



Universidad
Nacional
de Rosario

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TRABAJO INTEGRADOR FINAL**

“Indagaciones psicoanalíticas sobre la noción psiquiátrica de dismorfia corporal”

Autor: Vernetti, Tomás

Legajo: V-5306/6

Docente Responsable: Ciurluini, Julieta

Modalidad: Investigación bibliográfica

–Año 2024–

2

Agradecimientos

A mis padres, Silvana y Fabián, quienes me dieron la vida y el amor para vivirla. A mis hermanos, Rocío, Samanta y Pablo, a quienes admiro.

A los viejos y nuevos amigos que llevo conmigo.

A mi pareja Antonella, mi mejor compañía.

A mis analistas, por hacer de la miseria un infortunio cotidiano.

A mi casa de estudios, que me acogió durante los años más importantes de mi vida.

A Julieta Ciurluini, mi docente responsable, por su acompañamiento y orientación en el final de este trayecto.

3

Índice

Resumen y palabras clave	4
1. Introducción	5
Objetivos	7
2.1. Objetivo general.....	7
Objetivos específicos.....	7
Desarrollo	8
Historia y definición del Trastorno Dismórfico Corporal.....	8
trastorno típico de la adolescencia.....	10
Indagaciones psicoanalíticas	13
Cuerpo y narcisismo.....	13
estadio del espejo.....	15
registros.....	17
Simbólico.....	17
Imaginario.....	17
Real.....	18
de la madre.....	19
imagen corporal.....	20
análisis.....	21
Conclusiones	23
Referencias bibliográficas	25

4

Resumen

La presente Investigación Bibliográfica se propone el estudio del diagnóstico psiquiátrico denominado Trastorno Dismórfico Corporal desde las herramientas conceptuales del psicoanálisis. Tomando como referencia las sucesivas ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM) se realiza un recorrido por la historia del concepto, incluyendo artículos que reportan el estado del arte en la actualidad. En este trabajo se concibe la dismorfia como el malestar subjetivo que un sujeto experimenta al percibir severas distorsiones en la imagen del cuerpo. Se analiza la deriva conceptual del trastorno a través de sus diversas categorizaciones a lo largo del tiempo. La nosografía psiquiátrica es cotejada con las conceptualizaciones analíticas acerca de la constitución psíquica del yo. Para ello, se articula la teoría del narcisismo de Freud con el estadio del espejo de Lacan; de manera suplementaria, los enfoques de Winnicott y Levín. A partir de los tres registros de lo real, lo simbólico y lo imaginario se propicia una lectura crítica del diagnóstico como supuesta adecuación fallida a la realidad. Se concluye que los síntomas dismórficos están determinados por vicisitudes históricas, en tanto serie de perturbaciones derivadas del modo en que el sujeto establece su relación con la imagen especular.

Palabras clave

Psicoanálisis - Dismorfia - Narcisismo - Imagen - Cuerpo

5

1. Introducción

El presente Trabajo Integrador Final surge del interés por una categoría diagnóstica perteneciente a la quinta edición del Manual Diagnóstico de Psiquiatría¹ (2014) llamada “Trastorno Dismórfico Corporal”². La indagación de esta problemática de salud mental se considera lícita en virtud del histórico diálogo que el psicoanálisis ha mantenido desde sus orígenes con la psiquiatría³(Freud, 1984a). En esta dirección, la investigación se plegará a una reflexión de orden teórico pertinente a la formación del psicólogo en el campo profesional.

Pero ¿qué es la dismorfia? Al atender un instante a su nomenclatura, se verá que su significado etimológico se traduce por *mala forma*, derivado del griego *dys-* (dificultad, mal) y *morphé* (forma). Esta dificultad en la forma es adjetivada como corporal, y situada por los manuales en calidad de trastorno: conjunto de signos y síntomas. Desde el psicoanálisis lacaniano, se apostará a ceñir el malestar que el sujeto experimenta respecto de su *imagen especular*, es decir, acerca de su propio reflejo visualizado gracias a la ayuda de un espejo. Imagen que la persona encuentra alterada, distorsionada por groseros defectos que le producen una variedad de inhibiciones, síntomas y angustia.

El problema que suscita dicha categoría nosográfica encuentra su razón en la impronta utilizada por el DSM para su descripción. Si el padecimiento subjetivo se liga a un trastorno entre la realidad y la imagen del sujeto, es menester cuestionar los presupuestos que gobiernan implícitamente tal desacople. Por otra parte, debido a la autoproclamada posición “a-teórica” del DSM (Barreira, 2015), es decir, en ausencia de toda referencia a una teoría psicológica o psicopatológica, se excluye la noción de realidad en juego a la hora de cualificar la imagen especular como distorsionada o defectuosa para el sujeto. De aquí los siguientes interrogantes: ¿hay relación con el espejo que no esté distorsionada?⁴ ¿cómo sería una relación especular sin distorsiones?

¿respecto de qué una imagen está distorsionada? Se espera aproximar respuestas a estos interrogantes, sin ánimo de agotar la cuestión.

A tal efecto, se abordará en primera instancia el diagnóstico de TDC en la especificidad de su campo, historizando un recorrido por las distintas ediciones del DSM hasta la actualidad; también se utilizarán artículos de revistas científicas para profundizar en el estado del arte sobre la temática. Por otra parte, los referentes fundamentales seleccionados desde el enfoque psicoanalítico serán Freud y Lacan, en tanto se percibe una homología entre sus teorizaciones y los síntomas que la psiquiatría describe y ordena como dismorfia corporal.

Por lo tanto, el criterio para la investigación bibliográfica yace en la compatibilidad entre la fenomenología del trastorno y la metodología de trabajo psicoanalítica, en términos que sugieren la posibilidad de un tratamiento desde dicho enfoque. También serán considerados otros autores como D. Winnicott y E. Levín, que bajo ángulos diversos convergen en la misma posición teórica.

En cuanto al material textual a escandir, se partirá de las nociones freudianas de narcisismo y del Yo como proyección de la superficie del cuerpo (Freud, 1984c). Desde aquí, el fin es indagar la relación que el Yo del sujeto sostiene con su propia imagen, así como las vicisitudes que la misma suscita en el proceso de su desarrollo psíquico. En consonancia con esta perspectiva, se tomarán las elaboraciones de Lacan (1971) quien

¹ El DSM nace como una variación modificada de la Clasificación Internacional de Enfermedades en 1952. Pertenece a la Asociación Psiquiátrica Americana.

² En adelante abreviado como "TDC" o simplemente "dismorfia".

³ El ejemplo paradigmático de esta filiación entre el psicoanálisis y la psiquiatría es quizás la tríada psicopatológica perversión, neurosis y psicosis. Términos homónimos que adquieren sentidos muy diversos en uno y otro campo.

⁴ Se ha seleccionado el término "distorsión" debido a su empleo en la literatura. Sin embargo, puede reemplazarse por cualquier otro significativo que apunte el defecto en la imagen (deformidad, alteración, perturbación, etc.).

6

propone leer a Freud a partir de la confrontación de tres registros que califica como esenciales de la realidad humana, llamados lo simbólico, lo imaginario y lo real. En relación con esta matriz, la principal clave de lectura estará indicada por su *estadio del espejo* como una fase necesaria de la constitución subjetiva, formadora del yo, cuya función es establecer la relación del organismo con la realidad. El recorrido trazado por dicho itinerario buscará desarrollar una hipótesis de trabajo basada fundamentalmente en la tópica de lo imaginario: en tanto la instancia del Yo no está dada de antemano para el sujeto, su constitución no está exenta de dificultades. Según el modo en que alguien establezca la relación con la imagen del cuerpo, se derivan una serie de perturbaciones más o menos complejas susceptibles de abordaje en un tratamiento psicoanalítico.

7

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

- Estudiar el diagnóstico psiquiátrico denominado Trastorno Dismórfico Corporal a la luz de ciertas categorías conceptuales psicoanalíticas.

2.2. Objetivos específicos

- Analizar la noción de TDC y sus transformaciones conceptuales a través del tiempo, tomando como referencia el texto de las sucesivas ediciones del manual

diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

- Indagar los puntos de relación y divergencia entre el discurso psiquiátrico y el psicoanálisis, en lo tocante a la manera de concebir los fenómenos en cuestión.

8

3. Desarrollo

3.1. Historia y definición del Trastorno Dismórfico Corporal

Dado que el “Trastorno Dismórfico Corporal” no existe como tal en el cuerpo conceptual psicoanalítico, se ha de comenzar definiéndolo en sus propios términos de origen.

Es Enrico Morselli, médico y antropólogo italiano, quien utiliza en 1891 por primera vez el término de *dismorfofobia*, para explicitar el sentimiento subjetivo de fealdad que el paciente consideraba perceptible por los demás, así como el intenso temor y preocupación que ello le generaba, pese a que su pretendido defecto fuese más bien imaginario o dentro de los límites de la “normalidad”. Pizzurno (2010) ubica que

dicho médico caracteriza el cuadro en cuestión como la insatisfacción persistente y extendida respecto al propio cuerpo, sintiendo al mismo como anómalo o deforme en alguno de sus rasgos, generando un profundo malestar en el paciente aquejado, aun cuando no existan motivos objetivos y observables para valorar en esos términos su aspecto físico (p.1).

Es decir que el acento del padecimiento recae ya sobre un juicio estético desmesurado, enfocado en uno o varios rasgos corporales. Poco importa –de hecho– cuál es el atributo en cuestión o el grado de notoriedad que resulta perceptible para el observador, pues virtualmente cualquier zona del cuerpo puede ser un objeto de preocupación dismórfica.

En cuanto a su ubicación diagnóstica dentro de los manuales, se trata de un concepto que atraviesa sucesivas reformulaciones. A menudo se ha señalado el carácter ambiguo que supone la “fobia a la propia deformidad”, puesto que el constructo agrupa en sus inicios a las obsesiones, las fobias y las ideas fijas (Barreto, 2022). Jiménez et al. (2019) indican que más de una década después de su descubridor, Pierre Janet puntúa la naturaleza obsesiva de la idea dismorfofóbica, describiendo la obsesión en estos pacientes por la vergüenza del propio cuerpo.

En 1980, fecha de publicación del DSM III, el término hace su aparición de manera oficial, como un ejemplo atípico dentro de la categoría de los *Trastornos Somatomorfos* (Giraldo-O’Meara y Belloch, 2017). Cabe mencionar, por ser otro de los referentes a nivel mundial en el ámbito de la salud mental, que el TDC no fue incluido en la Clasificación Internacional de las Enfermedades hasta su última versión (CIE-10), dentro de la categoría de los trastornos somatomorfos como una modalidad o subtipo de Hipocondría.

Pero no es hasta 1987, en la versión revisada del DSM III-R donde se establece de forma más específica el concepto de TDC tal y como lo han venido recogiendo las más recientes clasificaciones diagnósticas de los trastornos mentales. Con este movimiento, el TDC pasa a ser una entidad diferenciada de la *Hipocondría*, aunque incluido como un trastorno somatomorfo, y adquiere el nombre por el que lo conocemos hoy.

Respecto de su desarrollo conceptual, merece una llamada de atención este posicionamiento dentro de los grandes grupos diagnósticos. La nomenclatura que agrupa a los *trastornos somatomorfos* se refiere a una serie de afecciones caracterizadas por malestares difusos o bien localizados, para los cuales la patogenia permanece, hasta el día de hoy, desconocida. De manera muy similar, los *trastornos hipocondríacos* se definen por la angustia que al paciente le genera la idea obsesiva de padecer alguna enfermedad

Años más tarde, puede apreciarse en el DSM IV (APA, 1995) al predecesor del TDC: el *trastorno somatomorfo indiferenciado*. Definido por aquellos síntomas físicos que, tras un examen adecuado, no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia. Incluso, de haber una lesión orgánica, la gravedad de los síntomas o el deterioro en las distintas áreas de la vida de la persona son excesivos en comparación con lo que cabría esperar de las indagaciones del clínico o por los resultados de laboratorio.

El cambio capital reflejado en la última edición del manual es el paso hacia una nueva recategorización bajo el grupo de los *trastornos obsesivo-compulsivos*. Es en la década del 1990 que comienza a hacerse alusión al Espectro Obsesivo Compulsivo como un grupo de síndromes relacionados (Kodysz, s.f.). Según el DSM-IV y el DSM-IV TR se trata de pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que causan ansiedad o malestar significativos. Quien padece de TOC no puede librarse voluntariamente de las representaciones que lo asaltan, y lo que la psiquiatría denomina *insight* o “conciencia de la enfermedad” puede presentarse en grado variable, desde una negación total del padecimiento hasta su franco reconocimiento. Sin embargo, aunque identificado el carácter descabellado o exacerbado de las ideas obsesivas, la persona se ve impotente frente a ellas; erige rituales y establece rígidos procedimientos como protección contra la ansiedad.

En esta disposición juegan su papel las compulsiones, en calidad de comportamientos o actos mentales de carácter apremiante que la persona realiza para bloquear o neutralizar los embates que se le presentan mediante otros actos o pensamientos, igualmente impuestos. Justamente, el estado constante de preocupación dismórfica motiva comportamientos más o menos repetitivos cuya finalidad es esconder, disimular, o eliminar el defecto (Giraldo-O’Meara y Belloch, 2017).

En la actualidad, la quinta edición del Manual Diagnóstico Psiquiátrico (2014) define al TDC en base a cuatro ejes o dimensiones diagnósticas:

- A. Como la “preocupación por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en el aspecto físico que no son observables o parecen sin importancia a otras personas” (p. 147).
- B. La alusión a comportamientos repetitivos durante el curso del trastorno, tales como mirarse en el espejo, rascarse la piel, querer asegurarse de las cosas; también actos mentales como comparar el propio aspecto con el de los demás, como respuesta a la preocupación por la propia imagen.
- C. El malestar clínicamente significativo que causa la preocupación dismórfica, así como el deterioro en lo social, lo laboral y otras áreas del funcionamiento.
- D. Su distinción respecto de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) pese a que los síntomas del sujeto cumplan con algunos criterios diagnósticos de esta figura⁵.

Estos ejes de observación cumplen la función de permitir al psiquiatra o psicólogo clínico la realización del diagnóstico diferencial en base a cláusulas precisas: la presencia o ausencia de signos y síntomas que el candidato debe cumplir para consolidar el trastorno. Modo de concebir el diagnóstico que durante el desarrollo del trabajo será cuestionado, en tanto, como expresan Giraldo-O’Meara y Belloch (2017):

Este azaroso recorrido del TDC por los sistemas de diagnóstico psiquiátrico es, seguramente, la expresión palmaria del desconocimiento que rodea a la psicopatología de este trastorno y, como consecuencia, las dificultades para su detección, diagnóstico, y tratamiento (p.70).

De este modo, la conceptualización del TDC se desarrolla históricamente junto a cambios

más amplios que se dieron en la nosología. Al examinar las distintas categorías

⁵“La preocupación por el aspecto no se explica mejor por la inquietud acerca del tejido adiposo o el peso corporal en un sujeto cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario” (DSM V, 2014, p. 147).

10

imbricadas entre sí, se delata la dificultad para localizar de manera patente la etiopatogenia de la dismorfia y los trastornos relacionados en los sujetos que la padecen. Hecho que merece cotejarse con una cuestión de fondo, a decir de Le Gaufey (2006), sobre la controversia de larga data que signa el nacimiento de la clínica psiquiátrica desde el siglo XIX entre los que buscan incansablemente la lesión, y quienes ni siquiera piensan en buscarla para el establecimiento de una causa eficaz de los trastornos mentales⁶.

En virtud de los antecedentes antes expuestos, se pesquisa una serie entre la hipocondría, los trastornos de síntomas somáticos y los trastornos de síntomas obsesivos-compulsivos. Se sigue bajo esta metodología a Freud (1984d), quien ubica en su *Introducción del narcisismo* de 1914 a la enfermedad orgánica y a la hipocondría como vías de acceso privilegiadas para el estudio del narcisismo. De manera análoga, el estudio de estas figuras psiquiátricas sólo interesa con relación al TDC, en tanto se acusa que la causa de la enfermedad no se dirime por la evaluación médica. De ahí se justifica el recurso a la consideración complementaria de varias dimensiones para la realización de un diagnóstico, mediante el llamado criterio multi-axial (Barreira, 2015), el cual contempla factores etiológicos de diversa índole: psíquicos, biológicos, sociales, etc.

La ambigüedad que acarrea el diagnóstico de TDC, su relación de similitud y diferencia con otras entidades nosográficas como los TCA, las obsesiones, las fobias, etc., abren el camino hacia una indagación desde los elementos teóricos que aporta la doctrina psicoanalítica. Pues esta investigación liga la dismorfia menos a un proceso mórbido o patológico que a una consecuencia estructural del desarrollo psíquico. Lo que se propone, en otras palabras, como el estudio de la dismorfia a la luz de un factor constitucional.

3. 2. Un trastorno típico de la adolescencia

Aunque durante los últimos veinte años se ha vigorizado la investigación en torno del TDC, conviene situar que éste no deja de ser un fenómeno infravalorado al interior de la comunidad psiquiátrica misma. Así lo expresan Jiménez et al. (2019) quienes consideran al TDC como un trastorno común y típico de la adolescencia, que por lo general no se identifica en esta etapa de la vida, de modo que su tendencia es evolucionar hacia la cronicidad. En la misma línea se pronuncian Giraldo-O'Meara y Belloch (2017) al señalar que se trata de una figura conocida desde hace siglos, aunque infradiagnosticada; al tiempo que durante la última década se ha intensificado su estudio e investigación. Las autoras puntúan que, siendo un trastorno grave y debilitante, se asocia en última instancia a un alto riesgo de suicidio en los individuos afectados. Presenta, en particular, ciertas comorbilidades; y en general, un alto grado de ocultación por parte de los pacientes.

Es decir que a pesar de su alta prevalencia no se lo diagnostica “a tiempo”. Por ende, el pródromo, comúnmente ubicado durante la pubertad, acaba por ser diagnosticado de manera tardía (entre los 20 y 30 años) o no detectado en absoluto. En este escenario el tratamiento se enfrenta con un peor pronóstico, cuyos avatares se relacionan con demandas de intervenciones quirúrgicas⁷ o consultas con especialistas (por ejemplo, dermatólogos) con el fin de corregir o disimular los defectos. Paradójicamente, los pacientes no suelen quedar satisfechos, incluso tras someterse a varias operaciones invasivas, puesto que la idea dismórfica insiste en el imaginario del

sujeto, derivando finalmente en un encono personal hacia la figura del médico, a quien

⁶ El debate entre causalidad psíquica y causalidad orgánica sólo será señalado, pues la hipótesis de este trabajo en torno a la dismorfia corporal excluye toda determinación por parte de una lesión orgánica en su causación.

⁷ ¿No es esta una experiencia digna de ser abordada desde el psicoanálisis lacaniano? En tanto el sujeto se empeña en la búsqueda de soluciones imaginarias que acaban por reforzar su conflicto, se pierde la perspectiva de un tratamiento simbólico.

11

suele acusarse de iatrogenia o mala praxis y desembocando ocasionalmente en conflictos legales.

Jiménez et al. plantean que es un hecho frecuente entre los médicos cierta renuencia a identificar el TDC como tal, diluyendo el padecimiento subjetivo –en toda su originalidad– en otras dificultades consideradas típicas de la adolescencia. Señalan así:

esta tendencia a la negación del clínico (que puede tender a atribuir las preocupaciones por la apariencia a aspectos propios de la adolescencia) y, por otra parte, al propio sentimiento de vergüenza por los síntomas en el adolescente, sentimiento que le llevará a no pedir ayuda por miedo al rechazo, a sentirse juzgado o a no ser entendido (p. 7).

De este modo, la idea dismórfica queda supeditada a contingencias generales que se le suponen al adolescente, tales como el temor al rechazo del grupo de pares, la búsqueda de intimidad, la separación del hogar familiar, etc., y en el acto se opaca el diagnóstico.

Otro elemento que llama la atención y agrava el panorama es la relación del TDC con los intentos de suicidio. Jiménez et al. indican que el riesgo de suicidio es de 6 a 45 veces mayor al de la población general, especialmente en adolescentes. Mientras que la presentación de ideación suicida a lo largo de la evolución del TDC se cifra hasta en el 80% de los pacientes, los intentos de suicidio alcanzan un 25%, siendo frecuente la repetición de tentativas. He aquí la importancia de discutir semejante problemática de salud mental, de alta prevalencia y escasa detección.

Por último, la línea argumental que plantea al TDC como un fenómeno propio de la adolescencia –pero no exclusivo de ésta– es de utilidad para pivotar hacia una indagación desde el discurso psicoanalítico, debido a la afinidad existente entre sus articulaciones conceptuales y los fenómenos descritos por la semiología médica.

El citado autor expresa:

la adolescencia implica el tránsito de la identidad infantil a la identidad adulta; y la identidad se asienta en el cuerpo, un cuerpo que cambia de forma mucho más rápida en esta etapa de la vida de lo que se tarda en perder la identidad infantil a nivel cognitivo y emocional, emergiendo nuevos aspectos físicos que provocan sentimientos de vergüenza ante la posibilidad de decepciones frente a la apariencia que el adolescente espera (p.7).

En la misma dirección, no resulta casual para el punto de vista analítico que la dismorfia acometa durante los años puberales, donde el sujeto debe realizar el duelo por aquella imagen perdida del cuerpo infantil. Aferrarse a ella constituye un anacronismo, mientras que este nuevo cuerpo –su imagen– debe ser reconquistado. Lo que la literatura psiquiátrica describe acerca de la dismorfia encuentra su eco en la *metamorfosis* de la pubertad que describiera Freud (1985g) en “Tres ensayos de teoría sexual”, donde se ocupa del desarrollo sexual infantil. Allí enuncia que, durante el período de latencia, total o parcial previo a la adolescencia, se edifican los poderes anímicos que más tarde se presentarán como inhibiciones en el camino de la pulsión sexual, angostando su camino a la manera de unos diques: el asco, el sentimiento de vergüenza, los reclamos ideales en lo estético y en lo moral.

Por tanto, es preciso suponer que en la adolescencia se produce un interés y/o

preocupación renovada por la imagen corporal, dados los vertiginosos cambios físicos que acontecen durante el cambio de forma de la pubertad y que no siempre se acompañan de las posibilidades de elaboración a nivel psíquico durante esa etapa. Freud llama metamorfosis de la pubertad al advenimiento de los cambios que llevan la vida sexual infantil a su “conformación normal definitiva”. Las pulsiones sexuales, hasta entonces parciales y autoeróticas, encuentran ahora su objeto y se articulan en la persecución de una nueva meta bajo el primado de la zona genital. No obstante, Freud pone especial cuidado en destacar que todos los seres humanos parten de una disposición perversa polimorfa. Es decir: cualquiera puede enfermar de neurosis, según

12

los accidentes habidos en su desarrollo pulsional. Con lo cual, resulta propicio para el punto de vista analítico interrogarse acerca del carácter patológico⁸ de la dismorfia, su ubicación en la economía subjetiva. Puesto que, siguiendo a Ritvo (2003, como se citó en Ciurlini et al., 2021) la complejidad de la posición freudiana reside justamente en que toda norma es patológicamente normal, o bien normalmente patológica.

Se comprende así que deslindar salud y enfermedad no es tarea sencilla en lo tocante al padecimiento subjetivo. ¿Ha de reconducirse la dismorfia a la problemática relación del ser hablante con la imagen del cuerpo? Parece lícito hacerlo. Pero es preciso aún enunciar de qué manera concibe el psicoanálisis a la forma del *cuerpo* en juego.

⁸ A propósito del par normal-patológico, Ritvo (2003, como se citó en Ciurlini et al., 2021) pronuncia:

Todas estas delimitaciones –falsas delimitaciones– quedan restringidas a la consideración de la patología según los esquemas del siglo XIX, para el cual es patológico todo lo que atenta contra el lazo social; hay, según este rígido esquema, en primer lugar relaciones sociales, funciones sociales de asimilación y acomodación y, en segundo y patológico término, desintegración de estas mismas funciones.

Para el psicoanálisis (...) el lazo social –esa relación social que Simmel, en su Sociología, ligaba al secreto, a la división entre lo privado y lo público, a la opacidad–, es él mismo la enfermedad y la denuncia de la enfermedad. A diferencia de la nosografía corriente, lazo social, malestar en la cultura, patología y psicopatología de la vida cotidiana, son nominaciones parcialmente equivalentes que convergen sobre un fenómeno sintomático repetido y repitente (p.12).

13

4. Indagaciones psicoanalíticas

Al situar la experiencia dismórfica con respecto a la etapa adolescente del desarrollo se indica un hecho de estructura: la relación problemática del ser hablante con la imagen especular a lo largo de su existencia. Cada período del ciclo vital conlleva una reacomodación del sujeto a los cambios que se asientan sobre la imagen del cuerpo; cambios en la piel, el cabello, la musculatura, etc. La tarea de metabolizar las inevitables transformaciones que acarrea la condición finita del ser humano queda a cuenta del sujeto, representado por los significantes de los que dispone para historizar dichos embates; sea en la infancia, la adolescencia, la adultez o la vejez. Las complicaciones que puedan surgir en estos puntos de inflexión no constituyen necesariamente un motivo para imputar psicopatología. Aunque, desde luego, esto no resuelve que el malestar subjetivo pulule en demasía.

4. 1. Cuerpo y narcisismo

Se ha inteligido que la dismorfia, en términos de *mala forma*, se presenta fenoménicamente como una representación insoportable acerca de la imagen especular, frente a la cual el sujeto realiza actos compulsivos tales como mirarse en el espejo o compararse con los demás, por indicar tan sólo los más pertinentes a la investigación. La descripción del DSM V sobre la dismorfia resulta ahora un problema que admite ser leído desde el abordaje que el psicoanálisis hace de la constitución imaginaria del cuerpo.

A continuación, se estudian principalmente aspectos de la teoría freudiana de la constitución subjetiva en pos de realizar una articulación con la problemática de la dismorfia corporal, abordada por el sesgo del narcisismo.

Freud propone que el desarrollo psíquico se vincula con el desarrollo libidinal, el cual transita por determinadas etapas. La *libido* es un concepto energético cuya naturaleza erótica liga todas las manifestaciones humanas del amor; es el interés psíquico depositado en los objetos. En tanto magnitud, guarda estrecha relación con el concepto de *pulsión*:

la «pulsión» nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante *{Repräsentant}* psíquico, de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal (Freud, 1984f; p. 116).

Esta agencia representante se compone de cuatro elementos. El primero es el *esfuerzo*, la propiedad universal y aún la esencia misma de las pulsiones. Es la suma de fuerza o la medida de la exigencia de trabajo que ella representa. A diferencia de cualquier ciclo biológico, “la pulsión, en cambio, no actúa como una fuerza de choque

momentánea, sino siempre como una fuerza constante. Puesto que no ataca desde afuera, sino desde el interior del cuerpo, una huida de nada puede valer contra ella” (Freud, 1984f, p. 113). La *meta* –segundo elemento– es en todos los casos la satisfacción, aunque los caminos que llevan a ella son de lo más diversos. En tercer lugar, el *objeto* de la pulsión:

es aquello en o por lo cual puede alcanzar su meta. Es lo más variable en la pulsión; no está enlazado originariamente con ella, sino que se le coordina sólo a consecuencia de su aptitud para posibilitar la satisfacción. *No necesariamente es un objeto ajeno; también puede ser una parte del cuerpo propio*” (Freud, 1984f; p. 118) [el subrayado pertenece al autor del TIF].

Queda claro que el aspecto dinámico de la libido reside en que puede tomar al propio Yo como objeto, o bien dirigirse a los objetos de amor. Por último, la *fuerza* es

14

entendida como aquel proceso somático, interior a un órgano o a una parte del cuerpo, cuyo estímulo es representado en la vida anímica por la pulsión. En este sentido, lo que caracteriza a la actividad pulsional es su proveniencia de las llamadas estructuras de borde: partes del cuerpo que por su cualidad dérmica se revelan como zonas erógenas privilegiadas para el psiquismo. Puesto que, como se ha señalado en la introducción, el Yo es “una esencia-cuerpo; no es sólo una esencia-superficie, sino, él mismo, la proyección de una superficie” (Freud, 1984c, p. 27). Se indagarán en el próximo apartado las consecuencias del carácter imaginario del Yo; por lo pronto, es menester indicar que, relativo a la fuente y el objeto, es el campo escópico o de la mirada donde se libra el conflicto pulsional que suscita la dismorfia.

Las etapas libidinales parten desde un *autoerotismo* inicial, donde la vida psíquica es apenas un cúmulo de pulsiones indiferenciadas. El infante se encuentra aquí como puro cuerpo, sumido en la incoordinación psicomotriz característica de los primeros meses de vida; cuerpo cuya libido se reconcentra de manera caótica en un sí mismo que aún no ha sido delimitado del exterior, es decir: exterior que todavía no se ha constituido como tal. En palabras de Freud (1984f):

El yo se encuentra originariamente, al comienzo mismo de la vida anímica, investido por pulsiones (*triebbesetzt*), y es en parte capaz de satisfacer sus pulsiones en sí mismo. Llamamos narcisismo a ese estado, y autoerótica a la posibilidad de satisfacción” (p. 129)

El *narcisismo primario* se define, según este esquema, por la investidura libidinal del yo, previa al establecimiento de todo vínculo afectivo con objetos del mundo exterior. De aquella colocación originaria de la libido, en la cual el sujeto se toma a sí mismo como objeto de amor, se debita un resto imposible de reintegrar a la totalidad. Por otra parte, la posibilidad de emitir y retrotraer cargas libidinales funda, mediante esa dinámica, al *narcisismo secundario*, que se edifica sobre la base del primero. Pero para arribar a la constitución de esta estructura

es un supuesto necesario que no esté presente desde el comienzo en el individuo una unidad comparable al yo; el yo tiene que ser desarrollado. Ahora bien, las pulsiones autoeróticas son iniciales, primordiales; por tanto, algo tiene que agregarse al autoerotismo, una nueva acción psíquica, para que el narcisismo se constituya (p.74).

Para que el Yo emerja, es precisa una nueva acción psíquica, que Lacan sitúa en el concepto de *identificación* como mecanismo constitutivo del narcisismo primario. Aquí comienza a esbozarse la dialéctica del sujeto con su imagen especular, puesto que lo que subyace a la investidura de objeto como exteriorización de afecto descansa en la identificación. Pues “el psicoanálisis conoce la identificación como la más temprana

exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona” (Freud, 1984e, p.99). O más precisamente, la identificación aspira a configurar el yo propio a semejanza del otro, tomado como modelo. De modo que una investidura de objeto puede ser relevada por una identificación; en cuyo caso el yo asume las propiedades del objeto, al tomar un rasgo del otro.

De este modo, investidura de objeto e identificación sostienen una dialéctica libidinal que es condición para que el yo, que se erige primero sobre el modelo de otro, sea posible:

El desarrollo del yo consiste en un distanciamiento respecto del narcisismo primario y engendra una intensa aspiración a recobrarlo. Este distanciamiento acontece por medio del desplazamiento de la libido a un ideal del yo impuesto desde fuera; la satisfacción se obtiene mediante el cumplimiento de este ideal (Freud, 1984d, p. 96).

Si se aplicara el itinerario freudiano al problema de la dismorfia, se tendría por una parte la consecuencia evidente que representa la *introversión* de la libido, es decir la retracción de las cargas objetales depositadas en la realidad: cosas, personas,

15

actividades, etc; este vuelco hacia la instancia del Yo da la pauta de que se trata de una problemática narcisista. Por otra parte, cobra importancia el *Ideal del yo* definido como una instancia psíquica particular cuyo cometido es velar por el aseguramiento de la satisfacción narcisista, y con ese propósito observa de manera continua al yo midiéndolo con el ideal (Freud, 1984d).

Cabe mencionar que cuando Freud hace alusión al mecanismo de la introversión, es a propósito de lo que denomina parafrenia: una afección psiquiátrica severa que conlleva la pérdida de realidad. Allí, la retracción de las investiduras de objeto y su colocación en el Yo (la vuelta al narcisismo) obedecen a la producción de un delirio de grandeza⁹ que el parafrénico despliega de modo delirante o alucinatorio como intento de curación espontánea. Es decir, se produce un engrandecimiento imaginario del sentimiento de sí como un modo de restablecer el orden de la realidad.

Esa estrategia libidinal, ¿no aparece invertida en el caso de la dismorfia, es decir por el empobrecimiento del Yo en favor de un ideal hipertrófico, mediante el cual el sujeto se extenua en la fatalidad de una crítica de sí mismo, ratificando los defectos que encuentra en su imagen y erigiendo rituales como intento de protección contra la angustia? ¿No describe acaso el DSM V la tendencia del sujeto a mirarse extensamente en el espejo, o a compararse continuamente con los demás?

La investigación sobre la dismorfia se aproxima en este punto al problema del ideal desde el cual el sujeto se mira.

4. 2. Estadio del espejo

Habido el desarrollo de algunos conceptos que auspician la base de estas consideraciones, el artículo de Jiménez et al. (2019) acerca del TDC como trastorno propio de la adolescencia resuena con los postulados freudianos y lacanianos; en tanto la formación del yo y sus transformaciones durante momentos claves del desarrollo acusan una complejidad inherente al proceso por el cual el sujeto mantiene una relación más o menos sosegada con su imagen. Las preocupaciones dismórficas que padece el adolescente guardan estrecha conexión con los acelerados cambios que repercuten en la imagen del cuerpo. La franca discordancia entre la imagen especular y el ideal del yo, como posición subjetiva desde la cual se acomoda la mirada, es aquí la piedra angular del problema.

Lacan (1971) desarrolla el estadio del espejo siguiendo la teoría de las pulsiones

de Freud antes descrita. En dicho texto se señala que el infante, mucho antes de convertirse en usuario de la lengua, e incluso previo al dominio pleno de sus facultades psicomotrices, experimenta entre los seis y dieciocho meses el júbilo que le produce el reconocimiento de su propia imagen reflejada en el espejo. El estadio del espejo “debe comprenderse como una identificación en el sentido pleno que el análisis da a este término: a saber, la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen” (p.100). En este sentido, el espejo es tan sólo un artificio óptico que inaugura la serie de un dinamismo libidinal que continúa durante toda la vida. Prosigue Lacan:

El hecho de que su imagen especular sea asumida jubilosamente por el ser sumido todavía en la impotencia motriz (...) nos parecerá por lo tanto que manifiesta, en una situación ejemplar, *la matriz simbólica en la que el yo (je) se precipita en una forma primordial*, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto (p. 100) [el resaltado pertenece al autor del TIF].

⁹ A propósito de las *vigorexias*, los sujetos afectados por la dismorfia no cesan de incrementar su masa muscular en razón de ejercicios pesados y el consumo de anabólicos. A pesar de ostentar cuerpos fálicos y fisicoculturistas, el equilibrio alcanzado es tan solo aparente y responde a un narcisismo de eminente fragilidad.

16

Esta proto-forma ha de concebirse en términos de *yo-ideal*, tronco de las identificaciones secundarias, cuya función de normalización libidinal se hace patente en el carácter compuesto del yo, en tanto porta la historia de sus elecciones de objeto, de las identificaciones con objetos amorosos resignados (Freud, 1984c). Lo fundamental aquí es que esta *forma primordial* sitúa la instancia del yo, mucho antes de su determinación social. El acto por el cual se vuelve posible la asunción de esta imagen se resuelve en una dialéctica que va de la insuficiencia a la anticipación; la sola visión de esa forma unificada permite al infante superar su condición de prematuración específicamente humana, preparando la toma de posesión real de su cuerpo¹⁰. La eficacia de esta experiencia reside en que, indudablemente, “esa forma es más constituyente que constituida” (Lacan, 1971, p. 100). Hecho que funda la cualidad propia del yo en el registro imaginario: su alienación fundamental a la forma del semejante. La unidad del yo proviene de la identificación a un otro que se le enfrenta como *yo ideal* en virtud de su carácter de *gestalt*, es decir de buena forma o de forma unificada.

Se ha indicado que, durante aquel estadio turbulento denominado autoerótico, la característica central es la indiferenciación entre el mundo interno y externo. Justamente, el estadio del espejo tiene por función establecer la relación del organismo con su realidad, el *Innenwelt* con el *Umwelt*¹¹. Solo que esta relación en el ser humano está signada por la noción de “cuerpo fragmentado” introducida por Lacan, a propósito de los remanentes de aquella incoordinación motriz propia de la inmadurez del bebé. Este *fantasma* de cuerpo fragmentado perdura como resto ineliminable en el psiquismo, pesquizable en las formaciones del inconsciente, de manera notable en los síntomas histéricos de conversión y en el trabajo del sueño. Se plantea así la pregunta: ¿es la dismorfia una consecuencia particular de los fantasmas del cuerpo fragmentado, consecuencia de la naturaleza parcial de la pulsión? En todo caso, el paso adelante en el desarrollo psíquico está dado por el mecanismo de identificación, dada la sucesión de esa imagen fragmentada del cuerpo hacia una “*forma ortopédica* de su totalidad” (Lacan, 1971, p. 103)

Este asunto reviste máxima importancia para la hipótesis del trabajo: la imagen especular proviene de una forma *ortopédica y primordial*; es indicativa de la relación precaria que el sujeto establece con la corporalidad en sus diversos registros. Pero resta

aún considerar una operación clave en la dialéctica del espejo. Cuando el infante tiene que vérselas con ese *otro* que es su imagen especular, no lo hace sin vacilar. Lacan señala el gesto frecuente del niño que voltea hacia aquel que lo sostiene, solicitando al Otro (con mayúsculas, para indicar la función simbólica que encarna el adulto, distinta de la función imaginaria) que ratifique el valor de esa imagen. Una vez más, lo que se pone de relieve es la articulación necesaria e indispensable entre el dominio de la imagen y su encabalgamiento con lo simbólico, pues:

Sería error creer que el gran Otro del discurso pueda estar ausente de ninguna distancia tomada por el sujeto en su relación con el otro, que se opone a aquél como el pequeño, por ser el de la *díada* imaginaria (...) Pues el Otro en el que se sitúa el discurso, siempre latente en la triangulación que consagra esa distancia, no lo es tanto como para que no se manifieste hasta en la relación especular en su más puro momento: en el gesto por el que el niño en el espejo, volviéndose hacia aquel que lo lleva, apela con la mirada al testigo que decanta, por verificarlo, el reconocimiento de la imagen del jubiloso asumir donde ciertamente estaba ya (Lacan, 2009, p. 649).

El problema de la dismorfia, a saber, por qué un sujeto se encuentra con la inconsistencia radical de su imagen, no puede prescindir de esta consideración al Otro de

¹⁰ Lacan aclara que la experiencia del espejo no se confunde con la maduración neurobiológica, sino que se superpone, de modo que el niño logra un dominio psicológico de su cuerpo antes que físico.

¹¹ Mundo interior y mundo exterior, respectivamente.

la palabra. En suma, las coordenadas para su intervención desde el psicoanálisis lacaniano se hallan en el tratamiento simbólico de lo imaginario, sobre lo real del cuerpo.

4. 3. Los tres registros

Hasta aquí se han expuesto algunos constructos teóricos, correspondientes a la doctrina de las pulsiones y la tópica del narcisismo freudiano, articulados al estadio del espejo lacaniano. A continuación, prosigue el desarrollo de un punto de vista psicoanalítico para una crítica de los enunciados psiquiátricos sobre la dismorfia. El enriquecimiento de esta perspectiva atañe a los operadores conceptuales ya señalados en la introducción. Se trata de aquellos órdenes o registros que constituyen la noción de realidad humana, así como el concepto de cuerpo que se puede desprender de ésta. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que dicha matriz de lectura se aplica por entero a los fenómenos que acontecen en la experiencia analítica y carece de sentido por fuera de ella. Por lo tanto, las consideraciones pertinentes al análisis bibliográfico se desarrollan atendiendo a esta premisa.

Simbólico

Según Dylan Evans (1997) el registro simbólico es el orden fundamental para el psicoanálisis, dado que entraña en lo esencial una dimensión lingüística. Tanto el sentido de los síntomas como la función del analista se sitúan sobre este plano. No obstante, lo simbólico no se equipara sencillamente con el lenguaje, pues éste también involucra a los demás registros. Su aspecto estrictamente simbólico corresponde al significante, elemento que sólo define su valor negativamente, es decir, por la pura diferencia respecto de todos los demás en el seno de la estructura.

En relación con esto, es imprescindible mencionar la noción del Otro, ámbito de la alteridad radical al cual Lacan denomina el lugar de la palabra. También llamado “tesoro

de los significantes”, este Otro da su estatuto al cuerpo en cuestión, en tanto el lenguaje se inscribe sobre lo real del organismo como el trazo unario que funda al sujeto, al transmutar su valor por el de un primer cuerpo significativo, eminentemente subjetivo.

Indudablemente, en un análisis se trata de cómo el organismo es capturado por el discurso, de cómo el sujeto encuentra su determinación en el campo del Otro. Por otra parte, el atributo principal de lo simbólico es el de introducir la *falta* en lo real, precisamente allí donde no falta nada. En tal sentido, las estructuras de la sociedad son simbólicas, debido a que sólo el ser humano tiene la capacidad de circunscribir como vacío o ausencia una porción de la realidad mediante el símbolo, cuyo poder descansa en la posibilidad de evocar el *ser* en la palabra. Esta es una referencia clave para comprender que, como hablante, se es otra cosa distinta que el animal, en tanto el lenguaje impone una distancia radical por la cual el sujeto se encuentra con el hecho de *tener* un cuerpo, mientras que nunca se experimenta vivencialmente como *siendo* meramente uno.

Imaginario

Lo simbólico engarza de manera íntima con el registro imaginario: campo de las imágenes, que en su vertiente lingüística corresponde al significado. La base del orden imaginario es la formación del yo en el estadio del espejo, puesto que el yo se forma por identificación con el semejante o la imagen especular (términos homologables al del *otro* con minúscula, que Lacan distingue del Otro con mayúscula de la alteridad simbólica). En este sentido, lo imaginario es la sede de una alienación radical, por la cual tanto el yo como el otro conforman una relación dual prototípica; ambos son intercambiables. La relación imaginaria es, por lo tanto, fundamentalmente *narcisista*. Por ello Lacan afirma que la base del conocimiento del yo es paranoico, ubicándolo al mismo tiempo como función de desconocimiento para el sujeto. Caracteres que se explican por la emergencia

18

del yo bajo una forma alienada, debido al poder cautivante que ejerce la imagen especular.

En síntesis: lo imaginario produce efectos de seducción y agresividad en el sujeto. Seducción, porque la forma del otro se erige como la de una totalidad lograda; agresividad, en tanto su unicidad amenaza con la destrucción de la propia integridad del yo. “Lo imaginario arraiga entonces en la relación del sujeto con su propio cuerpo (o más bien, con la imagen de su cuerpo)” (Evans, 1997, p.109). Sin embargo, pese a su tendencia alienante, sería un error reducir lo imaginario a lo ilusorio, a lo engañoso, puesto que su estructura le es dada por lo simbólico. El valor de la *forma* puede cambiar por la palabra, en tanto la imagen recibe su orden y su punto de referencia en virtud de sus relaciones con el Otro.

aquello que ex-siste¹³ a los demás

Real

Lo real¹² se juega en esta tríada como registros, es decir, lo que se encuentra por fuera de ellos. A diferencia de lo simbólico, constituido en términos de oposiciones como la de presencia y ausencia, en lo real no falta nada. Solidario de toda una tradición filosófica, este registro designa la cosa en sí kantiana: el punto ciego del conocimiento irreductible a cualquier abordaje simbólico (o imaginario). Precisamente, en esta incapacidad de simbolización se sitúa su vertiente traumática.

Por otra parte, es preciso deslindar *lo real* de *la realidad*. Mientras que el primero supone un límite ignoto imposible de franquear para el pensamiento, la segunda se constituye por la articulación entre lo imaginario y lo simbólico. Combinados, otorgan a lo real un marco prefigurado, su representación fenoménica. Con lo cual, la realidad humana se sostiene esencialmente por la función de cuadro o pantalla que vela lo real. Motivo por

el cual no hay realidad más que fantasmática, es decir, cooptada por la estructura subjetiva que establece el *fantasma*¹⁴, en tanto determina la posición inconsciente del sujeto respecto de su deseo bajo la modalidad de una pregunta: *¿Qué quieres? ¿Qué quiere el Otro de mí?*

Precisamente, la función del fantasma es la de ser el soporte del deseo, es decir, un modo de estructurar la relación del sujeto con la falta constitutiva que entraña el lenguaje, al desviar las necesidades en el ser humano. Cuando este soporte vacila, surge la angustia (otra de las vertientes de lo real), en tanto el sujeto pierde los puntos de referencia por los cuales se sostenía como sujeto historizado en lo simbólico. De este modo, la realidad, lejos de ser objetiva, está teñida por la singularidad del deseo y de las fantasías inconscientes, con todos los efectos postradores que acarrea la fragmentación corporal en lo imaginario. En suma: cuando el fantasma ya no se sostiene, la realidad se distorsiona.

Hasta aquí se ha trabajado sobre el desarrollo psíquico del yo en términos libidinales y su constitución por identificación a la imagen del semejante. Mediante los tres

¹² Aquí se ofrece una descripción somera de una categoría bastante compleja, puesto que atraviesa diversas reformulaciones durante la enseñanza de Lacan. Hay que considerar, siguiendo a R. Ponte (2003, como se citó en Ciurlini et al., 2021) que “lo real es tres, y no tercero (...) una de las dit-mensiones lacanianas, sostenidas en su consistencia triple por el decir de Lacan, y no de ningún real ontológico” (p.14). Es decir, no hay más real que en su anudamiento con lo simbólico y lo imaginario.

¹³ Del latín *ex-sistere*, literalmente: *ex*, afuera, *sistere*, el lugar donde está.

¹⁴ El concepto de fantasma es harto complejo y sus articulaciones varias, por lo que excede con creces el alcance de este escrito. Lacan se ocupa del mismo –entre otros lugares– en los seminarios IV y X, mientras que consagra uno entero a “La lógica del fantasma” (XIV). En el presente trabajo se ha utilizado la acepción que figura en el seminario de “La Angustia”, dado que el fantasma participa en la organización del campo perceptivo del sujeto. Por otra parte, la virtud de esta noción es la de romper con la clásica oposición entre realidad exterior-objetiva e interior-subjetiva. Por último, es preciso destacar que el fantasma no es consciente, ni mucho menos un dato *a priori* para el sujeto, sino que se construye en análisis partiendo de los síntomas.

registros, se ha indicado la estructura especular que subyace a la relación imaginaria entre el Yo y el *otro*; de la cual se derivan los efectos de transitividad, de fascinación amorosa (por la imagen unificada) pero también de agresividad (en tanto la unidad del otro amenaza con la fragmentación). Por otra parte, ha quedado señalado que la pasión imaginaria se encuentra siempre temperada por lo simbólico; ya que, en definitiva, “es en función de los símbolos, de la constitución simbólica de su historia, que se producen esas variaciones por las cuales el sujeto es capaz de tener imágenes variables, quebradas, despedazadas, incluso llegado el caso, inconstituidas, regresivas de sí mismo” (Lacan, 2020, p. 238). Sin embargo, aún resta analizar a dos importantes autores que colaboran en la dirección aquí trazada.

4. 4. El rostro de la madre

Donald Winnicott (1979), renombrado psicoanalista de niños, escribe en “Realidad y Juego”: “En el desarrollo emocional individual el precursor del espejo es el rostro de la madre” (p. 147). Claramente, su idea se apoya en la premisa lacaniana, y enfatiza, asimismo, la importancia del proceso de separación entre yo y no-yo, donde cada trayectoria varía según el ambiente de crianza y el niño. Continúa Winnicott,

¿Qué ve el bebé cuando mira el rostro de la madre? Yo sugiero que por lo general se ve a sí mismo. En otras palabras, la madre lo mira y lo que ella parece se relaciona con lo que

ve en él (p. 148).

A continuación, ejemplifica estos enunciados aludiendo al caso del bebé cuya madre refleja su propio estado de ánimo, o la rigidez de sus propias defensas. Se pregunta, en ese caso, ¿qué ve el bebé? En algunos casos de madres cuyo *holding*¹⁵ no es lo suficientemente adecuado como para permitir un desarrollo saludable, el niño sumido en esta experiencia durante mucho tiempo no recibe de vuelta lo que da. Miran y no se ven a sí mismos, surgen consecuencias, dice Winnicott. Se atrofia la capacidad creadora, y de diversas maneras buscan en derredor otras formas de conseguir que el ambiente les devuelva algo de sí¹⁶.

Así, la función materna desempeña un papel crucial en el conocimiento del mundo que el niño construye, gracias al rostro y su expresividad como soporte especular. Un rostro que se encuentra inmóvil no actúa como espejo, y obliga al bebé a esforzarse hasta el límite de su capacidad de previsión de acontecimientos. En consecuencia:

El que así es tratado crecerá con desconcierto en lo que respecta a los espejos y a lo que estos pueden ofrecer. Si el rostro de la madre no responde, un espejo será entonces algo que se mira, no algo dentro de lo cual se mira (p. 149).

Winnicott provee cuatro ejemplos de pacientes para argumentar su proposición, y concluye que el rostro de la madre y/o el padre como espejo es determinante en el desarrollo de la persona del niño; todavía más, su papel especular se extiende a toda la familia, y a medida que el niño crece y sus identificaciones se multiplican, la función reflexiva del rostro se extiende a las relaciones de hermanos y otras familias. Sostiene que

todos los niños se benefician gracias a que pueden verse en la actitud de los miembros de la familia o en la de toda esta. Podemos incluir aquí los espejos reales que existen en la

¹⁵ Término que significa “sostenimiento” y que alude al modo en que se auspicia la función materna al presentarle los objetos al bebé; el caso paradigmático es el pecho.¹⁶ Para enfatizar que la cuestión del espejo no se reduce al fenómeno visual, sino a una coyuntura pulsional estructural, Winnicott aclara que los niños ciegos “necesitan reflejarse a sí mismos por medio de otros sentidos que no sean el de la vista” (p. 149).

casa (...) Pero es preciso entender que el espejo real tiene importancia ante todo en su sentido figurativo. (p. 155). [el subrayado pertenece al autor del TIF]

A esta altura, resulta indudable que la función del espejo permite al sujeto la obtención de cierta unidad de la que carece por principio, al precio de encontrarla siempre fuera de sí, bajo una forma ajena, aun cuando fuese la suya propia.

4. 5. Esquema e imagen corporal

Por último, se analiza la perspectiva propuesta por Esteban Levin (1991) en el campo de la psicomotricidad. Definido éste como la articulación, a partir de un orden simbólico (el lenguaje) que posibilita tomar el cuerpo (los gestos, el movimiento, el tono, etc.) como el “decir corporal” de un sujeto. De modo que la psicomotricidad renuncia a tomar al cuerpo como objeto en y por sí mismo; la alusión al Otro de la palabra sigue siendo la estructura fundamental por la cual “el que habla es el sujeto a través del cuerpo, de las variaciones tónico motrices, del movimiento, los gestos y el esquema corporal” (p. 44).

Dicho autor repara en la confusión entre los términos yo, cuerpo y sujeto, tal como

se ha abordado en el presente trabajo: El yo, no en tanto cuerpo biológico sino como la superficie que por un proceso mental se constituye. El cuerpo, no como superficie sensorial, sino en calidad de *forma*, pues una forma se define precisamente por una superficie, por la diferencia en lo idéntico. El sujeto, como testimonio de la división subjetiva que delata la existencia del inconsciente. En síntesis, “la imagen de la forma del otro es asumida por el sujeto. Está situada en su interior, es gracias a esta superficie que en la psicología humana se introduce esta relación del adentro con el afuera por el cual el sujeto se sabe, se conoce como cuerpo” (Lacan, 1985, como se citó en Levín, 1991).

El cuerpo humano, por serlo, se constituye por efecto del lenguaje, y son estos efectos dados por el Otro los que marcan al cuerpo de un sujeto como deseante. Lo simbólico pre-existe al nacimiento del niño, pre-existe a su cuerpo y subsiste tras su muerte. En suma, el cuerpo es un significante, lo cual no quiere decir que no sea material; todo lo contrario, es un material visible y audible. Pero todo lo que pertenece al orden de lo corporal está rígido e incluido en la cadena simbólica.

De este modo, desde la lectura que posibilitan los tres registros, y encabalgado con la postura winnicotiana, “la imagen corporal narcisista tiene como precursor el rostro materno”. Del mismo modo, para que el poder de la imagen facilite la unidad imaginaria del cuerpo en el estadio del espejo, “tiene que haber Otro que libidinice esta imagen, que la desee, para que el niño pueda identificarse con ella” (p.52).

Hasta aquí la concordancia con lo antes expuesto es patente. Interesa ahora la distinción entre los conceptos de *esquema corporal* e *imagen corporal* que introduce Levín. El primero puede considerarse solidario de la perspectiva psiquiátrica, en tanto “es lo que uno puede decir o representarse acerca de su propio cuerpo. La representación que tenemos del mismo. Es del orden de lo evolutivo, de lo temporal” (p.64). Se implican aquí las nociones de información propio, intero y exteroceptiva, con lo cual, el desarrollo psicomotor del niño es lo que resulta en la construcción de su esquema corporal. Éste puede ser explicado, pues responde en parte a una generalidad de la especie humana. Pertenece a lo pre-consciente, puesto que la conciencia del cuerpo es más bien fugaz y nunca totalizante. No obstante, con cada acontecimiento en el registro del placer o el displacer, el sujeto va construyendo su propia geografía anatómica.

Por otra parte, la imagen corporal “es constituyente del sujeto deseante y, como tal, es un misterio, no es en absoluto del orden de lo evolutivo, se va construyendo en el devenir histórico de la experiencia subjetiva” (p. 64). Es decir que la imagen corporal es inconsciente, se relaciona con el recorrido libidinal que esquematizó el Otro en el cuerpo; las demandas que el Otro, encarnado en su función materna o paterna, le dirigió al sujeto en su origen. En definitiva, depende de la huella, el corte, la alteridad que lo simbólico

21

introduce con la posibilidad de generar imágenes que recubren la falta sin agotarla. No obstante, tomados en conjunto,

el esquema corporal se interrelaciona de tal modo con la imagen del cuerpo que también él está íntimamente ligado a la constitución subjetiva e histórica de ese sujeto y que como tal es efecto del lenguaje (...) Por lo tanto el esquema corporal posee su lado generalizable y al mismo tiempo su escritura-representacional que lo constituye como único (p. 65).

Para finalizar este apartado, se suscribe a la perspectiva del autor con relación a la posición del analista, cuando se pregunta por la ubicación del cuerpo y el sufrimiento que da a ver. De lo que se trata, en suma, es de restituir o instalar las posibilidades enunciativas sobre el cuerpo en la relación transferencial.

4. 6. La dismorfia en análisis

Se sitúa en este apartado una breve reflexión final acerca de las dos posiciones discursivas que ocupan el escrito. A tal fin, es importante mencionar que un punto de quiebre con la concepción psiquiátrica de la dismorfia reside en su ubicación “más acá” del descubrimiento freudiano. Las producciones del inconsciente delatan el intrincado nexo del sujeto con la sexualidad y la muerte; son la sustancia misma del psicoanálisis. Mientras que, pese al abstencionismo teórico declarado en los manuales, es bien sabida la inclinación del psiquiatra por un enfoque computacional de procesamiento de la información:

Una reciente investigación mediante visualización de escaneos cerebrales, pone de manifiesto que el cerebro de estas personas es, en principio, estructuralmente normal, pero el problema es que funciona de modo anormal cuando procesa los detalles visuales. Los pacientes con TDC utilizaban más a menudo su hemisferio cerebral izquierdo, la parte analítica, mejor preparado para procesar detalles complejos, incluso cuando procesaban las imágenes menos intrincadas, de baja frecuencia (Sanchez, 2018, p.2).

En las antípodas, se ha intentado demostrar que el carácter intuitivo de la realidad es más bien efecto de la intervención de pulsiones y representaciones que en su entramado evitan lo insoportable (de lo real) y dan carácter de evidencia a lo percibido. Esto equivale a decir: no hay realidad pre-discursiva, pues la posición del ideal corresponde al de un significante amo que condiciona toda percepción en la trama imaginaria y simbólica que consolida la realidad como fantasma. Así, el Ideal del Yo es el punto privilegiado en lo simbólico desde el cual el sujeto (se) percibe, y que condiciona la buena forma del Yo ideal. Volta (2017) plantea:

En el caso de las neurosis, para que la imagen que el sujeto ve en el espejo aparezca como “una” y adquiera consistencia será necesaria la identificación con una constelación de significantes privilegiados tomados del Otro: I (A); insignias que lo constituyen y alienan en esa identificación primera que forma el Ideal del yo.

Esta regulación simbólica de la imagen del cuerpo se divorcia definitivamente del organismo de la medicina; su valor para el análisis no es factual, sino histórico, en términos de la narrativa que un sujeto erige en transferencia. Así, el Yo es la instancia que brinda al sujeto cierta imagen de sí mismo, al proporcionarle un espejismo de totalidad (Lacan, 2004). O bien, su fragmentación. El decir de un analizante constituye el vehículo de aquellas formas más o menos logradas de sí mismo, determinando también su relación con el otro. De manera correlativa, la intervención clásica del analista apunta a la interpretación de aquellas constelaciones sintomáticas que generan malestar en el sujeto, a partir de una dinámica de vaciamiento del sentido coagulado. Desde esta perspectiva:

22

Lo que nos retiene es que un psicoanálisis que juega en lo simbólico —lo cual es innegable si su proceso es de conquista sobre el inconsciente, de advenimiento de historia y de reconstrucción de significante, si no se niega simplemente que su medio sea de palabra—, que un psicoanálisis sea capaz de retocar el Yo así constituido en su estatuto imaginario (p.644).

Precisamente, la hipótesis de trabajo apunta a ligar la dismorfia al proceso mismo por el cual se forma la imagen. Tiempo clave para la emergencia del sujeto que, a su vez, encuentra su escansión en los diversos momentos de una cura psicoanalítica. He aquí donde podría jugar la dirección de esta. No obstante, la eficacia simbólica de la transferencia debe reconocer sus límites al sopesar lo singular de cada caso.

Es cierto que el análisis encuentra su medio en la palabra. Sin embargo, el privilegio irrestricto de la dimensión simbólica puede suponer un obstáculo, al arrojar a los

personajes involucrados en la escena analítica a una fascinación por los efectos de la interpretación, así como a un estancamiento del tratamiento. Con ello, la dirección de la cura queda reducida a la puntuación significativa, y sus efectos a los de un desplazamiento indefinido de las significaciones. Así, el analista corre el riesgo de dejar incólume tanto aquel estatuto imaginario del Yo, como la modalidad de goce del sujeto.

En este sentido, ha de preservarse un espacio respecto de aquello que no habla y sin lo cual no hay movimiento significativo posible (Amoros, 2017). Existen modos de sostener el malestar subjetivo que no transcurren por la vía de la palabra, y que no obstante constituyen un análisis. Allí, el analista se presta como objeto¹⁷ para las elaboraciones y reconstrucciones del paciente, y aporta, a la vez, la materialidad del cuerpo como sostén que posibilita la materialidad de la palabra.

¹⁷ Acerca de la posición del analista en relación a intervenciones que no transcurren por las vías clásicas de la interpretación significativa, véase *“El cuerpo del analista”* de Omar Amoros (2017).

5. Conclusiones

La historia del Trastorno Dismórfico Corporal enseña, desde los albores de la psiquiatría, un padecimiento de salud mental mucho más común de lo que podría sospecharse. Se lo ha ligado a entidades tan variadas como las fobias, los trastornos somatomorfos, hipocondríacos, e incluido recientemente dentro del espectro obsesivo-compulsivo. Todas ellas, afecciones de dudosa e incierta naturaleza etiológica. La misma literatura psiquiátrica expresa su desconcierto por esta figura que existe desde hace más de un siglo, en lo tocante a su detección, diagnóstico y tratamiento. Las sucesivas mutaciones conceptuales presentes en los manuales diagnósticos son el

testimonio de dichas dificultades.

Pese a estas vacilaciones, existen criterios para distinguir la dismorfia respecto de otras sintomatologías. Tal es el caso de los trastornos de la conducta alimentaria; en particular, la anorexia. En estas encrucijadas, la indagación psicoanalítica encuentra una preocupación dismórfica específica, que es lícito considerar transversal a todos los individuos y que puede presentarse en tantos otros cuadros nosográficos, en la medida en que lo que se afecta es la relación del sujeto con la imagen del cuerpo.

La investigación ha considerado el pródromo del TDC durante los años adolescentes, etapa plena en transformaciones psicofísicas. Fase del desarrollo que, como hito del ciclo vital, reedita el momento original en que se constituye la imagen del cuerpo. Esto ha llevado directamente a considerar el trastorno desde la óptica del estadio del espejo y la doctrina del narcisismo.

Durante el escrito se ha desarrollado la *forma primordial* en la que el sujeto se precipita para la conformación imaginaria del yo. Imagen especular que encarna al *Yo ideal*, en tanto se presenta como una figura lograda, armónica, cuyos efectos seductores suscitan una contracara agresiva, en tanto amenazan con la fragmentación corporal de aquella *unidad ortopédica* del yo. La instancia que regula esta distancia corresponde al *Ideal del Yo*, fruto de la identificación simbólica del sujeto a las insignias de un Otro que permite situar su perspectiva con respecto a la imagen. Vale decir, según cómo fue hablado, según su historia, la palabra del Otro tendrá la virtud de otorgar a la forma su brillo fálico, o bien de llevarla hasta el brete de la deformidad.

Pero aún más: la ortopedia de la unidad yoica no sólo lleva la marca de una inestabilidad de origen –siempre dispuesta a ser amenazada– sino que condiciona el conjunto de sus relaciones imaginarias, es decir las que involucran al *otro* social. La virtud de esta concepción radica en que explica, a un tiempo, la degradación del propio yo, así como el menoscabo de la relación con el semejante. Del mismo modo describe la psiquiatría la sintomatología del trastorno, a saber: como la desintegración de las funciones sociales en el paciente. Por otra parte, el secretismo que profesan los sujetos aquejados por la dismorfia podría considerarse como una inhibición desde el punto de vista analítico. Con lo cual, no habría demanda de análisis, ni de consulta psiquiátrica, pero sí de intervenciones estéticas y de cirugías correctivas.

Respecto de las similitudes y divergencias acerca del diagnóstico, la ética del trabajo analítico impide que las preocupaciones dismórficas admitan tipificación alguna. Por tanto, queda en suspenso el juicio sobre su carácter patológico, el cual ha de ser sopesado caso por caso. En este punto la distinción entre las políticas semióticas de uno y otro campo entran en tensión. Mientras que el DSM promueve el uso del signo como índice de aquello que mancomuna a distintos individuos bajo una misma figura diagnóstica, el psicoanálisis se ocupa de la metonimia del sujeto en el discurso, del cual extrae las impresiones singulares de un padecimiento que no admite reproducción en otro paciente.

En cuanto a las nociones de *realidad e imagen del cuerpo*, a las cuales el discurso psiquiátrico parece exigirles un maridaje armónico, adquieren otro valor a la luz de los tres registros. Por todo lo antedicho, la hipótesis que se ha buscado desarrollar establece que los síntomas experimentados en la dismorfia no dependen de una mala adecuación a la realidad, sino de las determinaciones simbólicas, reales e imaginarias ligadas a la

24

historia del sujeto. La experiencia más ordinaria, sostenida en el descubrimiento freudiano y en los autores abordados, indica que para todo juicio del Yo existe un ideal desde el cual se lo mide (Freud, 1984d). Por lo tanto, se arriba a la conclusión de que *la relación del sujeto con la imagen especular es dismórfica*. O bien, que *la dismorfia es una consecuencia inherente a la constitución del yo*.

La mala forma es siempre el reverso de la unidad del yo. La realidad estará

signada entonces por las vicisitudes que un sujeto atravesó en aquel momento fundante de la constitución imaginaria del cuerpo. Según el modo en que alguien haya entablado su relación con el espejo, su tópica imaginaria, se producirán una serie de dificultades o perturbaciones más o menos complejas que impactarán tanto sobre sí mismo como en sus lazos sociales. Se considera, por lo tanto, que estas alteraciones de la imagen son susceptibles de elaborarse en la escena analítica. Resta considerar, como vía abierta para futuras indagaciones, la posición del analista en el tratamiento de los fenómenos dismórficos, de la cual se ha indicado una somera dirección en el último apartado.

25

Referencias bibliográficas

- Amoros, O. (2017). *El cuerpo del analista*. Otro cauce.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (1995). *Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* (DSM-4) (Cuarta edición). Masson S. A.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) (Quinta edición). Editorial Médica Panamericana. Barreto
- Rincón, D. M. (2022). Dimensión histórica, síntomas y neurobiología del trastorno dismórfico corporal. *Revista Psychologia*. Avances de la Disciplina, 16(1), 49-56. Epub 23 de Noviembre, 2022.
- <https://doi.org/10.21500/19002386.5797>
- Ciurluini, J., Fiocchi, A., & Palavecino, A. (2021) *Correspondencia* [Ficha de Cátedra]. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario.
- Evans, D. (1997). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Paidós. Freud, S. (1984a). 16° conferencia. Psicoanálisis y Psiquiatría. En Freud, S., *Obras Completas* (Vol. 16). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1984b). 23° conferencia. Los caminos de la formación de síntoma. En Freud, S., *Obras Completas* (Vol. 16). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1984c). El yo y el ello. En Freud, S., *Obras Completas* (Vol. 19). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1976). El método psicoanalítico de Freud. En Freud, S., *Obras Completas* (Vol. 19). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1984d). Introducción del narcisismo. En Freud, S., *Obras Completas* (Vol. 14). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1984e). Psicología de las masas y análisis del yo. En Freud, S., *Obras Completas* (Vol. 18). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1984f). Pulsiones y destinos de pulsión. En Freud, S., *Obras Completas* (Vol. 14). Amorrortu editores.
- Freud, S. (1984g). Tres ensayos de teoría sexual. En Freud, S., *Obras Completas* (Vol. 7). Amorrortu editores.
- Giraldo-O'Meara M. y Belloch A. (2017). El trastorno dismórfico corporal: Un problema infradiagnosticado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Vol. 22, no.1, pp.69-84. 10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.17929
- Kodysz, S. (s.f). Trastorno Obsesivo Compulsivo (T.O.C.). Breve Revisión Bibliográfica. En *Hojas Clínicas de Salud Mental*. Facultad de Psicología, UBA.
- Lacan, J. (1971). El estadio del espejo como formador del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En Lacan, J., *Escritos 1*. Siglo XXI.
- Lacan, J. (1984). Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano. En Lacan, J., *Escritos 2*. Siglo XXI
- Le Gaufey, G. (2006). Una clínica sin mucho de realidad. En Le Gaufey, G., *El caso inexistente. Una compilación clínica* (pp. 455-472). Epeeel.
- Levin, E. (1991). Cap. II El cuerpo y el otro (pp. 41-69). En Levin, E., *La clínica psicomotriz. El cuerpo en el lenguaje*. Nueva visión.
- Navarro Pizzurno P. J. (2010). *La dismorfofobia y el "comportamiento adictivo" a las*

cirugías estéticas. Biblioteca virtual Noble.

- Peidro, S. y Recalde, J.A. (2012). ¿Qué real del cuerpo en psicoanálisis? En Revista Universitaria de Psicoanálisis - Vol. 12, pp. 83-95.
https://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/RUP_2012-6.pdf
- Salavert Jiménez, J., Clarabuch Vicent, A., & Trillo Garrigues, M. (2019). Trastorno Dismórfico Corporal: revisión sistemática de un trastorno propio de la adolescencia. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 36(1), 4–19.
<https://doi.org/10.31766/revpsij.v36n1a1>
- Volta, L. (2017). Patologías del Ideal: variedades clínicas de la denominada “distorsión perceptiva”. *Estrategias - Psicoanálisis y Salud Mental*. Vol. 4, no.5, pp.80-84.

26

Winnicott, D. (1979). Capítulo 9 Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño (pp. 147-156). En Winnicott, D., *Realidad y Juego*. Gedisa.