



¿QUÉ SON LAS PARTES DISOCIATIVAS Y CÓMO O CUÁNDO INTRODUCIR LENGUAJE DE "PARTES"?

By: Dolores Mosquera

Los clínicos que trabajan con casos de trauma complejo se suelen enfrentar a problemas relacionados con las partes disociativas y el uso apropiado del lenguaje de "partes" durante el tratamiento. Hoy queremos reflexionar sobre las siguientes cuatro preguntas que los clínicos plantean con frecuencia durante las formaciones y las supervisiones.

1. ¿Qué son las partes disociativas?
2. ¿Cómo distinguir las partes disociativas de los estados del yo?
3. ¿Cuándo y cuándo no usar el lenguaje de "partes"?
4. ¿Cómo trabajar o hablar de "partes" cuando los pacientes no se sienten cómodos reconociendo que tienen partes?

¿Qué son las partes disociativas?

Las partes disociativas suelen tener una perspectiva en primera persona bien definida, es decir, un sentido de “yo, mi y mío” (Nijenhuis & Van der Hart, 2011; Van der Hart et al., 2006), así como un sentido de identidad, auto-representación, memoria autobiográfica y experiencia personal (Kluft, 1988, 2006; Steele, Boon, & Van der Hart, 2017). La falta de un sentido de identidad unificado en el paciente podría expresarse mediante frases como: “Fue ella, yo nunca haría/diría esas cosas”; “A veces siento que me estoy volviendo loco, no tengo control sobre mis acciones, mis manos toman el control y no puedo hacer más que mirar desde el fondo”; “Hay un monstruo dentro de mí, no me deja comer ni dormir”; “No traté de matarme, él (refiriéndose a otra parte disociativa) trató de matarnos”, y se suele denominar falta de personificación (Van der Hart et al., 2006). En los anteriores ejemplos se puede observar cómo los pacientes tienden a hablar de partes como si fueran personas diferentes, utilizando frecuentemente una perspectiva en tercera persona para describir sus experiencias internas o lo que ven, notan o escuchan de sus partes disociativas.

La noción de que las partes disociativas tienen su propia autobiografía parcial y sentido de identidad tiene mucho sentido en la mayoría de los casos, pero puede que no sea del todo aplicable a todas las partes. En primer lugar, hay partes emocionales (PE) atascadas en la época del trauma que no parecen tener memoria autobiográfica o que podrían no ser capaces de reconocerla como tal porque la sienten como una experiencia actual, como si estuviera ocurriendo ahora. Y en segundo lugar, estas partes pueden no ser experimentadas o descritas por los pacientes como si tuvieran una perspectiva en primera persona definida -tienen su propia perspectiva, aunque limitada a la época del trauma-, pero se pueden experimentar como ajenas, en el sentido de que el paciente no siente ningún control o no puede hacer nada al respecto. Por lo tanto, puede ser todo un reto trabajar con estas partes, especialmente en lo que se refiere a la orientación temporal o a tomar conciencia de la realidad actual.

¿Cómo distinguir las partes disociativas de los estados del yo?

Los estados del yo se han descrito como estados con límites permeables, sin amnesia ni autobiografía separada significativa y con un sentido de pertenencia a la persona en su conjunto (Kluft, 1988, 2006; Steele et al., 2017). Los estados del yo consisten en representaciones mentales que pueden entrañar algún tipo de conflicto o déficit de integración (Mosquera y Steele, 2017), pero no implican una separación y no se experimentan como separados. Por consiguiente, su perspectiva no es significativamente diferente de la de la persona en su conjunto. Estos son fenómenos normales que todos experimentamos y no indican la presencia de un trastorno disociativo.

En general, los estados del yo difieren de las partes disociativas por su falta de autonomía y elaboración, experiencia y memoria personal, y por la singularidad de su autorrepresentación y perspectiva en primera persona. Los pacientes suelen reconocer los estados del yo como partes de sí mismos, algo que no ocurre en la mayoría de los casos con las partes disociativas, a menos que el paciente haya pasado por un trabajo terapéutico significativo.

En casos complejos de TEPT y algunos casos de Otro Trastorno Disociativo Especificado (OSDD, por sus siglas en inglés), los estados del yo pueden presentarse con límites menos permeables, algo de amnesia para el pasado pero no para el presente y un mayor sentido literal de “no soy yo” (Steele et al., 2017). Dichas experiencias podrían entenderse como pertenecientes a partes disociativas, pero esto no significa que requieran el trabajo que a menudo se necesita con las partes más claramente separadas. Podría ser útil pensar en ellas como estados del yo más elaborados o como si estuvieran en el límite entre los estados del yo y las partes disociativas. Algunas afirmaciones habituales son: “Sé que estas partes son yo, pero no siento que lo sean”, “Sé que estas son mis voces, sé que las estoy produciendo, pero no las siento más” o “Cuando reacciono así, siento como si estuviera actuando como otra persona/como mi madre”. Estas afirmaciones reflejan una perspectiva en primera

persona y un mayor conflicto en torno a algunas de las emociones que al paciente le puede costar más trabajo regular, tolerar o aceptar. En estos casos, puede ser más difícil distinguir los estados del yo de las partes disociativas. Sin embargo, si escuchamos atentamente, no captaremos la evitación fóbica que suele estar presente en las partes disociativas más elaboradas que tienen una mayor autonomía. En estos casos, muchos pacientes experimentan estas partes como “no yo” y normalmente quieren “deshacerse” de ellas. Algunos pacientes disociativos sienten fobia a ciertas partes y no a otras, aunque tengan conflictos sobre cómo relacionarse con ellas o cómo estas partes se relacionan con otras partes más complicadas.

El lenguaje utilizado por el paciente puede ofrecer pistas que nos ayuden a diferenciar entre partes disociativas y estados del yo. Con los estados del yo, el lenguaje suele ser más metafórico, especialmente al hablar de partes infantiles. Estas son a menudo descritas como “el pequeño yo”, “yo cuando era pequeño” o “la parte de mí que todavía me duele”, entre otras. Estas descripciones se suelen enunciar desde una perspectiva en primera persona, como pertenecientes a uno mismo, sin conflictos relevantes. Algunos pacientes pueden experimentar conflictos en torno a su “yo más joven”, a menudo relacionados con experiencias adversas, eventos traumatizantes o el significado de esa etiqueta que se conecta con su experiencia interna. Para algunos pacientes, el uso de un lenguaje que haga referencia al “yo más joven”, “mi pequeño yo”, “mi niña” o “la niña que fui” simplemente añade una cualidad de distanciamiento que difiere enormemente del conflicto en las partes disociativas. Cuando las partes disociativas están presentes, el uso de este lenguaje no es solo una metáfora de su experiencia, sino una percepción de algo que no pertenece al paciente desde la parte que funciona en la vida diaria. Además, se suele gastar una gran cantidad de energía en mantener la separación entre las diferentes partes.

¿Cuándo y cuándo no usar el lenguaje de “partes”?

El lenguaje que nuestros pacientes usan

espontáneamente puede ayudarnos a decidir si sería una buena idea usar el lenguaje de “partes”. Es importante tener en cuenta que, para muchos pacientes, el lenguaje de “partes” es una forma de introducir cierta distancia al describir conductas, pensamientos o sentimientos que no les gustan particularmente o que no entienden del todo. Esto es así tanto en los casos más simples como en los más complejos, en los que estos pensamientos, conductas o sentimientos se sienten como foráneos, extraños, ajenos y que no me pertenecen.

Como regla general, si es posible, siempre es una buena idea usar el lenguaje del paciente desde el principio (Mosquera, 2019). Por un lado, cuando los pacientes hablan abiertamente de sus partes, suele ser buena idea utilizar sus expresiones. Por otro lado, cuando un paciente no se siente cómodo con el uso del lenguaje de “partes”, es preferible no usarlo. Algunos pacientes se ponen a la defensiva cuando oyen la palabra “parte” y, en esos casos, no hay necesidad de insistir; no tendría sentido y generaría más resistencia o a una actitud defensiva. Cuando un paciente se pone a la defensiva o nota resistencia, es importante validar su experiencia y responder con curiosidad y cuidado, ya que esa resistencia y las razones de la misma deben explorarse de un modo que el paciente pueda tolerar.

Sin embargo, hay algunas excepciones a la regla de utilizar el lenguaje preferido por el paciente. Una de ellas sería cuando observemos que los pacientes están usando el lenguaje de “partes” como forma de evitar asumir la responsabilidad de sus actos, usando expresiones como: “No soy responsable de ese comportamiento porque esta otra parte lo hizo” o “Fue el otro yo quien lo dijo; mi amigo no debería estar enojado conmigo”. Además, algunos pacientes pueden que hablen de “personas internas” o que prefieran hablar de sus partes de un modo que les otorgue demasiada autonomía. En estas circunstancias, podemos acordar usar ambas formas de referirnos a las partes: el paciente puede seguir hablando de “personas internas”, y nosotros podemos respetuosamente reconocerlo y también mantener nuestro lenguaje de “partes”: “Lo que tú llamas tu

gente interior y yo llamo tus partes..." o "Aquellas partes de ti que experimentas como gente interior".

En general el lenguaje de "partes" puede usarse cuando favorece el trabajo que estamos haciendo, y debe evitarse cuando se interpone en el camino de la terapia o de la mayoría de los pacientes.

¿Cómo trabajar o hablar de las partes cuando los pacientes no se sienten cómodos reconociendo que tienen partes?

Cuando los pacientes no se sienten cómodos con el hecho de tener partes o tienen dificultades para reconocer su existencia, una buena manera de abordar este tema es explorar si notan algún conflicto interno o cosas que sean difíciles de explicar a los demás, y luego pedirles que por favor nos ayuden a entender su experiencia interna. Algunos pacientes se referirán a las diferentes partes del yo/personalidades utilizando expresiones como "diferentes yoes", "voces", "pensamientos", "opiniones", "conflictos en mí", "piezas" o "fragmentos", lo que realmente ofrece información a los terapeutas sobre la forma en que los pacientes experimentan sus partes. Es importante tener en cuenta que algunos de los términos utilizados pueden tener un grado de realidad excesivamente alto (por ejemplo, "personas internas" o "personalidades") que enfatizan indebidamente su separación, y otros, en cambio, pueden tener un grado de realidad extremadamente bajo (por ejemplo, "aspecto") ignorando el hecho de que las partes tienen su propia

perspectiva en primera persona (Moskowitz y Van der Hart, 2019).

El uso de otras metáforas puede ser igual de efectivo, especialmente si los pacientes se sienten cómodos con ellas. Richard Chefetz (2015) utiliza la expresión "diferentes formas de ser tú", que es una forma creativa e integradora de utilizar un lenguaje más fácil para algunos pacientes. Pero, de nuevo, incluso un lenguaje integrador puede evocar resistencia en algunos pacientes. Por ejemplo, aquellos que tienen partes que imitan al perpetrador y que, al principio de la terapia, protestarían contra el hecho de que se las etiquete como "una forma de ser tú". O las partes que están emocionalmente implicadas en mantener su propio sentido de la separación podrían incluso sentirse heridas en su narcisismo al verse reducidas a una mera "forma de ser".

Resumiendo, aunque a veces tengamos que adaptarnos a usar un lenguaje que puede no parecerse natural, lo que realmente importa en la terapia es poder comunicarse y explorar de manera que el paciente se sienta cómodo. Hay que ser creativo al abordar este tema, ya que siempre es posible encontrar formas personalizadas de explorar y hablar sobre la experiencia interna del paciente que no impliquen mencionar la palabra "partes".



Referencias

- Chefetz, R. (2015). *Intensive psychotherapy for persistent dissociative processes: The fear of feeling real*. New York: W. W. Norton.
- Kluft, R. P. (1988). The postunification treatment of multiple personality disorder: First findings. *American Journal of Psychotherapy*, 42(2), 212-228.
- Kluft, R. P. (2006). Dealing with alters: A pragmatic clinical perspective. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 281-304.
- Moskowitz, A., & Van der Hart, O. (2019). Historical and contemporary conceptions of trauma-related dissociation: A neo-Janetian critique of models of divided personality. *European Journal of Trauma and Dissociation*. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.02.004>
- Mosquera, D (2019). *Working with voices and dissociative parts. A trauma-informed approach*. Coppel, TX: Kindle direct Publishing.
- Mosquera, D, & Steele K. (2017). Complex trauma, dissociation and borderline personality disorder: Working with integrative failures. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 63-71.
- Nijenhuis, E. R. S., & Van der Hart, O. (2011). Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 416-445.
- Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). *Treating trauma-related dissociation: A practical integrative approach*. New York: W. W. Norton.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: W. W. Norton.