



DISMORFOFOBIA O VERGÜENZA DEL CUERPO¹

Rosa Velasco²

Sociedad Española de Psicoanálisis, Barcelona

Dismorfofobia es una fobia corporal, un rechazo al propio cuerpo, un miedo extremo a no ser aceptado. Es la expresión de la “experiencia traumática inconsciente” y su solución atraviesa el sentimiento de vergüenza: VERGÜENZA DEL CUERPO.

Palabras clave: Dismorfofobia, Vergüenza, Miedo, Conexión emocional, Secuela emocional, Memoria, Patrón relacional

Dysmorphophobia is a body phobia, a rejection of one's own body, an extreme fear of not being accepted. It is the expression of unconscious traumatic experience, and its solution implies struggling through the feeling of shame: SHAME OF ONE'S BODY.

Key Words: Dysmorphophobia, Shame, Fear, Emotional connection, Emotional sequela, Memory, Relational pattern.

English Title: Dysmorphophobia or Shame of one's body.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Velasco, R. (2010). Dismorfofobia o Vergüenza del cuerpo. *Clinica e Investigación Relacional*, 4 (1): 208-220.

[[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen41Febrero2010/tabid/648/Default.aspx>] [ISSN 1988-2939] [ISSN 1988-2939]

“Siento, luego existo...”
(Pienso, luego existo. Descartes)

INTRODUCCIÓN

Mi exposición será básicamente clínica, voy a tratar el tema de la **VERGÜENZA DEL CUERPO** desde una óptica terapéutica, es decir, desde la comprensión alcanzada en la experiencia de tratamiento. Será una forma parcial de tratar el tema. Mi interés se centra en poder aumentar la eficacia terapéutica del tratamiento del sufrimiento psíquico.

Desde hace ya varios años el tema de la VERGÜENZA es central para mí (R. Velasco, 1998, 1999, 2005, 2008, 2009) en la comprensión en profundidad del sufrimiento mental.

La vergüenza es el afecto central del *self*, atañe al sentimiento de sí, es decir, a la imagen que tenemos de nosotros mismos. Construimos nuestra identidad en el seno de relaciones significativas. El sentimiento de vergüenza surge de la experiencia relacional en la que uno se siente expuesto a la mirada del otro.

La experiencia de déficit del sentimiento de admiración está en la base de la vergüenza. No haber tenido la vivencia (sensación, sentimiento y pensamiento) de que alguien significativo se haya sentido orgulloso/a de mí, es una fuente de vergüenza. Esto tiene una especial importancia en la etapa de la adolescencia. La adolescencia es la etapa patognomónica de la vergüenza. Pero la vergüenza la experimentamos antes, siempre que me he sentido expuesto/a a la mirada de alguien sin que la vivencia de sentirme acompañado, en sintonía con mi entorno, me haya sostenido lo suficiente, como para atreverme a ser yo mismo, explorando el mundo. Los primeros pasos son atrevimientos, sobre una base de sensación de seguridad que mi entorno me provee. Crecemos a través de sucesivos atrevimientos.

Mi perspectiva, en la comprensión y el tratamiento del padecer psíquico, es relacional, es decir, concibo el desarrollo (físico, emocional y cognitivo) como un derivado de la participación e interacción de subjetividades. En condiciones óptimas, el nacimiento psicológico precede al biológico, es decir, primero existimos en la mente de alguien. Para que nuestra existencia se desarrolle en progresión, **la conexión emocional** es imprescindible. Los humanos crecemos a través de sentirnos sostenidos en la mente de alguien. Observando la díada cuidador/cuidado de la especie humana, es destacable la complejidad del funcionamiento mental del adulto. El cuidador se relaciona con su cría con empatía. Empatía emocional y empatía cognitiva, captamos emociones e intenciones en cada interacción intersubjetiva. Hoy sabemos, a través de investigaciones de la díada bebé/cuidador y a través de las neurociencias (neuronas espejo), que para el desarrollo del funcionamiento mental, el bebé necesita conexión emocional. Estamos biológicamente prediseñados para conectar emocionalmente al relacionarnos. Pero necesitamos **experiencia**. Nuestro potencial de desarrollo se despliega practicando.

Desde la perspectiva psicoanalítica relacional se considera que alrededor del segundo año de vida al bebé le es más importante **sentirse reconocido que alimentado**. Si la dinámica relacional falla a este nivel, el bebé se repliega pudiendo presentar trastornos en la alimentación. Sintomatología que conlleva la experiencia subjetiva de intrusión en el bebé. A la vez que, en el cuidador, se genera la experiencia subjetiva de miedo a no ser suficiente para cubrir las necesidades del bebé. Estudios recientes de la díada cuidador-cuidado

demuestran que el bebé almacena en su memoria una secuencia alterada en su alimentación ya a los 8 días de vida (Sander, 1985, citado por el grupo de Boston, en uno de sus últimos trabajos del 2007). Un tipo de dismorfofobia o vergüenza del cuerpo es la enfermedad de la anorexia mental, de eclosión muy frecuente en la adolescencia, etapa de desarrollo particularmente específica de la integración de la identidad. En la exploración psicológica, podemos observar como antecedente, un proceso de desarrollo caracterizado por síntomas de trastorno alimentario infantil asociado a dificultades en la conexión/desconexión emocional y dificultades en el tiempo de recuperación de la desconexión. Estos estados de des-acompañamiento relacional pueden tolerarse, muchas veces, a través de la fantasía de omnipotencia o ilusión de autosuficiencia (yo conmigo mismo/a me siento mejor que yo con alguien). El fallo de este sistema defensivo conlleva sentir vergüenza: vergüenza del cuerpo, vergüenza de ser.

INVESTIGACIÓN DE LA CONEXIÓN EMOCIONAL

Revisemos ahora unos videos del **E.Tronick** (Boston) para poder ver con detalle la importancia de la conexión emocional en el desarrollo de la mente humana y los momentos de des-acompañamiento relacional en el intercambio de subjetividades en la **díada cuidador/cuidado**. También destacaré que ambos participantes han cambiado después de la experiencia: el bebé porque para él es extraordinariamente gratificante recuperar la conexión tras haberla perdido. Creemos de esta forma (identidad de filiación: **identidad filial**). Por su parte, el cuidador, integra la vivencia de ser confiable, con capacidad para transformar un estado de tensión en un estado de relajación, se reafirma en su reconocimiento de ser alguien con función sostenedora, con una mente que sostiene. Esta experiencia es gratificante para ambos. Nos desarrollamos de esta forma (identidad de filiación: **identidad parental**).

1-Vídeo Still Face (cara fija):

Se proyecta la investigación de E. Tronick, que consiste en observar la interacción de una madre con su hijo después de decirle a la madre que en un momento dado ponga su cara fija sin expresión alguna, el bebé de seis meses intenta desesperadamente conectar con su madre sin conseguirlo para después volver a reconectar cuándo la madre retoma la relación con él. Tronick nos muestra como resultado de sus investigaciones que la conexión emocional es imprescindible para el desarrollo de la mente. Considera que la interacción normal en la díada cuidador-cuidado consiste en un 30% del tiempo en conexión, el restante se reparte entre desconexiones y tiempo de recuperación. La capacidad de recuperación del bebé después de la desconexión dependerá de la salud emocional del bebé, en relación directa con la estabilidad de la díada relacional cuidador/cuidado.

2-Vídeo Intercambio de subjetividades, des-acompañamiento relacional y recuperación: Afecto Miedo.

En esta segunda proyección, la filmación consiste en una mamá y su bebé interactuando activamente, en un momento dado el bebé de manera accidental enreda sus dedos en el pelo de su madre. Ella, espontánea y visiblemente, expresa con un gesto facial su dolor, el bebé reacciona cubriéndose la cara con ambas manos. Probablemente nunca antes este bebé tuvo una imagen de su madre como esta y sin embargo el bebé reacciona con un automatismo espontáneo frente al afecto miedo.

La capacidad de recuperación de la conexión interrumpida está en directa relación con el

gradiente de salud emocional de ambos participantes en cada interacción.

Estas investigaciones tienen un extraordinario valor por lo que podemos inferir de ellas para la observación y el análisis de experiencias de conexión, desconexión, acompasamiento relacional, des-acompasamiento y tiempo de recuperación de la conexión dentro de una sesión en un proceso psicoterapéutico.

DISMORFOFOBIA O VERGÜENZA DEL CUERPO

A) ¿QUÉ ES UN SÍNTOMA PSICOLÓGICO?

Un síntoma psíquico es la solución espontánea a un problema emocional, ésta es mi definición de síntoma, inspirada en Virginia Goldner (2003) que considera que el síntoma psíquico es al mismo tiempo la expresión del trauma y su solución.

Dismorfofobia es una fobia corporal, un rechazo al propio cuerpo, un miedo extremo a no ser aceptado. Es la expresión de la “experiencia traumática inconsciente” y su solución atraviesa el sentimiento de vergüenza: VERGÜENZA DEL CUERPO.

La fragmentación que encontramos en la ruptura psicótica (dificultad para sentir y poder identificar el afecto) resulta del fracaso en el intento de “enmarcar al miedo intenso”. Por ejemplo, tener miedo a la oscuridad es un sentimiento muy frecuente en la infancia. El mejor antídoto de este miedo es la comprensión y aceptación sin ningún tipo de gesto que conlleve burla o ridiculización de la vivencia de vulnerabilidad. La experiencia de validación y aceptación del afecto miedo es en sí misma una experiencia que sirve para la transformación del afecto. Crecemos a través de sucesivas transformaciones.

Se transforma el afecto en el seno de una relación significativa cuidador/cuidado: el miedo se transforma (*no estoy solo/a*) y el sentimiento de sí se construye (*soy capaz, valioso, frente a la mirada de alguien importante para mí*).

Más allá de la fobia (miedo “enmarcado” que lleva a la evitación como solución espontánea), la esquizoidia es un estado mental de retraimiento y aislamiento derivado de un sufrimiento extremo que puede producir, como consecuencia, una alarmante detención del desarrollo emocional y/o cognitivo.

Un substrato de vergüenza o mundos de experiencia llenos de vergüenza pueden llevar, en extremo, al retraimiento y/o a la búsqueda desesperada de solución.

Dismorfofobia o **Vergüenza del cuerpo**: Me gusta mucho más hablar de vergüenza del cuerpo que de dismorfofobia para definir a un tipo de sufrimiento psíquico de alguien que, tratando de resolver su grave problema relacional (fobia social, bloqueo de la iniciativa, sumisión...) se esconde por vergüenza extrema (mundos de experiencia llenos de vergüenza o substrato de vergüenza) detrás de **sistemas de seguridad** dirigidos a la “protección” de uno mismo como el control de los alimentos, control del ejercicio físico, autolesiones, comer compulsivamente, adicciones...etc.

“Sabe, a mí me pasa lo que a Michael Jackson, él es negro y quiere ser blanco...”, me dijo en su tratamiento una chica adolescente, de tez blanca y ojos claros, que sufría de vergüenza del cuerpo y que había desarrollado anorexia mental (como solución espontánea a su problema) para poder sentirse un poco mejor.

La convicción invalidante de que el defecto está en uno mismo, reside en la base de la dismorfofobia. Es difícil que esta convicción (ser alguien defectuoso) se diluya y dé paso a la

aceptación y validación de la propia singularidad. Nuestra mente se desarrolla en el seno de relaciones significativas. Necesitamos de la mirada del otro. Y no siempre el otro está en condiciones de que su mirada sea clara. Nuestro sentimiento de sí, resulta de la interacción de subjetividades significativas: “Yo conmigo mismo” resulta del “yo con los demás” y el “yo con los demás” resulta del “yo conmigo mismo”, dándose una bi-direccionalidad relacional. Nuestro trabajo como psicoterapeutas conlleva la exploración a este nivel, exploramos la dinámica relacional contextualizada. Poder identificar el patrón relacional que está en la base de la forma determinada de “*estar con alguien*” para dar lugar a nuevas maneras de relación más satisfactorias.

B) MIEDO Y VERGÜENZA

El miedo es un afecto natural y primario que se va transformando a medida que vamos creciendo. Estas sucesivas transformaciones del miedo se producen a través de la relación cuidador/cuidado que experimentamos los humanos desde el inicio de la vida. El mejor antídoto del miedo es la experiencia de conexión emocional. Un acompañamiento empático (emoción y cognición) produce la vivencia de “me siento comprendido”: “**siento que tú sientes lo que yo siento**”.

Se transforma así el estado de tensión en estado de relajación. Si esta transformación del afecto miedo no se produce, estaríamos frente a una experiencia de déficit, esta experiencia es, en sí misma, una fuente de vergüenza: **Miedo a decepcionar y vergüenza de tener miedo.**

En trabajos anteriores me he referido a la “patología del no ser”, para tratar a las manifestaciones clínicas de la vergüenza, como la anorexia mental, un problema de conducta alimentaria (lo que está explícito es el trastorno de conducta alimentaria) que conlleva **vergüenza de “ser”** o dificultad para sentir que podemos “*existir en continuidad*” en la mente de alguien que nos valora (lo que está implícito es este substrato de vergüenza).

La vergüenza es el afecto central del *self* (el sentimiento de sí, la idea que yo tengo de mí mismo y la idea que yo creo que los demás tienen de mí). Así como el antídoto de la culpa es el perdón, el antídoto de la vergüenza es la aceptación. Necesitamos sentirnos aceptados pero con nuestra propia especificidad. Lo que (inconscientemente y/o conscientemente) se había considerado como un defecto propio, se transforma en una aceptación de la propia singularidad. Estas transformaciones forman parte del crecimiento, del desarrollo emocional. En ocasiones esto se produce con ayuda psicoterapéutica.

Durante el desarrollo infantil, al niño, por sí solo, le es imposible llegar a la comprensión de que su malestar deriva de un desencuentro relacional o de un des-acompañamiento relacional. Tendemos a interpretar que el defecto está en uno mismo, en lugar de pensar en que se dieron algunas experiencias de déficit que podríamos revisar.

El afecto de vergüenza está siempre presente en la consulta psicoterapéutica, conviene considerarlo como un invitado esperado (Donna Orange, 2005). Resolver aquellas secuelas emocionales derivadas de mundos de experiencia llenos de vergüenza conlleva atravesar por la vergüenza. Me gusta relacionar **VERGÜENZA e INICIATIVA**. Atreverme a ser yo mismo, atreverme a cuestionar un ideal, lo que se supone que “yo tendría que ser”, es siempre una experiencia que produce “vergüenza”.

Jean Paul Sartre diría que el afecto de vergüenza nos subjetiviza, nos hace sujetos (*Las*

fuentes de la vergüenza, Vincent De Gaulejac, 1996). **Nos importa qué imagen de nosotros mismos nos devuelven los otros, necesitamos que este espejo no se rompa, y dentro de la experiencia relacional es importante poder discriminar lo que es mío y lo que es del otro en la interacción de subjetividades.**

En su trabajo sobre el Quijote, León Wurmser nos muestra como Cervantes se atreve a cuestionar algunas cosas de su contexto relacional (la moral de la época), también se atreve a enfrentar algunas cosas de su sentimiento de sí, a través del personaje Don Quijote y su complementario Don Sancho. Podríamos decir que esta forma novelada, la creación del autor, sirve para llevar a término el “atrevimiento” o la “iniciativa” atravesando el sentimiento de vergüenza de una identidad en desarrollo, la identidad del autor.

De hecho, en el trabajo psicoterapéutico, una experiencia emocionada produce la disminución de aspectos escindidos o disociados de la personalidad. El motor del cambio, es la emoción. Aprendemos si hay emoción. Recordamos si hubo emoción y en su defecto, sin emoción, enfermamos.

Expertos en emociones y en como transmitir las, son los poetas. Sólo los poetas pueden expresar en muy pocas palabras lo que los demás haríamos a través de actos, gestos o bien con muchas palabras. Por eso para referirme al afecto miedo y al sentimiento de vergüenza, voy a transcribir las palabras del poeta Ángel González (1990):

Si temo

*mis imaginaciones,
no es porque vengan de mi fantasía,
sino de la memoria.*

Si me asusta

*la muerte,
no es porque la presienta:
es porque la recuerdo.*

Muchas veces, nuestro trabajo con pacientes consiste en poder transformar afectos que, como el miedo, están en la memoria implícita. Esta transformación se produce a través de la conexión emocional surgida en el vínculo significativo. De hecho, en la relación psicoterapéutica, se abre la posibilidad de revisar aquellas vivencias que están en la memoria pero que nunca antes se habían podido explicitar. Ello conlleva no solo la transformación del afecto (el miedo, por ejemplo) sino también la transformación del sentimiento de sí, es decir, la imagen que yo tengo de mí mismo y la imagen que yo creo que tienen los demás de mí.

Si revisamos el poema de González, estar convencido de que “yo soy” un “fantasioso”, o un “loco” que imagina cosas que me asustan, un “hipocondríaco” que presiente la muerte a cada paso, es muy distinto a poder pensar que “yo viví experiencias” que han dejado “secuelas emocionales” en mí, como un miedo intenso, o una vergüenza extrema.

Si bien el miedo está considerado como un afecto primario, necesitamos tener experiencias relacionales para desarrollarnos en las que transformamos los afectos. Biológicamente tenemos un potencial de desarrollo, pero necesitamos practicar. Únicamente podremos incorporar una función autorreguladora de los afectos si hemos tenido la experiencia de pasar de un estado mental de tensión a un estado mental de confort en el seno de una relación. Un déficit a este nivel produce vergüenza, ya que la convicción de ser alguien defectuoso frente a los ojos del otro, bloquea cualquier tipo de iniciativa (vergüenza de ser). El miedo que no se ha podido transformar a través de las experiencias de relación con alguien significativo (relación cuidador/cuidado) produce sufrimiento mental y detención del desarrollo emocional. La vergüenza de tener miedo produce vergüenza. Es decir, la experiencia de déficit en la transformación del miedo origina la convicción de que hay un defecto en mí y esta convicción vergonzosa es a la vez una fuente de vergüenza: vergüenza de tener miedo y vergüenza de tener vergüenza. El miedo no se pudo transformar y yo no me sentí aceptado/a, esta vivencia conlleva la idea de que el defecto está en mí.

Al pensar estas dinámicas desde una perspectiva relacional que incluye la idea de desarrollo en un contexto determinado: Estamos ampliando el marco de comprensión con el objetivo de aumentar la eficacia terapéutica. Tendremos así, la posibilidad de reparar las experiencias de déficit que están en la base de los estados mentales de ansiedad o bien, aquellas que están en la base del síntoma psicológico (substrato de vergüenza). Es útil pensar que este proceso, el proceso de transformar afectos, muchas veces atraviesa por la vergüenza. Se trata de poder tolerar afectos o pensamientos que solo se podrán expresar si hemos podido anticipar una aceptación y no un rechazo o una burla o ridiculización.

Esta consideración está ampliamente desarrollada en el trabajo de Lansky (2005), en el que se desarrolla la conceptualización del síntoma psicológico como una “solución de compromiso” que daría cuenta de algo, pero solo en parte. Una “idea” que es incompatible con la conciencia no es facilitadora de la progresiva integración de la personalidad.

Un ejemplo de ello es el siguiente: un joven presentaba sintomatología depresiva desde hacía varios años que conllevaba un bloqueo en sus estudios que estaban interrumpidos. En el tratamiento pudimos abordar el substrato de vergüenza, la vergüenza escondida, como diría Lansky. Este joven se recordaba de niño con ideas incompatibles sobre su incipiente identidad sexual en desarrollo. Ideas que trataba de “sacar”, activamente fuera de su mente porque éstas eran incompatibles con su contexto relacional más íntimo, y él como todos los humanos, necesitamos para desarrollarnos sentirnos queridos y valorados. En la experiencia de tratamiento pudimos pensar en la compatibilidad de su singularidad, su identidad sexuada en desarrollo y la vivencia de no tener que renunciar a una imagen considerada y de valor de él mismo. En su contexto relacional esta cuestión (su identidad sexual) era altamente conflictiva. En un tratamiento psicoterapéutico, los sucesivos desenlaces en el análisis de estados mentales de ansiedad y/o depresión, son momentos altamente afectivos que sirven para de-construir y co-construir la imagen que tenemos de nosotros mismos. El sentimiento de ser pensado por un otro significativo como alguien de valía y con un potencial de desarrollo, está en la base de la autoestima. Esta vivencia es, sin ninguna duda, una experiencia que sirve para alcanzar la integración de la personalidad. Una etapa de desarrollo especialmente significativa para estas consideraciones es la adolescencia.

La identidad se construye progresivamente, y es especialmente importante el paso de la infancia a la adultez, la etapa de la adolescencia, “*la etapa de las vergüenzas*”.

ESCENAS CLÍNICAS

A) ¿QUIÉN LE DIJO AL PATITO FEO QUE ÉL ERA FEO?

Me centraré ahora en una experiencia de tratamiento en la que **LA VERGÜENZA DEL CUERPO** fue el afecto por el que pudimos acceder mi paciente y yo al substrato de vergüenza: **el problema relacional que estaba en la base del síntoma somático de la alopecia total.** (Trauma y solución)

A Katy³ la trajeron sus padres a mi consulta después de dos meses del inicio de su **alopecia decalvante**. Katy, una niña pre-adolescente, había perdido totalmente su pelo y su vello corporal. La ausencia de pestañas y cejas acentuaban enormemente una mirada triste en una niña **extremadamente avergonzada** (llena de vergüenza, vergüenza tóxica). La pubertad es fisiológicamente la etapa de las vergüenzas, ya que en esa etapa de desarrollo, el chico y la chica se van **diferenciando física y psíquicamente** de los otros de una manera mucho más consciente y evidente, tanto para uno mismo como para los demás.

Cuando conocí a Katy, ella usaba peluca para tapar la ausencia de pelo y poder ir así un poco más tranquila al colegio. Durante el tratamiento descubrimos que debajo de la punta del iceberg de la alopecia vergonzante había todo un mundo de vergüenza que hasta entonces estaba ANULADO. Sabemos que la alopecia total es muy difícil de revertirla, en esta ocasión el tratamiento fue exitoso por la buena disposición de Katy y su familia desde un inicio, aunque también diré que tuvimos que superar dificultades para que el encuadre terapéutico fuera considerado fiable, sobre todo con la familia de Katy.

En las sesiones de tratamiento pudimos abordar lo que había sido inabordable, considerado como un tabú y causante de sufrimiento en Katy y en su familia. Estábamos tratando el sufrimiento mental, con especial atención en el desarrollo de Katy, adentrándonos en su mundo de vergüenza. Existía en el síntoma vergonzante de la alopecia un substrato de vergüenza que devaluaba su sentimiento de sí. El desarrollo emocional de Katy estaba detenido.

Katy era hija de madre oriental y padre europeo. Ella perdió todo su pelo coincidiendo con la primera vez que sus padres se fueron de viaje y la dejaron a ella y a su hermano con la abuela materna, con quien los niños tenían un escaso vínculo (de hecho, esta abuela se desplazó desde Asia a Europa para estar una temporada con sus nietos).

En las sesiones de tratamiento con Katy y con su madre pudimos reconstruir la siguiente historia:

Cada año, antes del nacimiento de Katy, los padres de la madre de Katy (que vivían en Asia) se reunían con su hija para viajar por Europa. Cuando la madre de Katy se quedó embarazada de ésta, se anuló el viaje previsto porque el ginecólogo consideró que existía un riesgo de aborto. Entonces el padre, el futuro abuelo, cambió su habitual plan de cada año, el viaje por Europa con su hija, por unas vacaciones para practicar su deporte favorito, la inmersión en profundidad con botellas de oxígeno. Aquel Agosto sufrió un accidente buceando y perdió la vida. La madre de Katy se deprimió, pensó que ella tendría que haber ido como cada año de viaje con sus padres, y que si accidentalmente hubiera abortado, ella podría haber buscado más adelante un nuevo embarazo.

Katy nació en este contexto relacional, con su mamá deprimida por la muerte accidental de su padre. A Katy no le faltó ningún cuidado físico por parte de los adultos que la acompañaron, sus padres, pero desafortunadamente le faltó la vitalidad emocional que la

madre no le pudo ofrecer. Katy **se creía fea**, la madre le había explicado muchas veces que ella nació poco agraciada, pequeña, muy arrugada, **“nací bastante fea”** repetía Katy en sus sesiones conmigo. Yo la veía guapa, una niña de ojos claros, pero muy inexpresiva, extremadamente triste.

Fue especialmente emocionante aquella sesión en la que la madre le explica todo esto a su hija, se les resbalaron las lágrimas a las dos, se abrazaron. Yo sentí que se recuperaba un vínculo que estaba “tocado” por un **substrato de vergüenza**, del que nos ocupamos a lo largo del tratamiento de Katy.

El resultado de esta especie de “*self-disclosure*”, “de revelación entre madre e hija” conllevó el que Katy entendiera el substrato de este “clima enrarecido” que se había instalado entre ellas durante tanto tiempo. Se pudo deshacer la convicción de ella “*soy fea*” y en su lugar pudo pensar en: *“cuando mi madre estaba embarazada de mí, se deprimió porque murió el abuelo que nunca conocí, estaba deprimida y no pudo sentir, al mirarme, que su niña era preciosa”*.

En el momento de la sesión en el que las dos lloraban al mirarse os aseguro que ambas estaban realmente preciosas, aquella belleza de lo auténtico que consiguen expresar los artistas en una pintura o en un poema⁴. Cada una se sintió preciosa ante la otra. Yo las vi preciosas a las dos y ellas se sintieron preciosas ante mí. Este sistema intersubjetivo entre las tres produjo un intenso cambio en la vivencia que Katy tenía de sí misma.

Katy recuperó su pelo completamente, su expresión viva e inteligente y su relación con su madre y consigo misma cambió.

El tratamiento con Katy atravesó por “momentos de vergüenza” como cuando tuvo que prescindir de su peluca porque su pelo empezaba a crecer y si no “respiraba” corríamos el riesgo de que “asfixiado” se volviera a caer. Ir al colegio con su nueva imagen, con su bonito pelo, corto y rizado, en lugar de la media melena, fue difícil. Mostrarse con este cambio **era exponerse a la mirada de los demás** con la experiencia de “algo pasó”, “yo no estaba bien”, “necesité tratamiento”. Esto era realmente muy doloroso: Una iniciativa de salud que atravesaba la vergüenza.

Deshacer la **convicción de “yo soy defectuosa”, “fea”, “calva”, “nulidad”**... conllevó atravesar por la vergüenza. Un sentimiento que está en estrecha relación con vulnerabilidades o fragilidades no suficientemente identificadas y/o no-reconocidas en los cuidadores, o, mejor dicho, con fragilidades derivadas de la dinámica relacional cuidador/cuidado. Un trabajo terapéutico ampliado a la comprensión relacional, que tiene en cuenta el contexto de desarrollo, permite acceder a las fuentes de la vergüenza.

Cuando Katy se despidió de mí, ella era una guapa adolescente, me dijo: *“¿sabes Rosa? De no haber sido por mi alopecia creo que nunca me hubiera podido dar cuenta de que necesitaba psicoterapia, este tratamiento me ha servido para saber darle importancia a mis sentimientos”*

El sentimiento de vacío, de no existir, de no importar a nadie, pudo ser identificado en la relación terapéutica como un substrato de su **vergüenza de ser** (fea, calva, insignificante, nulidad...). **La alopecia concretizaba** el sentimiento de sí defectuoso que de otra manera hubiera pasado desapercibido.

Volvamos a pensar ahora la definición de **síntoma: una solución espontánea a un problema** que tendremos que resolver en el tratamiento, usando la observación, la resonancia de los afectos y la capacidad para sostener la mente del paciente en

continuidad⁵.

Pensemos ahora en la pregunta con la que empezaba uno de mis trabajos sobre vergüenza (2005): ¿Quién le dijo al patito feo que él era feo? ¿Quién soy yo ante mí mismo? ¿Quién soy yo ante los demás?: ¿Qué substrato de vergüenza encontraremos?

Me encontré circunstancialmente a la madre de Katy años más tarde, Katy estaba bien, era una universitaria, la madre me lo explicaba con aquella satisfacción de las madres: **emocionada, con brillo en sus ojos, por los éxitos de la hija**. Las cosas siguen y seguirán bien, pensé. Me encantó ese encuentro casual.

Descubrimos, en la psicoterapia, dinámicas relacionales que desafortunadamente no facilitaron suficientemente el desarrollo emocional, o bien descubrimos circunstancias traumáticas que no se pudieron conectar con sus consecuentes repercusiones. En cada diada paciente-terapeuta este “descubrimiento” es distinto. El descubrimiento terapéutico en la experiencia que acabo de relatar fue que la madre de Katy no pudo ver a su hija guapa hasta su adolescencia, con y después del tratamiento.

¿Qué ocurrió en el tratamiento?: La facilitación para que esa dinámica relacional recuperara o “estrenara” la función de sostén mutuo. Madre e hija en interacción emocional. La brújula que nos ayuda es la **identificación y la validación del afecto**. La madre orgullosa y satisfecha de su hija, era la madre que me encontré años más tarde de la finalización del tratamiento de manera circunstancial, pero desafortunadamente precedieron a este encuentro muchos cumpleaños de Katy en los que estuvo muy presente (en la mente de la madre) el recordatorio de la muerte del abuelo que Katy nunca conoció. Para que lo nuevo tenga lugar, primero tenemos que identificar lo antiguo, de esta forma el presente deja de estar, única y completamente, teñido de los tonos emocionales del pasado. La mente se expande a través de la interacción con un otro significativo. E. Tronick se refiere a esta transformación como “expansión diádica de la consciencia”. O lo que es lo mismo: Ambos participantes de la experiencia emocional han cambiado.

A la pregunta que me hacía ¿Quién le dijo al patito feo que él era feo?, respondería ahora: **“nunca le dijeron guapo con autenticidad”**, es decir, algo fallaba en esa dinámica relacional. Nuestro trabajo consiste, pues, en investigar con el paciente la experiencia de déficit. Una comprensión que se co-crea en la relación terapéutica. Así se crea una nueva memoria implícita.

B) OCUPAR UN LUGAR IDEAL EN REALIDAD ES NO TENER LUGAR

Carlos, un joven de 25 años, empieza su tratamiento después de un fracaso terapéutico anterior. Su sufrimiento central es llegar a conseguir un físico aceptable que le dé seguridad. En ese empeño, Carlos practica deporte a diario, se depila a menudo, cuida muchísimo su imagen corporal y, a pesar de todo, no consigue la vivencia de seguridad necesaria para acabar su carrera universitaria (lleva dos años en el último curso), ni tampoco alcanza la seguridad necesaria para tener una experiencia sexual en simetría. Recurre a prostitutas, es para él “más amable y soportable” el ambiente sórdido del prostíbulo que la intimidad con una chica. Esta intimidad le resulta extremadamente amenazante, sobre todo si ella es atractiva. Carlos está atrapado en mundos de experiencia llenos de vergüenza que tendremos que descubrir juntos en la experiencia terapéutica.

El otro día me decía, *“sabe, mi madre nunca me dijo que yo era un niño guapo, en el fondo he de reconocer que es sincera y su autenticidad no me daña, me hace bien...”*

Pienso que el daño psíquico está tanto en Carlos como en los adultos cuidadores (ambos padres). Atrapados en un mundo experiencial lleno de vergüenza.

¿Qué le pasa a la madre/al padre que no se puede “enamorar”⁶ de su hijo/hija?: ¿sentimiento de inseguridad?... ¿vergüenza? ... ¿validación del otro antes que a sí misma/mismo y a su cría? ... ¿circunstancias ambientales?... como las que pudimos descubrir en el tratamiento de Katy...

Nuestro trabajo con Carlos consistirá en poder re-construir o reparar su identidad dañada a través de la validación del afecto y su transformación.

Este trabajo atraviesa la vergüenza. En el paciente porque está atrapado en la rabia, en el sentimiento de injusticia, en el orgullo herido, en la herida en el amor propio. En el analista porque la lógica expectativa de ser útil y ayudar al paciente, atraviesa por momentos de insuficiencia, miedo a no servir, sensación de fracaso...

Esta dinámica relacional que atraviesa la vergüenza es también una nueva oportunidad para resolver el problema de manera distinta. Identificamos el **patrón relacional** de base en el que se sustenta la convicción de nulidad, de no existir, de no ser suficiente. Estar en disposición de reconocer el propio error e identificar las repercusiones de nuestros fallos empáticos nos ayuda a seguir en la brecha.

Una perspectiva relacional es útil para una comprensión ampliada del dolor emocional. Se considera que la vergüenza es el afecto central del vínculo social. Necesitamos sentirnos formando parte de la comunidad, como uno más (aceptación) pero validados en nuestra particularidad. La no aceptación y la dificultad en la validación de la propia singularidad es la causa de un intensísimo dolor psíquico que detiene el desarrollo emocional porque la socialización siempre está, en mayor o menor grado, interferida.

CONCLUSIÓN

Los humanos, como podemos ver en los videos de E. Tronick, para poder identificar que sentimos, necesitamos una participación activa del cuidador (empatía emocional y cognitiva). Vale la pena pensar que el cuidador llegó a ser adulto después de experiencias significativas que determinaron su gesto espontáneo, su manera de ser. Una observación con perspectiva ampliada nos permite explorar **mundos de experiencia** en los que, muchas veces, encontramos substratos de vergüenza. Poder acceder a ellos se hace imprescindible en el tratamiento del sufrimiento emocional con una clara finalidad: Disminuir el sufrimiento mental y desbloquear el desarrollo emocional que estaba detenido.

El psicoanálisis relacional es una forma de tratamiento psicológico basado en la observación y en el estudio del intercambio intersubjetivo. Comprender el sufrimiento psíquico desde una perspectiva ampliada a la relación, conlleva observar e identificar sensaciones, afectos y pensamientos. El trabajo compartido entre analista y analizado amplía el marco de comprensión desde el que podemos inferir aquellos patrones relacionales que sustentan a un estilo de relación o que, incluso, produjeron un síntoma psicológico.

La imagen que tenemos de nosotros mismos depende de la mirada de los demás. Necesitamos de esta especularidad para nuestro desarrollo. El principal locus cerebral de la especularidad relacional es la corteza frontal inferior y concretamente las neuronas espejo. La **conexión emocional** es la unidad psicológica básica de desarrollo en la que participa la díada cuidador/cuidado. Ambos co-participan según el contexto relacional (circunstancias variables del entorno relacional y la cultura) y según la biología (dotación genética). Aquellas

diferenciadas situaciones (contexto) y estos particulares elementos (biología) serán determinantes en las diferentes experiencias relacionales de cada una de las distintas etapas del desarrollo evolutivo.

El desarrollo del yo depende de las experiencias relacionales.

La capacidad transformadora del yo reside en la posibilidad de incorporar algo nuevo de nuestro semejante en cada uno de los intercambios intersubjetivos de la experiencia misma. En la tarea compartida de identificar, aceptar y validar la propia singularidad, la sesión analítica es una experiencia de de-construcción y construcción del sentimiento de sí que muchas veces atraviesa por la vergüenza. La emergencia del sentimiento de existir (yo soy) está vinculada estrechamente a la experiencia de vergüenza. En este sentido, iniciaba este capítulo, **DISMORFOFOBIA O VERGÜENZA DEL CUERPO**, con el pensamiento post-cartesiano de:

“Siento, luego existo...”

REFERENCIAS

- Atienza, B. (2008). Hibridez y Vergüenza en el Licenciado Vidriera. En revista clínica e investigación relacional (CeIR). www.psicoterapiarelacional.es
- Boston Change Process Study Group (BCPSG) (2007). The foundational level of psychodynamic meaning: Implicit process in relation to conflict, defence and the dynamic unconscious. *Int. J. Psychoanal.* 2007; 88: 1-16
- Bromberg, P. (2009). Truth, Human Relatedness, and the Analytic Process: An Interpersonal/Relational Perspective. *Int. J. Psychoanal.* 90: 347-361
- Ciccione, N. y Molet, L. (2005). Síntesis del “Congreso Internacional sobre la vergüenza”, celebrado en Roma 2005 Aperturas, www.aperturas.org/20ciccione-molet.html.
- De Gaulejac, V. (1996). *Las fuentes de la vergüenza*. 2008. B.A. Ed. Marmol- Izquierdo. 1ª edición en francés. *Les sources de la honte*. París 1996. Desclée de Brouwer.
- Goldner, V. (2003). Género irónico/Sexo auténtico. En revista CeIR, Vol. 3 Octubre 2009 www.psicoterapiarelacional.es En *Studies in Gender and Sexuality*. Reseña a cargo de Concepción Garriga en el nº 16 de la Revista Aperturas. www.aperturas.org.
- González, A. (1990). Si temo. Deixis en Fantasma. *El País*. Colección de poesía. (2009)
- Iacoboni, M. (2009). *Las neuronas espejo*. Madrid: Katz editores.
- Lachmann, F. (2007). El proceso de transformar. En *CeIR*. Vol.1 nº 1 www.psicoterapiarelacional.es
- Lansky, M. (2005). Hidden Shame. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53: 865-889. (Versión castellana en CeIR, Vol. 4 nº 1)
- Lyons-Ruth, K. (1999). El inconsciente bipersonal: el diálogo intersubjetivo, la representación de la relación actuada y la emergencia de nuevas formas de organización relacional *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, vol. 19, No. 4. pp. 576-617. 1999. En Aperturas www.aperturas.org
- Lyons-Ruth, K. (2003). La disociación y el diálogo infanto-parental: una perspectiva longitudinal a partir de la investigación sobre apego. En Aperturas www.aperturas.org [Dissociation and parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research” *Journal of American Psychoanalytic Association*, vol. 51, No. 3, p. 883-911, 2003, American Psychoanalytic

Association].

- Morrison, A. (1996). *La cultura de la vergüenza*. 1996. Ed. Paidós. Barcelona.
- Morrison, A. (2005). Sobre la vergüenza. Consideraciones y revisiones. *Aperturas*. nº 20. Julio 2005: www.aperturas.org/20morrison.html.
- Orange, D. (2005). ¿Vergüenza de quien? Mundos de humillación y sistemas de restauración. *Aperturas*, Julio 2005. www.aperturas.org/20orange.html.
- Riera, R. (2010). *La Connexió emocional*. Barcelona: Ed. Octaedro.
- Tronick, E. (2007). *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children*. W.w.Norton and company. NY. London.
- Velasco, R. (1998). *De la herida narcisista al sentimiento de vergüenza. El Narcisismo a debate*. Edita Cradiva.
- Velasco, R. (1999). El sentiment de vergonya. *Rev. Catalana de Psicoanalisi* Vol. XVI, nº 2. Barcelona.
- Velasco, R. (2005). Comentario a ¿Vergüenza de quien? Mundos de humillación y sistemas de restauración de Donna Orange, Julio 2005: www.aperturas.org/20velasco.html.
- Velasco, R. (2008). La Vergüenza en la De-construcción y Construcción del Sentimiento de Sí. 2008. CeIR, Vol 2, nº 1. www.psicoterapiarelacional.es
- Velasco, R. (2009). ¿Qué es el psicoanálisis relacional? 2009 en CeIR, Vol 1, nº 2. www.psicoterapiarelacional.es
- Wurmser, L. (2005). La razón de la sinrazón. Pensamientos de un psicoanalista sobre Don Quijote. En revista *aperturas*, nº 21. www.aperturas.org

Original recibido con fecha: 31-12-2009 Revisado: 15-1-2010 Aceptado para publicación: 15-2-2010

NOTAS

¹ Este trabajo fue presentado en Julio de 2009 en la Universitat Rovira i Virgili (Tortosa), dentro del curso de la Universitat d'estiu: "Imatge corporal: el mirall trencat" y formará parte de un libro editado por la Universitat Rovira i Virgili. Este tema se incluyó en el *Seminario Patrón Relacional* impartido en el *Instituto de Psicoanálisis de Barcelona* (2009-2010). *Sociedad Española de Psicoanálisis* (IPA).

² Rosa Velasco es Médico y Psicoanalista. Miembro de la Sociedad Española de Psicoanálisis (IPA) y de IARPP (Asociación Internacional de Psicoanálisis y Psicoterapia Relacional). Docente de IARPP España. Trabaja en Barcelona, C/ París, 170, 5º 2ª. Tel. 93 410 28 13.

³ Me he referido anteriormente (Comentario al trabajo de Donna Orange en el 2005 del Simposium sobre vergüenza celebrado en Roma) a este ejemplo clínico para tratar el substrato de vergüenza en una psicoterapia.

⁴ De acuerdo con Oliva Blanco, "preciosa" significa "la que se adjudica un precio", la mujer que logra su autoestima debida a su saber y a su capacidad de irradiación cultural en su medio. Interioriza así a la vez que requiere la estima de sus contertulios. Por Celia Amorós en su artículo *Mujeres filósofas*. *ELPAIS BABELIA*, 20.06.09

⁵ *Sentimiento de existir en continuidad en la mente de alguien*. Esta expresión es equivalente a la actualización del concepto freudiano "Constancia de Objeto", según Donna Orange.

⁶ Utilizo este término únicamente en el sentido de la admiración que los adultos experimentan en la relación con sus hijos/as.