

## **Terapia EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing) en el trastorno límite de personalidad: reflexiones en torno a un caso de patología dual**

**Dolores Mosquera Barral\*, Anabel González Vázquez\*\* e Ignacio Vázquez Rodríguez\***

\* Centros LOGPSIC, A Coruña, España

\*\* Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, España

Recibido: 11/02/2012 · Aceptado: 11/03/2012

### **Resumen**

Los pacientes con trastorno límite de la personalidad y adicciones suponen un desafío para los centros de atención específicos. Los pacientes con patología dual suelen presentar dificultades en los programas orientados a la evitación del consumo. No solo por sus frecuentes problemas interpersonales sino debido a que su problemática de adicción no se ajusta al patrón prototípico de abuso o dependencia de sustancias. La terapia *Eye Movement Desensitization Reprocessing* (EMDR), orientada al tratamiento de las experiencias desde las cuales se han desarrollado ambos trastornos, permite un abordaje integral de ambos problemas. EMDR es una terapia que aborda las situaciones relacionadas con trauma temprano y apego disfuncional, altamente prevalentes tanto en el trastorno límite de personalidad como en las conductas adictivas. A través de un caso clínico se ilustra un posible plan de tratamiento para trabajar la patología dual desde EMDR.

### **Palabras Clave**

Trastorno límite de la personalidad, patología dual, abuso de alcohol, Eye Movement Desensitization Reprocessing.

— Correspondencia a: \_\_\_\_\_  
Dolores Mosquera  
Avenida General Sanjurjo 111, 5  
15006 A Coruña  
Email: doloresmosquera@gmail.com



### **Abstract**

Patients diagnosed with borderline personality and substance abuse disorders represent a challenge for specific treatment centers. These patients tend to experience difficulties in substance or alcohol abuse programs due to their frequent interpersonal problems and their addiction patterns, which do not fit into a standard pattern of substance abuse or dependence. Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) therapy, oriented toward the treatment of the experiences that originate both disorders, allows an integrated approach of both problems. EMDR is a psychotherapy that addresses early trauma and dysfunctional attachment experiences, which are highly prevalent both in BPD and substance abuse disorders. We will illustrate a possible treatment plan from the EMDR perspective through a case example.

### **Key Words**

Borderline personality disorder, dual diagnosis, alcohol abuse, Eye Movement Desensitization Reprocessing.

## **INTRODUCCIÓN**

La elevada prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en las adicciones sigue siendo un tema de creciente interés en los últimos años, especialmente en lo que respecta a aquellos casos que no parecen avanzar con los tratamientos y terapias habituales. Un tema preocupante y que necesita reflexión es que dentro del mundo de las adicciones se ven cada vez más patologías psiquiátricas asociadas a la dependencia. Esto se relaciona con una mayor dificultad para encontrar casos clínicos puros, aquejados de un solo trastorno psicopatológico y sin comorbilidad asociada. De hecho, en las unidades específicas, la comorbilidad entre trastornos empieza a ser más la regla que la excepción (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006).

Entre los usuarios de servicios específicos de adicciones (tanto de alcohol como de otras drogas) los trastornos de personalidad son muy prevalentes. Dicha prevalencia en población general oscila entre el 6-12%, mientras que en población psiquiátrica varía del 20 al 40% (Belloch y Fernández, 2002). En población drogodependiente la prevalencia es mucho mayor.

Diversas investigaciones han encontrado que los datos de prevalencia de trastornos de la personalidad (TP) van desde el 61 al 36% (De Jonk, Van den Brinck y Harterveld, 1993; García y Ezquiaga, 1992; Cervera, Valderrama, Boliches y Martínez, 1999). En dos estudios nacionales (Pedrero y Segura, 2003; Pedrero, Puerta, Lagares y Saéz, 2003) se han encontrado cifras aún superiores, que oscilan entre el 78% y el 83% respectivamente, dejando claro



que, en los estudios de incidencia de psicopatología en drogodependientes, el diagnóstico más común es el TP (Becoña y Cortés, 2008).

En cualquier caso, independientemente del criterio cuantitativo que determinan los índices de prevalencia, lo que es evidente es que a nivel cualitativo, la detección y tratamiento de la psicopatología concomitante al abuso de sustancias resulta fundamental por su papel determinante en la evolución y pronóstico durante el tratamiento (First y Gladis, 1996; Rousanville, Dolinsky, Babor y Meyer, 1987; Martínez González, 2011). El análisis de las dimensiones de personalidad más frecuentes en este tipo de población es de gran importancia en las conductas adictivas (Sáiz, González, Paredes, Martínez y Delgado, 2001), y más concretamente, de los trastornos de la personalidad que presentan. En la propia intervención psicoterapéutica, son considerados los casos de más difícil abordaje (Martínez y Trujillo, 2003) y si ambos problemas se abordan por separado, los pacientes difícilmente encajarán en los programas.

El concepto de patología dual (Angold, Costello y Erkaneli, 1999; Stinson et al., 2005) trata de establecer un marco de referencia para el tratamiento de estos problemas. El término patología dual puede ser entendido como sinónimo de comorbilidad, esto es, la concurrencia de dos patologías que se presentan simultáneamente, sin entrar a valorar si se trata de fenómenos independientes o si existe alguna relación entre ellos, o si bien ambos fenómenos forman parte de una entidad nosológica que sería la suma de las dos (Martínez y Trujillo, 2003).

En este artículo nos centraremos en la comprensión de la sintomatología límite y las adicciones como una expresión sintomática del trauma complejo, y su abordaje desde la perspectiva EMDR. Trataremos de entender a partir de la exposición de un caso cómo un Trastorno Límite de la Personalidad y abuso de alcohol se genera a partir de experiencias traumáticas y problemas de apego temprano.

## TERAPIA EMDR Y PATOLOGÍA DUAL

La terapia EMDR (*Eye Movement Desensitization Reprocessing*) (Shapiro, 2001) puede aportar una interesante perspectiva en relación con los aspectos mencionados anteriormente, 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. 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, sean estos los síntomas del trastorno límite de la personalidad (TLP) o de la adicción. De este modo desde este enfoque, se usaría el mismo abordaje para tratar simultáneamente ambos problemas.



El uso de EMDR para el tratamiento de adicciones ha sido descrito por diversos autores (Koshal, 2010; Popky, 1995; Hase, Popky & Woffgramm, 2007; Zobel, 2006; Hase, 2010a; Hase, Schallmayer & Sack, 2008; Hase, 2010b; Abel & O'Brien, 2010; Zobel, 2010; Albers, 2010; Lingford-Hughes, Potokar & Nutt, 2002; Albers, 2009), así como en el TLP (Sachsse & Tumani, 1999; Meijer, 2000; Connell-Jones, 2011; Darker-Smith, 2011; Brown & Shapiro, 2006; Seliga, 2009; McGowan, 2006; Puk, 1991; Ostacoli, 2010; Mosquera & González, 2011; Korzekwa, 2010; Meijer, 2006a; Bergmann, 2006; Lawson, 2004; Meijer, 2006b).

## EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL TLP

El consumo de sustancias es frecuente en las personas con TLP. Esto, como ya hemos señalado anteriormente, aumenta la complejidad en el manejo de estos casos y en cierto modo, condiciona el posible aumento en el número de abandonos de los tratamientos (Guimón et al., 2007). El consumo de sustancias puede cumplir muy distintas funciones en los pacientes límite. En muchas ocasiones las personas con TLP recurren al consumo de alcohol o drogas de abuso como modo de no pensar en sus problemas, para regularse emocionalmente, por falta de recursos que les permitan pensar en otras alternativas, o para salir de una reactivación de un evento traumático o revertir un estado de despersonalización.

Los individuos con patología límite son muy sensibles a las circunstancias ambientales y a los aspectos relacionales, pudiendo llegar a realizar grandes esfuerzos por evitar ser abandonados. La percepción de una separación, rechazo o la

pérdida de la estructura externa, pueden ocasionar cambios profundos en la autoimagen, afectividad, cognición y comportamiento que en ocasiones intentan manejar recurriendo a las autolesiones, las conductas autodestructivas o el abuso de sustancias (Mosquera, 2010).

Con frecuencia presentan una muy baja tolerancia a la frustración y gran dificultad para canalizarla de forma adecuada. El estado de ánimo básico de tipo disfórico de las personas con un trastorno límite de la personalidad, suele ser interrumpido por períodos de ira, angustia o desesperación y son raras las ocasiones en las que un estado de bienestar o satisfacción llega a tomar el relevo. En un intento de manejar el malestar suelen recurrir a cualquier cosa que les ayude a desconectar, y a “no pensar”, especialmente en los casos de trauma complejo, donde los pensamientos y recuerdos intrusivos disparan emociones intolerables para ellos. Esto hace que muchos acaben enganchados a diferentes sustancias (Mosquera, 2004).

Según Marsha Linehan (1993), hay sujetos que nacen con una tendencia biológica a reaccionar más intensamente a niveles menores de estrés que otras personas, y tardan más en recuperarse. En las personas con TLP las drogas sirven de parche ante esta dificultad para regular sus estados emocionales. En el TLP parecen existir alteraciones en los sistemas opioides que podrían estar asociados con las conductas adictivas (Szerman, 2012).

## TERAPIA EMDR, TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y ABUSO DE SUSTANCIAS

*“Muchos de nosotros pensamos que el trauma consiste en grandes acontecimientos que*



*aparecen en las noticias. Veteranos de guerra, sobrevivientes de catástrofes naturales y ataques terroristas... pero, de hecho, por definición, trauma es cualquier hecho que ha tenido un efecto negativo duradero. Todos conocemos gente que ha perdido el trabajo, a sus seres queridos e incluso posesiones y como resultado, han sufrido verdaderamente. Cuando se pierde la paz del espíritu o si nunca se tuvo, puede haber serias consecuencias físicas y psicológicas, sea cual fuere la causa. Al margen de los 'disparadores', las causas se encuentran generalmente en antiguas experiencias de vida. A esas experiencias, las llamamos traumas". Shapiro, 2007.*

Las primeras situaciones, que corresponden al concepto de trauma descrito en los criterios del trastorno de estrés postraumático, son lo que en EMDR se denominan traumas "T". Pero este concepto de trauma se hace también extensivo a todas aquellas situaciones más relacionadas con el apego, la falta de atención o negligencia y a situaciones cotidianas que pueden jugar un papel destacable en la patología, y que se denominan traumas con t minúscula "t". El modelo de procesamiento adaptativo de información considera que estas experiencias quedan almacenadas de modo disfuncional en el sistema nervioso, constituyendo la base de los problemas actuales. El tratamiento con EMDR es un enfoque integrador que parte de la identificación de estas experiencias y utiliza movimientos oculares u otras formas de estimulación alternante del cerebro (sonidos, tapping) para desbloquear el sistema natural que el cerebro tiene para procesar; para "metabolizar" lo que nos va sucediendo.

En el caso de los trastornos límite de la personalidad, puede resultar difícil establecer

el hilo conector entre los síntomas del paciente (incluyendo las frecuentes dificultades que presentan en la relación terapéutica) y los entornos tempranos en los que crecieron, caracterizados por un alto índice de eventos traumáticos graves, pero sobre todo en la acumulación crónica y devastadora de múltiples traumas "t". La aparatosidad de los síntomas más evidentes del TLP hace que muchos profesionales se sigan centrando en el síntoma y no lleguen a entender la conexión entre éste y los estudios que hablan de una alta prevalencia de apego disfuncional y trauma temprano. En la Tabla I se resumen los datos de investigación que aportan los principales estudios en relación a la prevalencia de antecedentes traumáticos en el TLP (Mosquera, Gonzalez & Van der Hart, 2011).

Asimismo, cabe destacar que un porcentaje importante de personas con adicciones que acuden demandando tratamiento han sufrido acontecimientos traumáticos (maltrato físico, psicológico y abuso sexual) desde una edad temprana. Este fenómeno se ve quizá más claramente en diferentes estudios en el caso de las mujeres (Teusch, 2001; Urbano y Arostegui, 2004). Otros trabajos muestran la relación entre el consumo de drogas y los abusos físicos, psicológicos y sexuales previos al inicio del consumo (Schäfer et al., 2000; Schuck y Widom, 2001; Dube et al., 2003; Olszewski et al., 2009 y Vázquez y Cittadini, 2009) y también la presencia de estos abusos dentro del periodo de consumo (Castaños et al., 2007) con mayor frecuencia que en la población general (Medrano et al., 1999; Llopis et al., 2005).

El trauma psicológico (TP) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) son identifi-



**Tabla I.** Trauma en la infancia en el Trastorno Límite de la Personalidad

Estudios	Trauma en la infancia en el TLP
Zanarini (2000)	40-70% de abuso sexual en la infancia en el TLP
Battle et al. (2004); Cohen, Crawford, Johnson & Kasen (2005); Rogosch & Chicchetti (2005); Yen et al. (2002)	Relación positiva en estudios prospectivos de abuso sexual y maltrato físico en la infancia y TLP
Silk, Lee, Hill & Lohr (1995); Zanarini et al. (2002); Sansone et al. (2002)	Relación positiva entre severidad del abuso sexual, severidad de los síntomas borderline y conducta auto-destructiva.
Johnson et al. (1999)	Las personas con abuso sexual o negligencia documentados tienen 4 veces mayor probabilidad de ser diagnosticados como trauma psicológico (TP)
Battle et al. (2004)	73% abuso sexual en la infancia 82% negligencia
Graybar & Bouillier (2002)	Maltrato físico y verbal, abuso sexual y negligencia 60-80%
Laporte & Guttman (1996)	El TLP tiene múltiples episodios y más de un tipo de abuso
Goodman & Yehuda (2002)	Abuso sexual en la infancia entre 40-70%
Golier et al. (2003)	52,8% de maltrato físico en la infancia o la adolescencia
Fossati, Madeddu & Maffei (1999)	Metaanálisis encontrando evidencia para un efecto moderado del abuso sexual en la infancia

Fuente: Mosquera, González & Van der Hark, 2011.

cados cada vez más entre los trastornos por uso de sustancias (Ouimette y Brown, 2003). Es frecuente que los adultos en tratamiento por adicciones refieran una historia de trauma psicológico y en torno a un 33-50% de ellos reúnen criterios para TEPT (Fullilove et al., 1993; Dansky et al., 1995; Najavits et al., 1998). Esto también ocurre a la inversa, el abuso de sustancias es frecuente entre los adultos con TEPT (Jacobsen et al., 2001; Chilcoat y Menard, 2003). Adultos con adicciones, sobre todo a opiáceos y cocaína, tiene una probabilidad once veces mayor de presentar TEPT que aquellos sin adicciones, y los pacientes con TEPT tienen cuatro a cinco veces más

probabilidad de tener una conducta adictiva, que aquellos sin TEPT (Chilcoat y Menard, 2003). Entre un 33% y un 50% de los pacientes en tratamiento por consumo de cocaína u opiáceos tienen o han tenido TEPT a lo largo de su vida (Brady et al., 2004), aunque las tasas son bajas entre usuarios de sustancias que no están en tratamiento (12% entre los usuarios de crack: Falck et al., 2004) y en muestras comunitarias (Kessler et al., 1995). Si hablamos del TEPT complejo (Herman, 1992) algunos estudios describen que se presenta en el 41% de los casos (Ford & Smith, 2008) y se asocia a una historia traumática más grave (trauma temprano, crónico e interpersonal).



Sin embargo, en el trabajo con EMDR no vamos a centrarnos únicamente en los eventos traumáticos más evidentes, como el abuso sexual o el maltrato físico o verbal, que como hemos visto es muy prevalente en estos cuadros. La "ausencia de", los efectos devastadores de la negligencia emocional o de las disfunciones de apego, pueden no ser referidos por los pacientes como eventos traumatizantes, pero su contribución a los síntomas es muy marcada, y requieren una evaluación específica. Para elaborar un plan de tratamiento integral, debemos tener en cuenta estos aspectos, así como la sintomatología disociativa muy frecuente en estos pacientes y los factores predisponentes de tipo biológico. Puede consultarse una revisión en profundidad de la interacción entre trauma, apego y factores biológicos en el TLP en Mosquera, González & Van der Hart (2011) donde se explica la estrecha interconexión entre la disociación y el trastorno límite.

Aunque desde EMDR se han propuesto protocolos específicos para el trabajo con adicciones (Hase, 2010; Popky, 1995), el procedimiento central en EMDR es la conceptualización del caso. De este modo, los procedimientos concretos que se van a utilizar y el orden en el que se van a implementar, se deciden de modo individualizado en base a la historia del paciente, en la que se explorarán en particular aspectos como los eventos traumáticos (incluyendo t y T), la historia de apego, la presencia y grado de disociación estructural y los recursos que el paciente posee. Por ello para mostrar cómo trabajar con EMDR, hemos de ejemplificar cómo desarrollar un plan terapéutico.

A continuación expondremos un ejemplo de cómo se puede estructurar el trabajo con EMDR y qué aportó en este paciente en comparación con abordajes terapéuticos previos.

### **Caso: TLP y abuso de alcohol**

Varón de 50 años con abuso de alcohol de larga evolución. Su mayor problema es la actitud hacia el tratamiento, ambigua y contradictoria, con minimización del consumo. Según las puntuaciones obtenidas con el MCMI-II de Millon, presenta rasgos narcisistas asociados a una estructura límite (una puntuación por encima de 85 en la escala de mayor gravedad (Límite) y otra de 76 en la escala "Narcisista").

Sobre su biografía refiere una mala relación con sus padres, principalmente a raíz de vivir en dos periodos separado del entorno familiar, mientras sus hermanos continuaban en él. Afirma que su padre era muy significativo para él pero tras su muerte, su reacción fue muy contradictoria. Con sus hermanos se muestra frío y distante, al igual que con su madre, los cuales por otra parte siempre acaban solucionándole sus problemas e insisten en que se ponga en tratamiento.

En todos los tratamientos (unidad específica de alcoholismo, psicólogo privado, psiquiatra USM de referencia, psicoanálisis y psicoterapia de apoyo) presentó problemas. En su estancia en la comunidad terapéutica (ingreso de 7 meses de duración) se mostraba con frecuencia irónico y desafiante con la autoridad. En las terapias destacaron sus mecanismos de defensa, evitando profundizar en las terapias grupales en las que se analizaba su pasado, su relación familiar, su afectividad, etc. Lo que más le apor-



tó fue la psicoeducación sobre el alcohol, pero cualquier intento de abordar sus características de personalidad resultó inefectivo.

Tras esta trayectoria sus terapeutas valoraron que había asumido un rol “derrotista y victimista”, lo que consideraban un intento de justificar dichos consumos. Las recaídas seguían siendo periódicas, aunque de menor envergadura, y sin un desencadenante claro. El paciente siempre decía “no sé lo que me pasa, me falta algo, noto un vacío por dentro...”.

## CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO DESDE EMDR

El trabajo con EMDR estará, como comentábamos previamente, orientado a la identificación de aquellos recuerdos perturbadores que están en la base de los problemas actuales del paciente. En el caso concreto que presentamos, de los datos de la historia previa, se deducen varias posibles dianas que se podrían trabajar desde EMDR:

1.- Recuerdos relacionados con sus separaciones del núcleo familiar siendo niño. Esta situación debió de ser claramente traumática, ya que establece en ese punto la ruptura de la relación con la familia.

2.- La relación con los padres es supuestamente buena hasta su marcha de la casa. Sin embargo el que él fuese el único hermano al que sucedió esto apunta a posibles problemas previos.

3.- Idealización de la figura paterna (y ausencia de referencias a la figura materna). Frente a esta figura paterna idealizada hay un constante intento de búsqueda de reconocimiento, nunca alcanzado. Todo esto apunta a importantes problemas de apego con ambos progenitores.

4.- Situaciones problemáticas con la madre y hermanos.

5.- Dificultades posteriores debidas al consumo de alcohol y sus dificultades psicológicas.

Pero dadas las dificultades que el paciente presenta para la implicación en la terapia y para establecer una relación terapéutica colaborativa, el acceso a estos recuerdos estaría obstaculizado y no se podría estructurar un programa de tratamiento en orden cronológico (de lo más antiguo a lo más reciente, y finalmente la proyección de futuro) como se haría al trabajar con EMDR en casos de trauma simple.

Por ello la estructura del tratamiento desde EMDR consistiría en elaborar un plan de tratamiento lo más detallado posible que siga los siguientes pasos:

1.- Exploración detallada de algunos aspectos de la historia: indicadores de apego disfuncional con los cuidadores, sintomatología disociativa y otros eventos traumáticos identificando momentos concretos para luego poder ser trabajados.

2.- Trabajo en la relación terapéutica y en la motivación, incluyendo protocolos específicos de trabajo con dianas relacionales y defensas. Por ejemplo, estar en casa pensando en venir a consulta, o una situación concreta con el terapeuta.

3.- Trabajo sobre el consumo en sí (protocolo EMDR para adicciones) de cara a conseguir una mayor estabilidad. Por ejemplo se trabaja la urgencia de consumir pensando en un momento cotidiano del presente, o el primer recuerdo de consumo.

4.- Trabajo sobre recuerdos específicos una vez el paciente esté en condiciones para ello,





empezando por aquellas dianas que le resulten más tolerables. Por ejemplo, un recuerdo del padre insultando a sus hermanos, o un episodio de abuso sexual.

5.- Proyección de futuro, visualizándose en situaciones teniendo a su alcance otro tipo de recursos. En EMDR no se trabaja únicamente con recuerdos pasados, sino también con situaciones presentes y con el afrontamiento de situaciones futuras. Por ejemplo, decir no cuando le ofrecen una copa.

En cada uno de los pasos mencionados anteriormente identificaremos recuerdos episódicos representativos no superados que han influido y siguen influyendo en los problemas que presenta el paciente. Estos recuerdos representativos serán las dianas a procesar con EMDR.

Trabajando sobre dianas relacionales y defensas el paciente desveló recuerdos de mayor carga traumática, que hasta ese momento no había podido comentar. Entre ellos diversos episodios de abuso sexual en la infancia, que le generaban una sensación de intensa vergüenza que le impidió relatarlos previamente.

Con el tratamiento con EMDR se consiguió que el paciente pudiese obtener perspectiva sobre la idealización y la realidad en la que había vivido, verbalizando gradualmente toda una serie de recuerdos, según sus propias palabras, muy desagradables, especialmente en el área familiar, muy arraigados y en cierta medida disociados, lo que posteriormente tuvo sus consecuencias en sus carencias afectivas y en el uso que realizó del alcohol como "comodín" ante todas sus frustraciones vitales.

En el momento actual, la mejoría es evidente, si bien continúa en su proceso de "reestructuración" de su propia historia, que se va ordenando en la medida que la terapia avanza sus recuerdos de forma más funcional y logrando que su nivel de malestar haya disminuido notablemente.

## CONCLUSIONES

La sensación con los casos de patología dual complejos es que siempre están al borde del desequilibrio, como si fuera una "tendencia natural". Son pacientes que parecen automejorarse o se estabilizan mínimamente con el consumo, en un patrón muy autodestructivo, en el que la intervención motivacional, de prevención de recaídas, de abordaje breve, de exigencia, no es suficiente, generando en ocasiones en los profesionales frustración y desánimo, y acabando estos pacientes en muchas ocasiones con la etiqueta de "caso perdido".

El enfoque desde EMDR va más allá de las intervenciones habituales donde se focaliza la atención en el síntoma y en las estrategias necesarias para evitarlo. Se aborda el origen, los activadores y disparadores de los problemas actuales, como se han instaurado así como la personalidad de base. En el caso particular del trastorno límite de la personalidad (Mosquera, Gonzalez & Van der Hart, 2011), entender el caso desde la teoría de la disociación estructural de la personalidad nos aporta un marco conceptual para los casos de traumatización compleja, que contribuye a una adecuada planificación del tratamiento con EMDR.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, N.J. & O'Brien, J.M. (2010). EMDR treatment of comorbid PTSD and alcohol dependence: A case example. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 50-59. doi:10.1891/1933-3196.4.2.50.
- Albers, J. (2009). Treatment of alcohol addiction. Paper presented at the annual meeting of the EMDR Europe Association, Amsterdam, The Netherlands.
- Albers, J. (2010). The interplay of resourcefulness and resilience in recovery: A six session approach treating addictive behaviour, an extended EMDR protocol. Paper presented at the 1st EMDR Asia Conference, Bali, Indonesia.
- Angold, A., Costello, E.J. y Erkaneli, A. (1999). Comorbidity. *J Child Psychol Psychiat*, 40, 57-87.
- Battle, C.L., Shea, M.T., Johnson, D.M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M.C., Sanislow, C.A., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Grilo, C.M., McGlashan, T.H. & Morey, L.C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*, 18, 193-211.
- Becoña, E. y Cortés, M. (Coord) (2008). *Guía clínica de intervención en adicciones*. Valencia. Socidrogalcohol.
- Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Bergmann, U. (2006). *Treating dissociation in the spectrum of personality disorders: Integrating EMDR and ego-state treatment*. Paper presented at the annual meeting of the International Society for the Study of Dissociation Fall Conference, Los Angeles, CA.
- Brady, K., Back, S. & Coffey, S. (2004). Substance abuse and posttraumatic stress disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 206-209.
- Brown, S. & Shapiro, F. (2006). EMDR in the treatment of borderline personality disorder. *Clinical Case Studies*, 5(5), 403-420.
- Castañón, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M. y Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Cervera, G., Valderrama, J.C., Boliches, F. y Martínez, J. (1999). Pautas de desintoxicación y mantenimiento con metadona en adictos a opiáceos con Trastorno de la Personalidad. *Psiquiatría Biológica*, 4(5), 181-186.
- Chilcoat, H. & Menard, C. (2003). Epidemiological investigations: Comorbidity of posttraumatic stress disorder and substance use disorder. In: Ouimette, P., Brown, P., editors. *Trauma and substance abuse*. Washington: American Psychological Association. pp 9-28.
- Cohen, P., Crawford, T.N., Johnson, J.G. & Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19, 466-486.
- Connell-Jones, G. (2011). Drug modulated EMDR treatment for borderline personality disorder. Presentation at the 12th European Conference on Traumatic Stress (ECOTS), Vienna, Austria.
- Dansky, B., Saladin, M., Brady, K., Kilpatrick, D. & Resnick, H. (1995). Prevalence of victimization and posttraumatic stress disorder among women with substance use disorders. *International Journal of Addiction*, 30, 1079-1099.



- Darker-Smith, S. (2011). EMDR and borderline personality disorder and use of B2T protocol. Presentation at the 3rd annual EMDR Autumn Workshop Conference, Durham, England.
- De Jonk, C.A.J., Van den Brinck, W. y Harterveld, F.H. (1993). Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 34(2), 87-94.
- Dube, S., Felitti, V., Dong, M., Chapman, D., Giles, W. & Anda, R. (2003). Childhood abuse, neglect and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 160, 1461-9.
- Falck, R., Wang, J., Siegal, H. & Carlson, R. (2004). The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 503-507.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2006). Uso y abuso de los autoinformes en la evaluación de los trastornos de la personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 1-2.
- First, M.B. y Gladis, M.M. (1996). Diagnóstico y diagnóstico diferencial de los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias. En J. Solomon et al. *Diagnóstico dual*. Barcelona: Neurociencias.
- Ford, J. & Smith, S. (2008). Complex post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults receiving public sector outpatient substance abuse disorder treatment. *Addiction Research and Theory*, 16(2), 193-203.
- Fossati, A., Madeddu, F. & Maffei, C. (1999). Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: A meta-analytical study. *Journal of Personality Disorder*, 13, 268-280.
- Fullilove, M., Fullilove, R., Smith, M., Winkler, K., Michael, C., Panzer, P., Wallace, R. (1993). Violence, trauma, and post-traumatic stress disorder among women drug users. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 533-543.
- García López, A. y Ezquiaga, E. (1992). Psicopatología asociada al consumo de drogas. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 20(4), 175-187.
- Golier, J., Yehuda, R., Bierer, L., Mitropoulou, V., New, A., Schmeidler, J., Silverman, J. & Siever, J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2018-2024.
- Goodman, M. & Yehuda, R. (2002). The relationship between psychological trauma and borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 33, 337-345.
- Graybar, S. & Boutilier, L.R. (2002). Non-traumatic pathways to borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(2), 152-162.
- Guimón, J., Maruottolo, C., Mascaró, A. & Boyra, A. (2007). "Results of a brief crisis program for people with borderline personality disorders". Departamento de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco. *European Psychiatry*, Vol. 22, N° 1 (supplement).
- Hase, M. (2010a). EMDR in the treatment of addiction - Reprocessing of the addiction memory. Keynote presented at the annual meeting of the EMDR Europe Association, Hamburg, Germany.
- Hase, M. (2010b). EMDR to treat substance abuse and addiction. Pre-conference workshop presented at the annual meeting of the EMDR Europe Association, Hamburg, Germany.



Hase, M.H., Popky, A.J. & Woffgramm, J. (2007). EMDR addiction treatment expert panel. Paper presented at the annual meeting of the EMDR Europe Association, Paris, France.

Hase, M., Schallmayer, S. & Sack, M. (2008). EMDR reprocessing of the addiction memory: Pretreatment, posttreatment, and 1-month follow-up. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 170-179. doi:10.1891/1933-3196.2.3.170.

Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence. From Domestic Abuse to Political Terror*. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. Basic Books. New York.

Jacobsen, L.K., Southwick, S.M. & Kosten, T.R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1184-1190.

Johnson, J.G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E.M. & Bernstein, D.P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56, 600-606.

Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Co-morbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.

Korzekwa, M. (2010). Strategic developmental model for EMDR in borderline personality Disorder post dialectical behavior therapy. Research symposium conducted at the annual meeting of EMDR International Association, Minneapolis, MN.

Koshal, A. (2010). The 4-fields-technic in the traumatherapy of complex traumatized

and drug-addicted people (in methadone-treatment). In Addictions. Symposium conducted at the annual meeting of the EMDR Europe Association, Hamburg, Germany.

Laporte, L. & Guttman, H. (1996). Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 10, 247-259.

Lawson, C.A. (2004). Treating the borderline mother: Integrating EMDR with a family systems perspective. In M. M. McFarlane (Ed.), *Family treatment of personality disorders: Advances in clinical practice* (pp. 305-334). New York: Haworth Clinical Practice Press.

Linehan, M.M. (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Lingford-Hughes, A., Potokar, J. & Nutt, D. (2002). Treating anxiety complicated by substance misuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(4), 107-116.

Llopis, J., Castillo, A., Rebolida, M. & Stocco, P. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y Drogas*, 5, 137-57.

Martínez González, J.M. (2011). Drogodependencias y Trastornos de la Personalidad: Variables relevantes para su Tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 166-174.

Martínez González, J.M. y Trujillo, H.M. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.

McGowan, M. L. (2006). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for the treatment of suicidal ideation in patients with borderline personality disorder*. Argosy University, Chicago, IL.



Medrano, M., Zule, W., Hatch, J. & Desmond, D. (1999). Prevalence of childhood trauma in a community sample of substance-abusing women. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 25(3), 449-62.

Meijer, S. (2000). Casus 13 – Zoals mijn leven nu gaat mag het altijd blijven: Een borderlinecliënte met ernstige PTSS en terbeschikkingstelling [Case 13 - My life should stay as it is now. A woman with borderline personality disorder and severe PTSD who had a forensic psychiatric criminal justice sentence]. In H. K. Hornsveld & S. Berendsen (Eds.), *Casusboek EMDR, 25 voorbeelden uit de praktijk* (1st Ed.), (pp. 193-204). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. doi:10.1007/978-90-313-7358-1\_20.

Meijer, S. (2006a). Treating borderline patients with EMDR: A mission impossible? Presentation at the annual meeting of the EMDR Europe Association, Istanbul, Turkey.

Meijer, S. (2006b). 'Wie niet waagt wie niet wint: als je niets doet verlies je zeker!': Toepassingen van EMDR bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis ["Who does not dare not win: If you do nothing you lose for sure!": Applications of EMDR in patients with borderline personality disorder]. Presentatie aan de tweede congres van de Vereniging EMDR Nederland, Arnhem, The Netherlands.

Mosquera, D. (2004). *Diamantes en Bruto I. Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad*. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares. Madrid: Ediciones Pléyades.

Mosquera, D. (2010). Trastorno Límite de la Personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM-IV-TR. *Revista Persona*. Instituto Argentino para el Estudio de la

Personalidad y sus Desórdenes. Volumen 10, número 2, junio.

Mosquera, D., González A. & Van der Hart, O. (2011). Borderline Personality Disorder, childhood trauma and structural dissociation of the personality. *Persona*, FUNDAP (44-73).

Mosquera, D. & Gonzalez, A. (2011). Personality disorders and EMDR [Persönlichkeitsstörungen und EMDR]. Presentation at the annual meeting of the EMDR Europe Association, Vienna, Austria.

Najavits, L., Gastfriend, D., Barber, J., Reif, S., Muenz, L., Blaine, J., Frank, A., Crits-Christoph, P., Thase, M. & Weiss, R. (1998). Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse. Collaborative Cocaine Treatment Study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 214-219.

Olszewski, D., Giraudon, I., Hedrich, D. & Montanari, L. (2009). Women's voice. Experiences and perceptions of women who face drug-related problems in Europe. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Adicction; [consultado el 25/11/2009]. Disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/womens-voices>.

Ostacoli, L. (2010). Il trattamento intensivo con EMDR nel disturbo borderline de personalita [Intensive treatment of BPD with EMDR]. In L. Ostacoli (Proponente) *L'EMDR: un Approccio psicoterapico a Ponte psiche TRA neurologia e*, Simposio condotto presso XII Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia Clinica e Dinamica, Torino, Italia.

Ouimette, P. & Brown, P. editors (2003). *Trauma and substance abuse*. Washington: American Psychological Association.



Pedrero, E.J. y Segura, I. (2003). Los trastornos de la personalidad en drogodependientes y su relación con el manejo clínico. *Trastornos Adictivos*, 5(3), 176-191.

Pedrero, E.J., Puerta, C., Lagares, A. y Saéz, A. (2003). Prevalencia e intensidad de trastornos de la personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5(3), 241-55.

Popky, A.J. (1995). Addiction research project. *EMDR Network Newsletter*, 5(3), 12.

Puk, G. (1991). Eye movement desensitization and reprocessing: Treatment of a more complex case, borderline personality disorder. Presentation at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New York, NY.

Rogosch, F.A. & Cicchetti, D. (2005). Child maltreatment, attention networks and potential precursors to borderline personality disorder. *Deviant Psychopathology*, 17, 1071-1089.

Rousanville, M.D., Dolinsky, Z.S., Babor, T.F. y Meyer, R. (1987). Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 44, 505-513.

Sachsse, U. & Tumani, V. (1999). Be borderline! A successful inpatients' treatment program for (type II) traumatized female patients with PTSD/DES/BPD and the symptom of self-mutilation. Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Miami, FL.

Sáiz, P.A., González, M.P., Paredes, B., Martínez, S. y Delgado, J.M. (2001). Personalidad y uso/abuso de cocaína. *Adicciones*, 13 (SUP 2), 47-59.

Sansone, R.A., Gaither, G.A. & Songer, D.A. (2002). The relationships among childhood abuse, borderline personality, and self-harm behavior in psychiatric inpatients. *Violence Vict*, 17(1): 49-55.

Schäfer, M., Schnack, B. & Soyka, M. (2000). Sexual and physical abuse during early childhood or adolescence and later drug addiction. *Psychother Psychosom Med Psychol.*, 50, 38-50.

Schuck, A.M. & Widom, C.S. (2001). Childhood victimization and alcohol symptoms in females: causal inferences and hypothesized mediators. *Child Abuse & Neglect.*, 25(8), 1069-92.

Seliga, M. (2009). Empirically supported treatment interventions for clients with post-traumatic stress disorder and comorbid borderline personality disorder: A critical review. *Praxis*, 9, 61-69.

Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols and Procedures*. Guilford Press.

Silk, K.R., Lee, S., Hill, E.M.D. & Lohr, N.E. (1995). Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1059-1064.

Stinson, F.S., Grant, B.F., Dawson, D.A., Ruan, W.J., Huang, B. & Saha, T. (2005) Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from de National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend.*, 80, 105-6.

Szerman, N. (2012). Patología dual en los Trastornos de la Personalidad. II Jornadas Gallegas de Trastornos de la Personalidad. Asociación TP Galicia, Santiago de Compostela.



Teusch, R. (2001). Substance abuse as a symptom of childhood sexual abuse. *Psychiatric Serv.*, 52, 1530-2.

Urbano, A. y Arostegui, E. (2004). *La mujer drogodependiente. Especificidad de género y factores asociados*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Vázquez, J.M. y Cittadini, M. (2009). Perfil psicossocial y configuraciones familiares en mujeres dependientes de cocaína. *Interpsiquis (revista virtual)*; [consultado el 20/11/2009]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/39325/>.

Yen, S., Shea, M.T., Battle, C.L., Johnson, D.M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., Skodol, A.E., Grilo, C.M., Gunderson, J.G., Sanislow, C.A., Zanarini, M.C., Bender, D.S., Rettew, J.B. y McGlashan, T.H. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis.*, 190, 510-518.

Zanarini, M.C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 89-101.

Zanarini, M.C., Yong, L., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B., Marino, M.F. & Vujanovic, A.A. (2002). Severity or reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(6), 381-387.

Zobel, M. (2006). EMDR in der behandlung von suchtpatienten mit posttraumatischer belastungsstörung [EMDR in the treatment

of addicted patients with post-traumatic stress disorder]. In Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht, e.V. Band 29 "Integrierte Versorgung: Chancen und Risiken für die Suchtrehabilitation" Beiträge des 18. Heidelberger Kongresses 2005, Geesthacht: Neuland.

Zobel, M. (2010). EMDR with alcohol addicted patients with comorbid PTSD in a treatment facility for alcoholism - experiences, outcome, perspectives. In Addictions. Symposium conducted at the annual meeting of the EMDR Europe Association, Hamburg, Germany.