



André Kertész,
Distorsión n° 14,
1933.

La piel como camino al pensamiento

Aurora Döll*, Ana Gálvez **

*FEA de Psiquiatría.
CSM Villa Vallecas.
Programa de Adultos
con Trastorno Mental
Grave.

**FEA de Psiquiatría.
CSM Alcobendas-
San Sebastián de los
Reyes. Programa
Infanto-Juvenil.

*“Lo más profundo que hay
en nosotros es nuestra superficie”*
Valery

Muchos autores (Bick, Winnicott, Marty...) se han interesado por la función psíquica de lo táctil y lo corporal, y su papel en el desarrollo y en la psicopatología de los individuos. Nosotros nos hemos centrado especialmente en un escrito “El Yo-piel” de Didier Anzieu, que primero fue un artículo publicado en 1974 en *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, y posteriormente se convirtió en un extenso libro donde presentaba todas sus investigaciones. Anzieu conceptualizó el término Yo-piel para hablar de un estadio del ser antes de que hubiese pa-

labras y donde la corporalidad es la primera realidad consciente.

Lo sensorial es la primera huella mnémica que aparece en nuestra psique, empieza incluso antes de nacer a través de las experiencias de la vida intrauterina. El primer Yo es corporal, sensorial, y sobre él se estructurará un Yo psíquico que permita acceder a la identidad, al sentido de si mismo y a la realidad.

La piel, esta envoltura en contacto directo con el sistema nervioso central

–ambos pertenecientes al ectodermo en el desarrollo embrionario– será el órgano que dará lugar al primer bosquejo del Yo, a los cimientos y la estructura de la mente.

La piel posee 50 receptores cada 100 milímetros cuadrados y es el órgano sensorial con mayor peso y extensión del cuerpo. Imprescindible para la vida, a diferencia de otros órganos de los sentidos como la vista, la audición, el gusto o el olfato cuya falta supone déficit y privación pero no la muerte. Es fuente de señales infinitas e inagotables: calor, frío, presión, dolor, placer, picor... nos sitúa en el mundo. Es una capa protectora que nos da sostenibilidad, continuidad, contención, protección...

Con los cuidados que se le da al bebé: estrecharlo entre los brazos, acariciarlo, bañarlo, frotarlo, moverlo, masajearlo... se establece ese primer vínculo con la madre que inicialmente es perceptual y corporal. Éste yo corporal es el paso previo necesario para la organización posterior del pensamiento y la palabra.

Así Anzieu define el Yo-piel¹ como "Aquél yo que contiene los contenidos psíquicos a partir de la experiencia en la superficie del cuerpo". El Yo-piel se compone del yo corporal y de un yo psíquico incipiente. Todas las experiencias del Yo-piel tanto placenteras como dolorosas son estructurantes en sí mismas, son oportunidades para iniciar representaciones mentales, y ligar pulsiones internas a dichas representaciones. La representación de la piel nos permite acceder a la primera distinción entre dentro y fuera. El límite entre el Yo y el

exterior desencadena el paso de un narcisismo primario –universal, omnipotente, fusional...– a un narcisismo secundario –la primera separación entre yo y el objeto, aunque sea parcial–.

Houzel², en 1985, planteó que los primeros pensamientos del Yo psíquico son de ausencia y carencia y funcionan como armazón interno del yo, que es poco consistente en esos momentos, pero que se separa del objeto. Es decir, el niño toma conciencia de que los objetos (la madre, en particular) no es continuidad de su propio cuerpo sino un objeto externo que puede estar presente y puede estar ausente, fuera de él.

Winnicott³ también reconoce una entidad que sería el equivalente al Yo-piel de Anzieu y que llamará el *psique-soma*. Piensa que inicialmente el Yo del bebé se fundamenta en experiencias físicas, sólo con el tiempo, a esas experiencias se les atribuirá una característica emocional, psicológica o social. Este *psique-soma* se refiere "a la elaboración imaginativa de las partes, sentimientos y funciones somáticas, es decir, al hecho de estar físicamente vivo". Si este *psique-soma* o yo corporal atraviesa adecuadamente las etapas más tempranas del desarrollo, comenzará a derivar en el desarrollo de la "mente" o yo psíquico. Un buen medio psicológico, sobre todo al principio, estaría basado en los cuidados físicos de la madre al bebé. La mente tiene sus raíces en este *psique-soma* o Yo-piel, y aparece por una necesidad de adaptación para compensar un medio externo (o función materna) que aunque sea "suficientemente bueno" también presentará deficiencias. La capacidad de esta "madre buena" para

El primer Yo es corporal, sensorial, y sobre él se estructurará un Yo psíquico que permita acceder a la identidad, al sentido de sí mismo y a la realidad

adaptarse activamente a las necesidades del bebé o del *psique-soma*, y proporcionar un “medio perfecto”, no quiere decir que se colmen todas las necesidades sino que los déficit que se presenten no sean tan grandes que supongan un ataque al individuo. Con el tiempo, el bebé irá desarrollando actividad mental y eso le permitirá cada vez tolerar más y mejor las imperfecciones en la función materna.

Winnicott planteaba que si el medio para el bebé se volvía muy hostil demasiado pronto, o sea si la madre no era capaz de adaptarse de un modo suficiente a las necesidades del bebé, éste compensaría este “medio imperfecto” con su actividad mental. Cuando el bebé inicia esta hiperactividad mental demasiado pronto se paga un precio: hay una escisión del *psique-soma*, la actividad mental “atrae” al psique, ya que se precisa de su energía para compensar el daño del medio imperfecto, y el soma queda separado, el cuerpo se queda sin representación fantasmática, y esto marcará de forma posterior todas las etapas del desarrollo. Estas personas pueden desarrollarse como adultos con importante capacidad e intuición para adaptarse y dar respuesta (casi de forma mágica) a las relaciones de características dependientes. Tratan de reproducir estados en los que se da “un medio perfecto” a través de esa relación con el otro, que les permita volver a un estadio *psique-soma*, sin actividad mental, sin pensamiento, pero sienten que es la única posición desde la que vivir auténticamente. Esta posición es de enorme riesgo al depender de que el Otro “colabore” en reproducir un medio externo perfecto. Los pacientes

con una estructura borderline de la personalidad son un buen ejemplo de este funcionamiento, personas con una excepcional capacidad para percibir el estado emocional del Otro, y para movilizarle en función de sus necesidades, con alto riesgo de derrumbe en las rupturas relacionales.

Funciones del Yo-piel

Las funciones del Yo-piel son múltiples: holding o mantenimiento, continente de todas las experiencias, mantiene los límites entre dentro y fuera, protege de las agresiones externas, permite la comunicación con el exterior, la individuación y realiza una función paraexcitadora, es decir, de barrera protectora frente a elementos desorganizadores. También es escenario de la intersensorialidad, puesto que se encarga de la discriminación de las sensaciones que provienen de cada uno de los sentidos y de la integración de dicha información, lo que proporciona un sentido común.

El aparato psíquico estructurado y el acceso a relaciones objetales estables y potentes, precisa como paso previo ineludible un Yo-piel suficiente en sus funciones. El sentido de sí mismo y la identidad –dos características de un aparato psíquico maduro– proceden de la interiorización estable de los objetos precoces (Kernberg)⁴. A pesar de que las capacidades de interiorización e introyección son procesos básicos del yo psíquico, su desarrollo, curiosamente, depende del Yo-piel y aparecen en fases del desarrollo muy arcaicas.

Una de las funciones del Yo-Piel sería distinguir entre el mundo interno y el

mundo externo, lo que permite que comiencen a aparecer procesos psíquicos de introyección e interiorización. En la introyección, los objetos externos son incorporados al mundo interno de forma fantaseada completa (identificación primaria) o sólo sus cualidades o atributos (identificación secundaria). Interiorización es un término más específico en el que se incorporan al yo relaciones y conflictos externos para que sean vividos intrapsíquicamente. La capacidad del sujeto de interiorizar e introyectar nos permite la separación del objeto. Si sólo se puede interiorizar la carga relacional de forma pasajera, la única forma de evitar la desorganización interna será la cercanía geográfica con el objeto real. Las múltiples identificaciones a lo largo de la historia de un individuo permiten incorporar la realidad externa al mundo interno, constituyen las bases de la personalidad y favorecen el progresivo fortalecimiento del yo. Las fallas en el desarrollo del Yo-piel, derivarán en la aparición de una patología de un espectro muy amplio: estructuras psicóticas, borderline, narcisistas, pacientes psicósomáticos..., dependiendo que función del Yo-piel se vea afectada, pero lo que tienen en común todas, es la falta de acceso a la representación de palabra, a lo simbólico, en definitiva al pensamiento y a relaciones objetales completas.

La piel y las representaciones

El Yo-piel contiene inicialmente el mundo pulsional: las necesidades, las sensaciones físicas sensoriales, los instintos... que se presentan de forma caótica y sin posibilidad de ser gestionadas. El niño comenzará a localizar y asociar muchas

de esas sensaciones a puntos específicos de su cuerpo y de su piel y a poder representarlas en su mundo interno. Una vez representadas, si suponen un conflicto para que el aparato psíquico funcione en la realidad, serán reprimidas al inconsciente, si no podrán estar disponibles para facilitar la adaptación a dicha realidad. Como consecuencia de este proceso, liberamos a nuestro aparato psíquico consciente de las ataduras de lo pulsional y lo instintivo, pudiendo permitir el inicio del funcionamiento mental.

Esta ligazón de representaciones comienza a generar una importantísima instancia que llamaremos Preconsciente (Pc). Este proceso precisa de todas las experiencias corporales y sensoriomotrices, como el descubrimiento de los orificios corporales por parte del bebé que proporciona en un principio, sólo experiencias físicas (perceptuales) pero a través de la intervención de la madre adquirirán un cualidad emocional. El Pc se forma a partir de todas esas representaciones, y cuanto más rico sea en asociaciones y relaciones más fácil será para el Yo acceder al pensamiento.

Pc es sinónimo de mentalización y se refiere principalmente a la actividad representacional y fantasmática de un individuo o a su capacidad de trabajo psíquico. Tiene que presentar tres dimensiones: 1- Profundidad de los estratos de representaciones acumuladas, capa por capa a través de la historia del individuo. 2- Fluidez o la capacidad de estas representaciones para circular a lo largo de los diferentes períodos de la vida del individuo. 3- Disponibilidad: que las representaciones sean accesi-

Una de las funciones del Yo-Piel sería distinguir entre el mundo interno y el mundo externo, lo que permite que comiencen a aparecer procesos psíquicos de introyección e interiorización

bles. Es una intersección entre lo longitudinal y lo transversal en la vida de un individuo.

Las actividades fantasmáticas y oníricas del Pc permiten integrar las tensiones pulsionales y protegen la integridad psíquica, es decir que la disponibilidad de estas representaciones permite al aparato psíquico enfrentarse a cualquier estresor o elemento potencialmente desorganizador, proporcionan el poder de adaptación que sólo es posible a través del pensamiento.

Alucinaciones táctiles o cenestésicas

Para hablar de la alucinación hay que empezar nombrando el vacío representacional, que en el aparato psíquico, es una ruptura que el funcionamiento mental intentará compensar con la alucinación.

La primera experiencia alucinatoria que todos hemos experimentado cuando éramos bebés, es la succión del pezón, que se ha denominado "experiencia alucinatoria del deseo". Aparece para protegernos del daño que supone nuestra incapacidad en esos estadios evolutivos tan primitivos para evocar la representación materna que aún no está disponible internamente de forma estable. Se experimenta a través de mecanismos proyectivos para que vuelva a hacerse realidad en los momentos que el aparato psíquico del bebé lo precisa.

Ambas experiencias externas, tanto la real (la madre alimentando al bebé) como la irreal (alucinación), acabarán con el tiempo, dejando la impronta

para que finalmente la relación objetal madre-hijo exista de forma permanente en el mundo interno y pueda ser evocada cuando sea necesario. A señalar, que la primera alucinación es cenestésica y preverbal.

Todo aquello que es irrepresentable, o todos los vacíos en nuestra experiencia psíquica resultarán traumáticos no por la experiencia en si misma sino porque el silencio de lo no-representacional, es una fractura aterradora para la psique, que la inmoviliza y le hace perder la integración y el sentido de si mismo. Lo inenarrable es lo traumático porque todo lo que se puede representar, se puede elaborar y gestionar y por eso dedicaremos importantes cantidades de energía psíquica a rellenar los vacíos con mecanismos compensatorios, uno de los cuales es la alucinación. Henry Ey⁵ identificó ese vacío en el mundo fantasmático como el fenómeno de despersonalización o lo que él llamó alucinación negativa y cuyo mecanismo compensatorio es, evidentemente, la alucinación y lo delirante.

Partimos del concepto del Yo-piel que corresponde a los estadios más arcaicos de la formación del yo: preverbal, preobjetal y que contiene fundamentalmente representaciones en relación con un yo corporal más que psíquico. Esto significa que el mundo fantasmático está formado por representaciones en el ámbito de lo sensoriomotriz, cenestésico, táctil...y por tanto, es lógico pensar que la experiencia alucinatoria destinada a rellenar los vacíos que puedan aparecer en esa fase del desarrollo, tendrán esa misma cualidad corporal, a diferencia de los vacíos de etapas pos-

A señalar, que la primera alucinación es cenestésica y preverbal

teriores donde ya exista la palabra, y por tanto la alucinación tendría un componente auditivo.

La experiencia de la alucinación cenestésica⁸ tiene que orientarnos, por tanto, a daños en etapas muy tempranas del desarrollo y diferente de la auditiva donde la palabra está presente. Las voces siempre están más disponibles a poder variar su simbolismo en función de nuestras necesidades emocionales e incluso en ocasiones permiten establecer un diálogo con el individuo (se puede interpretar el contenido de la voz y sus matices: si es de hombre o mujer, si es un grito si es un susurro, si insulta, si ordena...), en cambio la experiencia cenestésica será más angustiada, más rígida, e invasiva por su característica arcaica. Esta última nos orientará a fallas con el vínculo materno muy primitivas, tanto desde el déficit –la madre insuficiente para adaptarse a las necesidades corporales del bebé– como desde el exceso –madres fusionales que hiperexcitan al bebé–. En este último caso el monto sobrante de energía pulsional no se puede ligar o representar, esta energía se descarga en forma de sensaciones corporales produciendo en muchas ocasiones sintomatología que va desde la esfera hipocondriaca a presentaciones delirantes, por ejemplo infestaciones como parasitosis. Es importante señalar cómo la hiperexcitación en aparatos psíquicos inmaduros que no pueden gestionar la sobrecarga presenta una cualidad displacentera e invasiva. Reil⁸ relacionaba las alucinaciones cenestésicas con una alteración primaria de la representación corporal, conectada a impulsos y emociones primarias, o sea a aquellos instintos o pul-

siones del ello que es necesario ligar a representaciones corporales, y reprimir posteriormente para lograr así un espacio para la conciencia y el yo. Freud, de hecho, asociaba lo cenestésico al mundo de los sueños y del deseo. En los pacientes que presentan esta psicopatología se puede observar una desorganización de su self corporal o yo piel, que perturba la sensación más básica de unidad y autenticidad del yo, siempre con la sensación de no ser ellos mismos y de que su cuerpo no es suyo íntegramente.

Existe una entidad definida por primera vez por Huber⁶ que no está incluida en las clasificaciones DSM IV o CIE 10, la “esquizofrenia cenestésica” que se refiere precisamente a un subgrupo de pacientes esquizofrénicos que principalmente presentan sintomatología centrada en la aparición de sensaciones corporales anormales o fenómenos de control corporales. Esta variante de esquizofrenia, sin embargo, aparece frecuentemente en la literatura fenomenológica rusa (que no está tan influenciada por la fenomenología alemana de Jaspers) e incluso en Japón se reconoce este subgrupo. La sintomatología cenestésica se presenta con características extrañas y bizarras: sensaciones térmicas y eléctricas, dolor, debilidad, sensaciones de movimiento, cambio o distorsión de partes del cuerpo, e incluso en su consistencia, hasta sensaciones cognitivas y perceptivamente más elaboradas (pacientes se sienten atravesados por agujas, espadas, o que sienten que les desnudan...). Estas sensaciones aparecen por fases o de forma paroxística, como oleadas que bloquean su aparato psíquico. La proble-

Existe una entidad definida por primera vez por Huber que no está incluida en las clasificaciones DSM IV o CIE 10, la “esquizofrenia cenestésica”

mática de estos pacientes es que no hay un lenguaje que pueda describir estas sensaciones por lo que el discurso esta lleno de "como si", metáforas y neologismos, estas características dificultan su diagnóstico, siendo muy frecuentemente clasificados como pacientes que padecen esquizofrenia residual. Esta variante psicopatológica de la esquizofrenia está directamente relacionada con alteraciones en las funciones que corresponderían al yo piel (función paraexcitadora, intersensorialidad...) como organizador de las representaciones que son preverbales.

Merecen una especial atención las denominadas "alucinaciones táctiles" en niños autistas. Es característico de los niños autistas no relacionarse con los otros, parecen estar rodeados de un caparazón que impide que puedan ser tocados. Este caparazón bloquea el desarrollo normal de la "envoltura psíquica" descrita por Anzieu, ya que impide la entrada de toda conciencia de otros cuerpos y también del propio.

Frances Tustin¹⁰ sostiene en su obra que la angustia fundamental en niños autistas es el terror al aniquilamiento o el agujero negro de "dejar de ser" y para defenderse de esta amenaza utilizan varias tácticas: los objetos y las figuras autistas. Los objetos autistas estarían generados por el sentido del tacto y no son "objetos", sino extensiones del propio cuerpo del sujeto. Serían por ejemplo un cochecito que el niño convierte en parte de su cuerpo, o la propia lengua del niño enrollada en la boca... Las figuras autistas son sensaciones táctiles generadas por el niño tales como acariciar, frotar, y también dibujar y pin-

tar. Son como espirales de sensaciones que envuelven el cuerpo de forma tranquilizadora. Los movimientos de acunamiento autocalmantes serían también ejemplos de figuras autistas. En conclusión, los objetos y las figuras autistas, son ambos "alucinaciones táctiles" que generan la ilusión de estar encapsulado en un caparazón y que protegen contra los terrores de aniquilamiento. La mente del niño autista dedica todos sus esfuerzos a mantener el caparazón externo a través de las experiencias táctiles. Este aparato psíquico, ocupado en dicha tarea, bloquea otros medios de percepción a distancia como el oír y el ver (aunque los niños autistas puede que no sean ni ciegos ni sordos), lo que no permite el grado de abstracción necesaria para la creación de percepciones y conceptos. Por otra parte, para que el pensamiento simbólico se ponga en marcha, el niño debe tener algún sentido de su separación con el mundo externo, como esto no ocurre en el niño autista existe un bloqueo de la simbolización, que hace que estos niños no puedan liberarse de la tiranía de la presencia constante de objetos y figuras táctiles.

Lo psicoterapéutico y lo táctil

Las preguntas serían ¿cómo es posible articular el paso de un Yo-piel, a un yo psíquico que permita el pensamiento? y por supuesto ¿qué podemos hacer con pacientes con un Yo-piel insuficiente (en todas sus variantes) y que por tanto no van a poder acceder a un yo pensante ni a la palabra (mundo simbólico)? ¿Es posible reparar fallas que tienen que ver más con lo corporal y lo sensoriomotriz que con la palabra?

Los objetos autistas estarían generados por el sentido del tacto y no son "objetos", sino extensiones del propio cuerpo del sujeto

Es cierto que el psicoanálisis clásico no está diseñado para ayudar a pacientes con una neurosis mal mentalizada (Freud ya los consideraba pacientes no analizables), así que se plantea qué tipo de tratamiento puede ser útil en estos pacientes. Numerosos autores Frosch, Masterson, Kernberg, Greenson, Marty, Fonagy, Bateman¹¹... han valorado y recomendado la necesidad de modificar los parámetros técnicos del psicoanálisis clásico, y entonces la cuestión es qué condiciones mantener y cuáles modificar.

Si nos hemos dedicado a hablar de la piel y lo táctil, parece lógico comenzar analizando una de las condiciones más importantes del psicoanálisis: "la prohibición de tocar". Desde el comienzo del psicoanálisis la prohibición de tocar es una norma indispensable en la terapia como modo de acceder al pensamiento (de igual modo que ocurre en el Edipo). El cuestionamiento de esta prohibición parece evidente inicialmente, si las fallas de este tipo de pacientes se pueden deber a carencias en el vínculo a nivel sensoriomotriz, ¿es posible compensarlas a través de la relación terapéutica, es lícito romper dicha prohibición? Hay varias psicoterapias de tipo humanista que consideran los contactos corporales como un medio para ayudar a estos pacientes, pero ¿qué riesgos tiene permitir el contacto en la relación terapéutica? El contacto físico puede tener el riesgo de erotizar la relación terapéutica, la primacía del placer de tocar sobre el principio de realidad, y lo que es más la primacía de tocar y actuar sobre la palabra. Por tanto "tocar" al paciente podría dificultar acceder a nuestro objetivo: el pensa-

miento. La palabra es un medio terapéutico que nos parece que tiene más potencia para acceder al mundo simbólico, aunque tocar pueda ser un medio contenedor más directo.

Sin embargo, sí se puede favorecer o complementar la psicoterapia con los llamados mediadores relacionales (Marty)^{12,13}: estimular a los pacientes a realizar actividades centradas en lo sensoriomotriz como relajación, danza, terapia ocupacional... Los mediadores relacionales suponen importantes beneficios para el aparato psíquico: invertir el cuerpo como experiencia placentera, dar oportunidades para hacer consciente y discriminar las sensaciones propioceptivas y sensoriales (función del yo piel que nos coloca en el mundo), exponer al paciente a nuevas relaciones.

Es interesante señalar que casi de forma universal los terapeutas recomendamos estas actividades de una forma intuitiva, pero muy a menudo no somos conscientes de cómo estas experiencias favorecen la formación de aparato psíquico, y el fortalecimiento del yo. Incluso hay psicoterapias que incluyen estas actividades de forma reglada y rigurosa, por ejemplo: terapia dialéctica-comportamental¹⁴ para pacientes con trastorno borderline de la personalidad, donde se anima a los pacientes a modificar sus estados emocionales, modificando sus sensaciones corporales: limpiar, abrir las ventanas para airear la casa, colocar flores, poner sábanas limpias en la casa, hacer una infusión... Nos gustaría señalar que el efecto contenedor que tiene en el sujeto generar estas experiencias sensoriales se debe a su

La palabra es un medio terapéutico que nos parece que tiene más potencia para acceder al mundo simbólico



Artur Harfaux. Sin título. 1927

importante simbolismo ya que se reproduce el vínculo materno más primitivo: la madre que nos mantiene limpios, calientes, nos alimenta... de ahí el efecto tranquilizador de estas experiencias casi de forma universal.

A través de los mediadores relacionales animamos a nuestros pacientes a vivir nuevas experiencias con los Otros. La restricción del yo es una constante, ya que evita experiencias que puedan exponerles a herir su Yo-piel. A través de estas actividades transmitimos al paciente la importancia de la relación de objeto, comenzamos a orientar su mirada hacia el Otro. Complementar la psicoterapia con estos mediadores nos permite reforzar aspectos que pertenecen a diferen-

tes estadios evolutivos del paciente, y que sólo pueden ser tolerados a través de la relación terapéutica, ya que de otra manera sería impensable.

La siguiente cuestión es que si vamos a utilizar lo verbal exclusivamente como instrumento en la psicoterapia ¿qué características debe presentar? En el psicoanálisis, la interpretación es la herramienta clave, que apela al orden de la palabra, pero su valor es cuestionable en estructuras preedípicas con graves distorsiones del yo, donde prevalece la representación de cosa (no de palabra) y no se tiene acceso al mundo simbólico. Las interpretaciones "profundas" en estructuras fijadas en estadios preverbales pueden ser experi-

A través de los mediadores relacionales animamos a nuestros pacientes a vivir nuevas experiencias con los Otros

mentadas como ataques, se corre el riesgo de regresiones extremadamente rápidas donde el paciente no podrá mantenerse en proceso secundario, y fácilmente se pueden desencadenar actings (Kernberg). Pierre Marty hablando de estas dificultades con pacientes psicósomáticos, plantea que las interpretaciones generan heridas narcisistas, ya que "... no es sólo lo que se les escapa (porque no tienen acceso a la palabra simbólica) sino porque no se les escapa que se pierden algo en la relación...". Si invadimos excesivamente o demasiado pronto con la palabra podemos generar un daño interno, que paradójicamente será inelaborable porque precisamente el paciente es incapaz de expresarlo.

Es fundamental en estos casos establecer un vínculo con el paciente que apele a su misma problemática, es decir, al orden de lo preverbal.¹⁵ Utilizaremos la palabra (al menos inicialmente) de un modo descriptivo para discriminar, ordenar, utilizando un orden lógico, incluso en ocasiones, de modo psicoeducativo, se animará al paciente a expresarse emocionalmente ante cualquier situación que plantee, le ayudaremos a ordenar la sucesión de acontecimientos, buscando el nexo causal y a ligarlos a estados emocionales. Nos interesará más la forma de la relación que los contenidos. La palabra será evocadora, importa la función de holding (no el significante), la forma en que se acompaña del tono de la voz, el lenguaje no verbal del terapeuta, que rememora al lenguaje de la madre y el niño, que retrotrae a la experiencia de la intersensorialidad, y reforzará la función sostén del Yo-piel.

Son características destinadas a paliar y eliminar estados de desamparo en estos pacientes y servir de ejemplo para animarle a usar sus propias palabras. En definitiva, reproducimos la función paraexcitadora y continente del Yo-piel.

Es importante respetar el encuadre de la forma más rigurosa posible: lugar, horarios, duración, puntualidad, frecuencia... Esta estructura de nuevo reproduce esa función envolvente y contenedora del Yo-piel. Es una representación de coherencia y consistencia. En la práctica es importantísima la coordinación de todos los miembros del equipo, para que no exista contradicción o desorganización, ya que un funcionamiento sólido y al unísono tiene unpreciado valor simbólico, que le da sentido a la terapia y proporciona su poder como elemento de contención. Los esfuerzos dirigidos a proteger al equipo terapéutico de la escisión son imprescindibles, ya que si no es evitada bloqueará la función terapéutica.

"Las palabras del psicoterapeuta simbolizan, sustituyen y recrean los contactos táctiles sin que sea necesario recurrir concretamente a ellos, la realidad simbólica es más operante que la realidad física" Anzieu.

Bibliografía

1. Anzieu, D. El Yo-piel. Biblioteca Nueva. 2010.
2. Houzel D. L'évolution du concept d'espace psychique dans l'oeuvre de Mélanie Klein et de ses successeurs. Libro: Melanie Klein aujourd'hui, Lyon, Centurión.
3. Winnicott D. Mind and its relation with *psique-soma*. Br J Med Psychol. 1954;27(4): 201-9.

4. Kernberg O.F. Trastornos Graves de la Personalidad. Manual Moderno. 1999.
5. Ey H, Tratado de las alucinaciones. Polemos 2010.
6. Huber G. Cenesthetic schizophrenia-a subtype of schizophrenic disease. *Neurol Psychiatry Brain Res* 1992;1:54-60.
7. Bick E. The experience of the skin in early object relations. *Int J Psychoanal.* 1968;49(2): 484-6.
8. Graux J,Lemoine M, El Hage W, Camus V. From Depersonalization to Hallucination. *Psychopathology* 2012;45:42-52.
9. Jenkins G., Röhricht F. From cenesthesias to cenesthopathic schizophrenia: a historical and phenomenological review. *Psychopathology* 2007;40:361-368. Paulette L. The Skin as a Psychic Organ: The Use of Infant Massage as a Psychotherapeutic Tool in Infant-Parent psychotherapy. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health.* Winter 2007; 22 (2).
10. Tustin, F. "To be or not to be": a study of autism (Winnicott Studies, 3. 1988).
11. Bateman A, Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder mentalization-based treatment. Oxford University Press. 2005.
12. Marty P. La Psicósomática del adulto. Amorrotu editores. 2003.
13. Marty, P. El orden Psicósomático. Promolibro. 1995.
14. Linehan M. Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite. Paidós Iberica. 2003.
15. Fiorini, HJ. Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas. Ed. Buenos Aires, Nueva Visión. 2006.