



Curso básico de Medicina Psicosomática

Thomas H. Loew
Michel Torres Leyva
Jochen Timmermann

Curso básico de Medicina Psicosomática

**Thomas H. Loew
Michel Torres Leyva
Jochen Timmermann**

Contenido

Introducción.....	7
Conceptos Básicos	8
Lo que siempre quisiste saber sobre relajación	14
¿Qué deberían saber los Pacientes?	17
¿Qué deben saber los estudiantes de medicina?.....	19
Diagnósticos	21
Ich Funktionen (Funciones del yo)	40
Terapia	45
Psicosomática especial	68
Psicosomática desde el punto de vista de las áreas y cuadros clínicos especiales.....	99
Psicofarmacoterapia.....	139
Servicio de consulta psicosomática	147

¡Querido lector!

Esta edición traducida al español del libro del Prof. Thomas Loew se presentará en el V Congreso Psicósomático en Santiago de Cuba y ayudará a aumentar el conocimiento de los médicos psicósomáticos entre los médicos de Cuba y América Latina.

La Sociedad Germano-Cubana de Medicina Psicósomática, Rehabilitación y Psicoterapia hizo posible la publicación de este material.

Estamos muy contentos de que después de los años en que el Covid alteró nuestra cotidianidad, esté surgiendo una nueva etapa de cooperación y de poder celebrarlo en el presente congreso.

Estamos muy orgullosos de lo que hemos logrado y felicitamos a los compañeros de la sección cubana de nuestra sociedad por la labor desahogada y les deseamos mucho éxito.

Muchas gracias al Prof. Thomas Loew por facilitarnos este material de estudio, al joven médico Michel Torres Leyva, responsable de la traducción, edición y adaptación del contenido, a los colegas de la Sociedad Germano-Cubana de Medicina Psicósomática, Psicoterapia y Rehabilitación y a todas aquellas personas que han colaborado en la realización de este libro.

Jochen Timmerman

Observaciones preliminares y acción de gracias

Estimados colegas:

En pocas palabras, tratamos de dar una breve descripción del campo médico de “Medicina y Terapia Psicosomática”, por supuesto, sin pretender abarcar la totalidad del contenido. La idea básica es crear una contribución. No se preocupe, un tercio del volumen presenta ejemplos de casos y textos, por lo que la lectura será interactiva y poco monótona. Se puede encontrar información importante sobre el concepto en la introducción de este material. Para profundizar más le recomendamos acudir a la literatura que le recomendamos, la cual puede ser encontrada al final de este material.

Por la útil preparación y cooperación, quisiera agradecer al Prof. F. Rosanowski, Prof. U. Mahler, Dr. med. A. Calatzis, Dipl. Psych. N. Meyer, dr. med. C., Denz, Sra. med. F. Bartl-Vochin, Prof. Dr. med. RER. soc. K. Tritt, PD Dr. med. C. Lahmann, PD Dr. med. med. Dipl. Psych. P. Leiberich y Dr. med. C. Pieh y Dipl. Psych. Psychol. Psychotherapist H. Röder, Fr. Phil. A. Calatzis y el dr. med. P. Kutz (los dos últimos resúmenes preparados en el curso de sus tesis doctorales, que se han incorporado aquí) y, por supuesto, estudiantes y pacientes, sin cuya retroalimentación útil y experiencia de vida, un libro de texto psicossomático sería impensable. ¡Gracias!

El concepto actual es, como pronto lo notará el lector, más bien una versión beta. Estoy contento con las correcciones y sugerencias.

Introducción

La Terapia Psicosomática ahora ha escrito una historia de éxito en Alemania durante tres cuartos de siglo, particularmente rápido en los últimos 20 años que existe el área.

Este texto se divide en tres partes:

1. **¿Qué deberíamos saber todos sobre la psicopatología?**
2. **¿Qué son (además) nuestros pacientes inmediatos y sus familiares?**
3. **Basado lógicamente en esto y más allá: todos los estudiantes de psicología médica y pedagogía social en el campo de la medicina psicopatológica en el sentido de Grundstocks.**

Este conocimiento debe complementarse con conceptos básicos comunicativos y la comprensión especial de los roles del campo médico ocupacional y el conocimiento de la situación del paciente (ver también Psicología de la Medicina y Sociología).

En la fase de calificación de especialistas se basa en estas bases:

- Atención básica psicopatológica (calificación ocupacional adicional con 80 horas),
- Psicoterapia especializada (con aproximadamente 350 horas de educación adicional y 120 horas de experiencia práctica durante 3 años, también a tiempo parcial),
- Medicina Psicopatológica y Psicoterapia, que cuentan con una educación interdisciplinaria de 5 años (3 años de Psicopatología, 1/2 año interno, 1/2 año de Medicina Clínica libre elección en los cuales Psiquiatría no es una opción).
- 1 año de formación en Psiquiatría con calificaciones especiales en temas como: **parejas, familia y psicoterapia grupal.**

Módulos adicionales útiles:

- **Medicina Social desde la perspectiva de la Medicina Psicopatológica en el contexto de las evaluaciones.**
- **Psicooncología**
- **Psicotraumatología**

Conceptos Básicos

¿Qué es psicósomática? Una definición

En pocas palabras: la rama de la Medicina que – entre todas las disciplinas médicas- más se ocupa del ser humano con todo su equipamiento psíquico y estructura social integral, anclando las causas de la enfermedad y las posibilidades de curación en la atención a través de estas áreas.

Nuestras herramientas: lo que para el cirujano es la operación, para nosotros es la relación médico-paciente.

Enfermedades psicósomáticas: ¿Sufrimiento sin soluciones?

La Medicina Psicósomática no es “imaginación”. Cuando sus reacciones corporales se vuelven independientes.

¿Quién puede beneficiarse del tratamiento hospitalario?

Las quejas psicósomáticas no son tan comunes como las enfermedades “reales”, pero sí son más frecuentes de lo que cabría esperar. Todos han experimentado estos síntomas: presión en la cabeza, ruido auditivo, mareos, disfagia, opresión en el pecho, indigestión, problemas de memoria y atención, trastornos del sueño, dolor en las articulaciones o los músculos, sudoración, dolor crónico circunscrito y, por lo tanto, somos todos psicósomáticos. Siempre están relacionados por el lado médico con la observación de que no se pueden descubrir hallazgos físicos que justifique las quejas. Pero eso no significa que las quejas sean “fingidas”. Están allí, debilitantes, al igual que las enfermedades físicas graves y tienen consecuencias similares, como una baja por enfermedad prolongada. Si las enfermedades psicósomáticas que lo llevan al médico no se pueden encontrar dentro de las 6 semanas como parte de la atención psicósomática básica o si la psicoterapia ambulatoria adicional no ayuda, es apropiado (especialmente si las 6 semanas requirieron una

baja por enfermedad), pensar rápidamente en más de una medida psicosomática estacionaria.

¿Por qué las conversaciones pueden afectar el sufrimiento físico?

La experiencia espiritual en el hombre está estrechamente vinculada a las sensaciones físicas: nuestro cabello puede ponerse de punta, podemos sentir que el corazón se nos detiene, estamos bañados en sudor. El estrés mental conduce a la tensión física. En algunas personas, estos cambios ya no ocurren esporádicamente en ciertas situaciones, sino que se vuelven independientes y se vuelven crónicos, sin que se reconozca el desencadenante. La investigación científica actual indica que algunas personas con problemas interpersonales muestran una activación de las áreas del cerebro, que también tienen un significado en el dolor físico. El estrés de la relación, en realidad puede causar dolor. El dolor, por otro lado, está estrechamente relacionado con los centros de ansiedad y las regiones cerebrales que son responsables de sensaciones como el dolor, el vacío interno y los círculos de pensamiento. Aquí usamos la llamada “relación terapéutica”, juntos analizamos posibles problemas de comunicación y relación, entrenamos las habilidades de conversación del paciente, practicamos técnicas de auto-relajación y entrenamos la percepción en las relaciones.

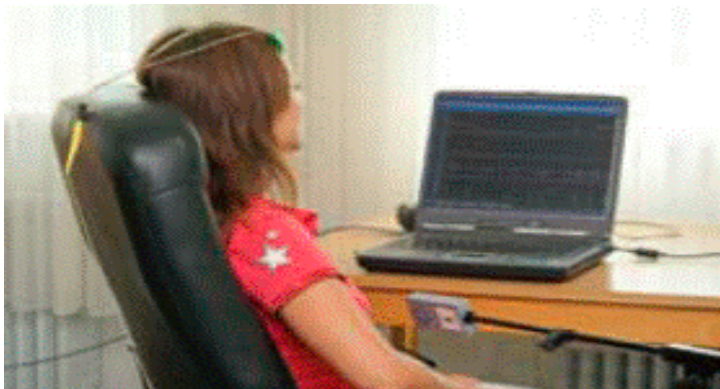
¿Qué pasa si estoy “realmente” enfermo?

Incluso con largos historiales médicos, un tratamiento psicosomático complementario puede ser el correcto, porque sus opciones de afrontamiento se ven reforzadas por técnicas psicológicas. Relajarse tiene que ser aprendido. A veces solo necesita la orientación y el marco adecuado para desarrollarse adecuadamente. Además, todo es médico y ante todo, proporciona también medios diagnósticos, como en un hospital “normal”, que tiene la ventaja de poder usar al mismo tiempo varios recursos, para diagnósticos adicionales y psicoterapia multimetodológica.

¿Quién me está tratando?

La característica especial de la Medicina Psicosomática, durante casi 20 años, es la interdisciplinariedad. Además de los especialistas en Medicina Psicosomática y Psicoterapia, las clínicas en otras áreas como la Anestesiología o la Neurología trabajan con la calificación adicional de Psicoterapia en las salas y aportan su experiencia especial al cuidado de los pacientes, además de los psicólogos y trabajadores sociales, por supuesto. Allí, entre muchas otras disciplinas se han de

integrar fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas de arte corporal, danza y ejercicio. Tradicionalmente, todas las formas de trastornos alimentarios graves, como la anorexia, pero también la obesidad mórbida (con un índice de masa corporal de más de 40) reciben tratamiento hospitalario. Como regla general, los miembros de la familia también están incluidos en el tratamiento.



Equilibrar la vida

“Algunos viven para trabajar, otros trabajan para vivir”.

¿Quién no ha escuchado este dicho antes? “Mientras pueda reírse de eso, no se han perdido las esperanzas”. Si le hace reflexionar, es hora de “sopesar”, o sea, de analizar el bance trabajo-vida.

¿Cuáles son los componentes de una vida satisfactoria? En psicoterapia conocemos un modelo pragmático e ideológico que, idealmente, identifica a nuestros pacientes en el proceso de terapia, y también les enseña a cambiar sus fortalezas y debilidades individuales y luego sus prioridades. El punto de vista especial de la Medicina Psicosomática es incluir el bienestar físico y emocional o las restricciones.

El punto de partida es la vida cotidiana normal, por lo que nuestras 24 horas son normalmente divididas en vigilia y sueño (este último en el mejor de los casos durante ocho horas al día seguidas), así que durante las 16 horas restantes; ocho horas deben corresponder a la actividad profesional o el equivalente a educación superior, estudio, pero también tiempo de viaje, tareas en el hogar (lo que es importante pero no muy divertido), además de 8 horas de tiempo libre. En ambos períodos, ocho horas cada uno, la mitad debe estar llena de actividad física, principalmente ejercicio físico y mental, como leer, escribir, pensar, hablar. Todo esto en la sección semanal siete días.

Además, las personas son fundamentalmente seres sociales. Esto significa que la interacción afecta nuestro metabolismo (secreciones hormonales durante los encuentros), por lo que proponemos cuatro ventanas de tiempo definidas (cuatro horas de ejercicio físico, cuatro horas de tiempo libre, cuatro horas de trabajo mental, cuatro horas de tiempo libre). Se recomienda que al menos 8 de las horas se empleen en actividades en la que haya más de una persona involucrada. También debe haber fases en las que estén solos, para que puedan concentrarse en sí mismos, sin tener que adaptarse a los demás, o tener que prestar atención a los demás: así que no solo trabaje en la pequeña habitación tranquila o en el departamento solo el resto del día, también interactúe con otras personas, de modo que equilibre su tiempo de interacción con los demás y consigo mismo.

Pero independientemente de eso, pregúntese: ¿Por quién hago lo que hago? ¿Lo hago por mi bienestar? ¿Aprendo algo? ¿Obtengo algún beneficio de eso (aumento de condición física, pensamientos positivos, etc.), ¿alguien más obtiene algo? Esto ayuda a mejorar nuestra autoestima, ya que direcciona nuestros pensamientos de manera positiva en función de progresar en alguno de estos aspectos. En otras palabras,

actividades como ir de compras, cocinar, ordenar, mantener el orden, escribir cartas o actividades espirituales, y en última instancia, incluso la higiene personal, pueden considerarse en estas cuatro dimensiones. Si aplica este patrón básico a su vida, le resultará fácil juzgar si debe considerar las áreas y orientaciones individuales lo suficiente o posponer los énfasis. No lo olvide, diviértase y tenga éxito: es un deseo legítimo y bien intencionado, que lo ayudará a sentirse mejor.

Hacer frente a la enfermedad

Por enfermedades crónicas nos referimos a aquellas que no pueden ser curadas completamente con medicamentos, cambios de conducta u operaciones, y que pueden originar nuevas cargas y afecciones a menudo de forma imprevisible. Al hacer frente, entendemos todos los comportamientos (favorables y desfavorables) que los pacientes usan para soportar la carga de la enfermedad. Más de dos tercios de los pacientes aprenden con el tiempo a aceptar su enfermedad, desarrollan un repertorio de posibles soluciones a diversos problemas (físico-psicológico-social) y muestran flexibilidad (resiliencia).

Se debe enfatizar que la **tristeza, el estado de ánimo deprimido y la ansiedad**, que inicialmente son sentimientos normales e importantes durante cierto tiempo, y que pueden ocurrir en episodios agudos o en un curso crónico. En caso de ser prolongados se necesitará ayuda médica especializada.

En estos casos le recomendamos que se detenga durante más de 14 días e **influya en las actividades de la vida de manera positiva (por ejemplo, cuando las actividades con la familia ya no se planifican ni se emprenden o ya no se persiguen intereses anteriores como pasatiempos), contribuyendo así a su propia recuperación.**

Los pacientes que sienten que todavía tienen sus vidas en sus manos, que influyen positivamente en el medio ambiente a su favor y desarrollan actividades, han desarrollado **formas más favorables de afrontamiento**, las cuales son nombradas a continuación.

- Sentimiento optimista.	“Me voy a reponer, lo voy a lograr”
- Confiar (entregarse).	(“Sé que estoy en buenas manos”)
- Compararse con otros, y relativizar sus propias limitaciones.	(“Hay otros a los que les va peor”)
- Dedicación activa (ocuparse), expresarse sobre la enfermedad, informarse sobre posibles tratamientos colaborar con el diagnóstico y la terapia.	(Permitir procedimientos dolorosos o incomodos cuando sea necesario)

El afrontamiento exitoso a menudo conduce a una mejora de las relaciones familiares, a pesar de la enfermedad. La vida profesional y social que es habitual para la enfermedad, en general, se mantiene, dependiendo de las restricciones necesarias reales. Los pacientes se caracterizan por un comportamiento responsable, activo y consciente de la salud.

Mecanismos de afrontamiento desfavorables.

- Una entrega pasiva
- Creencia en la existencia del destino
- Minimiza la enfermedad
- No someterse a las medidas necesarias de diagnóstico o tratamiento
- Comportamiento de retiro en la vida social.
- Rebelión e ira por mucho tiempo
- Autoacusaciones
- Instigar disputas familiares
- Abstenerse de actividad sexual

Aún cuando existen estrategias de afrontamiento desfavorables, también es muy probable que la psicoterapia pueda mejorar la calidad de vida de los pacientes y hacer frente a la enfermedad.

Lo que siempre quisiste saber sobre relajación

(De una entrevista en “Schrot und Korn” con motivo del estudio “La terapia respiratoria previene el agotamiento”)

La respiración profunda es una técnica psicofisiológica básica. Si usted siente que ocurre una agresión, primero debe respirar diez veces y calmarse. Pero ese es solo el comienzo de las oportunidades que tenemos para relajarnos y regularnos a través de técnicas de respiración.

Estatus

En enfermedades complejas, aprender técnicas de respiración solo puede ser un componente pequeño pero importante. Por ejemplo, no puedo curar los trastornos alimentarios a través de técnicas de respiración. Pero una persona que come descontroladamente puede aprender a “respirar” para mejorar su autocontrol. Sin embargo, para el manejo del estrés para el uso diario, los procedimientos de relajación relacionados con la respiración son ideales. Si los aprende adecuadamente, obtienen efectos similares al de los medicamentos, y no tienen efectos secundarios.

Métodos

Mientras tanto, los estudios han demostrado que las terapias respiratorias son útiles para los síntomas del estrés. Dicha evidencia científica también existe para la relajación funcional y las técnicas de relajación establecidas, como la relajación muscular progresiva, el entrenamiento autógeno, el yoga, el tai chi o el método Feldenkrais, donde las técnicas de respiración juegan un papel importante. Todos tienen que ver qué les conviene más: con el Tai Chi y la terapia respiratoria se necesita espacio para los movimientos, para el entrenamiento autogénico un retiro. La relajación funcional, por otro

lado, es tan discreta que puedes hacer los ejercicios en el ómnibus o en la oficina.

Entrada

Lo más importante no es solo leer un libro, sino aprender la técnica de una persona calificada en el tema. Idealmente, lo haces en un momento en que estás bien. Incluso estamos a favor de que los niños aprendan en la escuela cómo regular su estado mental a través de la respiración.

Relajarse en la vida cotidiana

Nuestra filosofía es que utilices racionalmente los momentos de descanso que te imponen la vida cotidiana. Eso hace de cada “Espero” un “Estoy esperando por mí”, así que “esperar” puede pasar a ser una situación estresante a una oportunidad idónea de relajación. Al detenerse a hacer una fila, en el semáforo o en un atasco, uno puede controlar la respiración y relajarse. (Petersen, Martina)

Indicación: Trastornos somatomorfos, trastornos de ansiedad leves, fatiga, tensión muscular, dolor crónico.

Contraindicaciones: esquizofrenia aguda, melancolía.

Procedimiento: En los entrenamientos grupales, aproximadamente dos años y medio de ejercicios de concentración sistematizados en el sentido de auto-influencia autohipnótica del cuerpo se llevan a cabo bajo un intervalo quincenal (aproximadamente 1 hora por cita): repetición mental de fórmulas, p. Ej. “El brazo se está volviendo pesado”, “El brazo se está calentando”, “Aliento tranquilo”. Los pacientes deben practicar dos veces al día en casa durante unos 5-15 minutos. El objetivo es lograr un estado de calma y relajación. En la práctica sostenida, se puede lograr una influencia de las funciones corporales involuntarias con el efecto de estabilizar el sistema nervioso autónomo. Más tarde, también puede desarrollar sus propias fórmulas (formuladas positivamente). (por ejemplo: “estoy bien concentrado”) siempre retomando sugerencias y relajación al final de la fase de práctica, por ejemplo estirando y doblando, tensando

los brazos y respirando profundamente. Siguiendo las instrucciones, los ejercicios se pueden realizar de forma independiente.

Relajación muscular progresiva según Jacobson (desarrollado alrededor de 1930)

Indicación: Trastorno de ansiedad, trastornos somatomorfos.

Procedimiento: Alterne la tensión voluntaria máxima de los grupos musculares (primero el brazo, luego las piernas, los músculos respiratorios, abdominales y faciales) durante segundos, luego suelte arbitrariamente. A través del condicionamiento y la sugestión automática, se logra la relajación mental y la reducción de la ansiedad. Particularmente adecuado como ejercicio de relajación preparatorio con terapia conductual adicional. Se puede enseñar en grupos.

¿Qué deberían saber los Pacientes?

1) ¿Qué les espera a los pacientes en Medicina Psicosomática?

El primer punto de contacto para el paciente suele ser el médico de familia, a quien el paciente tiene confianza y que idealmente lo conoce a él y a su entorno durante un cierto periodo de tiempo.

Lo escuchará, lo interrogará, lo examinará y, si la terapia lo requiere, también lo tratará médicamente, orientará y/o dará certificado por la enfermedad. El contacto con psicoterapeutas está indicado cuando hay una discapacidad persistente durante más de 4 semanas y se confirma la sospecha de angustia psicológica o si no se ha producido una mejoría en los síntomas después de 6 meses de atención psicosomática básica calificada. Ocasionalmente también hay un traslado directo desde otras estaciones o especialidades.

Acompañemos a un paciente ficticio que ha “llegado a la medicina psicosomática” de una manera especial para presentarle al equipo terapéutico y las opciones terapéuticas:

Ejemplo: Sr. S., 43, empleado desde hace mucho tiempo. En muchos años, ha sido muy valorado y se le propone para la carrera superior de servicio civil; tiene un gran sentido de la justicia y expone a uno de sus superiores por una apropiación indebida de fondos, y luego el supervisor se asegura de que el Sr. S. no sea considerado adecuado para la carrera de servicio civil debido a supuestos “defectos de carácter”; Está gravemente herido, pero decide “tragarlo todo”, trabajar bajo las calificaciones dadas por su jefe y mantenerse como un empleado de bajo rango. Él paciente ingiere en grandes cantidades tranquilizantes y estimulantes y trata su dolor en la entrepierna con analgésicos. En una retirada por iniciativa propia de las benzodiacepinas, se cae una tarde del sofá de su madre, donde vive principalmente; ¡su esposa vive a unos minutos a pie! La caída del sofá activa la cadena de emergencias médicas, incluida la reanimación, y conduce a la unidad de cuidados intensivos neurológicos.

Su camino en el hospital del distrito donde vive, lo conduce desde la unidad de cuidados intensivos neurológicos, después de un diagnóstico neurológico exhaustivo a través de la sala de hombres cerrada P 12, donde se lleva a cabo un retiro de benzodiazepinas, luego de conversaciones con los colegas de la clínica psicosomática para pacientes ambulatorios en la sala P32 del Departamento de Medicina y Psicoterapia Psicosomática.

El paciente se las arregla para usar la oferta terapéutica y para presentar sus quejas (ansiedad, inquietud, depresión, dolor de cabeza, dolor en la pelvis) en relación con situaciones y experiencias anteriores, desarrolla nuevas formas de manejo de conflictos y nuevos patrones para lidiar desarrollarse con uno mismo y con los demás. Se promueve su capacidad de expresar y experimentar, se hacen conscientes los sentimientos reprimidos y se estimulan las actividades creativas, se extiende su comportamiento social comunicativo, más allá de la madre y la esposa.

2) Psicoterapia ambulatoria

Indicaciones clínicas (ver también la regla de cinco dedos a continuación):

- Trastornos alimenticios, especialmente obesidad mórbida, aquí también en colaboración con cirujanos plásticos y abdominales.
- Anorexia nerviosa.
- Trastornos somatomorfos y dolor crónico.
- Enfermedades pulmonares crónicas.
- Afecciones reumatológicas y neurológicas.
- Enfermedades dermatológicas.
- Trastornos gastrointestinales con un componente psicosomático adicional, problemas para hacer frente a la enfermedad o dificultad en el curso de la enfermedad asociada con factores psicológicos.
- Presión arterial alta de difícil control.
- Tinnitus.
- Miedo a un tratamiento especial como los marcapasos.
- Trastornos crónicos del sueño, que nos gusta abordar especialmente cuando se trata de superponer cuadros clínicos.

¿Qué deben saber los estudiantes de medicina?

Es importante que los estudiantes de medicina conozcan el concepto de Medicina Psicosomática, anteriormente comentado.

Enfermedades

(1. regla de los cinco dedos)



Epidemiología

Depresión 1 cada 5.

Miedo 1 cada 10.

Abuso de sustancias 1 cada 20.

Trastorno alimentario 1 cada 33.

Trastorno de personalidad 1 cada 100.

Trastorno somatomorfo: 1 de cada 3 pacientes en el área de atención primaria

A modo de comparación: esquizofrenia 1 cada 100.

Excursión corta:

Relevancia de las enfermedades socio-médicas respecto a su comorbilidad.

Trastornos de dolor para 40%

Trastornos de ansiedad para 25%

Sobrepeso, trastornos somatomorfos para 15%

Depresión para 10%

Asma bronquial, diabetes mellitus para 5%

Adicciones para 3%

Enfermedades cardiovasculares (hasta 50% según la edad)

Accidente cerebrovascular (dependiendo de la edad aproximadamente 1 cada 20)

Enfermedades tumorales (en el curso de la vida aproximadamente 1 cada 3)

Demencia (aumenta con la edad: 70 años 10%, 80 años 20%, 90 años 50%)

Síndrome de Parkinson (aproximadamente según la edad 1 cada 20)

Esquizofrenia para 1%

Trastornos de la personalidad

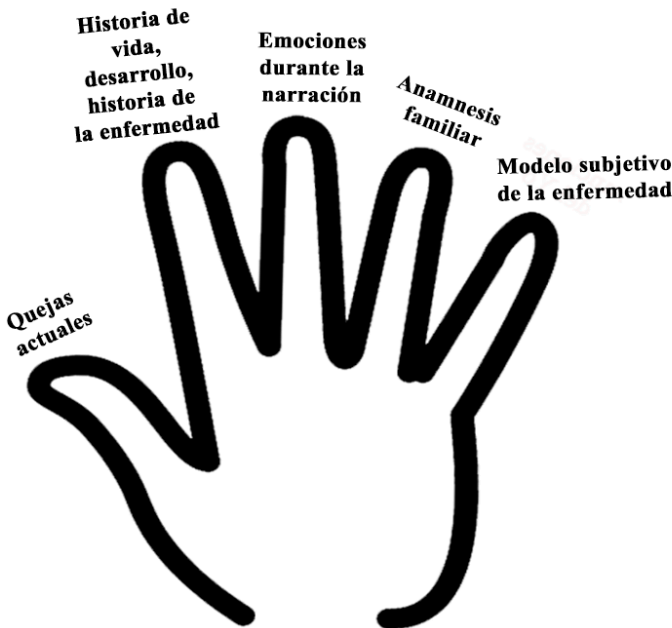
Discapacidades físicas

Epilepsia

Diagnósticos

Toma de historia biográfica

2. Regla de los cinco dedos



¿Cuál es el propósito de la encuesta de anamnesis?

Como se mencionó en la introducción, la relación médico-paciente generalmente comienza con una conversación entre los dos; el doctor “toma el historial médico”. Por lo general, el paciente viene porque tiene quejas y busca ayuda del médico. El médico necesita información para llegar a un diagnóstico. Es importante obtener información muy precisa sobre los síntomas para diferenciar el cuadro clínico actual de las enfermedades que presentan un cuadro similar, de modo que se pueda ofrecer un

tratamiento significativo. Además de la información proporcionada por el paciente, el médico también utiliza la información obtenida el examen físico, interpreta los valores de los exámenes laboratorio y utiliza otros métodos de investigación.

En la práctica: muchos pacientes a menudo desconocen que básicamente se pueden elegir dos opciones para el diagnóstico. Por un lado, se puede demostrar que existe una enfermedad, por otro lado, se pueden realizar estudios para descartar enfermedades, por ejemplo, en el caso de una sospecha de cáncer. Dado que muchos pacientes desconocen este procedimiento, pueden ocurrir malentendidos; están insatisfechos con lo que ven como el “médico malo”, porque ha causado muchas pruebas, a menudo desagradables, y aparentemente “no salió nada de eso”.

La naturaleza de la conversación siempre debe adaptarse a la situación. Por supuesto, será necesario en una emergencia, en circunstancias que amenacen la vida, priorizar la atención médica de carácter más urgente.

La primera pregunta que el principiante plantea en la situación suele ser: “¿Qué preguntas debo hacer?”

R. Adler definió la colección de historia biográfica de la siguiente manera: *“[...] una técnica [...] que tiene como meta recoger los sucesos somáticos, psíquicos y sociales, que además persigue establecer su relación y facilitar no solo un juicio sobre un órgano o un sistema de órganos, sino también del ser humano en su entorno con su enfermedad [...] ese es el objetivo[...] así presupone el conocimiento de los aspectos somáticos de la medicina, combinando preocupaciones sociales y psicológicas”.*

Pero nos gustaría señalar una vez más que, en nuestra opinión, ninguna regla es generalmente válida para la tecnología de conversación en particular. Siempre hay una relación con la situación y con los interlocutores. Todos deberían pensar por sí mismos y decidir qué constituye una posibilidad para él. Sobre todo, se suponía que el médico debía ganar experiencia en conversaciones y probar lo que había resuelto aprender por sí mismo. Adler dice: *“Aprender haciendo es el principio y es importante darles tiempo a los estudiantes.”*

Elementos de una entrevista de anamnesis

Afortunadamente, una entrevista de anamnesis exitosa no depende de un conjunto sofisticado de preguntas o esquemas. Si se observan algunas

reglas básicas importantes, existe la posibilidad de que el paciente en la conversación intente responsabilizarse de sí mismo y describa independientemente los síntomas, el curso de la enfermedad, su situación social, etc. El resultado será una “estructura interna” que es, por así decirlo, “automáticamente” adaptada al paciente individual. A menudo, la información que recibimos de esto es suficiente para que funcione adecuadamente la atención. Además, siempre se debe enseñar al paciente que queremos tomarlo en serio. Otro punto importante es darle tiempo.

Permitirle al paciente tomarse su tiempo y hablar, demuestra ser relativamente fácil. Pero como entrevistador, uno también debe ser capaz de resistir un largo silencio. El paciente a menudo comenzará la conversación después de un descanso y luego responderá las preguntas que son importantes para él.

Pero, ¿cómo puede indicarle a una persona que lo está tomando en serio?

Una buena posibilidad son los dos primeros pasos del esquema de Engel:

Paso 1 – ¡Bienvenido!

Paso 2 - El mensaje: ¡Paciente, eres importante para mí!

Puedo transmitir esto al paciente preguntándole si es el momento adecuado de la entrevista, si está esperando una visita o una comida; si se siente cómodo, si necesita poner la cama en posición vertical o ajustar la almohada. Adler escribe: “Si el paciente de su médico no se siente seguro, retendrá información esencial o la desfigurará”.

También puedo transmitir esto “en serio” al no dejar que el paciente se sienta abrumado por las preguntas, pero, especialmente al comienzo de la entrevista, le doy muchas oportunidades de informar por iniciativa propia. El siguiente paso puede conducir a este tema.

Paso 3: “¿Por qué está aquí / en el hospital?” A través de una pregunta abierta, ahora se alienta al paciente a hablar sobre su enfermedad actual, su “tema”.

Wolfram Schüffel señala: *“Si pudiéramos ser ingenuos, la respuesta sería como una conversación normal, para la cual nos tomamos nuestro tiempo para desarrollar la solución a un problema importante. El paciente debe expresar sus propias impresiones en sus palabras, a su propio ritmo y en el momento*

elegido y hacer sus hallazgos, por lo que el médico hace preguntas abiertas, preguntas que no pueden responderse con sí o no. Cada pregunta se convierte en una invitación a hablar de forma independiente, haciendo una pausa deliberada para darle tiempo al paciente a reflexionar, y muy pronto los puntos principales surgirán en los primeros minutos... Ya aquí, además de los síntomas físicos reales del cuerpo, los sentimientos y las referencias sociales a menudo se hacen evidentes. 'Mi esposa me secó el sudor de la frente cuando tenía miedo de no poder respirar debido a la opresión que sentía en el tórax'. Estos datos no se recogen, sino que se tienen en cuenta y aún no se hacen preguntas detalladas... En el formato que da una visión general se obtiene un mapa de los problemas del paciente, sus quejas y su situación biográfica”.

Schüffel agrega otra ventaja: *“Al seguir sus propios pensamientos en lugar de esperar preguntas, el paciente formulará impresiones y posiblemente datos relacionados con la enfermedad, así como su actitud ante las quejas, y obtendrá información sobre su bienestar psicológico y social. Situación que podemos incorporar a nuestros planes de tratamiento posteriores”.*

He tratado de resumir estos tres primeros pasos después de George Engel, quien desarrolló esta forma de conversación, de acuerdo con sus mensajes clave: Llego al tema de manera natural, cuando el paciente se convierte en el tema, y arribo la estructura sin estructurar.

Para mí personalmente, estas dos reglas básicas forman la base de mi técnica de conversación. Tengo la experiencia de que, considerando solo estos pocos puntos, ya puedes tener una conversación muy satisfactoria.

La diferencia entre una conversación importante no médica y la conversación médica: En este punto, sin embargo, queda claro que la información sobre los síntomas, que el paciente describe sin mayor ímpetu, en muchos casos es insuficiente. Con el conocimiento médico en mente, el entrevistador puede usar preguntas seleccionadas para identificar hechos clínicos importantes. (Engels)

Paso 4: “El médico / estudiante ahora preguntará más específicamente. El mapa auto-diseñado de sus quejas y su persona está pre-

sente... Al aclarar los síntomas, el mapa actual ahora se ve con aumento”.

Por supuesto, depende de los cuadros clínicos que deben considerarse. Si se intenta desarrollar un esquema, los sistemas ofrecidos por Eagle o Schüffel pueden ser un estímulo. Por ejemplo, Adler asigna “Siete dimensiones” al síntoma único ofrecido por el paciente en el “tercer paso” (aparición temporal, intensidad, etc.), que puede aclararse con más preguntas. Para algunos, tales modelos pueden ser de ayuda, y si uno se ha involucrado más intensamente con el tema, puede contribuir a una mejor comprensión. Estos conceptos me parecían demasiado fuera de contexto cuando comencé y no tenía idea de la semiótica. En nuestra experiencia, los catálogos de preguntas individuales se desarrollan junto con el conocimiento clínico. A medida que crezca la comprensión de las enfermedades y los contextos, el individuo podrá desarrollar estas “dimensiones” solo en el transcurso del tiempo, especialmente a través de la actividad práctica.

Lo mismo ocurre con áreas igualmente importantes, como el historial médico relacionado con el curso de la vida o el cuestionamiento de enfermedades y condiciones de vida de los familiares más allá de los eventos de enfermedad predominantes, que, además de los síntomas actuales del paciente entrevistado, son esenciales en la entrevista de anamnesis. Al principio estaba pasando un mal momento porque justo aquí, pensé, sería adecuado un procedimiento formal. Nunca me ha sido fácil integrar sin problemas estos puntos en una conversación. Especialmente al principio tuve que luchar con eso, una vez que comencé con preguntas formales, para regresar a una conversación abierta. En este contexto, me gustaría señalar otro problema: cuanto más conocimiento clínico-somático se acumula, más puedo ser víctima de patrones de percepción constrictivos. Engel divide estas partes de la historia médica de la siguiente manera:

Paso 5: Incluye la descripción de las enfermedades anteriores.

Paso 6: Incluye la descripción de la salud de los familiares. Especialmente respecto a este punto, al principio estaba bastante indefenso. Por supuesto, cuando me informé en la literatura habitual basada en la enfermedad sobre la toma de historia y con la palabra clave “historia familiar”, primero pensé en la

cuestión de las enfermedades o causas de muerte, si los familiares ya habían fallecido, o más tarde sobre enfermedades hereditarias.

Por lo tanto, *“El paciente debe expresar los padecimientos más importantes en su familia y su propia reacción a la misma”*. Es mucho más importante saber que la madre sufrió dolor abdominal recurrente de por vida y que padeció los más fuertes dolores abdominales, a saber que a los 83 años sufrió una fractura de la base de cráneo y murió a consecuencia de ello. Esto nos permite concluir que el paciente tuvo que lidiar con una madre que sufría desde una edad temprana y que puede haber una predisposición al dolor abdominal. La respuesta a la enfermedad y la salud de los miembros de su familia, nos da pistas importantes sobre su actitud hacia los cuidadores, que incluyen médicos y enfermeras más adelante en la vida”.

Ahora va en la dirección del “desarrollo personal” del paciente, según Engel el

Paso 7, y

el **Paso 8** a las condiciones sociales de vida.

El procedimiento descrito por Adler también me ha resultado muy útil, incluso si la siguiente oración no es necesariamente comprensible en primera lectura; sugiere a este respecto: “El médico sigue las asociaciones del paciente a los pasos 5 a 8 (nota: enfermedades previas, salud de los seres queridos, condiciones sociales de vida) mientras investiga la condición actual, integrándolos en el paso 4 (Nota: consultas específicas)”.

Por cierto, esta es la idea central de esta técnica de conversación, en la que se basan mis recomendaciones. Schüffel la llama “conversación asociativa”. La participación del paciente en esto es que, como se indicó anteriormente en otro contexto, *“puede expresar sus propias impresiones en sus palabras, a su propio ritmo y en ocasiones elegidas por él y hacer sus hallazgos”*.

Para volver a mi “sistema” personal, en la segunda etapa (pasos 4 a 8 según G. Engel), el entrevistador aplica específicamente el conocimiento médico. Incluso ahora, el paciente debe ser guiado lo menos posible por una directiva, pero de manera asociativa. Por lo tanto, no se le debe preguntar, sino siempre sobre la base de la situación de conversación actual, del aquí y ahora, las quejas actuales, se dicen los puntos importantes de su historial médico anterior. Puede contar hechos importantes sobre sus familiares, su Curriculum Vitae personal y

su situación social, es decir, su entorno. En muchos libros de texto, estos contenidos de la conversación se conocen como apellidos, antecedentes sociales e historial médico pasado.

¿Cómo puedo estar seguro, con una estructura de discusión abierta, de que no paso por alto un punto médicamente importante?

“Paso 9”: Palabra clave - Sistemas de órganos. El último párrafo trata las quejas que generalmente se pueden asignar a un órgano (sistema) o un grupo funcional. Para no pasar por alto nada y ya que hasta ahora tal vez aún no surgió en el curso de la conversación de manera natural, se debe consultar a las entidades físicas referidas en una anamnesis para completar la imagen.

Se recomienda que compile por sí mismo en detalle, qué puntos deben respetarse aquí. Cada vez más, se están utilizando cuestionarios preformulados para expandir o estandarizar el proceso de toma de historia. Por ejemplo, los formularios proporcionados por los departamentos de anestesia como parte de la preparación de anestesia para completar y marcar son ampliamente utilizados, pero hay muchos otros. Algunos están muy bien diseñados. Seguramente no pueden reemplazar una entrevista de anamnesis, y se puede discutir si sirven como suplemento. En mi opinión, hay áreas de trabajo en medicina, donde encuentran su uso justificado.

Sin embargo, un cuestionario completo también puede ser una forma apropiada de desarrollar una estrategia personal en términos de interrogar y cubrir trastornos en los sistemas de órganos e integrar “preguntas médicas obligatorias” en el propio concepto. También vale la pena, especialmente en el entorno clínico para considerar los puntos de un cuestionario elaborado con respecto al diagnóstico diferencial o los exámenes que posteriormente podrían proporcionar más información. Me gustaría recomendar este enfoque sistemático para la recopilación de experiencia práctica, especialmente para aquellos que participan en la colección de anamnesis.

Si uno intenta dirigir la conversación de acuerdo con el principio asociativo, esta tercera etapa impone las mayores exigencias al entrevistador. Si miro hacia atrás a las conversaciones que he conducido o experimentado en el grupo, me sorprende que sea precisamente esta

descripción general de los sistemas de órganos con la que hemos hablado hasta ahora en la conversación; no hay suficiente información disponible, o no se ha abordado, a menudo es demasiado corta.

Teóricamente, un historial médico preestructurado debería conducir a la meta. Entonces, ¿no debería al menos cambiar a una cuadrícula para no pasar por alto nada y no olvidar nada? Como regla general, el examen físico (que omitimos deliberadamente en la pasantía de psicósomática, se puede aprender mejor en otros cursos de lecciones), que debe cubrir todos los órganos, generalmente está conectado a la encuesta de historia médica. Los posibles problemas también se pueden notar aquí.

La medicina no es un tema que se pueda aprender de un día para otro. E incluso el estudio más extenso de la literatura no reemplaza la práctica más frecuente posible. Por lo tanto, me permito ofrecer la siguiente estructura por razones mnemotécnicas. Si uno intenta en anamnesis asociativa, entonces se aplica lo siguiente:

1ra etapa - “estudiante preclínico”.

Cualquiera, incluso un principiante, puede aprovechar las dos reglas básicas: mostrar interés en una relación seria y hacer preguntas abiertas.

2da etapa - “estudiante clínico”.

Para esto hay que saber algo de los cuadros clínicos; En mi experiencia, este nivel llega a todos los estudiantes que se ocupan del asunto.

3ra etapa - “Doctor”.

Una conversación asociativa impone altas exigencias al entrevistador. A menudo he experimentado que, condicionado por el gran número de impresiones, al entrevistador le resulta difícil desprenderse de su propia conversación y encontrar la distancia necesaria para introducir en este punto “preguntas obligatorias” o repasar los sistemas de órganos. Seguramente se debe luchar por esta habilidad, pero tener este tipo de conversación no se puede aprender en poco tiempo.

Mientras más se imponga el conocimiento médico y mientras más ayuden las experiencias vividas a profundizar en los hechos, más pronto se podrán integrar todas las exigencias. En mi opinión, incluso un estudiante del semestre clínico no necesita desesperar cuando se da cuenta de que está llegando a sus límites. En el momento en que hace estas observaciones, ya está en proceso de expandir sus habilidades.

Hay muchos libros que cubren preguntas sobre el historial médico. También puede encontrar un capítulo en casi todos los libros de texto en las diversas áreas clínicas. Durante todo el tiempo de mi

entrenamiento, siempre he sentido que, especialmente en esta área, la discrepancia entre la práctica y la teoría es particularmente grande.

Es importante comprender exactamente los requisitos de la entrevista de anamnesis en teoría, y señalar dónde existe un peligro particular de dejar huecos. Sin embargo, la vida cotidiana de muchos estudiantes también muestra que lo “factible” a menudo se desvía de la imagen que está diseñada teóricamente (por ejemplo, debido a la presión del tiempo). En particular, el que está aprendiendo, que no está seguro porque su experiencia cotidiana se desvía de lo que realmente se requiere en los libros de texto, debe tener la oportunidad de experimentar que a los demás les ocurre igual, y partiendo de esta base, debe considerarse “normal”.

Me he dado cuenta de que el individuo se lleva mucho mejor, se motiva más y le gusta progresar cuando tiene una idea de cómo los colegas, los compañeros de clase, están experimentando estas situaciones, cómo se comporta con sus habilidades, en lugar de perseguir un ideal inalcanzable. Como este es un libro escrito principalmente por estudiantes para estudiantes, me he permitido en esta sección señalar experiencias personales.

Anamnesis biográfica en resumen (ver también la segunda regla de los cinco dedos)

1. Bienvenida
2. El mensaje, paciente, ¿eres importante para mí!
3. “¿Por qué estás en el hospital?”
4. “Mapa general” de las quejas y la persona del paciente
5. Enfermedades anteriores
6. Desarrollo personal del paciente.
7. Salud de los familiares.
8. Condiciones de vida social.
9. Palabra clave: Sistemas de órganos.
10. Opiniones del paciente sobre el origen, la naturaleza de la enfermedad, los efectos actuales y futuros de la enfermedad.

(Programa de examen y tratamiento)

Objetivo: demostrarle al paciente que el diálogo Médico-Paciente continuará.

¿Cómo completarlo?

Hacia el final de la reunión, se deben aclarar las preguntas que pueden no haber quedado claras para el entrevistador en el transcurso de la entrevista. Cualquier “pregunta obligatoria” que aún no se haya planteado ahora puede ser discutida. Luego, el entrevistador debe nuevamente dar un resumen de la queja del paciente al paciente. A partir de entonces, se debe preguntar al paciente si el resumen coincide con lo que quería transmitir, y si desea agregar o preguntar algo.

El “décimo paso” según Engels es aún más: Schüffel escribe: “[...] en la medida de lo posible, el programa de investigación y tratamiento adicional se discute con el paciente... si no hay información al respecto, se intenta con las opiniones del paciente. Emergiendo y experimentando la naturaleza así los efectos y consecuencias presentes y futuras de la enfermedad. Objetivo: demostrar al paciente que el diálogo Médico-Paciente continuará”.

Especialmente cuando se trataba de preguntas sobre las ideas del paciente, a menudo experimenté situaciones muy emocionantes.

Pero sí se puede preguntar al paciente qué exámenes se hicieron con él, qué tratamiento recibe, y especialmente cómo se lo trata, qué sentimientos tiene con él; si encontró desagradables los exámenes o las terapias, etc. El entrevistador puede aprender mucho de preguntas como esta, incluso percibir sus propios límites y aceptar. Uno puede ser forzado, en relación con las consultas del paciente sobre este tema a admitir que no se puede decir nada al respecto o sobre el programa adicional.

En la práctica, terminar una conversación a menudo resulta muy difícil, especialmente cuando se lo alienta a describir impresiones o sentimientos. Los pacientes a menudo aceptan estas sugerencias porque la conversación asociativa y el comportamiento del entrevistador han desarrollado una buena relación. Entonces es difícil interrumpir al paciente nuevamente. A menudo, el estudiante finalizará la conversación de manera más o menos abrupta. Además en la conversación, los sentimientos a menudo asociados de impotencia que puedan aflorar, son temas importantes en las discusiones subsiguientes.

La mayoría de los estudiantes agradecen al paciente al final de la conversación. Personalmente, creo que está bien. El paciente se ha tomado parte de nuestro tiempo y viceversa, tenemos la oportunidad de aprender de su vida, en dependencia de qué y cómo nos cuenta. Por supuesto, también hay otros puntos de vista. Schüffel escribe: “El novato y, sobre todo, el estudiante como médico que aún no ha terminado tiene sentimientos de incertidumbre y también ligeros sentimientos de culpa hacia el paciente. Dice que debe disculparse o agradecerle por estar disponible

para él. Por otro lado, debe enfatizarse que la oportunidad de hablar sobre sus quejas y problemas con una persona que puede escuchar y mostrar un interés humano y médico, será una experiencia útil para el paciente, que a menudo lo alivia de la ansiedad. La información que el médico o el estudiante, recibe en la entrevista sirve para completar los registros médicos y completar la imagen... Por lo tanto, el médico / estudiante no debe agradecer al paciente. Tampoco debe hacerlo, porque devalúa la charla para el paciente”.

¿Qué cosas suceden simultáneamente en una conversación?

Como en todo, incluso las conversaciones cotidianas, también ocurren en la anamnesis varias cosas al mismo tiempo. En particular, ahora deben abordarse los aspectos que podrían desempeñar un papel para el entrevistador.

Por un lado, por supuesto, la conversación trata sobre la descripción de las quejas. Pero también podemos percibir otras cosas en relación con la conversación, una vez que la conversación en sí misma puede considerarse.

En este contexto se pueden discutir preguntas como:

- ¿Cómo se registra el contacto?
- ¿Cómo se recibe al paciente?
- ¿El entrevistador lo deja terminar o lo interrumpe?
- ¿Cómo y cuándo lo interrumpe?
- ¿El entrevistador solo se refiere a lo que el paciente quiere específicamente?
- ¿Intenta transmitir confianza, responde monosilábico, etc.?

En resumen, permite la obtención información pura, y por lo tanto un contacto directo y, en última instancia, los esfuerzos del entrevistador para obtener una imagen general del paciente. Schüffel escribe: “[...]en cada entrevista de anamnesis, estos puntos siempre tendrán un peso ligeramente diferente”. Básicamente, el objetivo siempre debe ser establecer una relación interpersonal en la que el paciente sienta que el médico quiere ayudarlo. Solo entonces el paciente podrá hablar sobre su condición y su estado de salud, y solo entonces, en la relación interpersonal recién formada, podrá desarrollar la sensación de que el médico está interesado en todo lo que para él, es digno de ser informado del paciente”.

Otra posibilidad es separarse del curso directo de la conversación, distanciarse y observar la interacción entre el entrevistador y el paciente.

Wolfgang Wesiack describió un enfoque para estructurar esta percepción. Distingue tres niveles:

1. El nivel de información objetiva.
2. El nivel de información subjetiva o significados.
3. El nivel de información escénica.”

La “información subjetiva” es la información relacionada con el significado individual para el paciente. En el punto tres, en resumen, uno comprende que es la impresión que el paciente transmite mediante su lenguaje paraverbal y extraverbal, por ejemplo, qué sentimientos están vinculados a ciertas declaraciones.

¿Tiene tiempo el médico en la práctica médica para llevar a cabo una anamnesis tan detallada?

La entrevista de anamnesis más larga que he tenido duró dos horas y la más corta ocho minutos. En promedio, estamos en el curso de 20 a 40 minutos, como se acordó inicialmente. Estas conversaciones en realidad capturan una cantidad suficiente de información. Para los pacientes, las conversaciones casi siempre son muy agradables, como resultó en la encuesta de seguimiento realizada por nosotros.

Suponiendo que las habilidades mejoran con el tiempo como resultado de una mayor capacitación, y que las personas también están trabajando para reducir las brechas en términos médicos, creo que en aproximadamente tres cuartos de hora puede llevarse a cabo satisfactoriamente para ambas partes.

Schüffel escribe:

“Aunque a menudo se afirma que lleva mucho tiempo (la nota de anamnesis biográfica), este no es el caso, e incluso si requiere 45-60 minutos en la mano del principiante, se reduce tiempo después, porque hay que tener en cuenta que uno recibe información que ahorra consultas que llevan mucho tiempo”.

Mi experiencia práctica previa muestra que a menudo existe la voluntad de tener conversaciones que involucren a toda la persona del paciente. En la mayoría de los casos, hay una falta de espacio. A menudo, varios médicos asistentes tienen que compartir la habitación del médico, a

veces ni siquiera hay una sala de examen adecuada, por lo que no queda nada más que hablar junto a la cama, a menudo en presencia de otros pacientes. En esta atmósfera, transmitirle al paciente que desea estar allí para él en los próximos momentos, requiere mucho compromiso. Por lo tanto, es de gran importancia crear finalmente las condiciones apropiadas en los próximos años para que se brinde el marco externo para estas discusiones.

¿Se puede recordar el contenido de una conversación tan larga?

En las primeras entrevistas ya tuve problemas para comprender lo que el paciente dijo en 20 minutos. Primero, he adquirido el hábito de clasificar los eventos que informa el paciente (síntomas, enfermedades, cambios en su vida) secuencialmente y presentarme algún tipo de línea de tiempo. Luego me doy cuenta de inmediato de dónde me faltan hechos, como es la asignación temporal, o de que algo no me queda muy claro. Además, tengo la impresión de que el paciente cuenta todo con más detalle a medida que gano experiencia práctica. Más tarde, aprendí a prestar atención también a la formulación, la elección de palabras y, finalmente, a las emociones, la expresión y la actitud. Solo lentamente logré tener en cuenta mis propias reacciones, las cuales son de gran importancia.

¿Se puede aprender este tipo de guía de discusión?

Estoy de acuerdo con el Prof. Schüffel, quien dice: “Requiere práctica, pero se puede aprender con algunas limitaciones”. Es la herramienta más importante del médico y se puede requerir legítimamente que se use energía para adquirirla, los límites están en gran medida determinados por la personalidad del investigador”.

Hallazgos psicopatológicos

Aquí se registran las siguientes subáreas:

Hallazgos psicopatológicos (ver también tercera regla de cinco dedos)

1. Conciencia y orientación.
2. Atención y memoria.
3. Afectividad
4. Psicomotricidad, impulso y comportamiento.
5. Pensamiento formal
6. Pensamiento de contenido.
7. Vivencias propias
8. Percepción
9. Hallazgos Vegetativos
10. Peligro propio o externo
11. Suplementos, por ejemplo: nivel de inteligencia, adicción, etc.

Conciencia y orientación.

Jaspers define la conciencia como la “totalidad de la vida del alma momentánea”, el conocimiento de experimentar, recordar, imaginar y pensar, acompañado del conocimiento de que soy yo quien está experimentando estos contenidos, no existe una definición universalmente válida de conciencia. A menudo aborda la práctica clínica desde el lado negativo, es decir, desde los cambios psicopatológicos que se notan en un trastorno de la conciencia.

- Trastorno de conciencia cuantitativa: es observado y no interrogado. Ocurrencia: por ejemplo, en presencia de daños orgánicos severos.
 - Somnolencia: el paciente tiene sueño, somnolencia, pero se despierta fácilmente.
 - Sopor: paciente despierto con dificultad.
 - Pre-coma: el paciente no se despierta, pero muestra un movimiento defensivo direccional sobre estímulos de dolor.
 - Coma: no se puede despertar al paciente, muestra movimientos defensivos ligeros o sin dirección.

- Trastorno cualitativo de la conciencia: en el sentido de perturbación de orientación (temporal / local / a la propia persona / a la situación)
- Estrechamiento de conciencia: estrechamiento de la experiencia consciente en ciertos temas, dentro de los cuales el pensamiento puede ser claro y ordenado.
- Cambio de conciencia

Atención y memoria.

- Atención: Alineamiento de la actividad mental con un objeto.
- Trastorno de concentración: Restringir la capacidad de enfocar por tiempo prolongado la atención en una actividad u objeto.
- Memoria: Incluye la capacidad de registrar, almacenar y reproducir experiencias y contenidos de conciencia (memoria inmediata, memoria a corto plazo, memoria a largo plazo).
- Déficit de memoria: Restringir la capacidad de recordar impresiones recién adquiridas durante un periodo de 10 minutos.
- Deterioro de la memoria: Limitación de la capacidad de retener impresiones pasadas por más de 10 minutos.
- Dificultades en la percepción: Restricción de la capacidad de captar y conectar significativamente las experiencias y percepciones en su significado.
 - Mal o disminuido
 - Ralentiza o dificulta

Afectividad y vibración.

Describe el estado de ánimo y las emociones de una persona, así como la variabilidad afectiva y puede interpretarse como opuesto a la cognición. La vibración es el cambio del estado emocional y el estado de ánimo en ciertas situaciones.

La afectividad individual y la capacidad de vibrar deben entenderse como un área, solo se pueden describir las desviaciones:

- Deprimido: estado de ánimo negativo, depresión, estado de ánimo deprimido, falta de placer o apatía.
- Ansiedad: en previsión de una amenaza.
- Inquietud interior: tensión, emoción, sentirse “impulsado”
- Euforia: estado de ánimo exclusivo.
- Disforia: sensación de mal humor e irritabilidad, aumento de la preparación agresiva

- Rigidez emocional: estado de ánimo constante sin capacidad vibratoria
- Inestabilidad o incontinencia afectiva: cambio rápido de humor con alta Capacidad de vibración; Si, además, las expresiones de afecto atraen la atención (llanto, gritos) se habla de incontinencia de afecto.
- Paratimia: afectos inadecuados; la experiencia y los afectos no coinciden. Por ejemplo: cuando alguien felizmente informa sobre experiencias trágicas.
- Reducción afectiva: Capacidad vibratoria reducida, por ejemplo, en la depresión compulsiva.

Por esto se entienden las ideas y los impulsos que se imponen, se perciben como absurdos, pero no se pueden evitar.

Dependiendo del área en la que ocurra una compulsión, uno puede diferenciar pensamientos, impulsos o acciones compulsivas.

Comportamiento: impulso y psicomotricidad.

Comportamiento: movimiento, postura, gestos, voz.

Bajo impulso se entiende un impulso vital, subyacente a cualquier comportamiento y reconocible por efecto y disturbios.

- Reducción del impulso: reducción de energía, interés y/o placer. Por ejemplo: en depresión.
- Inhibición del impacto: resistencia subjetiva, retardada, hasta inhibición psicomotora, por ejemplo: depresión, trastornos orgánicos, esquizofrenia.
- Aumente el impulso: puede tener un propósito o no tener objetivo, por ejemplo: en caso de manía
- Inquietud motora.
- Comportamiento situacionalmente inapropiado.

Trastornos formales y de contenido del pensamiento y del lenguaje

Trastorno de pensamiento formal: ¿cómo y qué se dice? Que velocidad? ¿Qué tan grande es el “campo mental”? Se caracterizan por los siguientes puntos:

- Ralentización: inespecífico por causas orgánicas y psicológicas
- Inhibición del pensamiento: resistencia percibida subjetivamente

- Estrechamiento mental -melancólicos: algunos temas que le preocupan.
- Prolijidad: lo secundario no es separado de los temas esenciales.
- Fuga de ideas: el paciente salta de un tema a otro
- Dispersión: como la fuga de ideas, en contraste, uno ya no puede seguir el tren del pensamiento.
- Bloqueo, pensamientos cortados: parada repentina, seguida de un cambio de tema; Por ejemplo: en la esquizofrenia.

Trastornos del contenido del pensamiento / delirio: Se trata de una convicción objetivamente falsa, que se mantiene a pesar de razonamientos lógicos, no corregible por experiencia; “Imposibilidad” del contenido.

Diferencia de contenidos: como paranoia, celos enfermizos, megalomanía, manía hipocondríaca, fanatismo religioso. Por ejemplo: en trastornos afectivos, esquizofrenia.

Funciones del Yo y disturbios de la experiencia del ego.

1. Ser capaz de juzgar los estímulos internos y externos (verificación de la realidad / percepción)
2. Separación del mundo interior y del mundo exterior mediante la conservación de fronteras personales (mundo y yo mismo).
3. Controlar los impulsos: puede controlar las emociones.
4. Puede establecer contacto, mantener relaciones.
5. Uso de mecanismos de defensa.

Esto puede conducir a los siguientes trastornos del ego:

- Propagación del pensamiento: el paciente está convencido de que otros saben lo que piensa.
- Abstinencia mental: el paciente está convencido de que se le retiran los pensamientos.
- Inserción de pensamientos: el paciente está convencido de que los pensamientos se le están aportando.
- Despersonalización: las partes individuales del cuerpo o todo el cuerpo son ajenas al paciente, ya que no pertenecen.
- Desrealización: el entorno parece extraño para el paciente.

Problemas cognitivos y alucinaciones

Cambios de percepción simples: Las percepciones reales parecen cambiadas (más coloreadas / pálidas, reducidas / ampliadas, cambiadas de

forma), pero el contenido de las percepciones se conserva, sobre todo en trastornos orgánicos (p. ej., drogas), esquizofrenia y ansiedad.

Ilusión, malentendido ilusorio: Algo objetivamente existente es tomado por otro objeto y causa tensión afectiva o interferencia cognitiva.

Alucinaciones: Experiencias de percepción sin el estímulo real correspondiente, típico de la esquizofrenia (especialmente alucinaciones acústicas), algunos trastornos orgánicos, trastornos raramente afectivos: subdivisión en acústica (akoasmos (ilusiones auditivas no formadas), escucha de voces (voces de comentarios, voz imperativa, voces de diálogo, ruido mental), visual, zonestésico (alucinaciones del cuerpo), alucinaciones de olores y sabores.

Trastornos vegetativos.

1. *Trastornos del sueño:* Hiposomnia (dificultad para dormir, permanecer dormido, despertar temprano), hipersomnia
2. *Trastornos del apetito:* Hiperfagia e Hipofagia.
3. *Trastornos sexuales:* deseo sexual reducido / aumentado (libido), trastornos del orgasmo / trastornos de potencia
4. *Fluctuaciones diurnas:* en la madrugada (peor en la mañana) tarde en la noche, etc.
5. *Dolor (trastornos autonómicos en el sentido más estricto):* Sensaciones de dolor o desagradables (hormigueo, parestesia, etc.), taquicardia, taquipnea, hiperhidrosis / hipohidrosis, mareos, trastornos visuales y de equilibrio, etc.

Agresividad

- Tendencias de agresión
- Acciones agresivas

Las tendencias suicidas:

- deseos de muerte
- pensamientos suicidas: consideración como oportunidad / impulso
- intención de suicidio (sin / con plan, sin / con anuncio)
- acto suicida
- intento de suicidio preparado, iniciado y detenido (influencia propia / influencia extranjera)
- planificado intencionalmente, llevado a cabo impulsivamente
- llevado a cabo (autoinformado, encontrado)

3. Regla de los Cinco dedos



Ich Funktionen (Funciones del yo)

Términos importantes:

Transferencia: sensaciones que provienen de experiencias psíquicas anteriores y que el paciente transmite a la relación actual.

Contratransferencia: sensaciones que el terapeuta percibe al trabajar con el paciente. El terapeuta debe poder distinguir entre contratransferencia y su propia proyección.

Resistencia: Defensa contra la conciencia de conflictos.

Vínculo (fijación): según Bowlby, unión segura, unión insegura, unión ambivalente incierta y unión desorganizada.

Conflicto (Rudolf): los deseos, necesidades o impulsos activos no pueden realizarse por razones internas (neuróticas) (actividades propias bloqueadas neuróticamente)

Mecanismos de defensa: Para procesar conflictos y controlar impulsos / afectos, todo ser humano utiliza mecanismos de defensa que funcionan inconscientemente y tienen el objetivo de crear un estado “libre de conflictos”. Desde el punto de vista psicoanalítico, la defensa se entiende como una solución a los conflictos entre el yo y el superyó y es esencial para una discusión intrapsíquica e interpersonal. Se pueden observar mecanismos defensivos, se pueden sacar conclusiones sobre los conflictos y, en el caso de “sobre o bajo funcionamiento”, pueden surgir síntomas. Los mecanismos de defensa sirven como orientación para descubrir conflictos inconscientes.

- Proyección: los impulsos son desplazados hacia otros.
- Negación: no se asume o percibe la realidad.
- Separación (disociación): se percibe la realidad en partes buenas y malas, que son consideradas por separado.
- Identificación: para no asumir los impulsos propios se asumen otros.
- Desplazamiento: los impulsos se desplazan a lo subconsciente y se muestra, por ejemplo, como errores o conflictos neuróticos.

- **Transferencia:** Impulsos que están dirigidos a un objeto, son desplazados a otro objeto.
- **volviendo a lo opuesto / formación reactiva:** Se muestra impulso opuesto.
- **Racionalización:** Explicación y con ello justificación para el comportamiento.

Identificación
"Soy como el otro"

Internalización
"Me comporto como si el otro
estuviera cerca de"

Introyección
"Trato como me trata el otro"

El OPD intenta ampliar el diagnóstico psicológico para incluir el área psicodinámica a través de 5 ejes (prerrequisitos de tratamiento y afrontamiento de la enfermedad, relación, conflicto, estructura y trastornos mentales/psicosomáticos). También proporciona un manual para estandarizar los diagnósticos.

4. Regla de los cinco dedos



Diagnóstico de pruebas psicológicas.

➤ Para desarrollo de pruebas

Woodworth (1918): “Entrevistarte a ti mismo” (hoja de datos personales)

Contexto militar: estrés mental como respuesta al estrés a corto o largo plazo

(Ejemplo 11 de septiembre)

Económico, nueva fuente, comparabilidad (normal / desviación) históricamente

¿Qué podemos probar?

- inteligencia
- personalidad
- síntomas
- La calidad de vida
- Historia (pruebas repetidas)
- inteligencia

Ejemplo: HWI

Pruebas de vocabulario: www.uni-münchen.de / Psychiatry
adicción

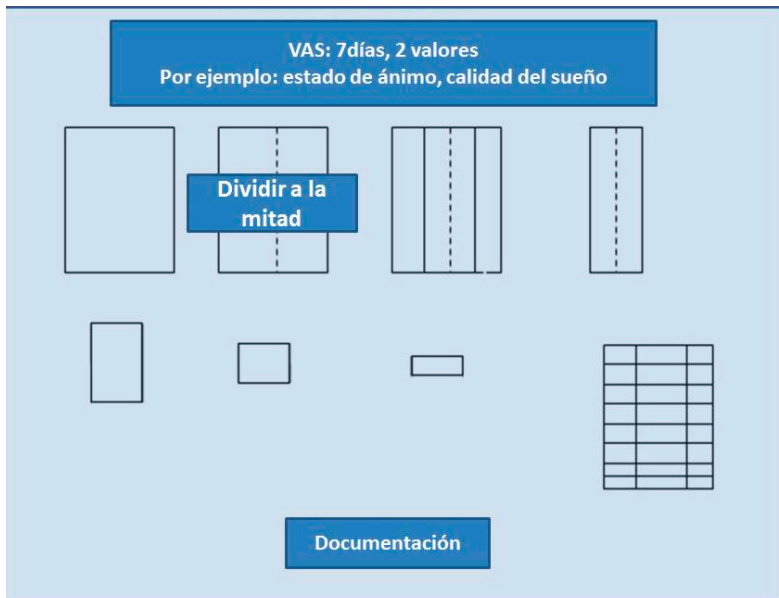
Adicción (preguntas de detección: cuanto más responda con sí, más probabilidades habrá de que sea abuso de alcohol)

1. ¿Bebe el paciente para poder relajarse mejor u olvidarse de los problemas?
2. ¿El paciente en compañía de otros, se siente más seguro de sí mismo después de beber los primeros vasos de alcohol?
3. ¿El paciente está tratando de esconder que bebe?
4. ¿Se enoja el paciente o trata de cambiar rápidamente el tema de conversación cuando le habla sobre su consumo de alcohol o alcohol en general?
5. ¿El paciente tiene “lapsus” de memoria cuando bebe?
6. ¿La persona en cuestión tiene dificultades o ha faltado al trabajo a menudo debido a su consumo de alcohol?
7. ¿El paciente alguna vez prometió dejar de beber o disminuir su consumo de alcohol?
8. ¿Siente que hay una persona completamente diferente frente a usted, si la persona en cuestión (el paciente) ha bebido alcohol?
9. ¿Ha tenido alguna disputa con el paciente preocupado por su consumo de alcohol, o ha amenazado con interrumpir el contacto con él si no deja de beber?
10. ¿El paciente no puede dejar de beber una vez que ha bebido los primeros vasos o lo hace con dificultad?

Ejemplo (ver Apéndice - PHQ-D)

Otra posibilidad son las hojas de documentación, llamadas escalas analógicas visuales (VAS por sus siglas en alemán), por ejemplo, para el dolor actual, la calidad del sueño o el estado de ánimo:

Dolor de cabeza diario



Puntuación de severidad de deterioro
para evaluar la indicación:

- Físico
- Mental
- Social

La evaluación externa, la impresión y
anamnesis tienen en cuenta de 0 a 4 ,
agregan dimensiones:

a partir 4 puntos --- caso

a partir de 7 puntos --- estacionario

Terapia

¿Asesoramiento o psicoterapia?

Si las preguntas del paciente se vuelven más “psicosomáticas”, las posibilidades de la atención psicosomática básica comienzan a aplicarse; Además de los diagnósticos, los conceptos de enfermedades mediadoras (modelos de enfermedades) y los modelos generales de equilibrio entre la vida laboral y personal, así como el asesoramiento de comunicación (por ejemplo, en el lugar de trabajo, en las relaciones y en la familia) juegan el papel más importante.

La psicoterapia puede entenderse como un proceso de interacción deliberado y planificado para influir en los trastornos de conducta y los estados de sufrimiento que el consenso (paciente y terapeuta) considera que necesitan tratamiento. A través de la comunicación verbal y no verbal, se debe lograr y definir un objetivo común, en la medida de lo posible. El entorno psicoanalítico (2-3 veces por semana durante un período de 160 a 240 horas) requiere procesos regresivos (por ejemplo, para tratar conflictos neuróticos y trastornos de la personalidad). Los procedimientos psicodinámicos y psicodinámicos (una vez por semana sentado durante 50-80 horas) están centrados en el conflicto y tienen un objetivo de tratamiento limitado, así como una limitación de las tendencias regresivas (por ejemplo, para tratar trastornos de adaptación, trastornos del estado de ánimo o enfermedades psicosomáticas).

¿Cómo funciona la psicoterapia?

Resumen:

En la sección se presentan resumidos los factores típicos y más importantes desde el punto de vista experimental, de los métodos más modernos de psicoterapia sobre la base de una sistematización histórica de A.E. Meyer resumió (técnicas de ejercicio y relajación (por ejemplo, hipnosis) procedimientos de psicoterapia corporal (por ejemplo, bioenergética); métodos basados en psicoanálisis usando ejemplos de métodos de psicología humanista (psicoterapia centrada

en el cliente según C. Rogers y terapia de gestalt), terapia conductual usando el ejemplo de terapia cognitiva, enfoques sistémicos de terapia (Terapia familiar después de V. Sático), terapia de arte y diseño). Se contrastan con los factores de impacto comprobados empíricamente (actualización de problemas, activación de recursos, conceptos de afrontamiento, aspectos motivacionales, trabajo de clarificación) diferenciados por K. Grawe. Se explican las ventajas de un enfoque integrador centrado en el paciente y la terapia multimodal, así como un concepto practicable de revisión de calidad de los procedimientos, que también tiene en cuenta los aspectos intra e interpersonales (el modelo de tres ejes propuesto por Grawe con seis perspectivas) y la entrevista médico-paciente transmitida.

Las opciones psicoterapéuticas son diversas y tan variadas como los psicoterapeutas conocidos o escuelas de psicoterapia fundadas. No obstante, los factores de impacto pueden diferenciarse claramente conceptualmente. Esta revisión se basa principalmente en las de Adolf E. Meyer, ex profesor de psicosomática y psicoterapia en Hamburgo, quien lamentablemente murió. En la última parte, se presenta el modelo conceptual de Klaus Grawe, que compiló los muy amplios resultados de la investigación empírica sobre psicoterapia hace 3 años. Conectar los dos puntos de vista es la idea básica de este trabajo.

Para entender cómo funciona la psicoterapia, primero se define qué es la psicoterapia: según Strozka, la psicoterapia es un proceso de interacción deliberado y planificado para influir en los trastornos de la conducta y el sufrimiento psicológico. En este momento, dependiendo de qué tan estrechos se dibujen los bordes, es posible distinguir entre 100 y 400 tipos diferentes de psicoterapia. A continuación se presentan algunos ejemplos de las respectivas corrientes principales. Los numerosos factores importantes que pueden asignarse a los métodos respectivos, como ve Meyer, se compilan de forma inductiva a partir de los métodos individuales derivados en la **Figura 1**.

Factores de impacto típicos del proceso.

Un sistema histórico tiene la ventaja de que también es compatible con el desarrollo de los procedimientos, que están actualmente en uso. Según Meyer, la psicoterapia moderna comienza con la hipnosis. La hipnosis puede asignarse en el sentido más amplio a las técnicas de relajación y los métodos relacionados con el cuerpo. Los principios activos son la privación sensorial, una reducción de los estímulos que actúan, por ejemplo: a través de una habitación oscura, una atmósfera tranquila, similar a la meditación y la facilitación de los procesos

corporales. Sensación de calor, relajación o pesadez en las diferentes partes del cuerpo. La hipnosis sirve principalmente como una técnica de relajación, por ej. En forma modificada como entrenamiento autógeno y encuentra su aplicación especialmente en la terapia complementaria del dolor. Un cambio objetivable en el manejo del dolor, la activación de células Natural Killer y la inmunomodulación están comprobados empíricamente.

Breuer y Freud también han experimentado con la hipnosis. Primero intentaron usarlo de forma exploratoria para hacer recordar las experiencias reprimidas y luego para permitir una disipación de los sentimientos asociados en el sentido de una catarsis. Aproximadamente 15 años después, el psicoanálisis se desarrolló a partir de estos comienzos hace unos 100 años. El psicoanálisis ha llevado al desarrollo de métodos adicionales, que se resumen aquí en la categoría de “Métodos basados en Información Psicoanalítica”, por ejemplo; Psicoterapias psicodinámicas basadas en el modelo derivado inductivamente del inconsciente, la defensa y la resistencia. Una cita de Friedrich Nietzsche muestra esto claramente: *“Eso es lo que he hecho, dice mi mente. Esto no lo puedo haber hecho, dice mi orgullo y persiste. Finalmente, la mente cede”*. Una reconstrucción de la vida individual y la historia de la relación, que se recuerda cada vez más en la terapia, permite la comprensión, que puede entenderse como un factor de efecto, otra es la revitalización emocional en la relación de transferencia, podía ser una situación en la que el paciente no sintiera hacia el practicante como lo haría la persona real, sino como si estuviera sintiendo a otra persona, por ejemplo, madre o padre, la relación con esta persona se puede procesar en la terapia.

Otros métodos que pueden asignarse a los procedimientos justificados psicoanalíticamente, y también se denominan basados en la psicología profunda, además de los métodos de la psicología humanista, por ejemplo; Psicoterapia centrada en el cliente diseñada por Carl Rogers en la década de 1940. Un modo de acción importante es la empatía por esta persona, la segunda es la eliminación de la heteronomía y la tercera es el fortalecimiento de la autoaceptación. Otro ejemplo de los métodos asociados con la psicología humanista es la terapia Gestalt, fundada por Fritz Perls. Aquí, el efecto se hace particularmente a través de la provocación de emociones y el establecimiento de una referencia a la realidad, por ejemplo. Para aclarar los miedos irracionales.

La siguiente categoría importante es la terapia conductual. Se basa en los hallazgos de la psicología experimental. Un ejemplo es la terapia cognitiva. Aquí, se pueden identificar los factores de impacto, los patrones de pensamiento y las oportunidades para la toma de decisiones.

La siguiente categoría cubre los enfoques sistémicos desarrollados en los años sesenta. Estos conceptos son similares a los modelos cibernéticos de la física que se han traducido al nivel de relación. Aquí es fundamental que las familias y los cuidadores estén integrados en el tratamiento, y que estén presentes en las charlas lo más personalmente posible y que participen además del paciente. Los principios activos aquí son el pensamiento circular, lo que implica que el principio de causa y efecto no cuenta, pero que las acciones y el comportamiento en un círculo también son indirectamente y mutuamente inducidos y que las personas pueden tener una función representativa. Por lo tanto, otro mecanismo de acción es la intervención en el nivel relacional, por ejemplo: como parte de una charla familiar o de pareja.

Otra categoría sistemática es la terapia de arte y diseño. Los pacientes pueden desarrollar habilidades creativas que no han cuidado desde la infancia. El efecto aquí es que, por un lado, las cosas simbólicas pueden expresarse a través de este diseño pictórico, y por otro lado, los pacientes pueden experimentar sus habilidades, de las cuales tal vez no estaban conscientes hasta entonces, y así fortalecer su autoestima.

Un ejemplo de la psicoterapia corporal, otra categoría, que también es un puente para el proceso de relajación, es la bioenergética desarrollada por Alexander Lowen en los años 30 y 40. Lowen fue alumno de Wilhelm Reich, quien desarrolló el concepto de memoria corporal y trabajo analítico del cuerpo. Se basa teóricamente en el hecho de que el estado de ánimo y el destino de la vida también tienen una expresión duradera en el cuerpo y las intervenciones a nivel corporal, que estas corazas o tensiones también cambian la experiencia emocional. Un factor de efecto es movilizar recursos fisiológicos: Que los pacientes puedan experimentarse como seres emotivos, actuantes y emocionales. Otra es que los pacientes pueden nombrar metáforas sobre la situación de su vida en el nivel del cuerpo y pueden iniciar la reflexión y el diálogo al respecto. Por lo tanto, un conflicto mental puede ser claro, como una disputa latente en el lugar de trabajo, similar a la presión en el cuello.

Factores de impacto general.

Ahora hay una gran cantidad de evidencia empírica que indica que la psicoterapia puede inducir efectos importantes, cambios en el estado de ánimo e incluso la personalidad.

Lo sorprendente es que las terapias diseñadas de manera diferente que sirven para justificar diferentes modelos teóricos, ejemplos de

psicología profunda o teoría del aprendizaje, parecen lograr efectos similares. Meyer llamó a esta observación “la paradoja equivalente”.

Un factor general muy importante es, sin duda, la relación entre el terapeuta y el paciente dentro de un marco protegido, el entorno terapéutico. Así que la psicoterapia siempre implica una experiencia de relación en un nuevo nivel. El paciente experimenta al terapeuta como un apoyo, como constructivo, como un fortalecimiento de la autoestima del paciente. Muy significativo es que el paciente se experimenta a sí mismo como alguien que se puede relacionar. El terapeuta no se aleja, lo escucha, toma en serio los pensamientos del paciente. Esto también conduce a una mayor receptividad para estrategias alteradas en el paciente, por ejemplo: Considerar formas alternativas de actuar.

El hecho de que un tratamiento sea o no efectivo depende no solo de los efectos específicos del procedimiento seleccionado, sino también de la dosis y la duración del tratamiento, en este aspecto es comparable con la farmacoterapia.

Factores de impacto empíricamente probados

Klaus Grawe resumió los factores psicoterapéuticos, cada uno de los cuales se ha documentado de forma independiente en una gran cantidad de estudios, y que en principio ya se han identificado sobre la base de las direcciones terapéuticas presentadas. Nombra los siguientes cuatro elementos principales:

La activación de los recursos
Actualización del problema
Conceptos de afrontamiento
Trabajo de aclaración - aspectos motivacionales

Por activación de recursos, entiende que comprende las posibilidades y capacidades disponibles para cada paciente, que se pueden desarrollar aún más, por ejemplo: la movilización de la red social, la identificación de perspectivas adicionales; no solo existe el ámbito profesional, sino también el privado. Se pueden encontrar ejemplos de esto en la psicoterapia centrada en el cliente o en la terapia de pareja.

Para la actualización de problemas, se aplica el principio de la experiencia real, o con Grawe, “hablar es dinero, es una verdadera experiencia de oro”. Este principio desempeña un papel importante en la terapia

conductual. Un ejemplo de esto es la inundación: los pacientes que se ven obligados a lavarse y tienen miedo de ensuciarse están experimentando con el apoyo de que pueden sobrevivir, por ejemplo tocando una ropa sucia, y que la tensión percibida que no querían experimentar evitando, en primer lugar se puede soportar y en segundo lugar que después de un cierto tiempo que generalmente es de 30 minutos, vuelve a pasar. Otros métodos en los que se puede encontrar este factor son la terapia Gestalt o la terapia de pareja.

Los conceptos de afrontamiento, la ayuda activa con la resolución de problemas, pueden ofrecer los métodos de relajación que pueden llevar a una reducción de las sensaciones físicas o tener un efecto calmante. Las otras posibilidades de acción que están abiertas al paciente, que tal vez él no percibe, se abordan especialmente en la terapia cognitiva.

El cuarto elemento es el trabajo de aclaración o el descubrimiento de motivos inconscientes. Aquí están principalmente las terapias psicodinámicas de nuevo o la terapia cognitiva.

Grawe ahora propone introducir estos cuatro elementos principales de los factores de impacto como dos pares opuestos:

Activación de recursos y actualización de problemas así como conceptos de afrontamiento y trabajo de clarificación.

Los enfoques terapéuticos también pueden clasificarse según los lados positivos de un paciente, por ej. Las posibilidades, el afrontamiento alcanzable o el negativo, como los problemas de comportamiento neuróticos, en el primer plano del enfoque. (Figura 2)

En un próximo paso, puede verificarse cada método cuya proporción de estos cuatro principios de acción es la que se pronuncia: por ejemplo, En psicoterapia analítica, este sería especialmente el aspecto del trabajo de clarificación. En un proceso de relajación, por ej: de la relajación muscular progresiva, esto se vería muy diferente, aquí el concepto de afrontamiento o la activación del recurso estaría en primer plano. La desensibilización en el contexto de la terapia de fobia abordaría la resolución de problemas y, en conjunción con un proceso de relajación, sobrellevarla, pero el trabajo de clarificación apenas juega un papel.

Grawe complementa estos dos ejes principales con otro eje cuyos polos representan los aspectos intrapersonales e interpersonales de una terapia. Intrapersonal significa: ¿Qué sucede en los sentimientos y pensamientos de una persona? Interpersonal tiene en cuenta el nivel de relación, por un lado, entre el paciente y el terapeuta, y por otro lado también con respecto a los cuidadores relevantes del paciente, por ejemplo: En pareja o terapia familiar.

Los tres ejes ortogonales también pueden considerarse cubos, o el “Antídoto de Grawesche a la ortodoxia terapéutica”, que se basa en la

idea de que diferentes tipos de psicoterapia tienen fortalezas y debilidades diferenciadas.

Ahora es posible evaluar cada procedimiento desde la perspectiva de cada una de las seis categorías posibles, en la forma en que las categorías vecinas se evalúan desde la perspectiva del aspecto elegido. Esto se explicará ahora usando el ejemplo de la terapia de pareja:

Cómo se utilizan las posibilidades y habilidades de la pareja:

1. Desde la perspectiva de afrontamiento.
2. A nivel interpersonal.
3. A nivel intrapersonal.
4. Desde el aspecto del trabajo de clarificación.

De manera similar, se puede imaginar cuestionar el proceso a nivel intrapersonal, es decir, qué sucede en el funcionamiento interno de los pacientes y, desde esta perspectiva

1. con respecto a los aspectos de afrontamiento,
2. la actualización del problema,
3. el trabajo de aclaración y
4. la activación de recursos.

Observaciones finales

La investigación relacionada con el paciente sobre los efectos y cambios que se pueden lograr a través de la intervención puede llevar a un conjunto individualizado de componentes terapéuticos, mejorando aún más la efectividad del tratamiento. El análisis de Grawe de los factores de impacto también podría llevar a combinar las fortalezas en un procedimiento de tratamiento independiente de la escuela y, por lo tanto, crear una psicoterapia general, que luego tendría que ser más efectiva que los métodos originales. Mejorar la competencia psicoterapéutica puede significar involucrar los elementos mostrados de manera más intencional y consciente en la interacción entre el médico y el paciente. En el sentido de garantía de calidad, a la inversa, los contenidos de las consultas de asesoramiento o esclarecedoras en el campo médico o psicológico con respecto a los factores de impacto, tal como está representado por el cubo de psicoterapia, podrían ser cuestionados.

Tabla 1: Métodos y factores de efecto importantes correspondientes de Psicoterapia según aE. Meyer (modificado) - clasificación histórica.

Factor Activo	Ejemplos	Categorías
Deprivación sensorial Dominio de procesos corporales Relajación Inmunomodulación	Hipnosis	Métodos de relajación
Acceso a interdependencias desconocidas Experiencias emocionales	Psicoanálisis	Métodos con base psicoanalítica
Empatía Desmantelamiento de la determinación exterior Fortalecimiento de la certeza	Psicoterapia conversacional	Método de la Psicología humanística
Intensificación de las emociones Mejoramiento de las relaciones con la realidad	Terapia Gestalt	
Preguntas sobre modelos de pensamiento Muestras de posibilidades de desarrollo	Terapia cognitiva	Terapia conductual
Pensamiento en círculos Intervención del plano relacional	Terapia familiar	Inicio sistémico
Encadenamientos simbólicos Descubrimiento de las propias capacidades	Terapia Gestalt	
Descubrimiento de recursos fisiológicos Plano corporal como metáfora	Bioenergía	Psicoterapia corporal

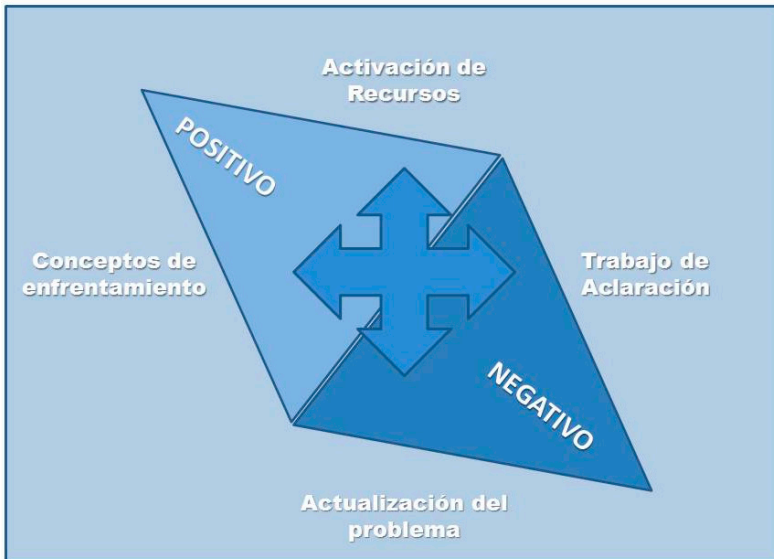


Figura 1:
*Factores activos de la psicoterapia según K. Grawe
 (demostrado empíricamente)*

Tratamiento psicológico del dolor

Los procedimientos de intervención psicológica se utilizan principalmente en el tratamiento del dolor crónico. Un objetivo esencial del tratamiento psicológico es intervenir en el proceso de procesamiento de la información del dolor y, por lo tanto, influir positivamente en la experiencia del dolor. Entre los métodos de intervención utilizados con mayor frecuencia en el tratamiento psicológico se encuentran los siguientes:

Métodos	Ejemplos de indicación
Método de relajación	Todos los dolores crónicos, especialmente: Dolores de cabeza tensionales, dolores de espalda (molestias en la parte alta y en la parte baja)
Biofeedback	Migraña Dolores de cabeza tensionales Dolores de espalda (espalda baja)
Hipnosis	Dolores agudos y crónicos, especialmente: Dolores de parto Dolores dentales Dolores fantasmas
Métodos operativos	Cuando se detectan consecuencias que mantienen la conducta de dolor, especialmente en casos de: Consumo excesivo de medicamentos Perdida desproporcionada de la actividad Conducta de protección y evitación exagerada
Métodos terapéuticos cognitivos-conductuales	Dolores agudos y crónico, especialmente enfermedades crónicas que contienen campos de problemas que sobrepasan al dolor

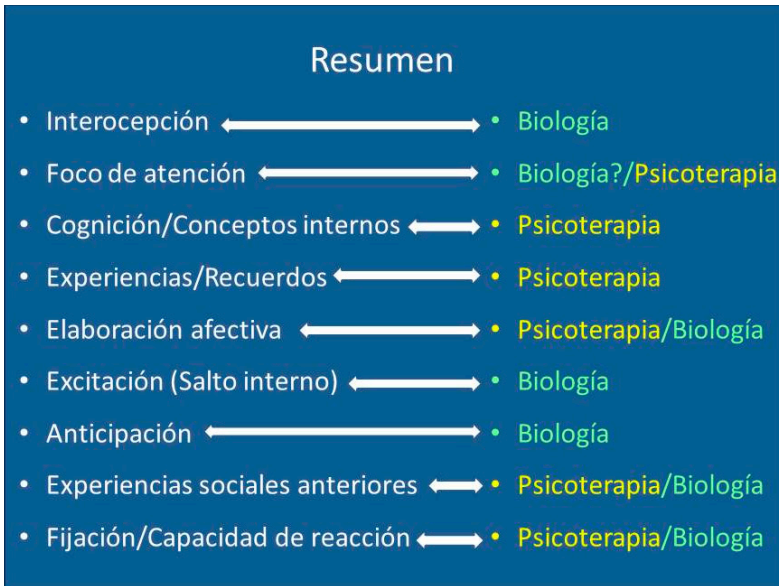
“F”, “F” de la Psicoterapia

- Soportar-mantenerse
- Escuela- continuación de la preparación escolar
- Cuidado de lenguaje
- Deporte
- Aceptar la personalidad (asertividad)
- Tomarse tiempo para sí mismo
- Cultivar la amistad
- Contar (los problemas)
- Ocuparse
- Pedir ayuda en caso de duda (preguntar)

Procedimientos psicológicos del tratamiento del dolor.

Basler et al (1997) resumen los objetivos comunes de estos tratamientos psicológicos de la siguiente manera:

- Reducción de la activación psicofísica por factores estresantes (incluido el dolor como factor estresante). Las cogniciones disfuncionales deben ser reconocidas y cambiadas. Los pacientes deben promover su salud a pesar de las quejas existentes, ser más activos, menos afectados, así como disfrutar de la vida.
- Técnicas de relajación: Una conexión entre el dolor y la tensión de la musculatura se conoce desde hace muchos años. Sólo en los últimos años se ha llevado a cabo una investigación intensiva. De este modo, el proceso de relajación forma una medida terapéutica eficaz y preventiva del dolor.



Además: „Cinco columnas de la terapia del dolor“

- Interocepción
- Cognición
- Componente afectivo
- Componente social
- Emoción

Entrenamiento autogenico

El entrenamiento autógeno intenta inducir la relajación a través de la autosugestión. El propio Schultz creía en su efecto hipotensor. La importancia del entrenamiento autógeno sin duda reside en su reputación y su difusión.

Stetter y Kupper investigaron los efectos del entrenamiento autógeno en dos metaanálisis en 1998 y 2002 y describieron un efecto positivo, entre otras cosas, sobre la hipertensión arterial, que en un estudio reciente limita la hipertensión. (Stetter 1998 y 2002)

También en 1994, Linden dio una visión general de los estudios sobre el entrenamiento autógeno. Su descubrimiento clave es que los efectos biológicos y psicológicos específicos del entrenamiento autógeno son comparables a otras técnicas de comportamiento biológico, como la biorretroalimentación y la relajación muscular. (Linden 1994)

Kanji, White y Ernst (Kanji 1999) muestran que los cinco estudios que analizaron fueron metodológicamente frágiles y tenían números de casos muy pequeños, ya que solo en dos estudios se enseñaron los seis ejercicios básicos de entrenamiento autógeno. Tres estudios fueron aleatorizados para mostrar una hipotensión sistólica significativa en comparación con ningún tratamiento, un estudio también mostró reducciones significativas de la presión arterial diastólica. En general, los efectos del entrenamiento autógeno fueron comparables a los efectos del biofeedback y la relajación progresiva.

Como resultado, según los datos, el efecto hipotensor específico del entrenamiento autógeno no difiere significativamente de los resultados de los estudios sobre los métodos cognitivo-conductuales mencionados anteriormente, incluida la relajación progresiva.

Indicación: trastornos somatomorfos, trastornos leves de ansiedad, fatiga, tensión muscular, dolor crónico.

Contraindicaciones: esquizofrenia aguda, melancolía.

Desarrollo posterior: la vida de la imagen de Catatimia.

Indicación: relajación, ansiedad y síntomas obsesivo-compulsivos, trastornos de personalidad, trastornos somatomorfos.

Contraindicaciones: Se puede activar una psicosis.

Procedimiento: relajación, por ej. Como en el entrenamiento autógeno, sugerimos: el paciente se le pide que imagine una situación, por ej. Pradera, arroyo, montaña, orillas del bosque, más tarde personas relacionadas, agresividad, sexualidad, ego-ideal. Los símbolos pueden causar autoconciencia y perspicacia. También es posible en el grupo.

Relajación muscular progresiva (PMR)

Incluso antes del comienzo de la Primera Guerra Mundial, el investigador de la Universidad de Harvard Dr. Edmund Jacobson concibió la relajación muscular progresiva al mismo tiempo que el desarrollo del entrenamiento autógeno por parte del profesor J. H. Schultz.

Este método de relajación se basa en la idea teórica de que una secuencia alterna de tensión muscular y relajación puede llevar a la relajación de tipos psíquicos físicos y consecutivos. Además de una serie de otras técnicas de relajación, sigue siendo una de las técnicas de relajación más utilizadas en la actualidad, alcanzando el reconocimiento social y científico.

Teoría de la relajación muscular progresiva

La relajación muscular progresiva no es sugerente, sino un procedimiento muscular activo. Esto tiene la ventaja de que también parece ser adecuado para personas que no pueden relajarse solo con su imaginación.

La primera investigación de Jacobson mostró que la inquietud, la ansiedad y, por lo tanto, el estrés se correlacionan con la tensión de la musculatura. En una persona estresante o ansiosa, el tono muscular también aumenta en la mayoría de los casos. De acuerdo con Jacobson, la relajación de la musculatura generalmente se asocia con una sensación de calma. Jacobson planteó la hipótesis de que esta interacción entre la tensión física y la mental no es solo unidireccional,

sino que puede causar tanto tensión física como tensión emocional, y viceversa.

Este conocimiento condujo gradualmente al desarrollo de la relajación muscular progresiva, que como método de relajación se ocupa de una disminución duradera de la tensión (previa) en un grupo de músculos mediante el tensionamiento intencional de los mismos a través del Sistema Nervioso Autónomo y vías reflejas, lo que permite la disminución de la tensión psíquica. Mediante la tensión-relajación consciente de los músculos se desarrolla en muchos usuarios una mejor conciencia corporal.

Ciertamente, no se debe esperar que un procedimiento de relajación como la relajación muscular progresiva esté diseñado para combatir el estrés por sí solo. Más bien, existen otros factores de estrés favorables que van desde la incapacidad hasta la moderación, como una mejora en el entorno laboral, la satisfacción familiar y monetaria, así como muchos otros factores determinantes individuales.

La intención de Jacobson era hacer tangible la diferencia entre la tensión y la relajación y usarla como acceso a la relajación física y mental, especialmente con la ayuda de la relajación muscular progresiva. El objetivo es desarrollar una conciencia corporal intensa que ayude a percibir la relajación con mayor rapidez y, sobre todo, con mayor eficacia. En el nivel somático, los músculos están mejor provistos de sangre, lo que debería conducir a una sensación de calor.

Como parte de su investigación, Jacobson estableció la conexión entre los niveles de estrés de las personas y las principales enfermedades de la civilización. Mientras tanto, muchas de estas correlaciones están bien documentadas en estudios. Una influencia positiva de PMR se pudo probar en varios estudios en este contexto. El dolor de espalda, la artritis y la mala postura deben mencionarse como ejemplos importantes.

En este contexto, también se postula que no solo la musculatura voluntaria, sino también los músculos autónomos pueden verse influenciados por el estrés. Esta hipótesis también explica en parte el estrés causado por la aparición de disfunciones en el nivel de los órganos. Por lo tanto, no debe descuidarse que una contracción del músculo liso en la pared de los vasos inducida por el estrés puede desempeñar un papel en la causa de la hipertensión primaria y el daño previo correspondiente a la angina de pecho o incluso a los ataques cardíacos. Además, una sobreestimulación inducida por el estrés de los músculos autónomos a los trastornos y enfermedades de los órganos digestivos y el sistema bronquial, trastornos del sistema nervioso y la condición de la psique. Ejemplos de esta conexión son el asma bronquial o los dolores de cabeza de tipo tensional y las discapacidades de aprendizaje.

La estructura y aplicación de la relajación muscular progresiva.

La estructura y aplicación de la relajación muscular progresiva. Específicamente, cada uno de los diversos ejercicios de relajación muscular progresiva es una serie de ciclos básicos iguales, que consiste en una fase de tensión o contracción y una fase de relajación. Aquí, como se describe a continuación, se pueden cambiar varios parámetros, dando como resultado una variedad infinita y, por lo tanto, una buena adaptabilidad individual de la relajación muscular progresiva.

Lo más obvio es que los ejercicios individuales de PMR difieren en el orden y número de ciclos individuales a los grupos musculares seleccionados. Por lo tanto, dependiendo del tiempo planificado, es posible concebir un número de unos pocos a más de 20 grupos musculares, que son secuencialmente tensos y relajados. El orden de estos ciclos individuales generalmente se esquematiza para una mejor memorización. Por ejemplo, puede comenzar con un grupo de músculos de las extremidades inferiores y trabajar hasta la cabeza en ese lado de su cuerpo, y luego descender en orden descendente con la otra mitad de su cuerpo, o realizar cada ejercicio individualmente en ambos lados de su cuerpo. Además, las partes individuales del ejercicio o todos los ciclos individuales pueden ocurrir repetidamente en un ejercicio.

Más ocultos son otros parámetros, como la relación temporal entre la tensión y la fase de relajación, la intensidad de la tensión, por ejemplo, en forma de banda o en forma de huso, así como la adaptación de los ciclos a un ritmo de respiración específico.

Incluso las circunstancias externas pueden ser variadas libremente. Así, los ejercicios se pueden realizar acostados, sentados, de pie, con los ojos cerrados o abiertos. Solo un lugar silencioso y protegido contra el estrés en el uso de PMR parece ser ventajoso.

Según Edmund Jacobsen, la versión original de la relajación muscular progresiva proporcionaba un tiempo de ejercicio diario de aproximadamente una hora para cada grupo muscular. También se previó que el aprendizaje de la relajación muscular progresiva llevaría aproximadamente de tres a seis meses. Todos los días deben entrenarse unos tres grupos musculares en promedio.

De esto se puede ver que la forma original de relajación muscular progresiva no fue diseñada para una aplicación amplia y autónoma por parte de grandes grupos de la población, sino que fue diseñada

como un complemento a los instrumentos de psicólogos y psiquiatras.

Actualmente apenas se utiliza este método. Se ha popularizado en beneficio de una amplia base de usuarios y está disponible en diferentes longitudes como se describe anteriormente.

En la mayoría de los casos, comenzando con 14 a 20 ejercicios individuales de aproximadamente 15 minutos, que luego pueden acortarse de manera constante con el aumento de la seguridad y ajustar los primeros éxitos para reducir el estrés. El sentido de la versión abreviada es, con un enfoque farmacológico, alcanzar una dosis de mantenimiento.

Como parte de la mayoría de los cursos que se ofrecen en Alemania y libros y películas en circulación, los ejercicios estandarizados, generalmente más de 12 ciclos individuales, se utilizan como parte de esta fase de aprendizaje. Si, al principio, casi todos los parámetros mencionados anteriormente están determinados por un procedimiento fijo, que generalmente habla un profesor, entonces cada vez más componentes individuales se individualizan a lo largo del tiempo.

Una vez que se aprendió correctamente, la relajación muscular progresiva se puede realizar casi en cualquier lugar y bajo condiciones de autocontrol.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el entrenamiento continuo progresivo o intermitente en la relajación muscular progresiva es una contribución importante para consolidar un método para la prevención y aliviar el estrés.

Relajación funcional (FE por sus siglas en alemán) (ver también procedimiento de terapia corporal)

Desarrollado por Marianne Fuchs en los años 40. Originalmente desarrollado cuando trabajaba con un niño, la relajación se logra a través de un cambio en la conciencia corporal. Al igual que el psicoanálisis según S. Freud parte de un inconsciente. La FE trata de influir en el inconsciente vegetativo. El concepto se basa en la anatomía subjetiva como base de la FE, anatomía subjetiva como la autopercepción del cuerpo vivo y experimentado, y la autopercepción física como nuestro “sexto sentido”.

Los sensores de autopercepción se encuentran en las articulaciones, los músculos, los tendones y la piel. La autoconciencia nos

hace conscientes de nosotros mismo (¡autoestima!) y entramos en diálogo con nosotros mismos.

La FE como un método para espiar el diálogo del cuerpo consigo mismo.

Objetivo de la relajación funcional.

Descubrimiento de la autopercepción (propiocepción): Entrenar la conciencia corporal como condición necesaria para un mejor cuidado personal, encontrando el ritmo propio, es decir: El sistema nervioso autónomo vuelve a la armonía con sus procesos rítmicos.

Implementación de lo percibido en el lenguaje, ya que la expresión lingüística de la experiencia promueve la percepción consciente y, por lo tanto, allana el camino para el cambio.

Enfoque metódico en la FE.

A lo largo de la terapia, movimientos cada vez más pequeños se centran en regiones específicas del cuerpo. Los movimientos finos se realizan durante la exhalación, lo que los enfatiza. Con el tiempo, el desarrollo se aleja del esfuerzo por un control arbitrario de la función corporal hacia una mayor confianza corporal con la capacidad de autorregularse.

“Reglas del juego” como soporte de estructuración

Psicoterapias psicodinámicas

Psicoterapias psicodinámicas o psicoterapia de orientación psicoanalítica o psicoterapia basada en psicología profunda (TfP)

Relación, visión y / o conflicto orientado (vs centrado en los síntomas, educativo = consejo para la reducción de los síntomas, evitación o situaciones desencadenantes de los síntomas, manejo de los síntomas)

Pero: la TfP suele estar orientado a los síntomas: a) conocimiento del significado consciente o inconsciente de los síntomas en la historia de la vida y / o contexto familiar b) efectos y significado de los síntomas en / para las relaciones actuales del paciente.

TfP se enfoca en la transmisión: cómo el paciente determina la relación actual con el terapeuta y cómo esto se determina por el deseo del paciente de beneficiarse del tratamiento.

Criterios de distinción pragmática para la psicoterapia psicoanalítica clásica:

Si dura más de 100 sesiones (grupo: 50) o más de 2 sesiones por semana, entonces aP

Si el tratamiento dura más de 2 años, entonces aP

Enfoque específico de la falla: = TfP

Regresión limitada y dirigida

Regresión es el término descrito en psicología profunda. Experimentamos que la construcción “yo” en el tiempo no es estable, sino que cambia, por lo que se puede entender un desarrollo. El “yo” “madura”. En situaciones de crisis emocionales o también en el sentido de una regresión en beneficio del ego, podemos observar clínicamente que los patrones de reacción o comportamiento, o incluso las experiencias, cambian en la forma en que los patrones que ya se han observado o superado vuelven a ocurrir. Estos fenómenos pueden ocurrir por diferentes períodos de tiempo. Si consideramos el “yo” como la suma de las funciones del yo (al igual que el cuerpo vivo puede definirse como la totalidad de las funciones corporales, como la respiración o la circulación), entonces para las diferentes funciones del yo (por ejemplo, las estructuras psicológicas construyen mecanismos de defensa). La demarcación del mundo propio, la regulación emocional o el comportamiento de apego y la regulación de la autoestima, que también podemos imaginar como ejes, observan diferentes tendencias regresivas, a veces más o menos pronunciadas, relativamente estables o muy vulnerables, según factores externos o internos. Puede cambiar de nuevo siempre que el paciente sea capaz de lograr una separación terapéutica del ego y ser consciente de su regresividad en relación con la función del yo afectado o a través de la relación terapéutica, este fenómeno se puede usar psicoterapéuticamente. La experiencia clínica muestra que, especialmente en situaciones de conflicto circunscrito y, al menos en algunas áreas del yo estable, la promoción de procesos regresivos individuales limitados a estas funciones del ego (y, por lo tanto, no es el objetivo establecer y procesar una neurosis de transmisión) es útil.

Acceso multimetódico a procesos inconscientes, también a través de formas de comunicación no verbales, uso de la puesta en escena.

La experiencia enseña que tres áreas en el desarrollo de las diversas funciones del yo, en particular la emocionalidad y el apego, a través de la memoria o los disparadores simbólicos, pero también a través de la experiencia directa de la propiocepción, tienen una alta prioridad. Estos son el arte, la música y la experiencia de conciencia corporal, cada uno desde el punto de vista de la experiencia interna y en el nivel de rela-

ción. Similar a la sublimación culturalmente aceptada de los impulsos instintivos al practicar o reinterpretar las bellas artes y los deportes, los mismos estímulos también pueden usarse para desencadenar y procesar procesos regresivos.

Terapia Conductual

En 1953, B.F. Skinner (1904-1990) usó el término “terapia conductual” y, por lo tanto, sentó las bases de la terapia conductual (VT por sus siglas en alemán) actual. Basándose en los intentos y teorías clásicas de aprendizaje de Pavlov, todo el comportamiento se entendió en respuesta a un estímulo específico, centrando la investigación en eventos observables. Como otro componente importante, la cognición se incluyó en el modelo (consulte Terapia conductual).

En la segunda mitad del siglo XX, el espectro de las teorías terapéuticas se hizo cada vez más complejo y oscuro, de modo que una visión general fundada, incluso para los profesionales, se vuelve cada vez más difícil. Los procedimientos psicoanalíticos / psicología profunda, los procedimientos cognitivo-conductuales, la psicoterapia y la terapia familiar sistémica han demostrado su eficacia. Los métodos científicamente fundamentados incluyen neuropsicología, hipnosis, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, reducción del movimiento ocular y reprocesamiento) y métodos de relajación. Sin embargo, debe recordarse que evaluar la efectividad de la psicoterapia es una tarea muy difícil, ya que es difícil objetivar un cambio en los problemas mentales o interpersonales. Otros enfoques psicoterapéuticos, como la psicoterapia sistémica, el psicodrama, la terapia Gestalt o la terapia individual, no se han probado adecuadamente para determinar su eficacia debido a la evidencia existente, lo que no me da la impresión de que son secundarios en su teoría o eficacia.

La base de todas las técnicas y procedimientos siempre representan la psicología empírica, en la que se intenta operacionalizar y probar empíricamente los conceptos y métodos a utilizar. Naturalmente, también se incluyen disciplinas vecinas no psicológicas. El conocimiento resultante se adapta en la terapia de la manera más precisa posible para el trastorno y para el paciente respectivo. Las restricciones funcionales se tienen en cuenta en los niveles de comportamiento, experiencial, físico y social. La terapia conductual es, por lo tanto, una forma de psicoterapia muy orientada a los problemas. Luego se analiza al paciente con precisión las condiciones predisponentes, desencadenantes y de mantenimiento, con la mayor importancia, desde luego, las condiciones de mantenimiento,

ya que son las más propensas a cambiar. Una definición común de los objetivos terapéuticos es una parte importante del tratamiento de terapia conductual, básicamente orientado a objetivos. Para lograr el objetivo, se requiere una participación activa del paciente en forma de pruebas concretas de nuevos comportamientos y experiencias. El trabajo no se limita al entorno terapéutico, ya que solo una adquisición de las estrategias recién aprendidas en la vida cotidiana permite afrontarlas sin apoyo terapéutico. Después de todo, la terapia conductual debe ser una “ayuda para la autoayuda”. Ayuda a proporcionar un alto nivel de transparencia para que el paciente pueda acceder al trabajo terapéutico para analizar y tratar problemas futuros, intentando así aumentar la capacidad general de resolución de problemas del paciente. Todos estos principios están sujetos a constantes comprobaciones empíricas para que pueda desarrollarse un desarrollo. ¿En qué métodos concretos se está trabajando? El concepto de terapia conductual se compone de diferentes técnicas combinadas dirigida específicamente o no, al trastorno y se aplican sobre la base de destrezas esenciales como conversación, conducta relacional y trabajo motivacional. Los métodos de interferencia cruzada son, por ejemplo, confrontación, relajación, métodos cognitivos, entrenamiento en comunicación, entrenamiento de la competencia social y rol de autocontrol. Estos métodos que abarcan el trastorno se aplican ante diferentes síntomas, pero siempre adaptados de manera individualmente al paciente. Los programas de terapia específicos para enfermedades, como para los trastornos de ansiedad, la depresión, como profilaxis de la recidiva de la Esquizofrenia, etc. se basa exactamente en las condiciones de estos trastornos. Con respecto a la metodología, hay una evaluación constante y un mayor desarrollo debido a la afirmación de los fundamentos teóricos y el examen empírico, que es la base misma de la terapia conductual, de modo que siempre se desarrollan nuevos manuales terapéuticos y se mejoran los actuales. En el proceso, los elementos de otras formas de terapia se integran cada vez más, de modo que la terapia conductual como tal se redefine constantemente y, tal vez, en el sentido de superar la disputa escolar entre los procedimientos basados analíticamente y la terapia conductual, se puede hablar de psicoterapia general.

Hipnosis

Indicación: trastornos somatomorfos, trastornos de adaptación, trastornos de ansiedad.

Contraindicación: psicosis aguda.

Procedimiento: fijar la mirada del paciente con dilatación de la pupila, fatiga, ardor y cierre de los ojos que dará como resultado un estado de sueño. Por sugerencia externa se induce entonces un estrechamiento de la conciencia, un sentimiento de pesadez y calor. Una vez que se logra una relajación profunda, se pueden lograr fórmulas cortas y positivas que se centren en el síntoma principal o el efecto del tratamiento deseado, reducción de la ansiedad, reducción del dolor o regulación del comportamiento. Duración 1-3 sesiones por semana durante 30 min.

Métodos de psicoterapia corporal

Métodos que incluyen percibir sensaciones corporales e influir terapéuticamente en los procesos corporales, p. Ej. A través del tacto, se debe discutir el movimiento activo o pasivo hacia la meta y sobre un cambio en la causa de los procesos mentales, sin el problema mental. Por lo tanto, son particularmente adecuados para pacientes que no están motivados inicialmente para la psicoterapia.

Ejemplo: Relajación funcional

Se utiliza como método de relajación, pero también es adecuado debido a la posibilidad de cambio de nivel (“¿Dónde está?”) Y, por lo tanto, la integración en la psicoterapia psicodinámica.

Indicación: trastornos somatomorfos, trastornos leves de ansiedad.

Procedimiento: El terapeuta guía al paciente a través del diálogo, realizando los movimientos más pequeños de las articulaciones del cuerpo, que deben ubicarse lo más lejos posible del síntoma, primero 2-3 veces con el menor esfuerzo posible, prestando atención a la sensación corporal. Al mismo tiempo, se le pide que no influya en la respiración espontánea y que dirija su percepción para describir qué cambios se producen durante las fases de inhalación y exhalación con respecto a lo percibido.

La sensación debe conducir a una armonización del sistema nervioso autónomo con el efecto relajante correspondiente en todo el organismo. La verbalización de las sensaciones crea un puente hacia lo cognitivo y, por lo tanto, también aparece material que podría ser procesado psicoterapéuticamente.

Duración: 5 -40 sesiones.

Grupo de psicoterapia

Casi todos los procedimientos se pueden utilizar como terapia individual o en grupo. En contraste con la terapia individual, la comunicación y los procesos dinámicos de grupo se vuelven más efectivos en el grupo. El grupo siempre tiene una cierta eficacia pedagógica y promueve el control de la realidad y la autoconciencia del individuo.

Ejemplos:

Grupo de estaciones para pacientes psiquiátricos:

Indicación: Al igual que con la psicoterapia de apoyo.

Procedimiento: Grupo con un moderador que estructura e interviene cuando es necesario (técnica como en psicoterapia de apoyo). Los efectos incluyen una mejor solidaridad con el paciente y apoyo mutuo, entrenamiento en habilidades sociales, experiencia comunitaria. Además, las posibilidades de juego de rol. Marco de ajuste, duración, objetivos terapéuticos de antemano.

Contraindicación: psicosis aguda.

Psicoterapia grupal analítica / psicodinámica:

Indicaciones: trastornos de adaptación, trastornos somatomorfos, trastornos disociativos, trastornos de personalidad, muchos trastornos depresivos y de ansiedad, adicciones.

Procedimiento: Grupo cerrado, 7-10 pacientes, el terapeuta trabaja como en el entorno individual, solo con respecto al proceso grupal. Interviene de forma protectora según sea necesario, ya que interpreta los fenómenos de transferencia y las relaciones en el grupo.

Duración: 1-2 años con aproximadamente una sesión semanal.

Psicodrama:

Indicación: como psicoterapia grupal analítica.

Procedimiento: En una etapa formada por el semicírculo de pacientes, se muestran situaciones de la vida de un paciente. El paciente que ha presentado la situación de su vida es reemplazado por otro miembro del grupo que continúa actuando por él, para que el paciente pueda observarse a sí mismo. Los motivos inconscientes deben ser representados por otros participantes. Esto hace que los sentimientos e interacciones ocultos sean claros y que se puedan cambiar las configuraciones.

Terapia familiar

Indicación: cuando un miembro de la familia está enfermo y se sospecha de patrones patológicos de interacción en la familia. Un tratamiento individual necesario del paciente siempre debe hacerse en paralelo. Indicación típica: anorexia nerviosa.

Procedimiento: La familia como una forma especial del grupo se puede conocer terapéuticamente de varias maneras; Terapéutica sistémica o estructural. En el primero, el terapeuta prescribe nuevos comportamientos, en el sentido de una intervención paradójica, tratando de cambiar el sistema. En este último caso, el profesional interviene en los patrones de relación familiar y toma partido por un miembro de la familia en particular, tratando de cambiar toda la estructura.

Ambos procedimientos también deben iniciar un diálogo abierto sobre todos los temas tabú en la familia.

Duración e intervalos de sesiones variables, generalmente una por mes.

Música, danza, arteterapia.

En el contexto hospitalario, a veces las conversaciones psicoterapéuticas complementan el contexto ambulatorio: la base es sentir el “derecho” del propio cuerpo, determinar la conexión entre sensación, síntoma y sentimiento. A través de instrumentos musicales, las emociones pueden reducirse a lo esencial e intercambiarse. Se aclaran ritmos propios y extraños. En la danza, la música viene con el toque físico temporal, simbolizando mucho interpersonal. Y en el caso de la terapia artística, por ejemplo, se pueden encontrar referencias a motivos inconscientes al pintar. En terapia grupal y familiar, las habilidades de comunicación directa se desarrollan aún más.

Psicosomática especial

Conocemos diferentes opciones de estructuración:

- I. sobre los síntomas principales, porque los síntomas también son lo que a los pacientes les gustaría que se les explicara y la influencia es un objetivo terapéutico, independientemente de la génesis.
- II. Principales grupos de enfermedades:
 - a. Trastornos somatomorfos
 - b. Enfermedades físicas (crónicas) con síntomas mentales y problemas de afrontamiento.
 - c. Enfermedades mentales crónicas con problemas para hacer frente a la enfermedad física.
- III. Psicotraumatología.
- IV. Trastornos de la alimentación

(Primera regla de cinco dedos)

La clasificación según cuadros clínicos específicos es igual a 3.

A partir de síndromes principales

Dolor

A partir de síndromes principales dolor. El dolor es una "... experiencia sensorial y emocional desagradable que está relacionada con el daño tisular real o potencial o se describe en términos de dicho daño" (Schmidt y Struppler, 1982). Esta definición deja claro que el dolor es más que un fenómeno sensorial o una sensación pura de percepción. El dolor siempre incluye componentes emocionales, afectivos. El dolor es dolor, incluso si no tiene causas orgánicas o condiciones desencadenantes.

El dolor es una de las quejas físicas más comunes (Brähler y Strauss 2001). En el transcurso del año, 60-80% de la población sufre de dolor de mayor o menor grado de gravedad una o más veces durante el año (Kohlmann y Raspe 1992). Pero los síntomas de dolor son muy comunes, especialmente en grupos clínicos (pacientes con trastornos somatomorfos o pacientes con enfermedades físicas primarias).

Al observar los resultados de los estudios epidemiológicos existentes, se puede suponer que entre el 30% y el 40% de la población sufre de dolor crónico persistente o recurrente crónico en el transcurso de un año (Kohlmann y Raspe 1992). En un estudio inglés, se encontró una prevalencia de 1 mes en la población general del 39% para el dolor de espalda solo (ver Papageorgiou, Croft, Ferry, Jayson y Silman 1995). En un estudio alemán, el 36% de los 900 pacientes encuestados en prácticas médicas especializadas sufrían de dolor crónico (ver Willweber-Stocking, Zenz y Bartz 2000).

Se debe diferenciar entre dos tipos de dolor: agudo y crónico.

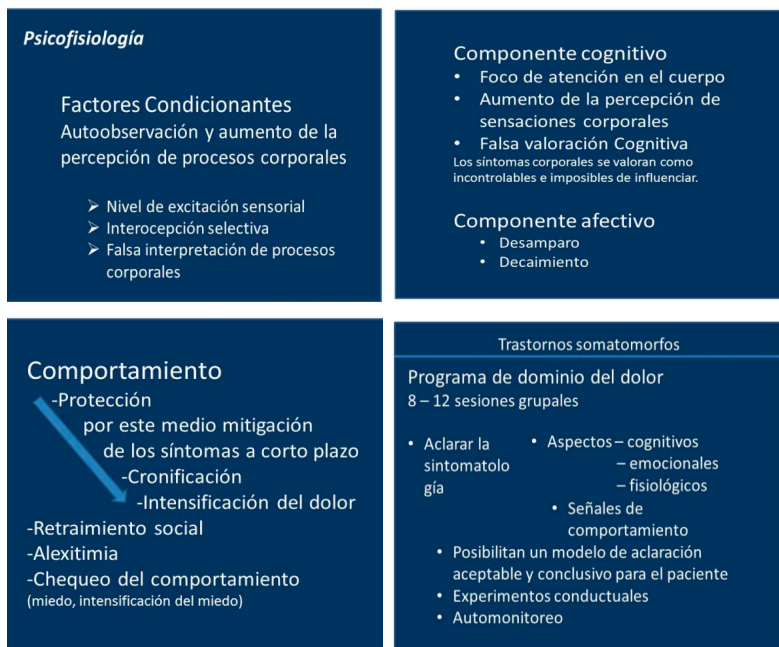
Dolor agudo: El dolor agudo ocurre a corto plazo y se ejecuta con un final previsible. Indican un daño tisular inminente o ya ocurrido y, a menudo, pueden localizarse en el lugar donde comienza el daño. Por lo que el dolor agudo tiene una función de señal y advertencia y, por lo tanto, tiene la tarea de proteger al organismo de un daño mayor (consulte Brähler y Strauss 2001). Tan pronto como se elimina la causa del dolor, el cuerpo se recupera y, por regla general, ya no se siente el dolor (Basler, Zimmer y Rehfishch 1997, Birbaumer y Schmidt 1996).

Dolor crónico: El dolor crónico se define de acuerdo con la duración de su aparición. El dolor prolongado o persistente, como el dolor de espalda (como se trata en este estudio), se considera crónico si persiste tres meses después de la aparición de un episodio agudo de dolor. Kröner y Herwig incluso asumen un límite de tiempo de seis meses.

Además de la duración del dolor, también hay otras áreas de deterioro: en el área emocional cognitiva, donde a menudo se encuentran trastornos del estado de ánimo y el pensamiento. En el área social y ocupacional, existen impedimentos de la interacción social en la familia y con amigos o conocidos, así como una incapacidad con frecuencia dolorosa para trabajar hasta la pérdida del trabajo (Brähler y Schumacher 2001).

A nivel fisiológico orgánico, se pueden observar deficiencias tales como el funcionamiento inadecuado de las habilidades motoras finas y gruesas. También a menudo se reconocen deficiencias en el nivel de experiencia y comportamiento. Cuanto más afecte el dolor a este nivel de experiencia y comportamiento, se considerará que están más crónicamente arraigados. El dolor crónico, en contraste con el dolor agudo, ha perdido su función protectora y de advertencia; Porque no hay una indicación directa de daño inminente o existente. Está virtualmente desacoplado del trastorno original y debe considerarse como un síntoma de enfermedad separado (Brähler y Schumacher 2001). Característica es la ausencia de suficientes causas orgánicas o desencadenantes para los trastornos de dolor crónico.

Por lo tanto, el objetivo central en el tratamiento y el tratamiento del dolor crónico ya no es la eliminación de la causa del dolor, sino una modificación de la experiencia del dolor en el sentido del alivio del dolor (Birbaumer y Schmidt 1996, Kröner-Herwig 1996), lo que se puede lograr mediante procedimientos de relajación.



Modos del dolor desde un punto de vista psicoterapéutico.

Procesos de aprendizaje en la génesis del dolor	
„Depresión“	Mecanismos de conversión ● „lo viejo es malo“; ● Culpa y expiación, ● Descarga de afectos; ● Evitar agresión; ● Se mantienen las relaciones
Trastornos funcionales autónomos somatomorfos.	
Trastornos somatomorfos del dolor	Mecanismo narcisista del surgimiento del dolor „Dolor como sello“
Trastornos inespecíficos de somatización	
„Miedo“	„Resomatización“ Estado de tensión psicovegetativa en la génesis del dolor
Trastornos de somatización	
Trastornos de conversión	
Trastorno de artefactos	

Fxx.xx + F54.xx + ●●●●	
„Depresión“	Vivencias de enfermedades
Trastornos somatomorfos autonómicos	
Trastornos somatomorfos del dolor	Estructura (Autopercepción / autodirección / defenza/ percepción del objeto / comunicación / Adhesión)
Trastornos inespecíficos de somatización	
„Miedo“	Patrón relacional habitual
Trastornos de somatización	
Trastornos de conversión	Conflicto
Trastorno de artefactos	

Miedo

Resumen

Qué es el miedo?

- Pertenece a las emociones básicas (alegría, tristeza, ira, asco, sorpresa).
- Los sentimientos son patrones de reacción a los estímulos.

Miedo y sus funciones

- Reacciones biológica útiles (escape vs. agresión)
- Los síntomas de miedo son construidos socialmente y conformados culturalmente.
- El miedo es una fuerza (aumento de la atención: al conducir un auto)
- Placer por el miedo (película de horror, Puenting)
- Miedo como síntoma de estrés (señales de sobrecarga, ataques de pánico)

Miedo como vivencia total:

3-Modelo de componentes según Lang

Plano fisiológico

- Cambios objetivos medibles, taquicardia, pulso acelerado

Plano subjetivo

- Pensamientos y sentimientos de desamparo, patrones de pensamiento que generan miedo

Plano motor

- Comportamiento observable, paralización, temblor

El miedo es un sentimiento que surge en momentos de amenaza / incertidumbre, está diseñado para protegerse contra el peligro (advertencia) y es una experiencia humana fundamental. En términos de la psicología del desarrollo, la ansiedad es un impulso necesario para la supervivencia (= ansiedad real) y no una patología, solo una intensificación o reducción de esta sensación puede asumir proporciones patológicas.

La ansiedad se acompaña de síntomas vegetativos (sudoración, palidez, palpitaciones del corazón, aumento de la presión arterial, posiblemente desmayos, diarrea, etc.) y puede verse biológicamente como una condición de estrés. Desde el punto de vista psicoanalítico / profundo, la ansiedad se considera una amenaza interna, que se transmite a un estímulo externo mediante el mecanismo de defensa del desplazamiento. En el comportamiento, la ansiedad se considera una conducta mal aprendida.

Todos los trastornos de ansiedad son similares en sus síntomas, se puede hacer una clasificación dependiendo de la situación desencadenante y la extensión de los síntomas.

Pueden aparecer los siguientes síntomas:

Ansiedad, sudoración, temblor, náuseas, vómitos, mareos, desmayos, entumecimiento, despersonalización, diarrea, taquicardia, palpación, aumento de frecuencia respiratoria, disnea, constricción similar a un cinturón alrededor del pecho; Bola de masa en la garganta, el tórax puede doler con irradiación a otras partes, miedo a la muerte, inconsciencia, ...

a) Fobia:

Este es un miedo exagerado a ciertos objetos, situaciones o actividades que se llaman estímulos fóbicos. La sintomatología se produce en respuesta al estímulo y luego desaparece, pero también puede desencadenarse por mera imaginación (ansiedad de expectativa) o pasar a un trastorno de ansiedad generalizada. El comportamiento de evitación puede llevar a una mejoría / liberación de los síntomas, los síntomas se mantienen a largo plazo.

- Agorafobia con / sin ataques de pánico: Agora (^ Marketplace, griego) describe el temor a lugares públicos, multitudes, tiendas, transporte público o espacios estrechos donde no hay posibilidades de ayuda o escape inmediato.
- Fobia social: miedo a ser el foco de atención y ser vigilado por otros, pero sin miedo a las multitudes anónimas.
- Fobia específica: las situaciones u objetos aislados están relacionados con la ansiedad, los más comunes son las fobias animales (perros, arañas, ...), situaciones especiales (altura, espacios confinados, ...), eventos naturales.

b) trastorno de pánico:

Repetitivos, ataques de ansiedad que alcanzan su máximo en unos pocos minutos y no son activados por un estímulo fóbico solo. La sintomatología puede ser muy pronunciada y a menudo se asocia con un exterminio (miedo a la muerte).

Terapia aguda para ataques de pánico: benzodiazepinas; por ejemplo Lorazepam (Tavor®) 1-2.5mg p.o Crónica: S SRI, TCA.

- Hallazgos experimentales relativos a trastornos de pánico
- **Hipersensibilidad de receptores de CO₂:** Pacientes con estados de pánico reaccionan ante el aumento de la inhalación de CO₂ (4-7,5% continuado o 35% respiración única) más rápido con pánico que con sujetos de control, de ahí, la existencia de hiperventilación latente ante bajo porcentaje de CO₂ en muchos pacientes con pánico;

Sustancias como Imipramina, Alprazolam pueden disminuir esta hipersensibilidad

- Los pacientes que sufren de pánico son más sensibles al suministro de cafeína, Yohimbina o a la infusión de lactato que los controles sanos.
- La resonancia magnética después de la infusión de lactato en pacientes con pánico mostró niveles de lactato significativamente más altos en el tejido cerebral que en los controles sanos.

c) Trastorno de ansiedad generalizada:

Los síntomas de ansiedad existentes durante un período de 6 meses, que no están relacionados con un estímulo fóbico, ni se deben al temor a la anticipación de ataques de pánico. Los síntomas constantes consisten en tensión, ansiedad, tensión muscular, inquietud, estado de alerta constante, mayor irritabilidad, diferentes síntomas vegetativos y ataques de pánico. Con frecuencia, también se presentan síntomas depresivos, por lo que el trastorno de ansiedad generalizada también se puede considerar un trastorno afectivo.

Depresión

El estado de ánimo (afectividad) y el impulso están alterados patológicamente, ya sea en el sentido de una reducción (depresiva) o rara vez un aumento (maníaco). Al principio, este grupo de enfermedades a menudo estaba sujeto a cambios diagnósticos. Una clasificación es posible de acuerdo al curso, duración y severidad:

- Trastorno unipolar o bipolar: episodio maníaco / depresivo o trastorno bipolar (maníaco-depresivo)
- **Curso agudo o crónico: por ejemplo:** episodio agudo, trastorno depresivo recurrente o trastorno afectivo persistente (por ejemplo, distimia).

- **Gravedad con / sin síntomas adicionales:** por ejemplo: leve / moderada o episodio depresivo severo con / sin síntomas psicóticos / ansiedad.

Episodio depresivo:

Síntomas:

- **Síntomas principales:** cambio negativo en el estado de ánimo, reducción de la unidad, pérdida de interés / falta de alegría.
- **Otros síntomas comunes:** reducción de la concentración / atención, disminución de la autoestima / confianza en sí mismo, culpa / sensación de inutilidad, perspectiva negativa / pesimista, trastornos de sueño por suicidio, reducción del apetito.

Síndrome somático: si 4 de los síntomas anteriores son claramente perceptibles: pérdida del disfrute de actividades que normalmente se disfrutaban, falta de capacidad para reaccionar emocionalmente ante un entorno amigable/ evento alegre, despertar temprano en la mañana, depresión matutina, inhibición / agitación psicomotora, pérdida de apetito / pérdida de peso, pérdida marcada de la libido.

→ Los síntomas deben persistir durante un período de 2 semanas.

Episodio depresivo leve: al menos 2 síntomas principales y otros 2 síntomas (con / sin síndrome somático).

Síntomas depresivos moderados: al menos 2 síntomas principales y 3 (-4) síntomas comunes (con / sin síndrome somático)

Episodio depresivo grave: al menos 3 síntomas principales, más de 4 síntomas comunes, con síndrome somático.

Con síntomas psicóticos adicionales: por ejemplo, delirios, alucinaciones o estupor depresivo. Una superposición con otras enfermedades mentales es común en la depresión y puede complicar el diagnóstico: trastorno de ansiedad, trastorno somatomorfo, trastorno de la alimentación, trastorno de personalidad.

¿Hay signos de depresión? (Escala de autoevaluación)

Los pacientes también pueden sufrir un síndrome depresivo sin ser notados de inmediato. El estado de ánimo depresivo típico puede faltar. La probabilidad de sufrir un síndrome depresivo dependiente del tratamiento aumenta, cuanto más ciertas son las autoobservaciones basadas en recuadros para pacientes en un período circunscrito (durante al menos 2 semanas).

Auto-evaluación del paciente

Para verificar si podría existir un síndrome depresivo, puede responder las siguientes preguntas, que se basan en un cuestionario psicológico científicamente verificado, el inventario de depresión BECK. Las preguntas deben ser respondidas espontánea y honestamente. Si responde afirmativamente a muchas preguntas, incluso sin estrés adicional, debe alertar a su médico sobre su estado de ánimo y sus síntomas.

- ¿Estoy más triste que antes?
- ¿Tengo más ganas de llorar que antes?
- ¿Me veo peor de lo que solía?
- ¿Me importa más mi salud de lo que solía?
- ¿Me aburro más a menudo?
- ¿Soy menos decisivo?
- ¿No estoy trabajando tan bien como solía hacerlo?
- ¿Me canso más rápido?
- ¿Es peor el apetito?
- ¿Perdí peso?
- ¿Me siento más como un fracaso?
- ¿Tengo menos interés sexual que antes?
- ¿A veces pienso en poner fin a mi vida?
- ¿Duermo peor que antes?
- ¿Cometo más errores que otros?
- ¿Estoy menos satisfecho conmigo mismo?
- ¿Tengo menos esperanza de la que tenía para el futuro?
- ¿Tengo menos interés en otras personas?
- ¿A menudo siento que el destino me castiga?
- ¿Estoy más irritable que antes?
- ¿Me siento culpable?

También debe preguntarse si existe una causa que podría estar relacionada con la aparición del síndrome depresivo, p. Ej. Un duelo en la familia. Un resumen de los posibles factores de carga concebibles se muestra en la siguiente tabla. Si los síntomas persisten durante más de unas pocas semanas, o si los síntomas del trastorno depresivo conducen a un estado incapacitante, debe buscar la ayuda de un neurólogo, psiquiatra o psicoterapeuta especialista.

Tabla: Severidad de los factores de estrés.

	Sucesos agudos	Condiciones de vida
Ligero	Ruptura de la amistad con amigo/a Inicio o final de etapa escolar Hijo abandona casa paterna	Peleas familiares Descontento con el trabajo
Medio	Casamiento Separación del cónyuge Jubilación o pérdida del trabajo Otros fracasos	Problemas matrimoniales Problemas financieros de mucho peso Ira
Severo	Divorcio Nacimiento del primer hijo	Desempleo Pobresa
Muy severo	Muerte de un familiar cercano Diagnóstico de enfermedad grave Víctima de violación	Enfermedad grave propia o enfermedad de un hijo Abuso lascivo combinado o abuso sexual

Psicotraumatología

Psicotraumatología especial - Diagnósticos:

Respuestas al estrés severo y trastornos de adaptación (F 43)

Estos trastornos siempre surgen como resultado directo de estrés agudo y severo o de trauma continuo. La vulnerabilidad individual y la disponibilidad. Las estrategias de afrontamiento (estrategias de afrontamiento) juegan en la ocurrencia y la gravedad de las reacciones de estrés agudo o los trastornos de adaptación juegan un papel, sin embargo, el evento estresante o las circunstancias continuas y desagradables son factores causales primarios, el trastorno no habría ocurrido sin su influencia.

a) Reacción de estrés agudo (F43.0)

La reacción de estrés agudo es un trastorno transitorio que se desarrolla en un sujeto que no muestra un trastorno psíquico manifiesto como reacción ante una carga estresora física o psíquica, desaparece generalmente en horas o semanas después del suceso causante.

La sintomatología muestra típicamente un cuadro variable comenzando con una especie de aturdimiento con cierta reducción de la conciencia y atención limitada, una incapacidad de procesar estímulos, desorientación y signos vegetativos (taquicardia, sudoración, rubor).

A este estado se le puede seguir el retraerse de la situación que le circunda (hasta el estupor asociativo) o también un estado de inquietud e hiperactividad (como la huida). Puede aparecer amnesia total o parcial con respecto al suceso.

Clasificación del trauma

Traumas artificiales o producidos por seres humanos

Por ejemplo: Abuso sexual, violencia familiar o criminal, tortura, experiencias de guerra, exterminio masivo.

Traumas aleatorios

Por ejemplo: Desastres naturales, desastres técnicos, accidentes laborales, accidentes de tráfico.

Traumatismo a corto plazo (trauma tipo I)

En su mayoría se caracteriza por un grave peligro para la vida, la manera repentina y la sorpresa.

Por ejemplo: Desastres naturales, accidentes, actos delictivos de violencia (robo)

Traumatismo a largo plazo (trauma tipo II)

Caracterizado por series de varios eventos únicos traumáticos y baja previsibilidad de eventos traumáticos adicionales.

Por ejemplo: Rehenes, tortura, abuso o maltrato infantil repetido o no, abandono masivo.

1. Revivir el trauma a través de intrusiones.

- Apego involuntario a la terrible experiencia, en forma de imágenes, sonidos, olores.
- Invaden inadvertidamente el estado de conciencia despierto y el sueño.
- Subjetivamente experimentada a menudo como “estado inundado a través de imágenes internas”
- Aparece más a menudo de lo que la persona en cuestión puede soportar.
- En el sueño aparecen a menudo distorsiones extremas de la experiencia en pesadillas.

¡Transmisión o generalización a situaciones y personas de la vida cotidiana en un grado incontrolado!

2. Evitación y / o aturdimiento

- Intento de represión, no pensar en ello (normalmente no tiene éxito)
- El esfuerzo extremo puede conducir a estados disociativos.

→ Partamnesia

➤ Evitar actividades o lugares que recuerden el trauma.

➤ Lamento sobre el adormecimiento emocional.

→ Todos los sentimientos aparecen nivelados.

➤ declaración también en problemas de concentración,

Sentimiento de alienación, retiro social general, pérdida de interés.

Transmisión o generalización a situaciones y personas de la vida cotidiana en forma descontrolada.

3. Hiperexcitación

➤ Bajar el umbral de excitación del sistema nervioso autónomo.

→ Pequeñas cargas subsecuentes conducen a una fuerte excitación

➤ Esta alteración del sueño a través del comportamiento.

➤ Durante el día hipervigilancia contra todo tipo de estímulos.
(por ejemplo, sonidos, caras extrañas, olores)

➤ La reacción del miedo se vuelve más violenta cuando los pequeños toques o ruidos llevan al miedo extremo.

➤ Intolerancia afectiva.

➤ Trastornos de concentración

➤ Irritabilidad

Transmisión o generalización a situaciones y personas de la vida cotidiana en forma descontrolada.

Resumen: Los 3 síntomas principales

1. Revivir el trauma mediante intrusiones (= recuerdos estresantes involuntarios)
2. Comportamiento de evitación / o aturdimiento
3. Hiperexcitación (= sobreexcitación fisiológica crónica)

Excursus Salutogenesis: Factores protectores en la traumatización:

El sentido de coherencia

El sentido de coherencia en el individuo es una forma fundamental de orientarse en el mundo.

Suele acuñarse durante la infancia y expandirse y fortalecerse durante el resto de su vida.

Crea cualidades positivas en las personas, como confianza básica, apertura, lealtad, constructividad, capacidad de relacionarse y amar, sentido de la justicia, capacidad de conflicto y disposición para confrontar, autoestima, significado de la vida, por nombrar solo algunos. El sentido de coherencia es, por lo tanto, un tipo de confianza básica en tres habilidades / características de un individuo u organización, que deciden sobre la funcionalidad o disfuncionalidad en su interacción:

Comprensibilidad: una organización es comprensible, coherente y ordenada. Todos los procesos son transparentes y comprensibles. Las dificultades y las cargas también pueden ser comprendidas y apoyadas por los empleados en un contexto más amplio.

Capacidad de administración: la empresa cuenta con recursos internos (por ejemplo, confianza en las habilidades de los ejecutivos y empleados) y recursos externos (por ejemplo, confianza en las estructuras existentes de la empresa, grupo de conocimiento, etc.) que pueden gestionar con éxito las tareas y problemas de trabajo.

Dimensión del sentido: Una creencia básica de que los desafíos de la vida son significativos y que hay objetivos y proyectos en los que vale la pena involucrarse. Los objetivos, motivos y perspectivas de desarrollo tanto de la empresa como de las personas deben ser transparentes.

Los traumas más patógenos.

- Violación (definición estrecha, es decir, sin acoso sexual)
- Participación en la guerra (sin distinción entre soldado y civil)
- Maltrato y abuso sexual infantil.
- Tortura

Curso y pronóstico

Curso: → Relativamente homogéneo en diferentes poblaciones de trauma:

- En promedio, el 25% de todas las personas traumatizadas desarrollan TEPT
- 1/3 muestra una disminución significativa de los síntomas después de 1 año
- A 1/3, incluso 10 años después del traumatismo, todavía aparecen síntomas semanalmente.
- Proceso de cronificación completado durante el primer año (a partir de entonces no se espera una remisión espontánea)

Curso y pronóstico

Buenos predictores del curso del trauma tipo I:

- Desarrollo de síntomas en las primeras 4 semanas después de un alto estrés postraumático inicial.
- Si la recuperación es constante en los primeros días.

→ Después de tres meses no cumple los criterios de estrés postraumático. Por el contrario, es PTSD crónico si después de 4 semanas no hay una reducción aparente de los síntomas!

Comorbilidad

especialmente:

- Suicidalidad.
- Trastornos afectivos.
- Trastornos de ansiedad.
- Abuso de sustancias y dependencia.
- Trastornos de la alimentación.
- Trastornos de las relaciones sociales

En 1/3 de los traumatizados, ya existían anomalías en la administración antes de la traumatización, ¡2/3 se desarrollaron de manera secundaria a un trastorno de estrés postraumático adicional!

Consecuencias de un trauma.

Cambio de esquemas cognitivos:

- Cambios en la autoimagen (“Soy incompetente”)
- Cambios en la cosmovisión (“El mundo es extremadamente peligroso”)
- Refuerzo masivo de miedos e incertidumbres.
- Alterada experiencia en la frontera.

Influencia en la memoria:

Los recuerdos del trauma se almacenan predominantemente de manera implícita en el cerebro: en formas de estados de afecto, modalidades sensoriales (como olores) o percepciones corporales.

→ Estimulación incontrolable.

La terapia de trauma

Fase I: Estabilización y Activación de Recursos.

- Ofertas para experiencias de seguridad (stop, límites).
 - Activación de recursos y organización.
 - Uso de procedimientos imaginativos y estabilizadores.
 - Aún no necesariamente se discute el trauma con el paciente.
- Riesgo de re-traumatización

Fase II: tratamiento del trauma (**predominantemente estacionario**).

- Condición previa: una relación terapéutica sostenible, solo entonces son útiles las intervenciones de intercepción.
- Intervenciones siempre “bajo la dirección” del paciente.
- “Ligera” exposición al trauma, p. Ej. a través de procedimientos imaginativos.

Métodos:

- EMDR (reprocesamiento por desensibilización del movimiento ocular)
- Imaginación (“Lugar seguro”, “Ayudante interno”)
- Exposición VT
- Intervenciones relacionadas con el cuerpo (KBT, FE)

Fase III: Integración del trauma (**predominantemente ambulatorio**)

- TP: manejo de conflictos y déficits de la función del yo.
- Funciones del ego: prueba de la realidad, tolerancia del afecto, control de los impulsos, diferenciación del auto-objeto (+ conciencia, percepción, memoria, unidad).
- Probando tu propio punto de vista en la vida.
 - posiblemente reorientación social
 - Facilitar el trabajo de duelo, ofrece “dejar ir”.

Resumen: Terapia del trauma

Se ha establecido el siguiente ajuste:

Fase I	Estabilización y activación de recursos
Fase II	Elaboración del trauma
Fase III	Integración del trauma

Trastorno por estrés postraumático (F43.1)

Este trastorno surge como una reacción tardía a un evento traumático, amenaza excepcional o extensión catastrófica, tales como violación (50%), otros delitos violentos (25%), guerra y desplazamiento, accidente de tráfico o enfermedad grave (ataque cardíaco, neoplasias malignas), ya sea que le ocurra al propio paciente o a otra persona. El comienzo sigue el trauma con una latencia de unas pocas semanas a meses.

La **prevalencia** es del 2% al 7%. Los **síntomas** son: pensamientos estresantes y recuerdos del trauma (intrusiones) o vacíos de memoria (imágenes, pesadillas, flashbacks, amnesia parcial), sensación de impotencia, síntomas de exceso de excitación (trastornos del sueño, pavor, aumento de irritabilidad, intolerancia al afecto, dificultad para concentrarse, evitación (evitar traumas de estímulos asociados), sordera emocional (abstinencia general, pérdida de intereses, indiferencia interior). En la infancia, muestran parcialmente manifestaciones de los síntomas alterados (por ejemplo, experiencia traumática repetida, problemas de comportamiento, en parte patrones de comportamiento agresivo). El curso es cambiante, a menudo autorregresivo, rara vez crónica, con transición a un cambio de personalidad en curso. La **comorbilidad** se observa a menudo con trastornos del estado de ánimo, ansiedad, abuso de sustancias, trastorno de somatización, uno mayor riesgo de enfermedad física y en niños y adolescentes con problemas de conducta, peor rendimiento escolar, pensamientos e intentos suicidas, dificultades en las relaciones interpersonales, dolencias físicas y ansiedad de separación.

Resumen

Trastorno de estrés postraumático Operacionalización (1980): DSM III

Criterios principales – F43.1 (ICD-10):

1. Experimentar un trauma («Desencadenante!!!)
2. Revivir el trauma (**Intrusiones**)
3. **Conducta de evitación** (o estado de aturdimiento emocional)
4. **Hiperexitación** fisiológica sostenida (Sobreexcitación crónica)
5. Los síntomas duran más de un mes
 - De lo contrario: „Trastorno de estrés agudo, F43.0
 - Inicio Retrasado: Síntomas solo 6 meses después del suceso
6. Afectaciones clínicamente significativas

Más frecuentes: trastornos de adaptación (F43.2).

Los trastornos de adaptación son estados de angustia subjetiva y emocional. Deterioro que generalmente dificulta funciones y beneficios sociales y durante el proceso de ajuste después de un cambio crucial en la vida o puede ocurrir después de eventos estresantes de la vida. Los síntomas son diferentes e incluyen el estado de ánimo depresivo, la ansiedad o la preocupación (o una mezcla de esto), la sensación de no poder hacer frente a las condiciones cotidianas. Para poder planificar o continuar, las perturbaciones del comportamiento social en particular en adolescentes.

Agrupación Fenomenológica

Trastornos somatomorfos

La somatización describe un proceso en el que los síntomas físicos ocurren como resultado de conflictos mentales, posiblemente inconscientes, a menudo sin el efecto asociado. El conflicto emocional (por ejemplo: el miedo) se evita, las sensaciones físicas (por ejemplo: taquicardia, disnea, sudoración, ...) se sienten. La somatización no describe la patología, sino un mecanismo de defensa que puede alcanzar una dimensión patológica debido al refuerzo o la persistencia. Los trastornos somatomorfos son las quejas físicas que no se pueden asociar o atribuir lo suficiente a causas orgánicas. No se trata solamente de dolencias que no tienen un origen físico demostrable, sino también de la existencia de correlatos físicos

existentes, cuyos síntomas tanto en la forma como en las dimensiones no se corresponden (sobrepasan) los resultados obtenidos del examen físico.

La clínica es muy diferente, los síntomas comunes, como fatiga y agotamiento, ocurren con frecuencia, además de dolor, enfermedades gastrointestinales. Los síntomas se perciben / describen como si tuviesen causas orgánicas, lo que lleva a visitas frecuentes al médico y exámenes. (Véase también la sección 1).

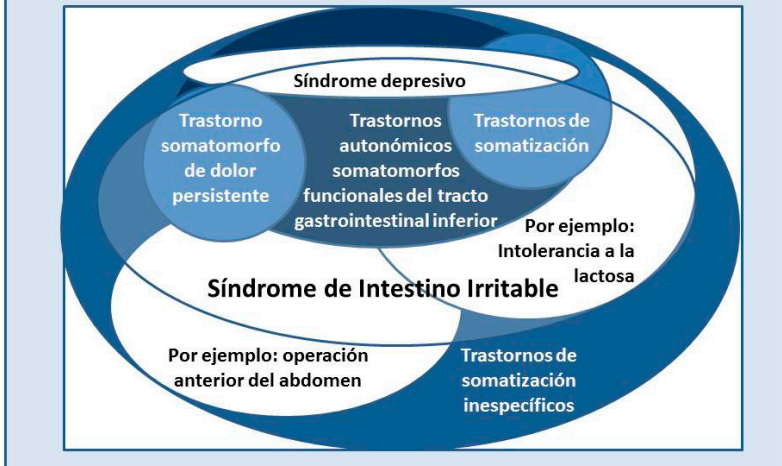
a) *Trastorno de somatización* (F45.0): síntomas físicos múltiples, recurrentes y que cambian con frecuencia que han existido durante al menos dos años y en los cuales la persona, a pesar de exámenes físicos extensos sin evidencia adecuada, se adhiere a la convicción de una causa orgánica de los síntomas; Los síntomas pueden afectar a cualquier órgano: por ej. Como una sensación de inhibición, presión, puntos de sutura, opresión en el pecho.

- Cardiovascular: por ej. Como una sensación de inhibición, presión, puntos de sutura, opresión en el pecho, taquicardia.
- Gastrointestinal: náuseas, distensión abdominal, dolor abdominal, deposiciones irregulares.
- Urogenital: micción frecuente y / o dolorosa, sensación, micción difícil, dolor en la parte inferior del abdomen / perineo.

Si el espectro completo del trastorno de somatización no cumple con los criterios según establece el ICD 10, se habla de un Trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1)

b) *Trastorno hipocondríaco* (F45.2): La característica predominante es la convicción permanente de padecer una enfermedad física grave, la preocupación con las sensaciones corporales propias y molestias corporales persistentes.

Superposiciones de diferentes definiciones de enfermedades del tracto gastrointestinal inferior y comorbilidad importante (esquema)



c) Disfunción autonómica de Somatomorfa (F45.3): Los síntomas se describen como debidos a la enfermedad física de un sistema u órgano, más comúnmente cardiovascular, respiratorio y gastrointestinal.

d) Trastorno de dolor somatoforme persistente (F45.4): dolor doloroso continuo que no puede explicarse por completo mediante un proceso fisiológico o un trastorno físico; en la localización y / o la calidad (quemadura, tira, empuja, pica, ...). Este cambia con frecuencia y en función de la influencia de los factores de estrés psicosocial.

El diagnóstico se realiza mediante la exclusión de la causa orgánica, así como el diagnóstico mental.

Además de las pruebas psicológicas, los siguientes puntos hablan de un trastorno somatoforme: conexión entre el inicio y la biografía, el cambio depende de los factores de estrés psicosocial, a pesar de los diagnósticos negativos extensos, la demanda persistente de diagnósticos médicos, a menudo el comportamiento de búsqueda de atención (histriónico), ...

(Ver también las áreas médicas individuales en la Sección 3 - Enfermedades)

Etiología:

- Traumas en forma de abuso físico o agresión sexual en el pasado: en particular en pacientes con ataques psicógenos y con dolor abdominal crónico, se puede acceder a traumas acumulados en primer plano.
- Trastornos somatomorfos propios y en la familia.

- Alexitimia: la llamada incapacidad para reconocer y nombrar los sentimientos, debería llevar a una mayor probabilidad de interpretar los estados físico-emocionales de tensión como dolencias corporales.
- Trastorno vinculante o conflictos básicos: es precisamente el trastorno de relación específico característico de los trastornos somatomorfos, lo que sugiere que los pacientes con tales trastornos también muestren un comportamiento de apego llamativo o conflictos básicos relacionados en la regulación de la adicción y la autonomía.

El primer contacto médico debe proceder de la siguiente manera:

- **Exclusión suficientemente segura de las causas orgánicas de las quejas:** planificada, no redundante, oportuna (Nota: debido a la variedad de posibles quejas se pueden dar constelaciones en el contexto de estas pautas, no hay recomendaciones para el diagnóstico específico de exclusión orgánica de diferentes quejas corporales)
- **Reconocimiento de un trastorno somatomorfo:** El diagnóstico debe hacerse explícitamente. La asignación a subtipos especiales no es un objetivo obligatorio del diagnóstico médico primario.
- Los pacientes con un trastorno somatomorfo no están más ni menos enfermos orgánicamente que los pacientes de atención primaria sin un trastorno somatomorfo. Por lo tanto, en el curso de un cambio repentino en las características de la queja, puede ser necesario descartar nuevamente la presencia de una **enfermedad orgánica**.
- En caso de sospecha de trastorno somatomorfo, **la anamnesis debe extenderse más allá del síntoma principal:** otras quejas actuales, antecedentes de quejas y tratamiento, solicitudes de evidencia de deterioro mental adicional, estrés psicosocial actual y situación desencadenante, factores disruptivos, orientación sobre antecedentes biográficos.
- Investigue **que considera el paciente como causas:** esto proporciona información importante sobre los problemas de interacción esperados.
- Consideración **de preocupaciones de tratamiento no expresadas intencionadamente:** una oferta de queja física también puede ser un “boleto de admisión” para discutir otros, por ejemplo, preocupaciones psicosociales (somatización opcional).
- **La evaluación diagnóstica de los factores mentales debe hacerse al primer aviso de que los síntomas no son lo suficientemente justificados orgánicamente,** y no solo después de completar todos los exámenes médicos necesarios. **Deben consultarse las posibles consecuencias socio-médicas de las quejas corporales (solicitud de una pensión, procedimientos judiciales sociales, etc.).**

Recomendaciones para **la terapia ...**

- Alivio o mejora de la relación con el paciente a través del conocimiento del diagnóstico.
- La actitud médica (“aceptar una demanda”) señala que las quejas se toman en serio.
- Evitar el empleo de estudios complementarios no estrictamente indicados y procedimientos diagnósticos invasivos, incluso si el paciente presiona para ello (autolesión); evitando así una mayor cronicidad y fijación somática.
- Evaluación crítica de hallazgos somáticos menores e incidentales.
- Establecer y discutir un plan de tratamiento oportuno y escalonado.
- Desacoplamiento de las ofertas de contacto y la intensidad de la queja (fijar fechas en dependencia del tiempo que debe transcurrir y no de las molestias que tenga el paciente).
- Evitar la comunicación exclusiva de hallazgos orgánicos negativos (“Usted es orgánicamente saludable”), ofreciendo un modelo explicativo interactivo del desarrollo de quejas (por ejemplo, dolor de espalda causado por tensión muscular persistente debido a tensión mental crónica).
- Extensión de la atribución causal orgánica a una comprensión psicósomática de la enfermedad.
- Intervenciones sobre aspectos psicosociales: de manera más informal o marginal, apropiada para la comprensión de la enfermedad por parte del paciente.
- Si es necesario, motivación para la derivación en psicoterapia especializada.
- Acompañamiento al inicio de la cronificación.
- Apoyo activo a la reintegración social.
- Farmacoterapia para indicaciones específicas o para aliviar los síntomas mentales y el dolor, no para el tratamiento de “corazón” o “espalda”.

Recomendación para la consulta de una junta psicoterapéutica:

- Si no hay mejoría después de seis meses de atención psicósomática básica adecuada o si la gravedad o la agudeza de los síntomas lo sugieren.
- Cuando se llega a más de 4 semanas de certificado (baja médica).
- Si existe la sospecha de trastornos mentales agudos adicionales o estresores biográficos obviamente graves.
- Si el paciente ha expresado el deseo de recibir un tratamiento psicoterapéutico especializado para sus síntomas o problemas.

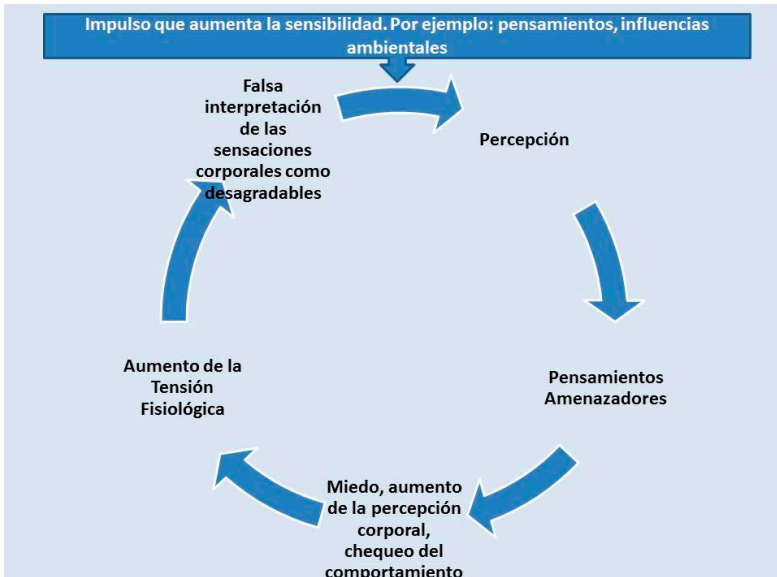
- Cuando los problemas de interacción con el paciente dificultan el tratamiento.

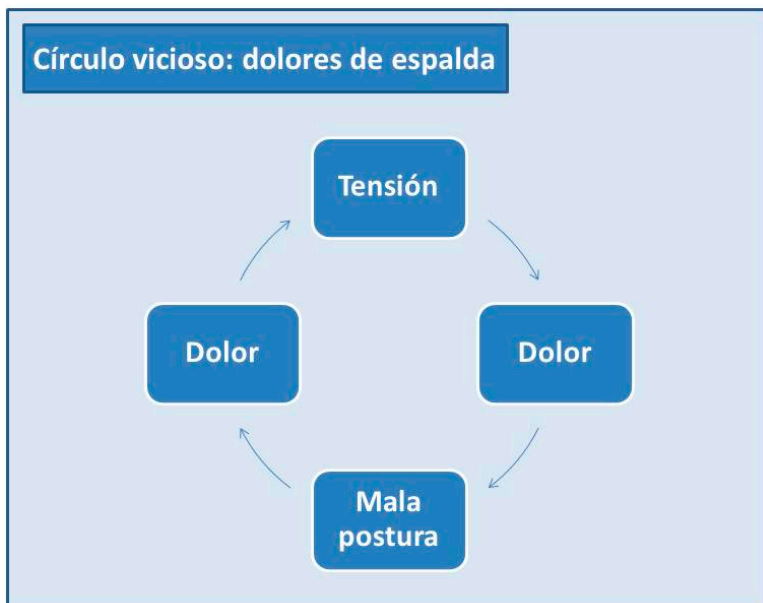
Criterios para la derivación a psicoterapia especializada para pacientes hospitalizados (consulte también la puntuación de gravedad del deterioro)

- Si se requiere un procedimiento terapéutico multimodal, p. Ej. Cuando es indicado un procedimiento verbal y un procedimiento orientado al cuerpo.
- Si la terapia para pacientes hospitalizados puede proporcionar una motivación adecuada para la psicoterapia ambulatoria indicada.
- Si la disfunción restringe o elimina la participación en psicoterapia ambulatoria.
- Si no se puede detectar una mejoría relacionada con los síntomas después de seis meses de psicoterapia ambulatoria.
- En presencia de comorbilidad psicológica significativa (por ejemplo, trastornos de la personalidad) o un trastorno somatomorfo que complica la enfermedad física.
- Cuando se trata de licencia por enfermedad durante tres meses o en otros riesgos de profesionales y capacidad de ingresos.

Fuente: Lineamientos AWMF trastornos somatomorfos.

Ejemplos de educación del paciente: modelo del estrés y Modelo del Círculo vicioso.





Trastornos de personalidad y otras enfermedades mentales complicadas por enfermedades físicas.

Criterios de trastornos de personalidad, modificados según ICD-10.

Los patrones internos permanentes de experiencia y comportamiento se desvían significativamente de las pautas culturalmente esperadas y aceptadas en más de una de las siguientes áreas:

Cognición (es decir, percepción e interpretación del entorno, actitudes y actuaciones)

Afectividad

Control de impulsos y satisfacción de necesidades

Relaciones interpersonales

El comportamiento resultante es inflexible, no adaptado o inapropiado en muchas situaciones, sufrimiento personal y / o impacto adverso sobre el medio ambiente, estabilidad y larga duración e inicio en la infancia tardía o adolescencia. La desviación no puede explicarse por la presencia o la consecuencia de otro trastorno mental.

Trastornos de la personalidad

La personalidad es la característica y el comportamiento que caracteriza a un individuo, lo que lo hace inconfundible y es en gran parte constante. En los trastornos de personalidad se encuentran patrones de experiencia y comportamiento con parientes, reacciones rígidas, no adaptadas, tanto mental como socialmente. Las víctimas sufren considerablemente y / o el entorno social puede verse afectado por este. Las desviaciones de comportamiento se sienten significativamente deterioradas. Tradicionalmente, los trastornos de la personalidad también se conocen como neurosis del núcleo y del carácter.

5ta Regla de los cinco dedos (diagnóstico descriptivo de la personalidad)



Trastornos de personalidad subdivididos según ICD-10.

F60.0 Trastorno de personalidad **paranoide**:

Personalidad fanática, expansiva / sensible / querulatoria (trastorno). Este trastorno de la personalidad se caracteriza por una sensibilidad exagerada al rechazo, la adición de insultos, la desconfianza y una tendencia a torcer la experiencia. Las acciones neutrales o amistosas se malinterpretan como hostiles o despreciables. A menudo hay sos-

pechas injustificadas con respecto a la lealtad sexual del cónyuge o pareja sexual, lo que puede conducir a un comportamiento polémico. Estas personas tienden a exagerar la autoestima.

F60.1 Trastorno de personalidad **esquizoide**:

Un trastorno de la personalidad caracterizado por una retirada de los contactos afectivos y sociales con una dependencia excesiva de la imaginación, el comportamiento solitario y la restricción introspectiva. Hay una capacidad limitada para expresar sentimientos y disfrute.

F60.2 Trastorno de personalidad **disocial**:

Personalidad sociopática / antisocial / psicopática (trastorno). Un trastorno de la personalidad caracterizado por el desconocimiento de las obligaciones sociales y el desinterés sin corazón en los sentimientos hacia los demás. Existe una discrepancia significativa entre el comportamiento y las normas sociales prevalecientes. El comportamiento parece inmutable a través de experiencias adversas, incluido el castigo. Existe una baja tolerancia a la frustración y un umbral bajo para el comportamiento agresivo, incluso violento, una tendencia a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones superficiales al comportamiento que pone al paciente en conflicto con la **sociedad**.

F60.3 Trastorno de personalidad **emocionalmente inestable**:

Trastorno de la personalidad con una marcada tendencia a expresar los impulsos sin consecuencias, combinado con estados de ánimo impredecibles y temperamentales. Existe una tendencia a los arrebatos emocionales y una incapacidad para controlar el comportamiento impulsivo. Además, existe una tendencia al comportamiento contencioso y al conflicto con los demás, especialmente cuando los actos impulsivos se ven frustrados u obstruidos. Se pueden distinguir dos manifestaciones: un tipo impulsivo, caracterizado predominantemente por la inestabilidad emocional y la falta de control de los impulsos; y un tipo límite, caracterizado además por alteraciones de la autoimagen, metas y preferencias internas, un sentido crónico de vacío, relaciones intensas pero inestables, y una tendencia al comportamiento autodestructivo con parasuicidio e intentos de suicidio.

F60.30 Tipo impulsivo:

Personalidad agresiva irritable / explosiva (desorden)

F60.31 Tipo borderline.

Trastorno de personalidad emocionalmente inestable - Borderline		
	Expresiones y pensamientos típicos	Indicaciones para diagnóstico según ICD- 10
1.	"No siento nada"	Sentimientos persistentes de vacío
2.	"Yo hago todo lo que quieras"	Esfuerzos exagerados para evitar el abandono
3.	"A veces no se quien soy"	Imagen propia y preferencias internas borrosas (incluidas las sexuales)
4.	"Yo te amo, te odio"	Tendencia a involucrarse en relaciones intensas e inestables, que a menudo traen como consecuencia crisis emocionales
5.	"Me mataré si me dejas"	Repetidas autoagresiones e intentos de suicidio (también como amenaza)

F60.4 Trastorno de personalidad **histriónica**:

Un trastorno de la personalidad caracterizado por afectividad superficial e inestable, dramatización, expresión teatral, exagerada de sentimientos, complacencia, egocentrismo, ansia de placer, falta de consideración, un deseo constante de reconocimiento, estímulos externos y atención.

F60.5 Trastorno **Anankastico** (Compulsivo) de la Personalidad:

Un trastorno de la personalidad caracterizado por sentimientos de duda, perfeccionismo, conciencia exagerada, controles constantes, obstinación, cautela y rigidez. Pueden ocurrir pensamientos o impulsos persistentes y no deseados que no alcanzan la gravedad del trastorno obsesivo-compulsivo.

F60.6 Trastorno de personalidad **temeroso** (evitativo):

Un trastorno de la personalidad caracterizado por sentimientos de tensión y ansiedad, inseguridad e inferioridad. Existe un constante anhelo de afecto y aceptación, hipersensibilidad al rechazo y crítica con capacidad relacional limitada. La persona en cuestión tiende a poner demasiado énfasis en los peligros o riesgos potenciales de las situaciones cotidianas para evitar ciertas actividades.

F60.7 Trastorno de personalidad **dependiente** (asténico):

Las personas con este trastorno de personalidad dependen pasivamente de otras personas para tomar decisiones de vida más pequeñas o más grandes. La perturbación se acentúa aún más por la gran segregación, los sentimientos de impotencia e incompetencia, la tendencia a subordinarse a los deseos de los ancianos y otros, y el incumplimiento de las exigencias de la vida cotidiana. La falta de poder se puede ver

en el ámbito intelectual y emocional; en el caso de las dificultades, hay una tendencia a cambiar la responsabilidad hacia los demás.

F60.8 Otros trastornos de personalidad específicos:

- **Excéntrico**
- **Inconsistente**
- **Narcisista**
- **Pasivo-agresivo**
- **Psiconeurótico**
- **Inmaduro**

F60.9 Trastorno de personalidad, no especificado:

Neurosis del personaje o.n. A.

Personalidad patológica o.n.A.

Trastornos Alimenticios

Se conoce como un grupo de cuadros clínicos heterogéneos cuya relación es un trastorno del comportamiento durante la alimentación. Respecto a la prevalencia, existen pocos datos precisos. Los representantes más frecuentes incluyen:

- Anorexia nerviosa (anorexia).
- Bulimia nerviosa (adicción a comer).
- Trastorno por atracón (adicción a la comida).

Los diferentes cuadros clínicos no siempre están claramente delimitados y pueden transmitirse unos a otros.

a) Anorexia nerviosa

La característica más importante es el bajo peso autoinducido (15-25% por debajo del peso normal, IMC <17.5), que no se debe a ninguna otra enfermedad.

El esquema corporal o la imagen corporal está alterada, por ejemplo: Las partes individuales del cuerpo o todo el cuerpo se perciben como demasiado gruesas, lo que reduce la autoestima. El miedo al peso corporal normal provoca un ayuno excesivo y aumenta la actividad física. Por lo general, no hay información sobre la enfermedad, el peso insuficiente se evalúa positivamente y los pacientes no deben comer a pesar de su apetito normal. Se ignora el deterioro físico consiguiente y la amenaza de la enfermedad, el peso insuficiente y la negativa a comer están ocultos. A pesar de la falta de hambre y saciedad, los pensamientos giran en torno a la comida, el peso y la figura.

Más típico es una tendencia a la retirada social, pérdida de intereses, depresión, obsesión, trastornos del sueño, nerviosismo y ansiedad.
“Tipo ascético”

- Reducción de peso exclusivamente por inanición.
- Los sentimientos iniciales de hambre desaparecen en el curso de la enfermedad.

“Tipo hiperoréxico” / Tipo bulímico.

- También reducir el peso por inanición -> Alimentos bajos en calorías

Laxantes y / o vómitos para mantener el bajo peso.

Epidemiología: 0.5 - 1% de la población, ocurriendo entre 12 y 18 año de vida, principalmente para niñas y mujeres (> 90%)

Hipótesis clínico-evolutivas psicológicas sobre el desarrollo: La anorexia representa un intento de compensar y estabilizar la propia identidad, autoestima y autoeficacia. Los niños inteligentes, a menudo por encima del promedio, que no pueden enfrentar e interactuar con su entorno (falta de habilidades de resolución de problemas y resolución de conflictos) tienen dificultades para adaptarse. Las familias suelen ser sobreprotectoras, autocontenidas y evitan conflictos. La maduración sexual en la pubertad sobrecarga a los niños. La anorexia es una solución a este conflicto. La emaciación da como resultado el control sobre la propia situación. Las niñas pueden defenderse contra su desarrollo femenino, así como contra sus padres, quienes las instan a comer. Se individualizan en la familia sin ceder. Además, la enfermedad protege y fortalece al ego, porque es una medida aparente de fuerza personal y fuerza de voluntad, una disculpa y alivio de otros problemas, da afecto y cuidado y da la sensación de ser extraordinario. Aquí, las normas sociales, como el ideal general de adelgazar, juegan un papel importante. Los factores biológicos o genéticos tienen una influencia tan grande como los eventos de la vida (pérdida de cuidadores, cambios en las condiciones de vida, etc.) o estrés crónico.

Complicaciones médicas: Amenorrea (ausencia del período menstrual) latidos cardíacos lentos, hipotensión, piel seca, con tintes azules, cabello lanugo, pérdida de cabello, hipotermia, disminución de la hormona tiroidea, estreñimiento, flatulencia, distensión abdominal, daño dental, comorbilidad con abuso de sustancias / dependencia.

b) Bulimia nerviosa:

Como los pacientes buscan un ideal físico, el peso corporal se intenta mediante ayuno, vómitos, laxantes, deshidratadores y supresores del apetito. A pesar del peso normal, la relación con el cuerpo se ve

perturbada, existe un gran temor de aumentar de peso y los pensamientos a menudo giran en torno a los alimentos. A través del hambre y de una sensación de vacío interior, esto resulta en antojos temporales donde se consumen grandes cantidades de comida (especialmente “alimentos prohibidos”, como Chips y chocolate). Los pacientes pierden el control y continúan comiendo. Crea un sentimiento masivo de culpa y el vómito inmediato evita el temido aumento de peso. Los alimentos a menudo se acumulan para prepararse para los ataques de inanición, y existen robos o deudas por alimentos. El resultado es un círculo vicioso de dieta, atracones, mayor miedo a ser gordo y, como resultado, una dieta más estricta.

Hay una tremenda cantidad de sufrimiento, porque comer en exceso se interpreta como un error personal y, por lo tanto, es muy vergonzoso. La enfermedad está oculta durante mucho tiempo, la enfermedad se oculta por largo tiempo, se llega al retraimiento social, la depresión y la autodevaluación.

Epidemiología: 2-5% de la población total, ocurriendo entre el 17 y el 18. Año de vida, más frecuente en mujeres.

Hipótesis psicológicas del desarrollo clínico: La bulimia suele aparecer después de la maduración sexual. El cuerpo femenino no debe ser negado, sino moldeado de acuerdo con las medidas ideales. Los pacientes tienen ya identificados con su rol de género, pero incapaces de alcanzar su ideal físico. A menudo se producen fuertes temores de separación. El ayuno pretende ser una pseudo autarquía, aunque retrocede a los deseos instintivos. Los pacientes con una bulimia nerviosa a menudo muestran una “personalidad afectiva-lábil”, es decir, depresión aumentada, baja tolerancia a la frustración, falta de control de los impulsos, estrategias deficientes para resolver problemas, dificultades para tener los sentimientos propios (hambre), las complicaciones genéticas también juegan un papel aquí.

Complicaciones médicas: daño de la pared gástrica (dilatación gástrica), desgarros esofágicos, hinchazón de las glándulas salivales (glándula parótida, páncreas) Enfermedades de los dientes (caries, erosiones del esmalte), deshidratación, deficiencia de electrolitos (potasio) -> Insuficiencia renal, osteoporosis, trastornos del equilibrio de ácido-base -> debilidad muscular, tetania, arritmias cardíacas, convulsiones epilépticas o daño renal irreversible, comorbilidad con abuso de sustancias / dependencia.

c) Trastorno por atracón (adicción por la comida)

Siempre hay episodios de alimentación descontrolada que conducen a sobrepeso extremo o fluctuaciones constantes de peso. A pesar de la gran

vergüenza, no se utilizan estrategias compensatorias (como vómitos). Los pacientes se retiran, se deprimen y sufren una auto-devaluación masiva. Existe una relación cercana con otros trastornos de la alimentación. Si bien la dieta frecuente y los alimentos restringidos están involucrados en su inicio, se abandonan con el tiempo. El control cognitivo sobre la disminución de la alimentación y las conductas alimentarias se vuelven cada vez más caóticas.

Complicaciones médicas: problemas cardiovasculares, estrés óseo, daño hepático, diabetes.

Epidemiología: 2-5% de la población general (30% del sobrepeso tratado)

d) Terapia para trastornos de la alimentación:

- Atención médica de las co-complicaciones, - Terapia conductual, - Asesoría / Terapia nutricional, - psicoeducación: - Psicoterapia de grupo, - Procedimientos orientados al cuerpo, - Discusiones familiares y de pareja, - Mantenimiento de la terapia y prevención de recaídas, -> Promover la responsabilidad personal de los pacientes (responsabilidad por la enfermedad y hacerse cargo de su superación).

e) Historia:

- 2 años estable sin tratamiento, - Tasa de mortalidad a lo largo de varias décadas: 10 -15% -> desnutrición, suicidio, enfermedades, accidentes.

- Después de > 10 años: 1/3 todavía anoréxica, 1/3 síntomas residuales bulímicos, 1/3 libres de síntomas.

- Pronóstico favorable: bajo inicio de edad, baja cronicidad en el tratamiento, ausencia de características psicopatológicas
- Pronóstico desfavorable: mayor duración del tratamiento, mayor edad en el inicio de la enfermedad, relaciones familiares perturbadas, trastornos del desarrollo premórbido, transición frecuente a otras enfermedades mentales (depresión, drogas, alcohol, trastorno obsesivo-compulsivo)

Enfermedad física crónica con síntomas mentales.

Este grupo incluye una amplia gama de enfermedades diferentes, tanto la etiología como los factores mentales del curso están significativamente involucrados, pero se clasifican en la CIE-10 fuera de los trastornos mentales. Los trastornos psíquicos son mayormente duraderos y no justifican un diagnóstico propio. En este grupo se incluyen, entre otras, enfermeada de que fueron designadas por Alexander (1951) como Psico-

somatosis clásica (holy seven), como úlcera Péptica, Asma Bronquial o Colitis Ulcerosa.

Subcategorías para F54 a OPD: obesidad, dermatitis y eczema, urticaria, gastritis, colitis mucosa, síndrome del intestino irritable, hipotensión, síncope, colapso, migraña, dolores de cabeza y espalda, tinnitus, (Pérdida auditiva, Meniere M.), Torticolis espástica, dismenorrea, quejas menopáusicas. La idea de que estas enfermedades son principalmente de origen psicológico no se pudo confirmar en numerosos estudios. Sin embargo, la implicación psicósomática en la génesis parece probable.

Psicosomática desde el punto de vista de las áreas y cuadros clínicos especiales.

Ginecología

Enfermedades importantes en el campo:

Deseo insatisfecho por los niños.

Fertilización Invitro (FIV)

muerte fetal

Los bebés prematuros

Niños discapacitados

trastornos de la libido

Violencia sexual

Consejo genético

Embarazo “concebido”

Oncología (cáncer de mama y abdomen)

Ejemplos de casos discutidos

Cirugía

Ver también estrés postraumático, trastornos de la personalidad.

Aspectos principales (ejemplos) – palabras clave

Operaciones en sentido estricto

Único

Intervenciones repetidas

Accidentes- ¿gremio laboral responsable?

Conducta autolesiva- ¿por poder?

Síndrome de Munchausen

Pseudología Fantástica

Vendado en la cirugía estética por obesidad (ver también dismorfobia en los trastornos somatomorfos)

Urología

Estudio de caso

Vejiga irritable (disfunción autonómica somatomorfa del tracto urogenital)

El Sr. S., un bombero casado de 54 años, se queja desde hace dos años de molestias urinarias. Tenía que ir al baño al menos 15 veces al día y también tenía una sensación de ardor en la uretra o en el área de la vejiga entre las sesiones del baño, sin que los exámenes urológicos repetidos apuntaran a una enfermedad orgánica en esta área. También notó un aumento significativo del sudor y siempre tenía la sensación de tener un nudo en la garganta. El paciente había ingresado en psicoterapia para pacientes hospitalizados por un neurólogo residente porque la incomodidad causó una incapacidad prolongada para trabajar y amenazó con quedar discapacitado. Sobre los factores estresantes de la vida se podría determinar que el paciente experimentó un deterioro significativo de la relación, su esposa se quejaba cada vez más de su trabajo en turnos alternos, sus muchos hobbies y su consumo creciente de alcohol. La hija favorita del paciente se había casado y había elegido una pareja que no podía engendrar hijos, dejando al paciente sin la posibilidad de convertirse en abuelo y encontrar nuevas responsabilidades en ello. Además, también demostró que el desarrollo profesional del hijo no es tan favorable como se desea.

Curso y terapia

En relación con la psicoterapia hospitalaria del paciente, la esposa colaboró con el tratamiento psicoterapéutico de su enfermedad mental aún no diagnosticada, exponiendo los diversos conflictos que condujeron a una reorientación en la familia.

Estudio de caso

Trastorno persistente del dolor somatomorfo

Un asistente técnico farmacéutico de 28 años, el Sr. F., presentó después de varios años de dolor genital severo, que describió como tirones en los testículos y espasmos de la parte inferior del abdomen, después de varios exámenes urológicos en el departamento psicosomático. El síndrome de dolor agudo había ocurrido después de una confrontación insultante con un supervisor en el lugar de trabajo del paciente, después de lo cual el

paciente ya no podía regresar al trabajo. El resultado fue una baja por enfermedad (certificado médico) de varios meses debido a las quejas y la posterior pérdida del empleo. En la psicoterapia individual inicialmente internada, luego ambulatoria, basada en psicología profunda, una reelaboración de la historia de vida reveló que para el paciente, que había crecido como hijo único.

Reveló además que siempre había sido difícil satisfacer las demandas de la madre, y que el padre, quien tenía una profesión simple fue devaluado una y otra vez en el entorno familiar. A la edad de 4 años, el paciente tenía un estrechamiento del prepucio en la extremidad tratada quirúrgicamente. El procedimiento tuvo que repetirse en el año 12 de vida del paciente. Otro factor importante fue la relación con un joven de cuatro años, de estructura simple, que había estado siguiendo al paciente durante un período prolongado de tiempo, y que el paciente temía que fuera sexualmente agresivo, lo que también encontró muy vergonzoso. Surgieron otros sentimientos de culpa con respecto a los abuelos, a quienes el paciente admiraba mucho, que fueron atendidos por la madre en el hogar hasta su muerte, lo que preocupaba internamente al paciente durante la pubertad. Pero al ya no poder encontrar acceso a los ancianos, sintió la situación de cuidado como muy desagradable.

Curso y terapia

Durante el tratamiento, el paciente se dio cuenta de que la percepción del dolor era una válvula que lo protegía de los abrumadores sentimientos de dolor y vergüenza y, por lo tanto, le impedía rivalizar con sus compañeros. Confió en el terapeuta y pudo mudarse a una comunidad residencial psicoterapéutica, así que hizo los primeros contactos y experimentó que podía recurrir a otras personas y permitir el reconocimiento. El dolor apenas jugó un papel más. El paciente aprendió a permitir sentimientos dolorosos y pudo satisfacer con éxito las demandas de la vida profesional.

Salud

Estudio de caso

Temores ambientales y dolencias corporales.

El Sr. U., un ingeniero de 36 años de Suabia, fue transferido de la clínica médica al departamento psicosomático. Por primera vez, 6 años antes, experimentó dolor en el pecho y palpitaciones fuertes, combinado con molestias físicas, lo que lo llevó primero a hacerse un diagnóstico orgánico. Como no habían aparecido hallazgos patológicos, también probó tratamientos alternativos. Después de que se realizó un tratamiento de

acupuntura sin mucho éxito, excepto que “me quitaron mucho dinero”, su dentista le sugirió una justificación para los síntomas que inicialmente era convincente para el paciente.

Los síntomas de la queja se atribuyeron a la presencia de una gran cantidad de rellenos de amalgama. Un intercambio de la amalgama fue seguido por una fase de con una relativa ausencia de quejar por algunos años. Cuando se repitieron los problemas físicos, el paciente sospechaba que podrían estar relacionados con los materiales utilizados en la fábrica en la que trabajaba, p. Ej. Formaldehído, pero esto no fue confirmado por estudios toxicológicos de la sangre y el aire interior del paciente en el lugar de trabajo.

La historia de vida del paciente involucraba una pérdida temprana de la madre que murió repentinamente de una posible condición cardíaca, una enfermedad mental del tío cuyos síntomas el paciente experimentó como un niño muy aterrador y profundo, causando temores de que él pudiera. También sufre de tal enfermedad en el curso de su vida. En ese momento, el paciente no pudo aceptar el diagnóstico de “neurosis cardíaca” formulado por el médico en el momento del primer chequeo debido a las dolencias cardíacas, y la reprimió completamente de su percepción.

Curso y terapia

En retrospectiva, con la aparición de los primeros síntomas, una crisis en la familia más amplia del paciente podría tener una conexión temporal; La crisis actual se basó en una decisión contra un nuevo aumento de la compañía, que se habría asociado con una transferencia a otro lugar.

El paciente ahora podía pesarse más conscientemente y defender sus objetivos de enfatizar la vida familiar; los temidos conflictos con el hermano podrían abordarse. En el curso de una mayor adopción de tareas educativas y domésticas, las quejas pasaron a un segundo plano.

Neurología

Estudio de caso

Convulsiones psicógenas

La Sra. H., una enfermera geriátrica de 26 años, fue derivada al departamento psicosomático del Departamento de Neurología de la Universidad. El primer ataque ocurrió durante unas vacaciones en la playa en Bali, que el paciente pasaba con un amigo, el primer día después de la llegada y antes del inicio de un curso introductorio de buceo. La paciente no se había sentido bien después de su llegada, estaba enferma; Luego se retiró a su habitación. El conocido la había encontrado temblando en las extremidades e insensible. Sería una instalación muy complicada,

primero en el siguiente hospital de la isla y luego de regreso a Europa. La evaluación neurológica posterior no reveló evidencia de trastorno de convulsiones orgánicas.

Curso y terapia

Un examen más intenso de la biografía de la paciente reveló que había sufrido una grave traumatización dos años antes del inicio de la convulsión. En ese momento, su entonces prometido había muerto unos días antes de la boda en relación con un accidente de tráfico autoinfligido. El aumento de las convulsiones, que ahora también había ocurrido en el lugar de trabajo y había llevado a la admisión aguda a la clínica neurológica antes de la consulta psicósomática, podría explicarse en retrospectiva por una situación de estrés en el lugar de trabajo, donde uno supervisor que simpatizaba mucho con la paciente tuvo que abandonar el lugar de trabajo. En el curso de las conversaciones sobre estos eventos de la vida y también después, no hubo más ataques.

Estudio de caso

Parálisis psicógena

La Sra. I., una trabajadora turca de 62 años, se presentó como parte de una revisión iniciada por un tribunal social. Durante los últimos 13 años había sufrido parálisis parcial de la parte superior del brazo izquierdo, sin ningún examen instrumental que confirmara la parálisis. Los movimientos arbitrarios no fueron posibles para el paciente, el examen de los reflejos no reveló anormalidades, se observó un co-movimiento inconsciente al hablar, especialmente cuando se trataba de contenido emocionalmente estresante. Al comienzo de la historia de la enfermedad de la paciente, se trataba de un accidente menor en el trabajo, luego fue empleada como soldadora ocurrión un accidente del cual ella no era responsable con corriente de bajo voltaje, el cual no dejó secuelas ya que fueron quemaduras mínimas. Sin embargo, a causa de este trauma la paciente no pudo viajar a su país para asistir al funeral de la madre. Cada vez más, se observó un aumento en los síntomas de parálisis y un programa de fisioterapia con gimnasia prescrito por el médico de familia fue según la paciente muy doloroso y estresante. Una larga odisea de un año llevó a la paciente a varios neurólogos y ortopédicos. La baja por enfermedad prolongada condujo a la pérdida de un trabajo y, en última instancia, al proceso del tribunal social, en el que el paciente reclamó una pensión por discapacidad debido a la parálisis.

Curso

Aunque el carácter del trastorno de conversión, la situación desencadenante y el síntoma eran en última instancia obvios, el paciente no pudo

obtener tratamiento psicoterapéutico de ninguno de los investigadores a lo largo de los años.

Estudio de caso

Temblor psicógeno

El Sr. J., un maestro instalador casado de 32 años, ha estado sufriendo cada vez con más intensidad de un temblor en las manos, que se intensifica especialmente en situaciones en las que se sintió observado o en actividades sociales con gran número de personas. El paciente fue remitido al Servicio de Medicina Psicosomática por el especialista de Medicina Interna. La madre del paciente también sufrió de temblor en las manos, que ella misma no dotó de importancia, sin embargo, a medida que el síntoma del paciente se desarrolló, se hizo evidente que quería salir de la sombra del padre y que estaba en conexión con su trabajo ya que este se había hecho cargo financieramente de sí mismo. El temblor de las manos se manifestó como una expresión de creciente tensión interna asociada con la situación externa, al sostener conversaciones con clientes o mostrarse en un contexto más público.

Curso y terapia

La psicoterapia ambulatoria basada en la psicoterapia individual hizo posible que el paciente reconociera y entendiera estas relaciones y provocó un cambio en las prácticas comerciales y una reorganización de los objetivos de la vida. Los síntomas cambiaron solo de manera insignificante.

Estudio de caso

Distonía

El Sr. K., un mecánico de maquinaria agrícola, casado, de 42 años de edad, fue remitido al departamento psicosomático por un neurólogo. El paciente tenía un síntoma de tortícolis en el que giró la cabeza hacia la esquina inferior derecha. Los síntomas han sido cada vez más frecuentes desde hace dos años, inicialmente ni siquiera lo notó, pero sus colegas lo habían advertido. El tratamiento con inyecciones tópicas de toxina botulínica (un metabolito de bacterias que puede ser un veneno alimentario, que puede afectar a todo el organismo y causar parálisis mortal) que con una inyección localizada en el músculo con un efecto que dura regularmente varias semanas, produce laxitud en el músculo lo que trae consigo una mejora de los síntomas, pero que con el tiempo, a través de la posible formación de anticuerpos, disminuyó el efecto de este tratamiento.

La consideración de la historia de la vida mostró que el paciente no se sentía bien en el lugar de trabajo hacía ya algún tiempo, parecía sobrecargado. En particular, por la necesidad de hacer visitas a los clientes, se sintió separado de su familia. Para empeorar las cosas, que la esposa del paciente era diabética y tenía que tratar con insulina, cosa que además le preocupaba al paciente. Como desencadenante de un empeoramiento de los síntomas, fue la ocurrencia de un incidente en el que, la esposa lo consideró por muerto a causa de una confusión de nombres.

Curso y terapia

Aunque la justificación psicológica del síntoma físico no se demostró claramente, en el curso de la enfermedad se hizo evidente que la enfermedad debe entenderse en el contexto de hacer frente a la situación de la vida, la enfermedad y los deseos de la paciente. La psicoterapia basada en la psicología profunda aclaró sus patrones de relación, fue más capaz de expresar expectativas y deseos tanto en la vida profesional como privada. El síntoma fue menos pronunciado en el contexto de la terapia.

Estudio de caso

Trastorno de la marcha psicógena

La Sra. L., una pastelera casada de 45 años, ahora ama de casa, fue derivada a la clínica psicosomática ambulatoria por la clínica neurológica. Informó una sensación de debilidad en las piernas, lo que le hizo imposible recorrer distancias más largas. La historia de la vida reveló una situación de transición. Los dos hijos adultos, que todavía vivían en casa, estaban completando su educación y mudándose a sus propios hogares, lo que no había sido posible por razones financieras hasta ese momento. Como situación desencadenante podría haber una disputa entre la novia de un hijo que vivía en la familia y ella, que había acusado a la paciente de no participar en los quehaceres del hogar. Cabe destacar en este contexto que el esposo y los hijos de la paciente eran apasionados corredores de larga distancia y siempre alentaron a la madre a participar en el entrenamiento para correr. Además, los hombres habían adquirido un gran perro de caza, que la madre se sentía cada vez más responsable de sacarlo a caminar, porque los hijos estaban cada vez menos en la casa.

Curso y terapia

En el curso de una terapia profunda basada en la psicología, las expectativas de la Sra. L. se hicieron más claras, especialmente los problemas en la limpieza, ella pudo desarrollar una cierta disposición al compromiso y la tolerancia, pero también a diferenciarse mejor de las demandas de su familia.

En el caso de los **dolores de cabeza de tipo tensional** (la mujer, que está constantemente sentada detrás de la máquina de escribir bajo un fuerte estrés como secretaria principal, tal vez ya no puede lidiar con el problema, ya no se lo toma tan fácil, se quejará de dolores de cabeza de tipo tensional).

Los pacientes con Cefaleas Vasomotoras ocasionalmente juegan un papel.

- Especial: dolor especial (ver también terapia del dolor)
- Mareo psicogénico (ver desórdenes somatomorfos)
- Epilepsia psicógena (trastornos disociativos / trastornos de la personalidad)
- Síndrome de Parkinson: ¿Depresión? / ¿Demencia?
- Esclerosis múltiple (trastorno somatoforme)
- Tumores cerebrales - manejo de enfermedades
- Comorbilidad - dobles diagnósticos

Dolor orgánico no suficientemente explicable.		
Cerca de un 30%	„Depresión“	Dolor solo en el marco de episodios de depresión
Cerca de un 30%	Trastornos somatomorfos de la función autonómica	Órganos vegetativos inervados constantemente en primer plano
Cerca de un 10%	Trastornos de dolor somatomorfo (DSM II: „Psiqualgia“)	continuamente („la mayor parte del día“) dolor muy fuerte
Médico especialista: raras veces	Trastornos de somatización inespecíficos	No se cumplen los criterios anteriores. Localizaciones y centros de gravedad cambiantes
10%	Miedo ●Dolor en el tórax ●Palpitaciones ●Mareos ●Dificultades respiratorias ●Dolor de cabeza	Miedo correlacionado Equivalente de miedo Tramcurso Problema: hipocondriaco Temor hipocondriaco/ Hipocondria
2%-15%	Trastorno de somatización „Historia polisintomática“ en el sentido más estricto	Más de 13 síntomas de un total de 36, Ej: también neurológicos
30%	Trastornos de conversión	Conflicto desencadenante comprensible, simbolismo
5%	Psicosis	Otros criterios
raro	Artefakt-Störung (Trastorno artefactado)	Síntomas corporales simulados
raro	Simulación	

Por lo tanto, comorbilidad sobre el 100%)
Significado individual

Engel (1959) Psychogenic Pain and the Pain-Prone Patient. Am J Med	
„Depresión“	Culpa y expiación
Trastorno somatomorfo autonómico-funcional.	Historia de vida pasada Intolerancia al éxito
Trastorno somatomorfo doloroso	Necesidades agresivas inhibidas
Trastornos somatomorfos inespecíficos	Dolor como sustituto de pérdida
„Miedo“	Episodios de dolor frente a impulsos sexuales conflictivos
Trastornos de somatización	
Trastornos de Conversión	
Artefakt-Störung (Trastorno artefactado)	Experiencias previas de dolor („memoria del dolor“); Identificación con cuidadores sociales

Oftalmología

Estudio de caso

Trastornos psicógenos de la visión en el trastorno depresivo recurrente

M., un trabajador administrativo, casado, de 35 años, sin hijos, que acude a la consulta a causa de aumento de la fatiga y dificultades en el sueño, así como a una pronunciada falta de motivación... En el tratamiento psicoterapéutico hospitalario, se queja repentinamente de la aparición de visión doble. Este síntoma oftalmológico no puede atribuirse a ninguna causa orgánica.

Curso y terapia

Los síntomas ocurren durante una fase de tratamiento, durante la cual queda claro en una discusión de pareja que su matrimonio ha fallado y que el paciente desea separarse de su esposa. A la historia de la vida vale la pena señalar que el paciente como hijo único también ha sido testigo del divorcio de los padres, luego decidió quedarse con la madre y tuvo grandes dificultades con la nueva pareja de la madre. Como pareja, más tarde eligió una esposa que no quería tener hijos. El Sr. M. decidió separarse de su esposa. Los problemas de la visión no volvieron a aparecer.

HNO

Estudio de caso

Trastorno psicógeno de la voz.

La Sra. N., una empleada de oficina casada, de 47 años, fue remitida de la consulta de otorrinolaringología al departamento de pacientes externos psicósomáticos, dos años después de perder repentinamente su voz. En el período previo a la pérdida repentina y luego continua de la voz, ya había perdido la voz en otra ocasión. Al principio, en retrospectiva, había un dolor (inflamación) de garganta agudo. En el contexto de la anamnesis biográfica detallada, podría deducirse que la sintomatología aguda estaba relacionada con el nacimiento de la nieta, con la cual no se le permitía ningún contacto (según el deseo de la hija de la paciente). La hija se había retirado completamente a la familia del esposo, que provenía de una cultura diferente, pertenecía a otro grupo religioso y fue inicialmente rechazada por la paciente. Además, se pudieron identificar otros factores de estrés: la paciente era responsable del cuidado del padre, quien era dependiente, ella se sentía abandonada por sus hermanos. También el esposo de la paciente tenía una enfermedad orgánica ortopédica; que podía producirle una discapacidad. El hijo menor del paciente, un recién llegado, acababa de comenzar la escuela en el momento en que se manifestaron los síntomas.

Curso y terapia

En una terapia familiar en la que todos los miembros de la familia, con la excepción del padre que necesitaba atención, estuvieron involucrados en diferentes frecuencias en el transcurso de 1 año y medio, las tensiones pudieron abordarse, eliminarse los malentendidos y restablecerse el contacto con la hija y el nieto. El trastorno de la voz disminuyó progresivamente en el contexto de un tratamiento complementario de hipnosis única del paciente.

Estudio de caso

Dismorfofobia

El Sr. E., un joven de 20 años, es presentado por su padre al departamento de psicósomática para pacientes ambulatorios poco después de completar una licenciatura en diseño. En cuanto a la historia familiar, menciona que su matrimonio se ha disuelto hace 5 años, que el hijo vivió hasta hace un año con la madre, que ahora tiene un nuevo compañero de vida, y luego se mudó con el padre; Hay un hermano que es tres años más joven, que también vive con su padre, el cual es ingeniero graduado, y que ahora muestra un comportamiento alimenticio notable, está engordando cada vez más. El paciente parece visiblemente deprimido en el examen inicial, este informa que sufre a causa de su nariz, la cual según su apariencia externa se aprecia como normal por el terapeuta. Todo comenzó de repente a la edad de 13 años, cuando se enamoró por primera vez de una

chica que recurrió a él de manera amistosa, la cual había organizado una cita en los próximos días con él. A la mañana siguiente se vio de perfil en el espejo y estaba tan asustado que pensó que nunca podría mostrarse ante una chica a causa de su rostro. Luego se abstuvo de la cita. Desde entonces, los temores de ser feo han variado. Aumentó la convicción de que no puede soportar a otras personas en el último año y ha llevado al hecho de que apenas se había atrevido a salir de la casa y ha tratado cada vez más de obtener direcciones de cirujanos plásticos.

Curso y terapia

En una psicoterapia individual, fue posible descubrir que el inicio de la sintomatología se observó en un momento en que hubo discusiones masivas entre los padres y el paciente se convenció de que en realidad no era posible una feliz coexistencia en una relación de pareja. Con el tiempo, el Sr. D. pudo enfocar más su atención en sus habilidades, se volvió más independiente, se mudó de casa del padre y también encontró una novia.

Estudio de caso

Trastorno hipocondríaco

Un director de banco de 45 años, el Sr. D., fue derivado por el Departamento de Otorrinolaringología de una universidad a Medicina Psicosomática. Durante dos años había tenido miedo de morir de Leucemia diagnosticada tardíamente. Síntomas como sangrado gingival leve después del cepillado, voz que suena ligeramente clara y capacidad física disminuida (el paciente maneja 30 kilómetros de bicicleta de carretera todos los días) la cual notó durante su entrenamiento deportivo, fueron los síntomas que lo motivaron a consultar con especialistas y someterse a extensas pruebas de laboratorio para excluir una enfermedad tumoral. En términos de su historia de vida, la muerte repentina de su esposa resultó ser 15 años antes del inicio de los síntomas, aún se siente culpable con su difunta pareja. Poco antes de la muerte de ella, a causa de una hemorragia cerebral, él le había sido infiel a su esposa. El paciente experimentó una infancia muy difícil, el padre había sido minero y murió prematuramente de una enfermedad pulmonar. El paciente siguió superándose profesionalmente, aún después de finalizar sus estudios en la educación superior, y desde entonces ha sentido que no era parte de la clase social a la que fue asignado profesionalmente.

Curso y terapia

El tema inconsciente, que pudo resolverse en una psicoterapia individual basada en psicología ambulatoria, era el miedo a no poder disfrutar de los frutos de su trabajo, al igual que su padre. Por otro lado, todavía no podía dejar la rivalidad en la profesión, que había sido su impulso a lo

largo de los años y en su opinión, tuvo éxito, y de esa manera trató de compensar su infeliz asociación y su falta de hijos. En el tratamiento se dio cuenta de que tenía muchas cualidades humanas que ahora podía aceptar como valor; la duda sobre sí mismo se hizo menor y la relación con su segunda esposa más intensa.

Tinnitus

Primero algunos comentarios sobre los ruidos de los oídos: en Alemania, según la Liga Alemana de Tinnitus, aproximadamente 3 millones de personas sufren de ruidos de los oídos, el 2,4% de los afectados experimenta el Tinnitus de forma tan molesta (“tinnitus descompensado”) que esto influye en la vida cotidiana y en la vida laboral produciendo limitaciones de rendimiento, por ejemplo, por los trastornos del sueño, la memoria y la concentración. Lo que acompaña a esto es a menudo una hipersensibilidad al ruido. El tinnitus puede ir de la mano con la depresión o el lenguaje suicida, y se está discutiendo si la depresión o ciertos rasgos de personalidad pueden estar asociados con un mayor riesgo de desarrollar tinnitus (Stobik et al., 2003). Los pacientes a menudo desarrollan un comportamiento de protección, retirada y evitación, que también puede ser corregido por los miembros de la familia, en el sentido de una ganancia secundaria en la enfermedad. Como consecuencia de la sintomatología, puede surgir secundariamente abuso o dependencia de sustancias psicotrópicas, más allá de esto, las expectativas muy altas sobre el sistema médico pueden conducir a una desilusión repetida con la consecuencia de cambios constantes de médicos y una esperanza pasiva de ayuda externa. El tinnitus se considera un complejo del ruido real del oído y la suma de las deficiencias psicosociales de la vida, básicamente como un trastorno psicossomático.

Es necesario distinguir el tinnitus objetivo del subjetivo: El tinnitus objetivo es aquel que uno mismo oye como investigador, cuando examina al paciente.

En segundo lugar, debe distinguirse si el tinnitus es agudo, subagudo o crónico. Agudo significa según la definición común “no más de 6 meses”, subagudo significa “hasta un año”. Todo lo que dura más de un año se llama “crónico”. Otra distinción conceptual desde el punto de vista ENT, que podría extenderse aún más por la medicina psicossomática, es la cuestión de si el tinnitus está compensado o descompensado. Por compensado se entiende que no hay enfermedades secundarias relevantes presentes. En este contexto, algunas representaciones utilizan el término

“tinnitus complejo crónico”, que significa tinnitus descompensado de larga duración.

Para el tinnitus agudo se puede culpar a cualquier enfermedad del oído. Una inflamación banal del oído medio puede comenzar con un tinnitus. El tinnitus agudo puede aparecer, p. Ej. luego de un trauma agudo a causa de la exposición al ruido después de una visita a la discoteca. A continuación, se discutirá el tinnitus crónico.

El tinnitus crónico puede ser causado por una amplia variedad de trastornos auditivos diferentes en los que el procedimiento de diagnóstico está estandarizado. Las pautas para esto no se discuten aquí. Sin embargo, a veces es importante abordar el problema del “tratamiento descuidado”, p. Ej. En un trauma agudo por ruido. Otras posibles causas de acúfenos subjetivos son: enfermedades cardiovasculares, hipertensión, trastornos del metabolismo de los lípidos, enfermedades renales, enfermedades neurológicas y trastornos de la columna cervical. Igualmente, cualquiera puede tener claro que con una frecuencia de 3 millones de pacientes potenciales, afectados por tinnitus en Alemania y una concomitancia con hipertensión arterial, diabetes, trastornos metabólicos de los lípidos, es de esperarse una gran cantidad de afectados, lo que puede causar los problemas correspondientes.

Cuando los pacientes registran su tinnitus a lo largo del tiempo, queda claro que algunos pacientes solo tienen problemas en el intervalo. Algunas personas solo emiten un sonido de timbre cuando están estresadas, cuando tienen problemas o cuando duermen mal. Finalmente, el tinnitus desaparece mientras tanto, luego regresa en algún momento. Hay otros pacientes que, después de un inicio gradual, desarrollan un estado estable en los ruidos del oído.

Aquí hay de todo, la terapia del tinnitus consiste básicamente en el apoyo para dominar la enfermedad; también una combinación de terapia de conducta con una terapia de entrenamiento respecto al tinnitus muestra buenos resultados (Delb et al. 2002, Hesse et al. 2001). Una terapia causal es tan poco conocida como las causas del tinnitus idiopático. Si se asume un insuficiente dominio de la enfermedad esto debe ser expuesto a partir de las circunstancias de la vida del examinado de forma creíble y entendible.

Estudio de caso: Para el ingreso a una clínica de rehabilitación psicosomática, el Sr. M. de 44 años, el paciente parece vital, activo, firme, amistoso y accesible. Al comienzo, el Sr. M. se hace cargo inmediatamente de la conversación. Él ya ha oído hablar de “esta clínica de tinnitus”, y decidió tomarse dos semanas adicionales para abordar este “problema”. Él ha estado sufriendo los síntomas durante aproximadamente cinco años,

inicialmente el problema era solo temporal, ahora refiere que desde hace dos años presenta un tono continuo y alto en el oído derecho. El tono, “para terminar”, lo ponía a él cada vez más irritable y sensible al ruido, además de la reducción subjetiva de la concentración por el ruido constante del oído. El paciente no podía invertir más de dos semanas para resolver este problema, ya que de lo contrario “se quemaría su empresa”. Trabaja por cuenta propia, tiene un bufete de abogados bien administrado, con varios empleados, está casado y tiene dos hijos de 12 y 13 años, los cuales asisten a escuelas privadas.

Él, es un hombre hecho a sí mismo. Había crecido con siete hermanos en malas condiciones, los padres cultivaban en una pequeña granja. Desde el principio, así como a sus hermanos “tuvo que involucrarse en la tarea familiar”. El estilo de crianza había sido muy estricto, hasta hoy, sus padres todavía “trabajan incansablemente” sin pensar en sí mismos. Había “ganado” sus estudios a través de la educación para dotados y el trabajo duro, de esa manera estableció su propio bufete de abogados, estaba muy orgulloso de lo que había logrado.

Curso de terapia: en las terapias de relajación, el tinnitus ocurre con más frecuencia, el Sr. M. afirma que no puede relajarse allí en absoluto y deja el grupo a su propia petición, en contra de la recomendación del terapeuta tratante. En el grupo de discusión, el paciente obviamente está aburrido y no puede empatizar con la situación de sus pacientes. Tiende a hacer sugerencias pragmáticas como “encontrarás a alguien más”, cuando un paciente informa la muerte súbita de su pareja. Al final de una semana, el paciente parece indignado porque los síntomas del tinnitus persisten y el terapeuta no puede decirle por qué y qué puede cambiar ahora. Al final de las dos semanas, el Sr. M. puede entender que no se pudo lograr ninguna mejora durante este período. Por el momento no podía tomarse el tiempo para “continuar abordando el problema, pero tal vez más tarde”. El Sr. M. abandona la clínica con síntomas sin cambios.

En este caso, queda claro que el Sr. M. aprendió temprano a suprimir sus propias necesidades, prácticamente nunca tuvo oportunidades de jugar, pero tuvo que asumir la responsabilidad a una edad temprana, lo que aparentemente era evidente en el hogar, ya que los padres también vivieron este modelo. El paciente aparece permanentemente bajo tensión, no puede darse el lujo de descansar y, por lo tanto, vive del modelo de los padres. Como las necesidades del Sr. M. no fueron atendidas cuando era pequeño, al Sr. M. le resulta difícil percibir las necesidades de descanso, pereza, “dejarse llevar”, y esta falta de percepción también se refleja en el tratamiento menos sensible. También queda claro que el Sr. M. no puede delegar responsabilidades, no confía en que los empleados puedan hacerle frente sin él a los retos de la empresa. El pronóstico del tinnitus parece

ser bastante pobre en las circunstancias dadas, especialmente porque el Sr. M. realmente no puede involucrarse en la terapia.

Otra enfermedad que a menudo se debe a la incidencia relativamente grande de 1: 1000 es la enfermedad de Meniere. Este síndrome con la tríada de síntomas de vértigo relacionado con convulsiones, generalmente con pérdida auditiva unilateral del oído interno y tinnitus, fue descrito por primera vez por Prosper Meniere en 1861. Orgánicamente hay un hidrops endolinfático. Se analizan las constelaciones psicógenas para el desarrollo de la enfermedad de Meniere (descripción general de van Crujisen et al., 2003). La frecuencia de ataque aumenta con el estrés, y las convulsiones también pueden depender de ciertas situaciones. También se describen deficiencias reactivas a la depresión severa. Se pueden presentar síntomas reactivos, como mareos psicógenos, que deben considerarse en el diagnóstico diferencial, para que esta complicación se pueda tratar psicoterapéuticamente. La aparición de mareos psicógenos puede explicarse en términos de la teóricamente: por ejemplo, en un ataque de Meniere, aparecen con frecuencia la ansiedad, el pánico y el sentimiento de inseguridad, junto con los síntomas vegetativos. Estos sentimientos y reacciones vegetativas pueden estar vinculados a estímulos similares que se produjeron inmediatamente después a la convulsión, de modo que, a través de la generalización de los estímulos, incluso en situaciones remotamente similares causan mareos, ansiedad, sensaciones de somnolencia que se experimentan como una crisis de Meniere. Estos ataques psicógenos de mareo carecen de nistagmo y anomalías en el examen vestibular (Schaaf et al 2003 a, b). Los afectados pueden reparar objetos fijos, y la presencia de personas familiares puede mejorar significativamente el mareo psicógeno en contraste con una convulsión de Meniere. Los procedimientos de relajación, aprender a lidiar con el manejo activo del estrés, fortalecer las habilidades sociales, pero también lidiar con los conflictos históricos pueden reducir la tensión interna y, por lo tanto, reducir la frecuencia de ataques de M. Meniere y el mareo psicógeno (Lamparter 2002).

Medicina interna

Se tratan las subáreas respectivas:

Cardiología

Estudio de caso

Neurosis cardíaca (disfunción autonómica somatoforme del sistema cardiovascular)

El Sr. Q., un comerciante casado de 65 años, fue hospitalizado psicósomáticamente por primera vez 10 años antes de que su médico de familia lo remitiera nuevamente a la clínica psicósomática ambulatoria. En ese momento, se quejó de dolor en el pecho del lado izquierdo asociado con un paro cardíaco subjetivo que mejoró bajo el estrés y el miedo a morir de una enfermedad cardíaca. En ese momento se sentía menos en forma física, se quejaba repetidamente de sudar y se sentía tan miserable que consideraba dejar su trabajo como representante de ropa de mujer. Después del tratamiento hospitalario, que condujo a la psicoterapia ambulatoria basada en psicoterapia individual, se sintió mejor, pero mientras tanto, los períodos de incomodidad física ocurrían una y otra vez.

Curso y terapia

El problema psicosocial, que se ocultó detrás de las quejas físicas, podría resumirse de la siguiente manera: el paciente describió a su esposa de unos 10 años más joven como bastante fría y moderada, muy consciente de sí misma. La esposa nunca había podido entender su compromiso profesional. Ella misma se había retirado por completo de su trabajo. La decisión que tomó hace unos 10 años de comenzar su propio negocio no fue con ella. También describió a sus dos hijas, más como su esposa, sintiéndose aislado en la familia. El deterioro actual, que dio lugar a una presentación en el servicio ambulatorio, se basó en la decisión de retirarse de la vida empresarial, lo que condujo a la condensación de un conflicto. La esposa durante muchos años tuvo el deseo de mudarse después de la jubilarse, a la ciudad cercana para aprovechar más las oportunidades culturales. El paciente había heredado de sus padres un gran jardín en otra región de Alemania y tenía el sueño de mudarse allí después de su retiro, pero no encontró el apoyo de su esposa a este respecto.

Durante la psicoterapia, se hizo cada vez más fácil expresar sus intereses; él podría tomar la decisión de mudarse a su antiguo hogar

por un tiempo limitado; Allí todavía tenía algunos viejos amigos. Se sintió aliviado porque sus hijas también se mudaron a otras regiones. La mujer decidió mudarse a un pequeño apartamento en la ciudad. La pareja no se divorció, ambos disfrutaron de una vida más independiente y se visitaban mutuamente.

Gastroenterología

Estudio de caso

Estómago irritable (trastorno somatomorfo autónomo del tracto gastrointestinal superior)

El Sr. O., un empleado comercial casado de 63 años, fue transferido de la clínica médica a la clínica psicósomática ambulatoria. Se había quejado durante muchos años de dolor de diversos grados en la región abdominal superior izquierda que comenzaba repentinamente y luego se extendía por varios días, combinado con una sensación pronunciada de plenitud y una ligera sensación de náuseas. Los exámenes físicos repetidos no revelaron hallazgos patológicos. Al principio, era inexplicable para el paciente qué factores podrían estar asociados con sus quejas, estaba completamente insatisfecho. Después de que las quejas lo habían torturado durante muchos años, notó una fase de la vida en la que las quejas desaparecieron.

Curso y terapia

Mirando hacia atrás, descubrió que podía relacionar sus síntomas con el matrimonio de su hija, que había elegido una pareja con la que el paciente no estaba de acuerdo en absoluto. Cuando el matrimonio fracasó y su hija se divorció, las quejas desaparecieron. En retrospectiva, el paciente pudo informar que los síntomas siempre ocurrían cuando se informaba una visita a la casa del yerno.

Estudio de caso

Síndrome del intestino irritable (trastorno somatomorfo autónomo del tracto gastrointestinal inferior)

La Sra. P., una ex peluquera de 38 años, fue transferida de un hospital del condado a las afueras de la ciudad al hospital de la universidad médica, con la sospecha de que presentara un tumor o inflamación severa del recto. En el primer hospital donde se estudió, se demostró un estrechamiento significativo en un examen de rayos X del intestino con medio de contraste en la región rectal. Durante la colonoscopia, se mostró un

calambre pronunciado en el recto. La paciente informó el siguiente historial médico: durante más de nueve años, aproximadamente de una vez por semana hasta una vez por trimestre, presentó un espasmo abdominal intenso, con un dolor de tal intensidad que tenía que acostarse, mientras que también sudaba mucho y apenas podía moverse. Si usaba calor sobre la zona, los síntomas mejoraban en el transcurso de las horas, especialmente si usaba supositorios antiespasmódicos. Las quejas ocasionales la limitaron severamente, por lo que su esposo pudo persuadirla hace muchos años para que renunciara a su trabajo, el cual ella disfrutaba mucho. Hace cuatro años, ocurrió una complicación grave en relación con el dolor pélvico. Primero, se sospechaba una enfermedad ginecológica en un episodio de dolor particularmente intenso. Incluso se tuvo que llevar a cabo una operación de emergencia en la que se encontró un estallido de intestino. (Med.: Una diverticulitis perforada). Desde entonces, siempre ha tenido miedo de que el intestino pueda “explotar”.

Curso y terapia

Una historia biográfica detallada proporcionó otros factores estresantes importantes. La paciente había perdido a su madre después de un largo período de cáncer abdominal a la edad de unos 12 años, después de lo cual estuvo profundamente involucrada en la educación de sus dos hermanas menores. Ella se casó temprano; Inicialmente, la pareja decidió centrarse en el empleo para lograr un mayor nivel de vida. A los 30 años, la paciente dio a luz a su hija. Esta sufrió unos días después del nacimiento de una intoxicación sanguínea severa con inflamación del cerebro, que de hecho pudo tratarse, a raíz de lo cual, sin embargo, presentó entonces una convulsión, que aún reaparece. Inicialmente, la paciente era muy ambiciosa e intentó exigirle mucho a su hija, pero luego tuvo que reconocer que en la escuela primaria la niña no era tan eficiente como sus compañeros. El aumento de las quejas se relacionó con la situación en la que los compañeros de la hija decidieron ir a la escuela secundaria y la paciente tuvo que aceptar que su hija no podía asistir a la escuela secundaria.

El paciente sintió las conversaciones como un gran alivio, en un par de conversaciones, el esposo podía dejar en claro que quería asumir más responsabilidad por la educación de la hija. El paciente regresó medio día al trabajo, las fases de la queja fueron significativamente menores.

Estudio de caso

Trastorno de somatización, colangitis crónica (inflamación de las vías biliares)

La Sra. A, una paciente de 36 años, sufría dolor espasmódico en la parte superior del abdomen una y otra vez a partir de los 20 años. Como causa, se sospechó un cólico biliar y finalmente se realizó un reflejo de los conductos biliares. Aquí, como en una gastroscopia, primero se introdujo un endoscopio (cable de fibra óptica, con el cual el médico puede ver las cavidades corporales) en el duodeno. A partir de ahí, se utilizó una pequeña sonda para mostrar el paso a través del cual la bilis y el jugo del páncreas se dirigen al duodeno. El resultado del examen fue discreto. En los años siguientes, la paciente buscó especialistas “más y más competentes”, más departamentos recientemente especializados en hospitales universitarios, para encontrar una causa para sus quejas. Allí mismo se llevó a cabo el mismo examen dos veces, una vez con la idea de que los colegas podrían haber pasado algo por alto y más tarde, después de un año como control, pues algo pudo haber variado en ese intervalo. Nuevamente los resultados fueron irrelevantes. La repetición de los exámenes fue realizada a causa de la insistencia de la paciente. A causa de su temor de que se hubiera pasado algo por alto durante el examen, la paciente buscó otros especialistas y no les dijo nada de los exámenes anteriores. Ella quería lograr nuevos exámenes y lo logró, ya que los médicos no podían obtener información acerca de los exámenes anteriores (Es válido aclarar que en Alemania por motivos de seguridad no existe un archivo centralizado). Así a esta paciente se le introdujo una sonda diez veces en los conductos biliares y del páncreas. Sin embargo, este procedimiento daña el propio sistema de protección del cuerpo contra la entrada de bacterias intestinales en estos conductos. Este sistema de protección se basa en el hecho de que el movimiento solo en la dirección del intestino y no viceversa. La inserción repetida de la sonda ha ampliado la salida del conducto hacia el intestino, y finalmente las bacterias han sido traficadas hacia el tracto biliar. Hubo una inflamación crónica. Este paciente finalmente desarrolló una enfermedad física como resultado de exámenes repetidos.

¿Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal están mentalmente enfermos?

Aún más de medio siglo después de las primeras descripciones de los dos tipos principales de enfermedad inflamatoria intestinal crónica, la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerativa, la causa de estas enfermedades aún no está clara. En los años 50 se tenía la impresión, especialmente en pacientes con colitis ulcerosa, que estos aparentaban tener más a menudo determinados aspectos psíquicos. Por ejemplo, la colitis

ulcerosa fue una de las 7 enfermedades psicosomáticas clásicas en los años cincuenta y sesenta. Deben ser pacientes con rasgos de personalidad típicos o personajes específicos.

Estos puntos de vista no están científicamente fundamentados. Por lo tanto, no puede suponerse que los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal estén particularmente afectados por conflictos psíquicos o condiciones de desarrollo que se describen a continuación en comparación con otros individuos.

Para el individuo, todavía puede ser interesante pensar si una u otra afirmación podría aplicarse a él, porque los problemas enumerados en una psicoterapia podrían tratarse bien. Aún cuando el paciente a primera vista pudiera tener la impresión de que “de cualquier modo no hay nada que hacer”, es precisamente la psicoterapia, la que en estas situaciones que parecían estancadas o inmutables ayuda a mejorar las condiciones de vida del individuo.

En este sentido, se encontraron con frecuencia agrupados entre los pacientes con Colitis, personas que se retraían primero que los otros para evitar ser rechazados, personas que no permiten ni demuestran sentimientos agresivos, también una fuerte dependencia de una madre descrita como exigente o dominante. Otra categoría importante fue la sensación de estar abrumados.

Más recientemente, los estudios controlados científicamente han demostrado rasgos de personalidad que pueden haber cambiado durante un impulso:

- Depresión
- Supresión de la agresión
- Labilidad emocional, sin anomalías durante un intervalo sin síntomas y sin diferencias notorias con pacientes con otras enfermedades crónicas (por ejemplo, Diabetes, enfermedad cardíaca, Hipertensión Arterial).
- Incluso los pacientes con enfermedad de Crohn se sienten más abrumados durante un brote que en períodos sin síntomas. Los pacientes con enfermedad de Crohn aparentemente son menos capaces de expresar sus sentimientos que otros pacientes con enfermedades crónicas con sustrato orgánico, y se inclinan más a una conducta de control y orden.
- Son dependientes de las relaciones y tienen tendencia a visualizar más claramente sus síntomas y sus limitaciones.
- Los pacientes con colitis ulcerosa no difieren de la población general desde un punto de vista psicológico.

Además, los pacientes de Crohn no tienen características especiales a nivel psicológico en comparación con otros pacientes físicamente enfermos.

Sin embargo, es posible diferenciar entre los diferentes tipos de pacientes de Crohn. Dos grupos principales son:

- Pacientes que muestran un comportamiento independiente que niega la enfermedad, pero en realidad son muy dependientes de sus cuidadores relevantes (pseudo-independientes)
- Pacientes que tienen más probabilidades de volverse adictos y tienen dificultades para mostrar emociones agresivas.

Estos dos últimos grupos de pacientes pueden beneficiarse especialmente de la psicoterapia.

¿Los factores mentales y / o sociales causan la enfermedad inflamatoria intestinal?

Durante una recaída, los pacientes con colitis ulcerosa con frecuencia informan eventos estresantes que ocurrieron antes de la recaída, que ocurrieron durante la etapa asintomática. En los estudios que controlan “predictivamente” el significado de los eventos críticos de la vida como factores de estrés, no hubo indicios de que las situaciones estresantes puedan desencadenar los síntomas. Sin embargo, la experiencia individual de los pacientes también es importante aquí.

Inicialmente, los científicos tenían la impresión de que en los pacientes con colitis ulcerosa los episodios estaban precedidos por eventos adversos. Particularmente comunes eran las experiencias de separación o los temores de separaciones inminentes que no necesariamente tenían que ser en la realidad. Así que parecía difícil para los pacientes salir de una relación cercana. El sentimiento de estar sentado entre dos partes (situaciones “intermedias”) también se observó con más frecuencia.

Se ha encontrado que los pacientes con Crohn tienen más probabilidades de vivir en la ciudad que en las áreas rurales, y en general la enfermedad ha sido más frecuente en las últimas décadas. Las personas que provienen de las clases altas son las más afectadas.

¿Puede la psicoterapia reemplazar el tratamiento farmacológico de la enfermedad inflamatoria intestinal?

En los episodios agudos, un tratamiento farmacológico de la enfermedad inflamatoria intestinal es esencial. Utiliza medicamentos salicílicos, cortisona, medicamentos que afectan el sistema inmunológico y, a veces, antibióticos. A menudo es necesario un tratamiento por vía endovenosa

para asegurar además el suministro de líquidos, aportadores de energía, vitaminas y oligoelementos. También puede requerirse una dieta especial (dieta astronauta).

Incluso en el intervalo sin síntomas, el médico que lo atiende puede encontrar útil continuar con el tratamiento farmacológico. Una explicación exacta del tratamiento médico debe omitirse aquí en la brevedad. Sin embargo, la psicoterapia también puede contribuir a acortar las recaídas y prolongar los intervalos sin síntomas, posiblemente una reducción de la medicación puede realizarse después de consultar con el gastroenterólogo.

Resumen:

No hay indicaciones definitivas de que las causas mentales subyacen al desarrollo de la enfermedad inflamatoria intestinal. Por lo tanto, la enfermedad inflamatoria intestinal debe tratarse con medicamentos o cirugía, dependiendo de su gravedad y duración. Además, la carga del trastorno, o un trastorno mental adyacente que puede o no deberse a la aparición de la enfermedad física crónica, puede requerir un tratamiento psicoterapéutico que se adapte a la personalidad y al problema del paciente individual, así como sus necesidades. El objetivo de estos tratamientos es mejorar el procesamiento y el manejo de la enfermedad y, por lo tanto, un curso favorable.

¿Los trastornos afectivos (depresión / ansiedad) son cada vez más comunes en las enfermedades inflamatorias?

Para el acoplamiento de procesos mentales y físicos - interacciones neurobiológicas y psicosociales.

Los síntomas depresivos a menudo se asocian con cambios metabólicos en el cerebro (circuito de control neurobiológico). Esto también explica la efectividad de los fármacos antidepresivos en la depresión. Un modelo que incorpora factores de influencia psicosocial y neurobiológicos es el modelo de Kindling: los eventos estresantes de la vida pueden desencadenar respuestas cerebrales neurobiológicas (por ejemplo, la mayor liberación de la hormona del estrés cortisol) que, una vez iniciada, incluso sin causa, refuerza los circuitos de control neurobiológicos, que a su vez causan síntomas depresivos. Un factor genético que puede contribuir a estas es la hipersensibilidad neurobiológica al estrés psicosocial. Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, mayor aburrimiento o mayor ansiedad)

también pueden desencadenar el inicio de dicha interacción con factores biológicos ya adquiridos o heredados en la infancia.

Debido a estos procesos frecuentes, se favorecen los mecanismos neurobiológicos en el cerebro, que en última instancia conducen espontáneamente y cada vez más rápido a estados depresivos sostenidos. Con este modelo, muchas depresiones pueden ser justificadas tanto sociopsicológicamente como neurobiológicamente. Explica por qué algunas depresiones causadas inicialmente por un evento, por ejemplo: En relación con una recaída de una enfermedad intestinal inflamatoria, solo se puede tratar con medicamentos (es decir, a nivel neurobiológico) desde un cierto momento en el tiempo.

Síntomas mentales como resultado de la medicación.

A menudo, existen temores de que los medicamentos utilizados en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal puedan causar efectos secundarios mentales. En resumen, la pregunta se puede responder de la siguiente manera:

Los esteroides (corticoides) en algunos pacientes, en casos muy raros cuando se usan sistémicamente, como tabletas o jeringas, pueden causar trastornos mentales repentinos debido a interacciones neurobiológicas y a nivel de circuitos de control. En casi todos los casos, estos síntomas aparecen en las primeras semanas, cuando la dosis está aún en su punto más alto. Sin embargo, en estas situaciones, por lo general, existe una estrecha supervisión médica, por lo que no hay peligro de que se pasen por alto estos síntomas, que regresan después de suspender el medicamento. Si la enfermedad requiere tratamiento adicional con el esteroide, se pueden administrar medicamentos psicotrópicos que eliminen o al menos alivien los síntomas mentales. En el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal, también se utilizan los llamados inmunosupresores (por ejemplo, azatioprina o 6-mercaptopurina o ciclosporina A) y los derivados de purina. Aquí, estos efectos secundarios no se describen en términos de trastornos mentales.

¿Puede la psicoterapia desencadenar un brote en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal?

A menudo, incluso los médicos argumentan que los pacientes que ahora se encuentran en un intervalo sin síntomas no deben preocuparse demasiado por sus problemas mentales y sociales, ya que esto podría desencadenar un nuevo inicio de la enfermedad. Dado que a menudo informan incluso, la observación de que el estrés emocional es asociado a un deterioro, esto parece comprensible al principio.

Desde el punto de vista científico, sin embargo, hay una gran cantidad de estudios que no apoyan esta afirmación. Las recaídas de la

enfermedad inflamatoria intestinal no pudieron ser provocadas por experimentos de estrés.

(Fuente: Fundación Falk: Experiencias espirituales en la enfermedad intestinal inflamatoria crónica)

Reumatología

Estudio de caso

Síndrome de fibromialgia

La Sra. C., ama de casa casada de 39 años, había sufrido varios grados de dolor durante más de siete años, especialmente en los hombros, lumbares, pero también debajo de ambas rodillas y alrededor del cuello y los codos. En realidad, tanto el interior como el exterior de todas las articulaciones se vieron afectados de vez en cuando. Además, ha habido trastornos crónicos del sueño durante años. A la paciente le resultaba cada vez más difícil hacer frente a las tareas domésticas necesarias y la educación de sus dos hijos. Además, el trabajo en la agricultura le era cada vez más difícil. Ella ya se había sometido a una multitud de tratamientos médicos y había visitado a muchos médicos diferentes sin ningún resultado satisfactorio. Luego, el médico de familia remitió a la paciente para que en la clínica ortopédica de una universidad la examinaran. Esto fue finalmente presentado por la Sra. B. en la Clínica de pacientes ambulatorios psicosomáticos.

Curso y terapia

La historia de vida de la Sra. C. se caracterizó por la pérdida temprana de la madre, que había muerto de una enfermedad tumoral. Como resultado, la Sra. C. tuvo que trabajar y supervisar cada vez más a sus hermanos menores desde su infancia. Se casó temprano y se mudó a la granja del marido. Tenía sentimientos de culpa por haber abandonado a sus hermanos y a su padre. La granja de sus padres había sido entregada a su hermano menor, ella misma se quedó con las manos vacías, posiblemente causando una decepción adicional. Esto sucedió justo antes del último aumento de las quejas. Además, la situación de la vida de la Sra. C. se vio agravada por el hecho de que el esposo había perdido su trabajo exactamente en este momento y la familia enfrentaba problemas financieros. Durante el tratamiento, la paciente pudo descubrir que, a pesar de todas las adversidades, podía sentirse orgullosa de sus logros y de su vida, y que no había ninguna razón para sentirse culpable. Su autoconfianza fortalecida la condujo a buscar un trabajo temporal que le diera placer además del beneficio financiero y el sentimiento de con-

tribuir a la familia. Los nuevos contactos que estableció en su trabajo, también le permitieron vender mejor los productos, lo que resultó en una estabilización de la situación de los ingresos.

La enfermedad más común es la fibromialgia (sinónimos: tendomiopatías generalizada, Tendomiialgia generalizada, tendopatía de inserción politópica, fibrositis obsoleta), la cual es un complejo de síntomas clínicos que consiste en:

Dolor politopático crónico en el sistema musculoesquelético, preferiblemente en músculos y tendones, disfunciones autónomas múltiples y anormalidades psicológicas (ver Pongratz et al 2001)

El diagnóstico de fibromialgia primaria o síndrome de fibromialgia (SMF) se basa en los criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología (Wolfe et al 1990).

En el primer plano están los dolores severos, especialmente de los músculos y tendones. A menudo el dolor se describe como grande y fluido.

Además del síntoma cardinal, dolor generalizado (toda mitad izquierda o derecha del cuerpo, dolor debajo y por encima de la cintura, dolor en la región de la pared torácica anterior, así como la columna cervical o la columna vertebral), tener al menos 11 de 18 puntos de presión (9 en cada lado del cuerpo) en la presión del dedo, los llamados “puntos de licitación” en las siguientes regiones:

Occipital	Bilateral, al inicio de los músculos suboccipitales
Cervical	Bilateral, abertura intertransversal delantera C5-C7
Musculo trapecio	Bilateral, extremo libre superior
M. Supraespinoso	Bilateral, inicio de la escápula
2da. costilla	Bilateral, tendón y límite del hueso
Epicóndilo lateral	Bilateral, 2 cm distante del Epicóndilo lateral
Glúteo	Bilateral, cuadrante superior exterior
Trocánter mayor	Bilateral, dorsal de la cabeza del trocánter
Rodillas	Bilateral, distal de la abertura medial de la articulación

Más difíciles que los criterios de clasificación para la fibromialgia son los criterios diagnósticos, por lo que en Alemania se utilizan especialmente los de Müller y Lautschläger (ver Pongratz et al 2001):

- Dolor espontáneo en los musculos, en el curso de tendones e inc=serciones de tendones con localización típica del tronco, que están presentes en tres regiones diferentes durante almenos tres meses.

- Sensibilidad dolorosa en al menos la mitad de los puntos de dolor típicos.
- Acompañamiento de síntomas vegetativos y funcionales incluyendo trastornos del sueño.
- Hallazgos psicopatológicos (anomalías psicológicas y de comportamiento).
- Resultados normales de las pruebas de laboratorio comunes.

Evaluación: Para el diagnóstico de fibromialgia, deben ser detectables al menos tres de los siguientes síntomas autonómicos y trastornos funcionales:

Síntomas vegetativos:

- Frío acral (manos)
- Sequedad de boca
- Hiperhidrosis (manos)
- Dermatografismo
- Quejas ortostáticas (postura y vértigo dependiente de la localización)
- Arritmia respiratoria
- Temblor (manos)

Alteraciones funcionales:

- Trastornos del sueño
- Quejas gastrointestinales (estreñimiento, diarrea)
- Sensación de globo
- Problemas respiratorios funcionales.
- Par(dis)- estesia
- Quejas cardíacas funcionales.
- Disuria y / o dismenorrea.

Una variedad de criterios adicionales ha sido descrita por una variedad de autores. Los más comunes son los trastornos del sueño (Modolfsky et al 1975, Harding 1998), los problemas respiratorios, cardíacos y circulatorios, los trastornos gastrointestinales y ginecológicos (Ostensen et al 1997) y una serie de comorbilidades psiquiátricas (Goldenberg 1989, Boissevian et al 1991, Rürger et al 1994).

Existe una relación recurrente entre el sueño nocturno y la fibromialgia. Los pacientes con fibromialgia generalmente duermen mal o se despiertan por la mañana sintiéndose “magullados” (uno de los testimonios de mis pacientes). Además, a la inversa, la fibromialgia en sujetos debido a la falta de sueño en realidad puede ser inducida. Una

función del sueño aún en gran parte inexplorada que en la relajación de los músculos y la experiencia del dolor mental parece proteger contra la fibromialgia.

Según los estudios epidemiológicos de diferentes países, la prevalencia de la fibromialgia en la población total se encuentra entre el uno y el cuatro por ciento (Wolfé y otros, 1995; Raspe y otros, 1993). Las mujeres tienen entre cuatro y ocho veces más probabilidades de ser afectadas que los hombres. Clauw y Chrousos (1997) dicen que las mujeres generalmente tienen una mayor presión y sensación de dolor que los hombres. Un diagnóstico basado en la sensibilidad, como es el caso de la fibromialgia, muestra una mayor susceptibilidad. Sin embargo, la prevalencia del dolor generalizado (como síntoma cardinal de la fibromialgia) es solo 1,5 veces mayor en las mujeres que en los hombres. Con el aumento de la edad, la prevalencia de la enfermedad aumenta. Según Goldenberg (1999), el siete por ciento de las mujeres entre 60 y 79 años de edad padecen el síndrome de fibromialgia. Después de la osteoartritis, la fibromialgia es el segundo diagnóstico más frecuente en las clínicas de reumatología.

Diagnóstico según ICD10

El diagnóstico diferencial psiquiátrico es difícil: Entre los trastornos somatomorfos, el trastorno de dolor somatomorfo persistente se describe en ICD10 bajo F45.4, con codificación adicional para el dolor debido a factores de enfermedad médica conocidos o simplemente debido a la ubicación anatómica. Por lo tanto, el dilema actual en la evaluación nosocomial de la fibromialgia es claro, donde, según Pongratz et al., La clara acentuación del dolor muscular en ciertas estructuras anatómicas habla más bien de un factor de enfermedad médica, un dolor generalizado en el sistema musculoesquelético más que de un trastorno primario somatoformo.

En la mayoría de los casos, el marcado aumento de “sustancia P en el líquido cefalorraquídeo” hace que la fibromialgia sea una posición especial en el grupo de trastornos psiquiátricos, distinguiéndolo bioquímicamente de otras enfermedades de dolor crónico y también de la depresión. (ver Pongratz et al 2001)

Los criterios de ACR requeridos para el diagnóstico de fibromialgia, en particular los llamados “puntos sensibles”, están sujetos a una discusión controversial. Clauw y Chrousos (1997) muestran que los pacientes de fibromialgia en estudios más antiguos han informado de sensibilidad en solo unos pocos puntos específicos. Sin embargo, tra-

bajos recientes han demostrado que el dolor por presión nunca puede limitarse solo a los “puntos sensibles”. La fibromialgia es una sensación de dolor en todo el cuerpo. Esto a su vez depende de muchas variables: género femenino, edad avanzada, bajo estado físico, niveles altos de estrés y trastornos del estado de ánimo. Estos factores predisponen a una mayor sensibilidad de la presión de la piel. A pesar de estos problemas, Clauw y Chrousus (1997) señalan que, después de pruebas exhaustivas, los criterios ACR resultaron ser los más específicos.

Aspectos psicológicos, psiquiátricos y sociales.

La fibromialgia se caracteriza por una serie de comorbilidades psiquiátricas. Obviamente, hay algunas superposiciones con otros trastornos, como el síndrome de fatiga crónica, el síndrome del intestino irritable, el síndrome premenstrual, la migraña y la cefalea de tipo tensional. Especialmente los síntomas de fatiga, trastornos del sueño y deterioro cognitivo indican una cierta conexión con la depresión. Entre el 50% -70% (Goldenberg 1999) y 20% -86% con una mediana del 58% (Wolfe y Hawley 1998) de pacientes con fibromialgia informaron durante la anamnesis de la ocurrencia de al menos un episodio depresivo. El porcentaje en pacientes con fibromialgia de estos síntomas psiquiátricos es, por lo tanto, consistentemente más alto que otros sujetos sanos y con control de enfermedades reumáticas. El 18% -36% sufre de una depresión mayor reciente (Goldenberg 1999).

Wolfe, el autor principal de los criterios diagnósticos de fibromialgia del Colegio Americano de Reumatología de 1990, llega tan lejos que el principal problema en quienes padecen fibromialgia es la somatización y el comportamiento inadecuado del dolor en el contexto de una disfunción psicosocial significativa (Bennett 1998).

Neumología

Estudio de caso

Síndrome de hiperventilación

(Disfunción autonómica somatomorfa del sistema respiratorio),
Trastorno de ansiedad generalizada

La Sra. R., ama de casa de 45 años, se ha estado quejando durante muchos años por sensaciones de hormigueo que ocurren casi todos

los días y, a veces, se pronuncian espasmos de los brazos de la manera clásica. Ella conocía el mecanismo del síndrome de hiperventilación y podía, si se encontraba bajo presión mental, contrarrestar el proceso de manera independiente. El esposo de la Sra. R. informó que ella experimentó un ataque de hiperventilación por primera vez justo antes del matrimonio, cuando él habló de la luna de miel, y ella quería un destino diferente que el que él sugería. Él mismo tiene la impresión de que ella siempre reacciona con tales ataques cuando se trata de argumentos en la vida familiar. Ella tiene la sensación de que lo que sucede a su alrededor ya no puede controlarlo.

Curso y terapia

En una terapia de pareja, la paciente pudo aprender a articular sus necesidades. Se encontró a sí misma capaz de afirmarse con palabras, pero por otro lado era necesario comprometerse en la sociedad y no ignorar las necesidades del otro. Esto llevó finalmente a una relación satisfactoria.

Para la vida, el proceso de respiración tiene un alto significado emocional y simbólico y está indisolublemente vinculado a innumerables expresiones emocionales, como la risa o el llanto.

No solo la inclusión del Asma Bronquial en los “holy seven” de la psicosis, según Alexander, quien partió de un conflicto específico como base, atestigua la importancia de los enfoques psicossomáticos en neumología. También hay numerosos trastornos con modulación psicossomática en la práctica médica diaria.

Además del asma bronquial, que es el tema de numerosos trabajos de investigación psicossomáticos en la mayoría de los libros de texto, son importantes muchos otros trastornos. El interés psicossomático aquí son principalmente los trastornos funcionales, que se caracterizan por un predominantemente discreto o al menos por un diagnóstico somático de etiología ambigua, y su base neurobiológica es todavía estado de la investigación. Estos incluyen, por ejemplo, la disfunción autonómica somatomorfa del sistema respiratorio, los síntomas individuales fuera el diagnóstico ICD-10 como tos psicógena o estornudos psicógenos y disfunción de las cuerdas vocales (VCS por sus siglas en alemán), donde el peso de factores psicógenos y somáticos todavía no ha sido evaluado.

Pero también un número de enfermedades neurológicas clásicas, los aspectos psicossomáticos juegan un papel decisivo, cuya atención puede cambiar el curso de la enfermedad para médico y paciente de un modo ganancial. Aunque la base somatogenética del asma

bronquial se considera como segura y ha conducido al desarrollo de estrategias diagnósticas y terapéuticas importantes, muchas investigaciones han realzado el carácter biopsicosocial, es decir, multifactorial de esta enfermedad epidemiológicamente significativa. El componente psicosomático también debe considerarse como un factor modificador de la enfermedad en otros procesos de enfermedades predominantemente crónicas como las enfermedades tumorales o los trasplantes de pulmón.

Trastornos funcionales del sistema respiratorio.

Disfunción autonómica somatomorfa

Con una prevalencia del 16% en la práctica general y del 18% en pacientes hospitalizados tratados (de Waal 2004, Fink 2004) , los trastornos funcionales son cuadros clínicos comunes y se clasifican en la clasificación ICD-10 bajo la disfunción autonómica somatomorfa del sistema respiratorio (ICD -10 F45.33) También incluye tos psicógena e hiperventilación psicógena.

Además de los síntomas inespecíficos relacionados con el sistema respiratorio, como falta de aire subjetiva, dificultad para respirar, sensación de opresión o dolor en el pecho, los pacientes con trastornos funcionales por lo general se quejan de signos objetivos de estimulación vegetativa como palpitaciones, aumento de la sudoración o temblores. Una enfermedad somática subyacente no excluye el diagnóstico, pero no debe ser la causa de los síntomas o su extensión (Dilling 2004).

Terapéuticamente, el enfoque está en los procedimientos psicoterapéuticos. La prueba de eficacia para el tratamiento general de los trastornos somatomorfos es principalmente para abordajes cognitivo-conductuales (Kroenke 2000) y psicodinámicos (Rudolf 2003), los estudios subyacentes se centran principalmente en síndromes de somatización no específicos, trastornos funcionales del sistema gastrointestinal o fatiga crónica.

Las recomendaciones de tratamiento especial para los trastornos somatomorfos del sistema respiratorio aún no se han desarrollado ni evaluado sistemáticamente (Lahmann 2002); sin embargo, como actualmente no hay indicaciones de efectos diferenciales en diversas subespecies específicas de los trastornos somatomorfos, también se debe asumir la generalización de los resultados del estudio en otros trastornos somatomorfos para este subgrupo.

En el campo de la neumología, solo hay unos pocos estudios del síndrome de hiperventilación que cumplen los criterios de la medicina

basada en la evidencia en el nivel V (Henningsen 2002). Sin embargo, la validez del síndrome de hiperventilación, que según CIE-10 se incluye bajo los trastornos somatomorfos, se cuestiona cada vez más debido a la amplia superposición con otros cuadros clínicos (Grossman, 1985, Bass 1997 Hornsvelt 1997) y como una entidad psicósomática independiente, que es apenas un objeto más joven en investigación.

Van Doorn et al. (1982) mostraron efectos significativos del entrenamiento de biorretroalimentación no especificado, Hosaka et al. (1995) demostraron la eficacia de la relajación muscular progresiva en combinación con una modificación del entrenamiento autógeno. Han et al. (1996) lograron una mejora significativa de los síntomas de ansiedad y el comportamiento respiratorio con experimentos conductuales estructurados, reestructuración cognitiva y entrenamiento respiratorio. Grossman et al. (1985) lograron mejoras clínicamente relevantes en síntomas mentales, quejas subjetivas y parámetros respiratorios.

Tos psicógena

Una forma monosintomática de trastornos respiratorios funcionales es la tos crónica psicógena. En los niños y adolescentes, esta es una causa común de tos prolongada, que se refleja en un número considerable de publicaciones.

Aunque los pacientes adultos en la práctica clínica se presenten repetidamente con tos crónica de génesis no orgánica, siempre se debe considerar un componente psicósomático para el diagnóstico diferencial, también hay que tener en cuenta que los datos disponibles para la tos psicógena en edad adulta es mucho más limitado.

La tos psicógena, a pesar de los diagnósticos extensos, carece de un hallazgo somático innovador y generalmente se caracteriza por una interrupción del sueño y actividades placenteras. Cuando el estrés físico contrasta con la tos somática, más bien con la reducción de los síntomas.

Disfunción de las cuerdas vocales (VCS)

Una aducción paradójica de las cuerdas vocales durante la inspiración como causa de disnea paroxística y estridor fue descrita por primera vez por Rogers en 1978 y representa un importante diagnóstico diferencial del asma bronquial; En 1983, el término disfunción de las cuerdas vocales fue acuñado por Christopher (ver Kothe 2004). Las causas del

VCS, que es más común en las mujeres, todavía no se comprenden completamente. Se discute como un reflujo laringofaríngeo, reacciones alérgicas o compresión del tronco cerebral, así como una causa psicógena. El diagnóstico definitivo suele ser difícil y, en última instancia, solo laringoscópico durante un ataque posible. Si se pueden hacer hallazgos somáticos, se deben tratar como causales; Sin embargo, si la causa sigue sin estar clara en casos individuales a pesar del diagnóstico intensivo, los factores psicósomáticos deben evaluarse y tratarse específicamente. Hay indicaciones iniciales de que el VCS se correlaciona con experiencias traumáticas, factores estresantes psicosociales o conflictos familiares. Los pacientes con VCS se caracterizan por rasgos de personalidad notables, que incluyen dependencia, narcisismo, perfeccionismo, compulsividad y autoestima, en comparación con otras poblaciones de pacientes (Leo 1999).

Síndromes neumológicos con componente psicósomático

Asma bronquial

Con una tasa de prevalencia de entre el dos y el ocho por ciento de la población adulta (ECRHS 1996) y hasta el 21% de los niños (ISAAC 1998), el asma es una de las enfermedades de mayor relevancia epidemiológica. Originalmente, el asma bronquial se consideraba una psicوماتosis y se postulaba un conflicto inconsciente específico como una fuerte dependencia inconsciente de la madre con ansiedad simultánea sobre la separación. Aunque esta hipótesis de especificidad es obsoleta y la base somática de la enfermedad se ha explorado cada vez más, los aspectos psicodinámicos aún desempeñan un papel importante en muchos pacientes con asma. Las condiciones asmáticas aún pueden considerarse como un prototipo de un trastorno psicósomático, que no solo se refleja en expresiones idiomáticas como “No puedo respirar” una experiencia cotidiana, sino que también es científicamente sólida. Se ha demostrado repetidamente que los ataques de asma a menudo son desencadenados por estímulos emocionales o que el curso de la enfermedad puede verse significativamente influenciado por factores mentales (Affleck 2000).

En adolescentes y adultos, el asma bronquial, la ansiedad y el trastorno de pánico fueron comorbilidades entre el 6,5% y el 24%. En particular, el asma grave se asocia con un mayor riesgo de trastorno de ansiedad (odds ratio OR = 2.65) y trastorno de pánico (OR = 4.61) (Goodwin et al 2003). En este estudio en Alemania con 4181 asmáticos adultos, también hubo mayores riesgos de fobia social (3.28), trastorno

de ansiedad generalizada (5.51) y trastorno bipolar (5.64). Los estados emocionales negativos, como la ansiedad y la depresión, se asocian con una mayor prevalencia de asma, bronquitis crónica y edema pulmonar durante toda la vida (Zandbergen et al 1991, Spinhaven et al 1994). En un estudio longitudinal de 5231 adultos de la población promedio sin asma al inicio del estudio, las puntuaciones altas en depresión y ansiedad se correlacionaron significativamente con un aumento de la incidencia de asma en los no fumadores y en los que no tenían insuficiencia respiratoria (Jonas et al 1999). En contraste, los fumadores o las personas con insuficiencia pulmonar que más tarde desarrollaron asma o EPOC no encontraron correlaciones similares. Es probable que el miedo y la depresión reduzcan la efectividad del autocontrol de quienes padecen asma, su capacidad para dominar tanto la enfermedad como otras tareas difíciles. Los pacientes experimentan un control interno disminuido de sus síntomas, la ansiedad y las restricciones relacionadas con la enfermedad se intensifican (Katon et al 2004). Los diagnósticos de cuestionario de rutina con HADS aumentaron el rendimiento de la consulta psicosomática del 2,7% de todas las imágenes de una clínica de neumología y cardiología al 15,3% en un estudio (Häuser et al 2001). Al mismo tiempo, el tiempo entre el ingreso del paciente a la clínica y la presentación en el consultor psicosomático fue significativamente más corto (de 6,4 a 2,7 días). Otros estudios (Köllner et al 2003) también mostraron que el uso de métodos de cuestionario como el Formulario de Quejas de HADS o Gießener, y más recientemente también el PHQ (Cuestionario de Perfil de Salud), llevó a un número significativamente mayor de consultas psicosomáticas (si los valores en el área conspicua) solo por los requisitos de los médicos (28.7% contra 2.9%).

Además, los pacientes con asma tienen niveles significativamente más altos de comorbilidad psiquiátrica en comparación con los pacientes sanos y otros pacientes médicos, especialmente para los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos (Nascimento 2002). Por lo tanto, siempre se debe registrar la interacción de los factores biopsicosociales y los mismos parámetros basales como la extensión de los síntomas actuales, el deterioro subjetivo resultante, la congruencia de los síntomas denunciados y los hallazgos objetibles y los posibles eventos desencadenantes teniendo en cuenta las condiciones de vida actuales y la situación familiar. Los síntomas afectivos, como la ansiedad o la depresión, se pueden consultar con algunas preguntas estándar o se pueden registrar objetivamente utilizando herramientas psicológicas de prueba, como la Escala de Ansiedad y Depresión del Hospital (HADS) (Janson 1994).

Es significativa la clasificación diferencial de las anomalías afectivas como desencadenante o consecuencia de los síntomas asmáticos.

En un estudio anterior, en una muestra de asmáticos alérgicos (n = 375) en el 54%, Pearson (1968) también encontró factores emocionales que desencadenaron ataques de asma, y la exposición experimental de pacientes con polen de gramíneas produjo una reacción alérgica más grave cuando se expuso en un contexto conflictivo y aterrador (Holmes 1951).

Por supuesto, bajo un enfoque bidireccional que combina el asma y las emociones negativas, la génesis reactiva de los estados de ánimo depresivos también tiene una gran relevancia clínica, aunque los datos aún son insuficientes. Sin embargo, parece obvio que la calidad de vida reducida de los pacientes con asma (Juniper 1999), el deterioro de la función física y la autopercepción como paciente predisponen al desarrollo de estados de ánimo depresivos. Así, Bell et al. (1991) encontraron una mayor tasa de síntomas depresivos en aquellos que también tenían síntomas alérgicos y asmáticos en una muestra no clínica de estudiantes universitarios.

Las opciones de terapia psicósomática ofrecen diversos enfoques psicoterapéuticos, así como estrategias psicoterapéuticas, teniendo en cuenta los efectos secundarios e interacciones neumológicamente relevantes.

Fleming et al. (2004) resumieron el presente trabajo sobre la intervención psicoterapéutica en el asma y concluyeron que, debido a las pequeñas muestras y la falta de calidad metodológica de los estudios, no se pueden hacer declaraciones claras con respecto a la efectividad o la indicación diferencial de los enfoques psicoterapéuticos. Sin embargo, considerando estas limitaciones, hay indicios de efectos positivos de la terapia cognitivo-conductual, entrenamiento autógeno, relajación funcional, biorretroalimentación y psicoeducación.

Los enfoques terapéuticos psicofarmacológicos están dirigidos principalmente al tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica, que puede afectar negativamente el curso de la enfermedad. En este caso, el uso de preparaciones más nuevas como (Es-) citalopram o mirtazapina son recomendadas, la ansiedad aguda se puede tratar con lorazepam. Estas preparaciones se pueden combinar fácilmente con una variedad de otros medicamentos en los pacientes más polifarmacológicamente tratados y somatosos precargados y son bien tolerados por la mayoría de los pacientes con una baja incidencia de reacciones adversas a los medicamentos.

Enfermedades malignas en neumología

Casi ningún otro campo de la medicina está tan cargado emocionalmente como la oncología, lo que se manifiesta en la gran necesidad de pacientes oncológicos para la atención de salud mental y el establecimiento de la

psicooncología como parte independiente de la medicina psicosomática y la psicoterapia.

En el campo de la oncología neumológica, el carcinoma bronquial, que es el segundo tumor maligno más común en los hombres y el tercero más común en las mujeres, es, con mucho, el tumor maligno más común y requiere atención psicosomática especial. Primero, se caracteriza por un pronóstico desfavorable general y rara vez puede tratarse con un enfoque curativo. Por otro lado, se sabe que la incidencia de carcinoma bronquial es mucho mayor en los fumadores y, por lo tanto, a menudo puede considerarse autoinducida. Aquí, la dependencia crónica a la nicotina debe ser reconocida y tratada como una adicción, así como aspectos psicodinámicos de la autoagresión. A menudo se subestima que fumar cannabis parece ser 10 veces más tóxico y carcinogénico, en comparación a fumar cigarrillos comerciales.

Los aspectos psicosomáticos en el contexto de la conducta de riesgo psicosocial no solo son muy importantes para la patogenia del carcinoma bronquial, sino que los parámetros psicológicos también parecen ser importantes como factores predictores para el proceso de la enfermedad somática, aunque esto es controvertido en la literatura (ver Faller 1997).

En un estudio separado, Faller et al. (1997) concluyeron que el afrontamiento activo y la esperanza se correlacionaban con un tiempo de supervivencia más prolongado, la depresión y el afrontamiento depresivo con un tiempo de supervivencia más corto. Buccheri (1997) realizó el primer estudio prospectivo sobre este tema y pudo demostrar que la presencia de síntomas depresivos se asocia con un tiempo de supervivencia significativamente reducido. Desde un punto de vista metodológico, la presencia fenomenológica de un estilo de afrontamiento es la decisiva. Esto significaría que la depresión con modulación activa o tratada con éxito observada premorbidamente puede estar asociada con un pronóstico más favorable.

Incluso si el estado actual del conocimiento no permite una evaluación definitiva de la relevancia pronóstica de los factores psicosomáticos y no hay estudios sobre el efecto de las medidas antidepresivas en el tiempo de supervivencia, la situación psicosomática debe registrarse cuidadosamente en todos los pacientes con carcinoma bronquial y, en casos individuales, llevar a las medidas terapéuticas adecuadas. La calidad de vida de los pacientes con carcinoma bronquial puede incrementarse más allá de toda duda mediante intervenciones psicoterapéuticas (Sola 2005).

El trasplante de pulmón

Desde el primer trasplante de pulmón aislado exitoso en 1983 en Toronto, el procedimiento se ha convertido en una opción de tratamiento establecida en muchas enfermedades pulmonares graves en etapa terminal (fibrosis quística, enfermedad pulmonar intersticial (fibrosis pulmonar), enfisema pulmonar grave, hipertensión pulmonar, cor pulmonale) En Alemania, cada año se trasplantan un total de aproximadamente 100 pulmones, pero las tasas de éxito a corto y largo plazo todavía están muy por detrás de las de otros trasplantes de órganos, sobre los cuales se informa a los pacientes como parte de la preparación para trasplantes. Las menores posibilidades de éxito, la falta de órganos del donante y la falta de oportunidades para el reemplazo temporal artificial de órganos, como es el caso, por ejemplo, de la hemodiálisis en nefrología, constituyen un problema psicoactivo. Craven et al. (1990) pudieron demostrar que el 21% de todos los trastornos mentales en pacientes con LTX se desarrollan durante el período de espera de un órgano donante.

En la etapa final de la enfermedad pulmonar grave, hasta el 47% de los pacientes cumplen con los criterios de al menos un trastorno mental que requiere tratamiento (ver Parekh 2003). Después de que los trastornos psiquiátricos se correlacionan con una mayor tasa de rechazo y hospitalización prolongada después del trasplante, y en un estudio de Craven et al. (1990) solo el 36% de los pacientes con un trastorno psiquiátrico fueron diagnosticados previamente y recibieron un tratamiento adecuado, la importancia de una evaluación psicosomática cuidadosa de este grupo de pacientes se hace evidente.

La mayor importancia aquí son los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno de pánico.

Psiquiatría

Estudio de caso

Síndrome de Fatiga / Neurastenia / Síndrome de Fatiga Crónica

La aprendiz comercial de 19 años de edad, V. T., informó que desde que había contraído una fiebre glandular (mononucleosis infecciosa), hacía casi un año que prácticamente no podía trabajar. Los esfuerzos más pequeños serían muy agotadores. Solía ser una atleta competitiva, pero ahora ya no podía hacer más actividades cotidianas. No se encontró evidencia de sintomatología depresiva manifiesta. Sin embargo, la paciente ya no podía permanecer en multitudes más grandes, se sentía

físicamente incómoda allí, temía desmayarse, lo cual no se refería a las multitudes. La habían trasladado de un hospital de distrito al Centro Médico Universitario para examinarla, desde donde fue presentada a la clínica psicosomática para pacientes ambulatorios.

Curso

Como factor psicológico de estrés, se pudo determinar que la madre había muerto poco antes del brote de una enfermedad infecciosa a una edad relativamente joven en un tumor de páncreas. El paciente no quería psicoterapia. Después de comenzar una relación estable con un hombre un poco mayor y comprensivo, las quejas se detuvieron por completo en 2 años.

Un campo de trabajo en el que también está involucrada el área hermana son los trastornos no orgánicos del sueño (T51)

Esto se refiere a trastornos del sueño con causas principalmente emocionales. Ellos están fenomenológicamente divididos por así decirlo.

- Disomnía: interrupción de la duración, la calidad y el tiempo de sueño.
- Insomnio no orgánico (F51.0): duración o calidad insuficiente del sueño; Los más comunes son los trastornos del sueño y el despertar temprano, las combinaciones son posibles; al menos 3x / semana sobre un mes de distancia, con un fuerte sufrimiento y frecuente ocupación con el tema; Aparición de trastornos como: ansiedad, estrés, problemas de adicción, etc .;
- Hipersomnía no orgánica (F51.1): mayor necesidad de dormir y somnolencia excesiva durante el día, periodo transitorio o prolongado de dormir para estar despierto (por ejemplo, en trastornos del estado de ánimo)
- El sonambulismo (F51.3): un estado de conciencia alterada en el que se combinan los fenómenos del sueño y la vigilia; CAVE: Riesgo de lesiones;
- Pesadillas / sueños de miedo (F51.5): sueños llenos de miedo, vívidos y con memoria muy detallada; Repetición del contenido del sueño y el despertar del sueño es un sufrimiento común y significativo.

Ocurrencia en:

Enfermedades mentales / conflictos: por ejemplo: trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno de personalidad, adicción, estrés, sentimientos de culpa, trastornos de la función sexual no causada por un trastorno orgánico o enfermedad (§52).

La reacción sexual es un proceso psicosomático, lo cual crea una clara diferenciación entre causas psicógenas y orgánicas. Trastornos de la función pueden aparecer como déficit de deseo o satisfacción sexual,

detrimento de la reacción fisiológica (erección) necesaria para el acto sexual o la incapacidad de controlar o experimentar orgasmos.

Dermatología

Dermatosis psicosomáticas en las que factores psicosomáticos influyen en el desarrollo o procesamiento, por ejemplo: Eczema, psoriasis, dermatitis de contacto, acné, urticaria.

Las manifestaciones cutáneas también aparecen como artefactos autoinducidos, como ayuda a los gritos de estrés mental.

Las manifestaciones cutáneas se manifiestan en condiciones psiquiátricas, p. Ej. En la esquizofrenia de los delirios dermatológicos.

Los síntomas mentales acompañantes debidos a afecciones dermatológicas primarias son muy importantes, a menudo conducen a la retirada psicosocial. Los pacientes, por ejemplo, con psoriasis rara vez van a la piscina al aire libre. Por otro lado, el melanoma maligno también causa síntomas psicológicos acompañantes, que no deben ser subestimados.

Después de un origen estrictamente psicógeno, las dermatosis como artefacto y los trastornos delirantes, la púrpura psicógena, así como todas las enfermedades que generalmente no están presentes para la evaluación. Finalmente, la cinética o las dermatosis ambientales, cuyo curso se ve agravado por el estrés.

Estudio de caso

Glosodinia (para la boca)

La Sra. G., una secretaria alemana de 47 años que se mudó de Polonia con su esposo hace 25 años, reportó una sensación de ardor en la boca y la lengua desde una restauración del conducto radicular. Tenía esto en relación con un síndrome de dolor en el área de la mucosa oral, que también se extendería a la lengua, y habían frustrado la alegría de comer a fondo, un aumento de la fatiga y el rendimiento deficiente y trastornos del sueño por consejo de su dentista. Ahora solo podía tomar ciertas comidas, como pan con queso crema, que tenía que consumir mientras estaba parada en la cocina. Se queja prácticamente todos los días en diferentes grados de molestia, proceso que se ha mantenido durante 2 años.

Curso y terapia

Como parte de una psicoterapia ambulatoria basada en psicología profunda, se demostró que el matrimonio del paciente era muy ago-

biente, la pareja debido a un declive profesional en el contexto de la situación general en el mercado laboral, cada vez más el abuso del alcohol por parte de la pareja operaba y cambiaba la situación familiar. Los dos hijos de 23 y 21 años de edad, que representaban el propósito central de la vida del paciente, dejaron la casa de sus padres, formaron un nuevo hogar y se enfocaron cada vez más a sus respectivas parejas. Los síntomas de dolor del paciente le impedían comer junto al esposo. La paciente se sintió tan afectada por las quejas que pudo reprimir sus deseos de separación, lo que en caso de divorcio podría haber significado la pérdida de la casa.

Alentada por la terapia, la paciente pudo describir a sus hijos sus dificultades y problemas con su padre; Las conversaciones con el esposo finalmente lo llevaron a someterse a un tratamiento de deshabitación y abstinencia de alcohol.

La piel y la psique tienen áreas de solapamiento muy amplias (19.71, Baldwin 2002 Gustafsson et al., 2002). Partimos de la suposición básica de que los trastornos de relación ocurren cuando las personas tienen un conflicto natural entre los deseos individuales y las necesidades sociales, no sin el uso inconsciente de los síntomas mentales y físicos, por ejemplo. B. puede hacer frente a los síntomas de la piel. Estos síntomas adquieren un carácter comunicativo. Incluso personas psicológicamente poco destacadas en situaciones de estrés especial pueden mostrar estos patrones, que siempre representan una solución no óptima, que es la neurótica. Este significado comunicativo no es consciente del señalizador, pero llama al ambiente a sentimientos o reacciones fallidas. Los conflictos de relaciones están preprogramados. La motivación terapéutica de los pacientes con enfermedades de la piel se considera principalmente baja (AWMF 2002), similar a los trastornos somatomorfos, pero se sabe por el estudio de cohorte de Mannheim que el 65% de los pacientes están muy motivados (Franz et al. Nickel et al., 2004 en prensa).

En pacientes con dermatitis atópica, por ejemplo, se supone un trastorno profundo en el desarrollo de la personalidad. La psicoterapia hace posible reincorporarse a estos procesos de desarrollo a través de la resolución de conflictos. El objetivo sería eliminar los síntomas físicos de la función comunicativa. El hombre desarrolla la capacidad de usar otras formas de suficiencia. Incluso si el síntoma de la piel no desaparece por completo, a menudo es posible minimizar las quejas subjetivas y los trastornos de la relación. En el corazón de los objetivos del propio tratamiento del paciente está el mejor manejo de las situaciones que agravan o desencadenan la incomodidad. Los pacientes están descubriendo muchos

patrones de contradicción dentro de su relación social en el hogar, en el área de pacientes hospitalizados y también en relación con el terapeuta. Muchos de ellos requieren más psicoterapia ambulatoria, psicoanálisis modificado o clásico.

Lo importante es la colaboración interdisciplinaria y la búsqueda de métodos de terapia integradora. La continuación de la dermatoterapia sintomática es una parte importante del tratamiento (Nickel, 2003)

Identificaciones terapéuticas científicamente provadas en enfermedades de la piel

Hipnosis en picazón vaginal y anal idiopática crónica, psoriasis

Temas adicionales:

Alopecia areata, estrés y comorbilidad psiquiátrica

Tratamiento de la hiperhidrosis palmar primaria

Acné: una perspectiva biopsicosocial y evolutiva con un enfoque en la vergüenza.

Fuoxetina en la selección patológica de la piel: etiqueta abierta y resultados doble ciego

Calidad de vida de los padres de niños con neurodermatitis.

Disfunción emocional,

Relación padre-hijo y eccema infantil

Experimental:

Diferente expresión de citoquinas y moléculas de membrana por los linfocitos circulantes sobre el estrés mental agudo en pacientes con dermatitis atópica en comparación con el control saludable.

Psicofarmacoterapia

Efectos sinérgicos de la psicoterapia y la farmacoterapia

- La farmacoterapia siempre en el contexto de una relación terapéutica.
- El paciente se siente tomado en serio ofreciendo “medicina”
- El paciente se siente rechazado en su deseo de una relación y solo se siente reconfortado con las tabletas: la prescripción como un pseudo uso.
- La farmacoterapia puede habilitar la psicoterapia:
 - La farmacoterapia puede prevenir la psicoterapia.
 - La UAW puede complicar la psicoterapia.
 - La farmacoterapia puede dificultar las opciones de compensación.
 - La farmacoterapia puede amortiguar los procesos emocionales.
 - La farmacoterapia puede promover una atribución inadecuada.

Uso basado en la evidencia de drogas psicotrópicas en:

- trastornos depresivos
- trastornos de ansiedad
- trastorno obsesivo-compulsivo
- trastornos psiquiátricos “clásicos” (por ejemplo, psicosis)

Poca evidencia en:

- trastornos somatomorfos
- trastornos disociativos
- fobias específicas
- trastornos de personalidad
- Trastornos alimentarios

... nota en farmacoterapia en psicósomática:

Uso apropiado a la indicación.

Utilizar siempre en el contexto de un concepto global terapéutico.

No hay farmacoterapia frívola como sustituto de la psicoterapia.

Atención a las interacciones de fármaco y psicoterapia.

Si es posible, farmacoterapia y psicoterapia de una sola fuente.

Ingrediente activo y dosificación según las normas vigentes.

Prefiero medicamentos con baja incidencia de RAM

Selección de fármacos psicotrópicos de uso común en medicina psicosomática

- Citalopram (Cipramil)
- Mirtazapina (Remergil)
- Amitriptilina (Saroten)
- Lorazepam (Tavor)
- Opipramol (insidona)Hypericum (Jarsin)

Excursus: farmacología especial.

Las drogas psicotrópicas son drogas con un efecto psicotrópico, que interfieren con la regulación de las funciones del sistema nervioso central y modifican los procesos psíquicos. Distinguiamos:

1. Antidepresivos
2. Estabilizador de humor
3. Neurolépticos
4. Tranquilizantes e hipnóticos.
5. Nootrópicos, medicamentos contra la demencia que mejoran ciertas funciones del cerebro como la memoria, la capacidad de concentración, el aprendizaje y el pensamiento.
6. Otros grupos (por ejemplo, estimulantes, sustancias anti-de-seo)

Antidepresivos

Clasificación: Por grupo de sustancias:

- Antidepresivos tricíclicos “clásicos”: nortriptilina (Nortrilen), clomipramina, (Anafranil), Imipramina (Tofranil).
- Antidepresivos tetracíclicos y tricíclicos modificados: maprotilina, mianserina.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRJ): Citalopram (cipramil), Escitalopram (Ciprallex), Fluoxetina, Paroxetina (seroxat), Sertralina (Zoloft)
- Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (NARI): reboxetina (Edronax)
- Antidepresivos de la serotonina no adrenal (“doble”): venlafaxina (Trevilor), duloxetina
- Norepinefrina selectiva - inhibidor de la recaptación de dopamina: Bupropión

- Noradrenérgicos y antidepressivos serotoninérgicos específicos: mirtazapina
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (inhibidores de la MAO): irreversibles, no selectivos (Tranilcipromina), reversible, selectiva (moclobemida)
- Antidepressivos atípicos

También es útil una clasificación por efecto:

- mejora de la conducción
- activación (Precaución: riesgo de suicidio)
- sedante
- absorbente

Indicaciones:

1. Depresión
2. Trastornos de ansiedad (especialmente trastornos de pánico)
3. Trastornos obsesivo-compulsivos (ISRS: fluoxetina, paroxetina)
4. Dolor crónico
5. Trastornos del sueño.
6. Bulimia (ISRS: fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina)

Efectos secundarios:

1. vegetativo (el más común)
 - RR - disminución (muy común) / aumento (raro), taquicardia / bradicardia
 - sequedad en la boca
 - Sudoración / anhidrosis
 - Miosis / midriasis y trastornos de acomodación.
 - estreñimiento (raramente diarrea)
 - Temblor
 - Cansancio, trastornos del sueño.
2. ECG cambio
 - Bloqueo AV
 - Extensión QT
 - Trastornos de repolarización, etc.
3. Neurológico-psiquiátrico
 - Temblor
 - Convulsiones centrales
 - Hipomanía

4. Elevaciones de transaminasas y fosfatasa alcalina.
5. Endocrino / sexual - reducción de la libido, disminución de la capacidad eréctil, aumento en el peso.
6. Raro: reacciones alérgicas, efectos sobre el recuento sanguíneo.

Contraindicaciones:

No incluye antidepresivos anticolinérgicos

1. Trastornos de la micción.
2. Hipertrofia prostática
3. Glaucoma de ángulo estrecho
4. Estenosis pilórica
5. Trastornos de la conducción existentes en el ECG.
6. Convulsiones cerebrales (No incluye antidepresivos)
7. Intoxicaciones agudas
8. Síndromes delirantes

Las pruebas de rutina:

1. BB - al principio, 03 Me de largo, aproximadamente 14 días, más tarde mensualmente / trimestralmente
2. RR / pulso - al principio, más tarde mensualmente
3. Urea / creatinina - al principio, luego opcionalmente trimestralmente
4. GOT; GPT; GGT - al principio, después de 14 días, más tarde mensualmente / trimestralmente
5. ECG: al principio, después de 14-30 días (en el tricíclico A)
6. EEG - al principio, luego opcionalmente después de 14-30 días

Tranquilizantes e hipnóticos

Tranquilizantes (sinónimos: ansiolíticos, sedantes, agentes calmantes) = varias sustancias con efectos de alivio de la ansiedad y sedantes (tranquillare = calmante).

Efectos:

Ansiolítico

Tranquilizador

Clasificación de los tranquilizantes según la estructura química:

Benzodiazepina - Tranquilizante

Neurolépticos de baja dosis / bajo potencia.

Tranquilizantes químicamente novedosos (tranquilizantes sin benzodiazepinas)

Sedantes herbales (valeriana, lúpulo)

Otros principios activos ansiolíticos (p. Ej., Hidroxizina)

Bloqueador de receptores β (por ejemplo, dociton)

Azapirona (por ejemplo, buspirona)

Hipnóticos - medicamentos que inducen el sueño:

1. Benzodiazepinas
2. Hipnóticos no benzodiazepínicos.
3. Hidrato de cloral
4. Sedantes herbales (valeriana, lúpulo).
5. Otros: antidepressivos sedantes, neurolepticos en dosis bajas, antihistamínicos, L-triptófano

Un sedante se convierte en un hipnótico, un hipnótico en un sedante o en un narcótico, en dependencia de la dosis.

Benzodiazepina - Tranquilizante = el grupo principal

Perfil clínico: ansiolítico, sedante, relajante muscular (por ejemplo, diazepam, tetrazepam), antiepileptico (por ejemplo, diazepam, clonazepam)

Clasificación de las benzodiazepinas según las propiedades farmacocinéticas:

- con HWZ largo (vida media) y metabolitos activos de acción prolongada (por ejemplo, diazepam)
- con HWZ medio a corto con metabolitos activos (por ejemplo, alprazolam)
- con HWZ de medio a corto sin metabolitos activos (por ejemplo, lorazepam)
- con HWZ ultra corto sin metabolitos farmacológicamente relevantes (por ejemplo, triazolam)

Ingredientes activos y ejemplos de preparación:

Alprazolam - Xanax®

Bromazepam - Bromazani®

Diazepam - Valium®

Lorazepam - Tavor®

Aplicaciones:

Psicogénicas, neurosis psico-reactivas de diversos tipos, trastornos psicossomáticos, funcionales (p. ej., tensión muscular), conflicto anormal y reacciones de experiencia.

Síntomas objetivo: ansiedad y / o agitación.

Como medicación adicional para los trastornos depresivos, para Atenuación sintomática en estados de activación, para el tratamiento de Síndromes de abstinencia o como antiepilépticos.

“¡Tener cuidado!”

La prescripción generalmente debe ser a corto plazo (<4-8 semanas), la dosis debe reducirse gradualmente. Los pacientes con un historial de adicciones no deben recibir benzodiazepinas.

Efectos secundarios:

Cansancio, somnolencia, disminución de la concentración, mareos, debilidad muscular, ataxia (peligro de caída), disartria, trastornos de la memoria, efectos paradójicos (agitación, inquietud), depresión respiratoria, dependencia psíquica.

Contraindicaciones:

- Myastheniagravis.
- Glaucoma de ángulo agudo.
- Hipersensibilidad a las benzodiazepinas.
- Ataxia preexistente
- Embarazo.
- Intoxicaciones.
- Daño severo de hígado y riñón.

Precauciones:

Insuficiencia respiratoria crónica, apnea del sueño.

Neurolépticos (sinónimos: antipsicóticos, antiesquizofrénicos)

Fármacos psicotrópicos, que se caracterizan por un rango característico de actividad sobre los síntomas de los trastornos psicóticos. Los diferenciamos:

Neurolépticos típicos, también llamados “clásicos” o “tradicionales”.

- (“matic anti-psicótico” =) muy potente:
 - Flupentixol (Fluanxol),
 - Haloperidol (Haldol),
 - Perazina (TAXILAN)
- De baja potencia (= lugar sedante):
 - Chlorprothien (Truxal)
 - Levomepromazina (Neurocil)
 - Melperona (Eunerpan)
 - Pipamperona (Dipiperon) –

- Neurolépticos atípicos (“nuevas”) antipsicóticos:
 - Amisulprida (Solian).
 - Clozapina (Clozaril),
 - Olanzapina (Zyprexa),
 - Quetiapina (Seroquel),
 - Risperidona (Risperdal)

Aplicación en la Psiquiatría:

- Psicosis esquizofrénicas y esquizoafectivas (síntomas diana: Trastornos de la percepción y el pensamiento, comportamiento autista, estados de ansiedad psicóticos)
- Manía (síntomas objetivo: inquietud, irritabilidad)
- Estados de activación de cualquier génesis.
- Psicosis orgánicas (síntomas específicos: agitación, ansiedad, trastornos del sueño).
- Delirio
- Neurología (por ejemplo, síndromes hiperkinéticos)
- Anestesia (p. Ej., Neuroleptanalgesia)

Efectos secundarios:

- Trastornos motores extrapiramidales (EPMS)
- Disquinesias tempranas (al principio). Tratamiento / aumento / reducción repentina de la dosis (especialmente en neurolépticos altamente potentes)
- Espasmódica sacar la lengua, mira calambres, opistótonos, hiperkinesia los músculos faciales, agitación psicomotriz con el miedo, tismo, etc
- Síndrome de Parkinson (después de 1-2 semanas).
- Primero limitación de las habilidades motoras finas, luego la movilidad motora general y pérdida de movimientos asociados, hipoanimia, marcha a pasos cortos, tono muscular aumentado (rigidez), temblor de alta frecuencia de los músculos de la boca.
- Akathisie – intranquilidad torturante- por meses hasta años – a menudo con la incapacidad de permanecer sentado o la compulsión a mantenerse en constante movimiento (a menudo con neurolépticos altamente potentes)
- Disquinesia tardías- principalmente después de años de tratamiento.
- Síndrome hiperquinético duradero de aparición tardía, con discinesia tardía o distonía con movimientos estereotípicos involuntarios discretos o intensos especialmente en los músculos de la lengua, la boca y músculos faciales, pero también en los grupos musculares

distales de las extremidades, cambios en el recuento sanguíneo (leucopenia/ leucocitosis, linfocitosis reactiva, etc.)

-> Control de la composición sanguínea, especialmente la Clozapina)

Efectos secundarios endocrinos

- Cambios en el metabolismo de la glucosa.
- Ganar peso.
- Aumento de la secreción de prolactina -> alteración del ciclo menstrual, galactorrea, ginecomastia.
- Capacidad de erección alterada, retrasos de la eyaculación, aspermia.
- Cambio del ECG (prolongación QT).
- Convulsiones.
- Efectos secundarios psíquicos.
- Síntomas depresivos / síndromes acinético-depresivos.
- Cansancio, capacidad reducida para concentrarse.

Contraindicaciones:

En clozapina: antecedentes de leucopenia/ Antecedentes de discrasias.

Exámenes de rutina:

Como con los antidepresivos.

En Clozapin - 18 semanas a la semana BB

Servicio de consulta psicossomática

Para poder establecer contacto entre el psicossomático y el paciente, el médico tratante debe haber realizado un trabajo preparatorio. Si el encuentro entre psiquiatra o psicossomatista y paciente se prepara en consecuencia, también se acepta esta primera oferta de discusión. Al mismo tiempo, a pesar de la cuestión específica de la consideración, se deben ver los problemas del paciente en su conjunto. El estado de ánimo, los mecanismos de defensa y la anamnesis vegetativa deben estar juntos. Esto es parte del tratamiento, pero solo una parte. La colaboración entre los clínicos que hacen contacto con el paciente y los psicossomatistas es importante. La importancia de la formación psicossomática integrada solo se puede mencionar aquí.

Argumentos: comportamiento y entorno

Los modelos comprensivos y útiles ayudan a optimizar el cumplimiento. Se puede usar el modelo de una psico-somatopatología funcional que incluye cuatro niveles patogénicos en el sentido de mecanismos diferenciables. También existe una relación empíricamente demostrable entre el estrés percibido y las condiciones de vida. El apoyo y la planificación incontrolada de la vida sorprenden. En estos pacientes, el puente también podría ser la confrontación con los números correspondientes en el caso individual. Además, por supuesto, el razonamiento empático juega un papel importante. Además de los aspectos de diagnóstico, la motivación del paciente y la presentación de un posible camino, en particular en el sentido de una instrucción concreta y de la oferta terapéutica específica, son el objetivo de la consulta.

Es recomendable dejar en claro que el paciente no está solo con su problema, y se abordará y explorará la sugerencia de una modificación de la conducta, y se percibirán los patrones de resistencia.

¿Quién, cómo y dónde?

Las cuadrículas de programas orientados a la educación solo están parcialmente, como muestran los estudios más diversos sobre el abandono del hábito de fumar. Con las palabras de Viktor von Weizsacker, uno de los antepasados de la medicina psicosomática, no era solo una cuestión de entrenamiento. La atención básica psicosomática es más que mostrar el camino correcto. El paciente debe ser recuperado en el sentido transferido donde se encuentra. Por lo tanto, la atención se centra en la protección psicosocial, la cooperación con los diversos servicios especiales, como la integración de Geschindeschwestern y el apoyo socioeducativo son necesarios.

La asistencia especializada incluye la transmisión concreta de direcciones de contactos personales. El concejo (junta) psicosomático debería incluir, por ejemplo, una oportunidad de entrevista con los miembros de la familia, a los cuales a menudo se les solicita comprensión y ayuda. Como parte de la capacitación grupal, por ejemplo. En el asma bronquial o grupos de autoayuda en alcohólicos u obesos, se puede experimentar apoyo y desarrollar la conciencia del problema. Además, las técnicas de relajación, como el entrenamiento autógeno o la relajación funcional, son valiosas y tienen un efecto científicamente comprobado. En el síndrome gastrointestinal funcional, la efectividad de la hipnosis también se ha demostrado en estudios controlados.

¿Cuál es el alcance de la oferta? La oferta de tratamiento de los problemas “distantes”, es decir, el trastorno vegetativo o el síntoma físico, a menudo corresponde a las necesidades aparentes más inmediatas del paciente. Los problemas “centrales”, es decir, la identificación del conflicto y las indicaciones del nivel y grado de la interrupción, por ejemplo: si se delimitan los problemas de un trastorno temprano, neurosis, psicosis o garmultifaktorielle, solo se harán evidentes después de una nomenclatura detallada, posiblemente en el contexto de algunos contactos, principalmente para una posible intervención de crisis. Un diagnóstico sospechoso, sugerencias y explicaciones breves sobre el pronóstico y una referencia a la terapia recomendada son valiosos para el médico que está tratando actualmente.

En la experiencia clínica, tiene sentido animar a los médicos individuales a los contactos regulares programados previamente, limitados periódicamente, con la limitación anunciada de 15-30 minutos reduciendo el tiempo empleado, ya que los pacientes logorreicos y adherentes se satisfacen con la regularidad del deseo de contacto y, al mismo tiempo, evitan la conversación. Por otro lado, el profesional psicosomático puede señalar a los pacientes formas de autoayuda que lo apoyan en su auto-

nomía, por ejemplo: Introducción concreta y demostración de técnicas de relajación mental o autosugestiva, la oferta de imaginación o terapia conductual orientada a la cognición, como hacer “como si” no existiera la enfermedad o “detener los pensamientos”, por ejemplo, como parte del tratamiento del dolor.

Ponerse de acuerdo sobre las fechas regulares

El siguiente paso sería contactar al paciente psicosomático para programar múltiples visitas a intervalos regulares; primero como terapia de apoyo y para diagnósticos adicionales. Luego se establece una recomendación de psicoterapia diferenciada. A menudo, una relación biográfica no está clara para los médicos asistentes, ya que, en muchos lugares, desafortunadamente, prevalecen los estilos de trabajo centrados en el problema y no en el paciente.

Una breve notificación de los pactos pertinentes relacionados con el desarrollo en la nota de remisión mejora la atención, especialmente si corrobora el diagnóstico de trabajo. Si el consultor no toma la otra asistencia psicosomática / psicoterapéutica específica, se debe recomendar un punto de contacto, médico general o servicio ambulatorio. Si se requiere tratamiento hospitalario. Es valioso nombrar una clínica y una breve especificación.

Se debe informar al paciente sobre el método de terapia que se le ofrece para orientarse. En este punto, también es importante aclarar el reembolso. Por ejemplo, si se recomienda un curso Volkshochschule (Escuela del pueblo: un tipo de institución alemana) o una oferta del seguro médico, esto aumenta la probabilidad de que el paciente realmente tome más medidas y tal vez se registre para un curso de capacitación autogénica o consulte a un psicoterapeuta. En situaciones agudas, a veces es necesario proporcionar tratamiento médico transitorio.

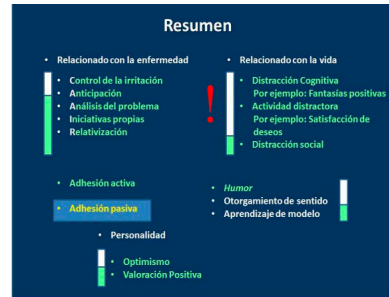
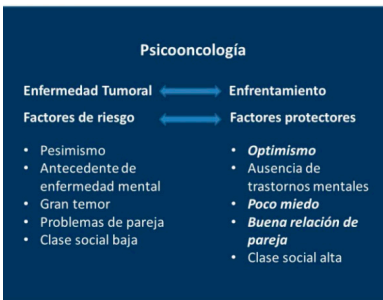
Explícitamente, la prescripción debe limitarse al tiempo de tratamiento hospitalario o por un período máximo circunscrito. Además de la sugerencia concreta (fármaco, dosis), parece deseable una indicación terapéutica diferencial suplementaria, ya que a menudo se ignora los perfiles de efectos específicos. ¿Qué significa la potencia ansiolítica de ciertas benzodiazepinas o el componente antidepresivo en algunos neurolépticos de baja potencia? Por supuesto, las posibles enfermedades subyacentes deben considerarse y el médico debe estar informado sobre las “enfermedades de la moda” actuales.

Al final, me gustaría mencionar un fenómeno práctico relevante: A veces, en la charla del paciente, se mencionan palabras como “síndrome

de fatiga crónica”, que se han vuelto populares por un tiempo por los medios de comunicación, o “nuevas terapias”. Una cierta cantidad de experiencia y un manejo informado de los términos permiten una crítica. Teniendo en cuenta que tomar al paciente en serio, brindarle apoyo para la toma de decisiones y, a veces, comprometerse es muy propicio para la progresión terapéutica. La referencia a otros campos o a la propia ignorancia es, en mi experiencia, experimentada por los pacientes como una deficiencia.

Psicooncología

Compilación de mecanismos de afrontamiento favorables y desfavorables:



Las 3 estrategias de enfrentamiento más efectivas...

- **Apoyo (emocional)**
- **Autocontrol**
- **Aceptación**

Anotaciones.

Viñetas de otoño de Loew, Köllner – Cuando el alma hace sufrir al cuerpo (Trias-Verlag 1998)

La Medicina Psicosomática cuenta con una fuerte trayectoria en varios países de Europa, lo que no es el caso en América Latina y el Caribe, esta es una de las causas por la que el Profesor Thomas H. Loew decidió compartir este texto. En dicha rama de la medicina se explora de manera elocuente la compleja naturaleza biopsicosocial del ser humano, se persigue deshilar el complejo nexo entre lo psíquico y lo somático. Este texto no es más que una breve introducción al tema, una ventana a un campo tan interesante y necesario en nuestro quehacer como profesionales de la salud.



Thomas H. Loew, Profesor y Doctor en Medicina, desde 2001 se desempeña como profesor de Medicina Psicosomática y Psicoterapia así como Médico jefe del departamento correspondiente en la Clínica Universitaria de Regensburg y la Clínica Donaustauf, en Baviera, Alemania.



Michel Torres Leyva, médico graduado en 2019 de la Facultad No. 1 de Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Desde el 2022 trabaja en el centro de atención médica Timmermann y Asociados.



Jochen Timmermann, Médico especialista en medicina psicosomática, posee además formación en pediatría, psicoterapia, psicoterapia de niños y jóvenes y nutrición. Es socio fundador del centro de atención médica Timmermann y Asociados que funciona desde hace más de quince años en la ciudad de Cuxhaven, en el norte de Alemania.