

# Más allá de la sobriedad

Método clínico para  
la recuperación a largo plazo

Michael Craig Clemmens



# Índice

<b>Agradecimientos</b>	17
<b>Prólogo</b>	19
<b>Introducción a la edición en español</b>	27
<b>Capítulo 1. Adicción y terapia Gestalt</b>	31
El modelo de enfermedad	31
El modelo de automodulación	32
Panorama general de la terapia Gestalt	34
<i>Autorregulación organísmica</i>	35
<i>Ciclo de la experiencia</i>	37
<i>La adicción como el desarrollo de un estilo de contacto</i>	39
<i>Restablecer las habilidades para establecer contacto</i>	41
<i>Niveles de sistema</i>	43
<b>Capítulo 2. El proceso de la adicción: Las raíces de la recuperación</b>	49
Las etapas de la adicción	50
<i>Evitación</i>	50
<i>Mantenimiento</i>	51
<i>Atenuar nuevas figuras</i>	52
<i>Estrechamiento</i>	52
<i>Ciclos rotos, promesas incumplidas</i>	53
<i>Colapso eventual</i>	54

Efectos de cada etapa	54
Temas fundamentales en la adicción y la recuperación	55
<i>Confianza</i>	56
<i>Vergüenza</i>	56
<i>Confianza en sí mismo</i>	58
<i>Aburrimiento</i>	59
<b>Capítulo 3. El reto de los adictos en recuperación como sujetos de tratamiento</b>	61
El tratamiento a una persona pasiva	61
<i>Edward</i>	62
<i>Allen</i>	63
¿Qué sentido tiene?	63
<i>Ellen</i>	64
<i>Mary y Steve</i>	65
¿Soy de verdad un adicto?	66
<i>El resbalón de Debbie</i>	66
El tema de los medicamentos	68
<b>Capítulo 4. Las etapas del desarrollo y las tareas de la recuperación</b>	71
Etapa 1. Recuperación inicial: Desarrollo del <i>self</i> y frontera del <i>self</i>	73
<i>Tarea: La abstinencia como autorregulación</i>	73
<i>Tarea: Aprender retroflexión</i>	75
<i>Tarea: Conducir las sensaciones para darse cuenta</i>	77
Etapa 2. Recuperación intermedia: Grado de conexión y diferenciación	79
<i>Tarea: Complementariedad</i>	80
<i>Tarea: Flexibilidad en los límites y redefinición</i>	84
<i>Tarea: Cooperación</i>	89
Etapa 3. Recuperación avanzada: Expandir el <i>self</i>	90
<i>Tarea: Reflexión y contemplación</i>	91
<i>Tarea: Trascendencia</i>	92

<b>Capítulo 5. Cinco estudios de caso en torno a la recuperación</b>	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
<b>Capítulo 6. La recuperación a largo plazo: El horizonte en expansión</b>	119
La recuperación como un proceso continuo	121
Desarrollo de la identidad	122
<i>La identidad como un proceso de experiencia y reflexión</i>	123
<i>Monje en recuperación</i>	124
<i>Identidad interpersonal</i>	126
<i>Identidad profesional</i>	128
<i>Self sexual</i>	130
Trascendencia: Identidad espiritual	133
<i>El vacío fértil</i>	133
<i>Muerte y Dios</i>	134
<i>Dar más que tomar</i>	136
Retos: Polaridades de la recuperación a largo plazo	137
<i>Expansión-conservación</i>	138
<i>Optimismo-amargura</i>	139
<i>Foco estrecho-lente ampliada</i>	140
<i>Retrospectiva-prospectiva</i>	141
<b>Capítulo 7. La recaída</b>	145
Patrón de recaída Tipo A	148
<i>David: “Seguir con mi vida”</i>	148
<i>Patrick: Mister AA</i>	149
Asuntos inconclusos	151
<i>Alice: Timidez crónica</i>	151
Recaída crónica	153

<i>Toni: “Cuando las cosas se ponen aburridas, empiezo a consumir de nuevo”</i>	154
La recaída de recuperación condicional	155
<i>Jamal: Hombre camaleónico</i>	155
Recuperación a largo plazo solitaria	159
<i>Ed: Desconocido y enojado</i>	159
<b>Capítulo 8. Diferencias individuales</b>	163
Diferencias en la organización de la personalidad	164
<i>Adicto borderline</i>	166
<i>Adicto narcisista</i>	168
<i>Adicto antisocial</i>	169
<i>Scott</i>	170
Diferencias en el apoyo ambiental durante la recuperación	171
Diferencias de género	173
Diferencias raciales y étnicas	175
<i>Adicción y etnicidad</i>	176
<i>Morir de miedo</i>	177
<i>Recuperación culturalmente divergente</i>	179
<i>Diferencias en la droga de preferencia</i>	180
<b>Capítulo 9. El trabajo con el cuerpo</b>	185
El cuerpo como máquina, el cuerpo como enemigo	185
<i>¿Qué me hace mi cuerpo?</i>	187
Técnicas de terapia orientadas al cuerpo	188
<i>Respiración y anclaje</i>	189
<i>Me siento fuera de contacto</i>	191
<i>Trabajo expresivo</i>	193
<i>Movimiento natural</i>	193
<i>Resistencia o movimientos en contra</i>	194
El trabajo corporal en la práctica	196
<i>Terri</i>	197
<i>Andrew</i>	197

<b>Capítulo 10. Otras aplicaciones del modelo de automodulación</b>	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
<b>Bibliografía</b>	215
<b>Acerca del autor</b>	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 confluyente 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:

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