como proceso de automodulación: cómo el adicto modula su propia conducta. A través de esta regulación del comportamiento, las personas influyen tanto en su propia experiencia

Capítulo 2. El proceso de la adicción: Las raíces de la recuperación

Mi idea de la relación entre la adicción y la recuperación es que son dos contextos de un mismo deseo de sobrevivencia y sentido. No creo que la adicción sea exclusivamente noche y la recuperación, día, o que la adicción sea únicamente la enfermedad, y la recuperación, la cura. Estas definiciones son simplistas y ocultan la posibilidad de que ambas modalidades (adicción y recuperación) sean formas de automodulación, luchas por adaptar el *self* en un campo interpersonal.

Por supuesto que, en alguna medida, las analogías a las que me opongo pueden ser acertadas: como clínicos, hemos visto el evidente renacimiento de un alcohólico que ha dejado de beber. Hemos atestiguado el cambio en la personalidad cuando el adicto a la cocaína se mantiene limpio durante 10 años. Pero la adicción es más que una digresión o evitación; es la búsqueda de sentido y sobrevivencia que al final lleva a las profundidades del dolor y el aislamiento. Sin embargo, esos mismos temas que subyacen en la búsqueda de significado de la persona, tan aparentes en la adicción, resurgen en la vida y en la terapia a medida que la persona se recupera. Mi perspectiva en torno a este proceso es que la búsqueda esencial de sentido del adicto es la raíz subterránea que crece durante la adicción, y que emerge y se convierte en los temas importantes en la recuperación. Las mismas raíces conectan la vida subterránea de la adicción con el árbol floreciente y en expansión de la recuperación. El crecimiento o la expansión de cada cliente está influido no solo por el esfuerzo de permanecer sobrio y de cambiar en la recuperación, sino por estas raíces o temas —tópicos que moldean la experiencia del adicto al adoptar un estilo personal e interpersonal—. En la recuperación, este moldeamiento es visible en cómo los adictos establecen contacto, crean límites con los demás y toleran sus propias sensaciones.

Las etapas de la adicción

Para comprender y trabajar con los adictos en recuperación, el trabajo clínico se contextualiza en el proceso de adicción que cada persona en recuperación ha vivido. El proceso de la adicción prepara el escenario para las tareas y etapas de la recuperación. La siguiente es una versión corta de las etapas de la adicción, que describe el desplazamiento del adicto a una existencia cada vez más aislada y enfocada en sí mismo: la vida de la relación con la droga. Estas etapas se describen como la evolución de un proceso y como una forma de automodulación por parte del adicto mediante la cual este desarrolla el *ciclo de contacto de la adicción.*

Evitación

En la primera etapa de la adicción, darse cuenta de algo, como la incomodidad al conocer personas, se modifica tomando un trago o una droga. De esta forma, la excitación normal del contacto inicial se reduce. Cada sustancia tiene un efecto particular en el consumidor, así que lo que no se siente es la excitación de la vida normal. Lo que no se siente —o se interrumpe— es el conjunto de sensaciones que tenemos al inicio de una experiencia. Esta interrupción del contacto puede ocurrir entre la sensación y darse cuenta, de tal forma que la ansiedad o la incomodidad no se siente nunca o disminuye de forma considerable. No es lo mismo que la *estimulación*, que el consumidor obtiene de las drogas como la cocaína y las anfetaminas. Su efecto es farmacológico y los adictos lo viven como emocionante.

Un adicto también puede beber en la fase de movilización-acción de forma que sustituye hablar con otros o interactuar con ellos por más uso de químicos. Beber tiene el objetivo adicional de tener "algo que hacer". Puede ser una gran atracción para los adolescentes, quienes con frecuencia se experimentan como aburridos o sin tener nada que hacer. La intoxicación puede proporcionar la estimulación que luchan por adquirir por sí mismos y un escape para la energía en aumento.

Por ejemplo, un alumno de preparatoria dispuesto a ir a su primer baile puede descubrir que los miedos naturales a ser rechazado y observado pueden reducirse con unos cuantos tragos de cerveza. El adolescente, entonces, evita la crisis de desarrollo de socialización al consumir la droga.

El mismo proceso puede emplearlo un adulto. Una vendedora presionada por cumplir con las ventas puede acostumbrarse a tomar un trago antes de

Capítulo 3. El reto de los adictos en recuperación como sujetos de tratamiento

La terapia con adictos en recuperación es muy distinta de la intervención con personas que consumen activamente. A medida que los adictos evolucionan y cambian durante la recuperación, sus campos interpersonales se vuelven más complejos y variados. A menudo, los adictos en recuperación se han enfocado de manera consistente en no consumir drogas, pero están atorados en algún otro proceso. Nos encontramos con adictos en recuperación que han repetido de manera crónica viejos patrones, con quienes es difícil trabajar por numerosas razones, y que ven la terapia como una amenaza o competencia con sus otros sistemas de apoyo como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos.

Cuanto más largo sea el periodo de recuperación de un adicto, mayor será la necesidad de enfocarse en la terapia, en los problemas de integración social y en cuestiones de sentido existencial. Otros temas frecuentes que surgen en terapia con adictos en recuperación son los trastornos de personalidad, recaídas y asuntos inconclusos debido a la adicción o recuperación inicial. En este capítulo proporciono ejemplos de algunos de esos casos. Todos son clientes que han alcanzado el punto de "después de la sobriedad" y que han trabajado en terapia conmigo o con otros profesionales clínicos. Los presento como ejemplos de los tipos de personas con quienes muchos de nosotros batallamos, y que podemos considerar casos fallidos o difíciles.

El tratamiento a una persona pasiva

Estos primeros dos casos son ejemplos de adictos confluentes: personas que no definen sus necesidades o no asumen responsabilidad por el proceso de

terapia. El primer caso, la mayor parte del tiempo sigue con el proceso de terapia, pero no progresa. El segundo es confluente en el sentido de que coopera con alguna dirección externa y no define lo que quiere o quién es en relación con el terapeuta. En ambas situaciones, el terapeuta corre el riesgo de trabajar sobre un cliente aparentemente pasivo.

Edward

Edward llegó a terapia referido por su amante, una adicta en recuperación. Él había estado en abstinencia durante más de 20 años sin acudir a AA o a algún grupo de apoyo. De hecho, Edward nunca había ido a terapia desde que dejó de consumir. A pesar de no haber estado involucrado en un programa de 12 pasos, Edward había cambiado su estilo de vida y estaba muy involucrado en la comunidad. Se había casado dos veces y divorciado a los pocos años. Aunque en general parecía amigable y bueno, Edward tenía mal genio y a menudo experimentaba un síntoma físico de fuerte dolor en el cuello.

Mi experiencia en el trabajo con Edward era como caminar sobre melaza. Cooperaba, pero no llegábamos a ningún lado. Cada vez que alguno de nosotros experimentaba algún sentido de cierre en temas importantes, como enojo o soledad, regresaba al viejo patrón de conducta. Yo le sugería que intentara probar las reuniones de los 12 pasos como apoyo, pero se negaba. Me escuchaba y cooperaba, pero no hacía cambios significativos. Le sugería que me dijera lo que no le gustaba de la terapia o qué le sería útil. Me contestaba que mi idea era útil.

Edward se volvió a casar y él y su nueva esposa empezaron terapia de pareja conmigo al poco tiempo. Él estaba celoso y enojado con frecuencia, a pesar de que ella se veía comprometida con él. La terapia de pareja fue exitosa en cuanto a que sus peleas disminuyeron y que él mostró mayor confianza. Al poco tiempo, él terminó la terapia "por problemas económicos". Les pedí venir a una sesión de cierre y, por supuesto, vinieron.

Volví a saber de Edward más adelante. Me escribió una larga carta, diciéndome que estaba consumiendo drogas después de 25 años, que estaba siendo atendido por un psiquiatra y que estaba en proceso de otro divorcio. Quería regresar a terapia y acudió a dos sesiones, cancelando la tercera sin explicación. Edward no era un cliente difícil en la sesión, pero su falta de cambio sustancial y su infelicidad continua lo hacían un ejemplo típico de un adicto que se queda estancado en viejos patrones de abstinencia.

Capítulo 4. Las etapas del desarrollo y las tareas de la recuperación

Este capítulo describe los procesos de recuperación a través del lente de la automodulación que se presentó en el capítulo 1. Las etapas están definidas por tareas específicas para los adictos, posibles intervenciones por parte de los terapeutas y ejemplos clínicos. Esto servirá de marco para algunos ejemplos de casos de recuperación a largo plazo y para hablar sobre la recuperación exitosa, así como de la recaída.

El adicto termina viviendo a través de experiencias de contacto abreviadas e intensas, así que podemos ver la recuperación como el proceso de regresar a ciclos de contacto más completos. A la larga, podemos ver el estilo de contacto de la recuperación de una adicción como el *restablecimiento progresivo de la función de contacto*. La persona ha estado modulando su conducta, y necesitará desarrollar o reaprender ciertas habilidades de contacto. En el desarrollo de un nuevo estilo de contacto, estas habilidades ayudarán a que el adicto evite consumir drogas de nuevo y a que pueda pasar a una relación más plena con el *self* y con los demás. Estas relaciones más plenas se producen cuando el individuo en recuperación desarrolla la capacidad de sostener su experiencia más allá de los habituales puntos de detención de la incomodidad.

Estas etapas son evolutivas más que temporales. Un adicto en recuperación que lleva 10 años no necesariamente está en la tercera etapa de la recuperación. Algunos pueden pasar 20 años en la etapa uno, simplemente ocupados en mantener su abstinencia. Otros pueden pasar a tareas propias de una etapa de recuperación más avanzada en cinco años. Pero como sucede con el desarrollo psicológico tradicional, algunos temas o conflictos y las tareas relacionadas con ellos, se vuelven más notorias a medida que los adictos han estado en recuperación durante 10, 15 y 20 años.

Obviamente, existen diferencias individuales en cuanto a duración e importancia de cada fase; los adictos tienen diferencias en cuanto al desarrollo de la personalidad y los contextos ambientales. Más aún, estas etapas no son progresivas, sino que pueden considerarse como puntos en una espiral por los que el adicto puede pasar varias veces.

En nuestro trabajo con los clientes en recuperación vemos personas que viven vidas restringidas o estrechas. La recuperación ofrece la posibilidad de expandirse fuera del *self*, hacia los demás, y más allá del *self* y los demás. Cada etapa se vuelve la base o el fundamento para la siguiente etapa. Por ejemplo, un adicto necesita desarrollar la habilidad de prestar atención al *self* con el fin de interactuar y prestar atención a los demás. O para ponerlo en términos de desarrollo de la personalidad, uno necesita *tener* un *self* para poder *ser* un *self* con otros. Otro ejemplo es la capacidad para el contacto interpersonal como base para interactuar en un nivel o sistema más amplio, incluso para un nivel transpersonal. Paradójicamente, el adicto no desarrolla un *self* en soledad, sino en relación con otros, un *self* que emerge de esa relación. El sistema más amplio sirve como límite para estas personas, ayudándoles a definir y dar contexto al *self* en recuperación. Por ejemplo, los adictos que no han aprendido a prestar atención al *self* y su propia frontera, tenderán a fusionarse en las interacciones interpersonales o se sentirán perdidos en grupos o sistemas.

Con base en estas consideraciones, he organizado las etapas de la recuperación de acuerdo con los temas del desarrollo y con las tareas relacionadas que apoyan la evolución en cada etapa. Para resumir las etapas:

Etapa	Foco	Tareas
Recuperación inicial (desarrollo de límites)	*Self*	Mantener la abstinencia Elaborar retroflexión Llevar las sensaciones a “darse cuenta”
Recuperación intermedia (grado de conexión y diferenciación)	*Self y otros*	Complementariedad Flexibilidad de límites y redefinición Competencia interpersonal Cooperación
Recuperación avanzada (*self* en expansión)	*Más allá del self y los otros*	Reflexión y contemplación Trascendencia

Capítulo 5. Cinco estudios de caso en torno a la recuperación

Los siguientes estudios de caso siguen a los adictos a lo largo del proceso de recuperación, más allá de la sobriedad. Estos casos ilustran las etapas y las tareas de recuperación tal como se describen en el capítulo 4, y muestran la recuperación como el alejamiento del foco en el *self* a mayores esferas en la vida, mientras se sigue enraizado en el terreno fundamental de la sobriedad como base del desarrollo personal.

Algunas de estas historias son de adictos con los que he trabajado como terapeuta; otras están basadas en entrevistas o pláticas con clientes. El camino de cada uno en el proceso de recuperación refleja su propio fondo personal, así como el proceso común de las etapas de recuperación.

Llevar las sensaciones al estado de darse cuenta

Roberto entró a un programa de tratamiento a los 26 años. Su historia con las drogas era extensa, había empezado a los 14 cuando fumó por primera vez marihuana. En los últimos tres años, se había estado inyectando anfetaminas y había empezado a consumir grandes cantidades, lo cual le provocaba alucinaciones y paranoia extrema. Roberto desconfiaba de todos cuando entró a tratamiento. Prestaba especial atención a los matices e implicaciones del lenguaje y parecía permanentemente en guardia frente a los demás.

La experiencia del tratamiento de Roberto se basó en educación sobre la adicción y terapia de grupo, que es el enfoque más común para los adictos. Este grupo apoyó a Roberto para lograr la primera tarea de la recuperación: mantener la abstinencia. Al principio se mostraba distante en el programa de tratamiento, pero pronto empezó a interactuar con otros asistentes. Para Ro-

berto era muy fácil hacer lo que él llamaba "hablar por hablar", es decir, adoptar la jerga y el estilo de interacción en cualquier sistema en el que entrara. Este estilo camaleónico lo había empezado a perfeccionar en la adolescencia, y se había vuelto tan experto que, con frecuencia, no era consciente de su comportamiento. Yo trabajaba como terapeuta de grupo en el programa de tratamiento en el que Roberto había ingresado, y sustituí a su terapeuta una tarde. Al escucharlo hablar, me impactó la impecable naturalidad con la que respondía a todas las preguntas que le hacían los miembros del grupo.

Después de dicha interacción, le pregunté a Roberto qué sentía cuando les hablaba a las personas. Se detuvo, casi congelado en la silla, y dijo: "¿qué quieres decir?". Le comenté que, aunque podía comprender lo que decía, no tenía idea de qué sentía al hablar. Roberto le dio varias vueltas y me pidió que explicara con detalle lo que yo le decía. Al fin lo detuve y le pregunté: "¿cómo te sientes al hablar conmigo ahora?". Se tomó un largo tiempo antes de responder, abría los ojos con asombro mientras miraba fijamente al piso. Por último, me miró con los ojos aún muy abiertos: "No me gusta… ¡Siento que no me crees!".

Le dije a Roberto que no sabía qué creer cuando hablaba. Sus palabras tenían sentido, pero no podía sentirlo a él mientras las pronunciaba. Roberto se enojó conmigo y dijo que estaba cumpliendo con todo lo de su plan de tratamiento. Exigió saber qué más quería específicamente que hiciera, él quería seguir libre de drogas y no volver a su "vida loca".

Mis intervenciones se enfocaron en elaborar las sensaciones de Roberto. Él aún interactuaba y se experimentaba en el malogrado ciclo de pasar rápidamente a la acción. En vez de actuar consumiendo drogas, la acción que ahora ejecutaba era hablar sin prestar atención a su experiencia interna. Decía "lo primero que le cruzaba por la mente", era su forma de adaptar el corto ciclo de adicción a la conducta verbal. La tarea en la que trabajamos fue la de elaborar sus sensaciones, de las cuales se alejaba rápidamente, para conseguir un mayor darse cuenta de sí mismo.

Escuché a Roberto y lo dejé sacar todo su enojo, tal vez por primera vez desde que inició el tratamiento. Cuando terminó, le dije que estaba en lo cierto; yo sí quería algo de él o no habría mencionado su conducta. Lo que yo quería era que él notara cómo se sentía al hablar. Por ejemplo, ¿cómo se sentía ahora mientras me hablaba? Miró al grupo a su alrededor con los ojos muy abiertos y dilatados.

Luego enfocó su mirada en mí y me dijo en voz baja, "asustado de estar acorralado. Cuando alguien me acorrala, me pongo a la defensiva". Le dije a