

# Del cuerpo a la mente: Un acercamiento psicoanalítico a los pacientes con dolor crónico\*

Wolfgang Merkle<sup>1</sup>

1. MD, Director de la Clínica psicosomática del Hospital zum heiligen Geist, Hospital Escuela de la Universidad de Frankfurt, Lange Strasse 4-6, 60311 Frankfurt, Alemania. Psicoanalista de la Asociación psicoanalítica Internacional (IPA), Especialista en Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Especialista en Psiquiatría. Especialista en Terapia Especial del Dolor. Presidente DCAP desde 2015 (Academia Germano – China de Psicoterapia).

E-mail: w.merkle@em.uni-frankfurt.de

---

## Resumen

La medicina psicosomática en Alemania es una disciplina muy sofisticada y elaborada en el sistema de salud. El sistema de atención psicosomática en Alemania está organizado desde la atención básica del médico general hasta el tratamiento psicosomático multimodal integrado para pacientes hospitalizados. Este desarrollo se debe a un gran crecimiento en la sociedad de la necesidad de tratamiento psicosomático. Por lo tanto, la introducción de una nueva especialidad en medicina psicosomática y psicoterapia en 1993 fue una consecuencia lógica de este desarrollo. Se mencionan algunas explicaciones históricas del hecho de que este desarrollo de la medicina psicosomática se dio especialmente en Alemania después de la Segunda Guerra Mundial. Los pacientes con dolor somato-morfo crónico sufren dolor como si éste fuera causado por una lesión del tejido comprometido. En este artículo se muestra cómo y por qué el dolor causado por la impotencia profunda, la pérdida de objetos, la traumatización, puede pasar del dolor psíquico al físico. Se discute el papel de las experiencias infantiles y la falta de capacidad de mentalización y simbolización. Como el dolor se siente como un dolor somático, se necesita una actitud y una técnica psicoanalítica especial para tratar a estos pacientes con éxito. Por lo tanto, necesitamos métodos adicionales como la arteterapia y la terapia de movimiento concentrado para involucrar a estos pacientes. Para este tratamiento, necesitamos un encuadre especial mediante tratamiento psicosomático multimodal integrador para pacientes internados o tratamiento en clínicas de día. Se discute y se expone esta forma de tratamiento que está muy desarrollada en Alemania.

**Palabras clave:** Medicina psicosomática - Tratamiento integrado multimodal psicosomático para pacientes hospitalizados - Especialista en medicina psicosomática y psicoterapia - Mentalización, simbolización - Experiencias infantiles - Tratamiento psicosomático diurno.

FROM BODY TO MIND: THE PSYCHOANALYTIC APPROACH TO PATIENTS WITH CHRONIC PAIN

## Abstract

Psychosomatic Medicine in Germany is a very sophisticated and elaborated discipline in the health care system. The system of psychosomatic care in Germany is organized from the basic care of the general practitioner to the integrated multimodal psychosomatic inpatient treatment. This development is due to a big growth of psychosomatic need of treatment in the society. So the introduction of a new specialist of Psychosomatic medicine and psychotherapy in 1993 was a logical consequence of this development. Moreover it is the intention of this article to look for some historical explanations for the fact that this development of psychosomatic medicine was especially in Germany after the second world war. Chronic somatoform pain patients are suffering from pain as if the pain was caused by an injury of tissue. In this article is shown how and why the pain that is caused by deep powerlessness, lost of objects, traumatization can be turned from psychic to physical pain. The role of childhood experiences and the lack of mentalization and symbolization capacity is discussed. As the pain is felt as a somatic pain by the patients it needs a special attitude and psychoanalytic technique to treat this patient successfully. Therefore we need additional methods like art therapy and concentrative movement therapy to involve these patients. For this treatment we need a special setting by integrative multimodal psychosomatic inpatient or day clinic treatment. This way that is very developed in Germany is discussed and shown.

**Key words:** Psychosomatic medicine - Integrated multimodal psychosomatic inpatient treatment Specialist of Psychosomatic medicine and psychotherapy - Mentalization, Symbolization - Childhood experience - Psychosomatic dayclinic treatment.

---

\* Artículo traducido al español por Ailén Gatto Pereyra y Natalia Santaguida.

## El rol y el desarrollo de la medicina psicosomática en Alemania como una especialización médica propia

El desarrollo de la medicina psicosomática en Alemania comienza con dos movimientos principales en la medicina de ese país. Por un lado, había un grupo de médicos con un modelo psicogenético de las enfermedades psicosomáticas, con una gran competencia en psicoterapia que intentaba integrar el psicoanálisis a la medicina (Horst Eberhard Richter, Helmut Thomä, Alexander Mitscherlich, Horst Kächele, etc.). Por otro lado, había colegas de la medicina interna con grandes competencias médicas, como lo eran Th. v. Uexkuell o Viktor v. Weizsäcker, que tenían un modelo más integrado de la psicosomática y tenían la idea de que cada médico debería ser un médico con orientación psicosomática, contando con un modelo biopsicosocial de la enfermedad y con la actitud correspondiente hacia el paciente y en la relación médico-paciente.

La base de este movimiento remite a los años 60 del siglo pasado, cuando se introdujo el apoyo psicoterapéutico como beneficio seguro habitual de todos los pacientes incluyendo la psicoterapia psicodinámica (psicoanalítica) y la terapia cognitiva conductual.

En 1970, la medicina psicosomática se convirtió en una asignatura obligatoria dentro del plan de estudios de la carrera de medicina en 37 universidades médicas oficiales en Alemania. Sobre la base de este avance, la mayoría de las escuelas de medicina decidieron establecer departamentos completos de medicina psicosomática.

Los planes de estudio de estos departamentos no sólo cubren la teoría de la medicina psicosomática, sino que los miembros del departamento han creado e implementado activamente la capacitación en habilidades comunicacionales como parte de un plan de estudios médico basado en competencias.

En 1993, este desarrollo continuó con la introducción de una especialización en medicina psicosomática y psicoterapia, además de la especialización en Psiquiatría y Psicoterapia.

También tenemos una educación psicosomática especial, para colegas de las disciplinas somáticas y los médicos generales, llamada atención básica psicosomática permitiéndole a los médicos generales hacer un diagnóstico psicosomático inicial. Incluye los aspectos somáticos, mentales y sociales de la enfermedad en un diagnóstico integral y presenta un plan de tratamiento general.

La atención a pacientes con trastornos psiquiátricos y psicosomáticos en Alemania se divide en internación, hospital de día, atención ambulatoria y rehabilitación.

En cuanto a la internación y la clínica de día, el requerimiento de más lugares para pacientes psicosomáticos que necesitan tratamiento, creció mucho durante los últimos 30 años en Alemania (desde aproximadamente 2.000 pacientes internados a más de 10.000 y más de 6.000 lugares dentro la clínica psicosomática de día). Para comparar, al mismo tiempo la cantidad de pacientes con tratamiento psiquiátrico disminuyó a 50.000 aproximadamente.

Este desarrollo de tratamientos psicosomáticos acompañados con modelos de tratamiento multimodal integradores es único en el mundo y también se ha demostrado que tiene una ventaja económica para la sociedad y, por supuesto, para el individuo que mejora su estado de sufrimiento, especialmente para los trastornos de dolor, trastornos somatoformes, trastornos alimenticios, pero también para pacientes con síntomas depresivos y de ansiedad y trastornos de estrés postraumático (TEPT).

Entonces, hoy la atención psicoterapéutica en Alemania para el tratamiento ambulatorio es realizada por aproximadamente 3.058 especialistas en medicina psicosomática y psicoterapia, 3.900 especialistas en psiquiatría y psicoterapia, 1.972 neurólogos y 10.269 médicos especialistas con una certificación de psicoterapia adicional (de estos, 3.493 practican principalmente psicoterapia) y 16.664 psicólogos con una especialización en psicoterapia.

Aunque tenemos una red muy intensa de tratamientos psicoterapéuticos y psicosomáticos, hay incluso hoy en día un largo período de tiempo de espera para que un paciente pueda obtener una adecuada psicoterapia o tratamiento psicosomático.

Por qué este desarrollo ha sido posible, especialmente en Alemania, es una pregunta que no es fácil de responder:

Una razón podría ser que después de 1945, la psicosomática y la psicoterapia fueron temas introducidos desde la medicina interna y esta parte de la medicina no había sido tan maltratada por los nacionalsocialistas, de la misma manera que lo había sido la psiquiatría. Además, muchos de los médicos psicoterapeutas y psicoanalistas, incluido Freud, tuvieron que emigrar durante el Tercer Reich, fueron expulsados de Alemania o fueron perseguidos y asesinados. Por lo tanto, después de la Segunda Guerra Mundial, la psiquiatría no tenía psicoterapeutas. En general, la psiquiatría después de 1945 estaba fuertemente orientada a factores somáticos-biológicos.

Otra razón podría estar en un nivel más profundo de análisis. Fuera del amplio movimiento social de los 60' en Alemania, surgió una profunda controversia en torno al silencio sobre los enormes crímenes y atrocidades cometidos por la generación anterior; esto se produjo después de los 50', un período de recuperación, reconstrucción, mejora económica, represión y olvido. Este trabajo permitió que la debilidad, la regresión, las enfermedades físicas y psicológicas en la sociedad fueran aún más reconocidas, especialmente en Alemania más que en otras naciones, que no tuvieron que soportar los mismos acontecimientos históricos.

El tratamiento psicosomático para pacientes hospitalizados en Alemania es interdisciplinario y orientado en equipo, utilizando una intervención psicoterapéutica-psicosomática compleja con una psicoterapia multimodal y altamente dosificada. El tratamiento se compone de una psicoterapia en dispositivos individuales y grupales, terapia corporal, musicoterapia, arteterapia, socioterapia, procedimientos de relajación, procedimientos psicoeducativos, tratamientos somáticos y fisioterapia.

Este tratamiento hospitalario dura aproximadamente 40 días en promedio y es financiado por el seguro social de salud. Posteriormente, a menudo le sigue un tratamiento psicoterapéutico ambulatorio.

**Introducción**



Este es el hospital con 300 camas y servicios de internación de clínica médica, ginecología, obstetricia y cirugía, donde trabajamos en una clínica psicosomática.

Nuestra clínica psicosomática cuenta con 31 lugares para tratamiento de pacientes internados y 50 lugares para tratamiento de pacientes que están bajo el régimen de hospital de día. Nosotros ejercemos una terapia dentro de un marco psicodinámico, integrada por una terapia individual (tres horas a la semana), terapia grupal (dos veces a la semana dos horas cada encuentro), arteterapia, terapia de movimiento concentrado, musicoterapia (tocar instrumentos y escuchar música), terapia de relajación (entrenamiento autógeno, Qi gong, terapia de relajación progresiva de Jacobson), fisioterapia y farmacoterapia.

El problema del dolor crónico es, al menos, en Europa y en USA un problema muy grande, como se puede ver en el siguiente diagrama:

<b>12,9%</b>	Síndromes Somatoformes: Prevalencia a lo largo de la vida de la población en Alemania (TACOS-Study, Meyer et al. 2000)
<b>12,3%</b>	Síntoma principal: Dolor (TACOS-Study, Meyer et al. 2000)
<b>4%</b>	de la población femenina en las naciones industriales occidentales sufren de fibromialgia.

La implicación financiera por los tratamientos y las pensiones por retiro o pago por enfermedad es tremenda. En 290 pacientes internados en una clínica psicosomática a causa de síntomas somatoformes. Podemos suministrar la siguiente información:

Duración de la enfermedad hasta el correcto diagnóstico	90 meses
Número de visitas médicas	9 (2-83)
Pago por enfermedad a causa del dolor Duración (semanas)	64% 24 (0-123)
Tratamiento de pacientes con internación ≥ 3 internaciones Duración (semanas) > 12 semanas	64% 23% 6 (0-24) 22%
Analgésicos Opióide/opiáceo	76% 21%

Los pacientes con dolor somatoforme crónico sufren de dolor como si éste fuera causado por una lesión real de un tejido.

Hoy en día, sabemos gracias a una investigación realizada con el uso de las imágenes por resonancia magnética (IRM), que el dolor que sienten estos pacientes es “real”, eso quiere decir que el dolor imaginario muestra un comportamiento similar en el cerebro, al que produce el dolor causado por un daño corporal o herida. Por lo tanto, el paciente que está sufriendo de este tipo de dolor quiere ser curado, no en cualquier momento sino inmediatamente, no parcialmente sino totalmente y no por cualquiera sino por su médico.

Existen investigaciones hechas con el uso de las imágenes obtenidas por resonancia magnética funcional (IRM) que testeaban a personas en una situación en la que eran excluidas de jugar mientras estaban siendo investigadas con el resonador. Estas personas tuvieron casi las mismas reacciones en la región de la corteza cingulada anterior (ACC) que los pacientes con dolor, lo que quiere decir que el dolor físico se refleja en el funcionamiento del cerebro de un modo bastante similar a como lo hace el dolor psíquico.

Este factor puede explicar porqué los pacientes con dolor crónico son tan difíciles de tratar, debido a que el propio concepto de enfermedad que tienen, los hace propensos a recepcionar el tratamiento otorgado por los médicos y las instituciones médicas de manera decepcionante.

Más tests comprobaron que los pacientes con dolores somatoformes tienen grandes dificultades para distinguir entre las sensaciones corporales y los sentimientos. Además, el dolor crónico es acompañado por ansiedad y depresión, lo cual empeora este estado. A éste circuito se lo llama el “círculo crucial del dolor”.

En el período inicial de terapia, el paciente actúa en defensa de la legitimación de sus síntomas: “¡Yo no estoy loco!”, “Estoy sufriendo un dolor real”, “Debe haber algo mal en mi cuerpo, estoy convencido”.

**I. La coherencia patógena del dolor somatoforme**

Ciertas vivencias en la infancia traen aparejadas complejas consecuencias a futuro, por ejemplo: el trabajo forzoso físico, el pobre contacto emocional, el poco margen

para desarrollo personal, acompañado de una forzada autonomía para hacerse cargo de la responsabilidad de los adultos desde temprana edad. Otras vivencias pueden ser el maltrato psicológico o físico, abuso sexual, identificación con el agresor, la pasividad que se genera en el sujeto por la enfermedad física y otro factor podría ser tener como modelo una enfermedad física en la familia.

Esta condición en la infancia causa patrones de comportamiento, pensamiento, funcionamiento y maneras de procesar los afectos que son debidos a la distorsionada relación con el propio cuerpo. Manejan los conflictos de manera inmadura, utilizando la proyección y vuelta contra sí mismo como mecanismos de defensa. Tienen un dominio restringido de las tareas propias del desarrollo específico de la fase evolutiva en la que se encuentran. Poseen una pseudounidad de imagen corporal, por lo que se les dificulta distinguir el adentro del afuera y los afectos de las señales corporales. Las emociones no pueden ser procesadas adecuadamente, causándole al sujeto impotencia, pensamientos con tinte catastrófico y fantasías corporales. Estos sujetos generalmente no buscan la ayuda de otros.

### **Resultados en la relación con el médico tratante**

Existe una disposición en estos sujetos a crear una relación con el médico y con el sistema de salud similar a la que tienen con su propio cuerpo, la cual sería una relación "como si".

La importancia de los aspectos y vínculos sociales para el tratamiento del dolor será usualmente negada, existiendo una fuerte lucha contra el reconocimiento de la misma.

## **II. Situaciones desencadenantes**

### **A. Conflicto crónico**

Ciertos problemas que se mantienen constantes en el tiempo se vuelven crónicos. Algunos de ellos son por ejemplo los problemas matrimoniales, la decepción que se produce al no poder lograr los ideales de rendimiento (lo cual conduce a una caída del mismo), también lo es el descuido de las necesidades cuando es de larga duración, el no alcance de las propias expectativas laborales y la decepción que conlleva el trabajo mismo.

### **B. Pérdidas y/o duelos**

Las situaciones de muerte de algún ser querido, el desapego de los hijos, divorcio, separación en el noviazgo, pérdida de empleo. Todas estas situaciones pueden ser desencadenantes para una enfermedad somática.

### **C. Trauma**

*Desarrollo del dolor crónico sin el marco del tratamiento médico*

Como es obvio, el paciente con el cuerpo dolorido quiere que le alivie el dolor un médico. Muchos de los

médicos no tienen conocimiento suficiente de la dinámica del síndrome del dolor somatoforme, ni tampoco de cómo llevar a cabo una buena entrevista, de modo que el médico pueda saber los factores psicosociales en los que está inmerso el paciente.

El médico no puede imaginar que el dolor que sufre su paciente es causado por su mente, porque no puede imaginarse a sí mismo tratando a este tipo de pacientes como a los pacientes que sufren de un dolor causado por alguna lesión física. Este es el principio de una relación "como si" entre paciente que sufre este tipo de dolor y el médico tratante.

Esta relación se convierte más y más en algo que desilusiona y genera cierta impotencia en ambos. Cuanto más dure este falso vínculo (con más investigaciones, tomografía computarizada, análisis de sangre, intervenciones invasivas y cirugías, etc.), más se acentúa la creencia del paciente de que realmente tiene un dolor de origen somático.

Más vehemente se vuelve el deseo del paciente de ser operado o de obtener alguna compensación por el fracaso del médico tratante.

En los principios del vínculo entre el paciente y su terapeuta hay una pelea implícita por legitimar las quejas, es decir, por establecer si son "reales".

Al mismo tiempo, se tiene que considerar que la depresión y la ansiedad son causadas por el síndrome de *distress* del paciente.

## **III. Consecuencias del tratamiento de pacientes con dolor crónico**

### **De lo superficial a lo profundo**

Los síntomas físicos deben pensarse como material de interpretación y no sólo como defensas. Uno puede usar a favor los pensamientos que tiene el paciente sobre su propio cuerpo como pistas o claves de referencia sobre su self (el cuerpo como objeto). Para el médico, pueden parecer obvias las conexiones que existen entre los síntomas y los problemas psicosociales en los cuales está inmerso el paciente, pero este último no las puede reconocer fácilmente. Por lo tanto, estas asociaciones no pueden ser interpretadas por el terapeuta en el comienzo del tratamiento.

Comenzando con el cuerpo, la terapia tanto física como médica son necesarias para reforzar la alianza terapéutica y ganar más cooperación por parte del paciente. Incluso más revisiones físicas pueden ser necesarias para no perder al paciente.

Es importante que se acepte la poca apertura psicológica del paciente (su estrechez mental al respecto) y se señale la aceptación de la legitimación de las quejas. No se tiene que producir una lucha por la verdad, el paciente siempre ganará porque su subjetividad es la que se pone en juego y nunca podrá ser realmente atacada. La vergüenza en el paciente por haber tenido una infancia poco feliz y por tener poca confianza consigo mismo es muy grande y el hecho de no tener un dolor "real" (físico) significa para el paciente, usualmente, que está sufriendo de una enfermedad imaginaria.

## Principios psicoterapéuticos

Uno de los principios es reducir la propia demanda: "menos es más". Fomentar el afrontamiento en vez de la cura. Poder implementar la psicoeducación, debido a que es muy útil brindar información sobre la conexión somatoforme que existe en el paciente. Si los comportamientos que acarrea el dolor disminuyen, por ejemplo no continúan conductas tales como revisiones continuas con el médico, cirugías e ingesta de medicamentos, y se incrementan las posibilidades psicosociales, es un gran avance, aun así si el paciente nos dice que el dolor no ha cambiado.

Otro principio es el de contener, escuchar al paciente y tolerar las propias inseguridades "¿Realmente no he pasado por alto una enfermedad somática? ¿Cuál es la verdadera razón?". No ofender al paciente con frases tales como: "No hemos encontrado nada", "Es sólo mental".

El uso de imágenes concretas es útil para guiar al paciente en la construcción mental de la imagen corporal real. Trabajar sobre los sentimientos en la historia pasada del sujeto, para que no parezcan tan amenazantes como el paciente lo cree.

## Actitud psicoterapéutica

Frente a lo psicosomático se tiene que tener una actitud de empatía y paciencia con el paciente. Las tempranas distorsiones corporales refuerzan la idea de un modelo integral de abordaje terapéutico (psicoterapia verbal, terapia corporal, arteterapia, terapia de relajación, fisioterapia, farmacoterapia, entre otras). Saber sobre patrones físicos y su implicación es útil y necesario (Esto desafortunadamente constituye una desventaja para los psicólogos).

## Las trampas de la contratransferencia

Algunos sentimientos que experimenta el terapeuta son: impaciencia, sensación de que todo se estira demasiado, impotencia y ansiedad, enojo, rechazo, inseguridad, impulsos de castigo y el sentimiento de volverse insignificante para el paciente, entre otros.

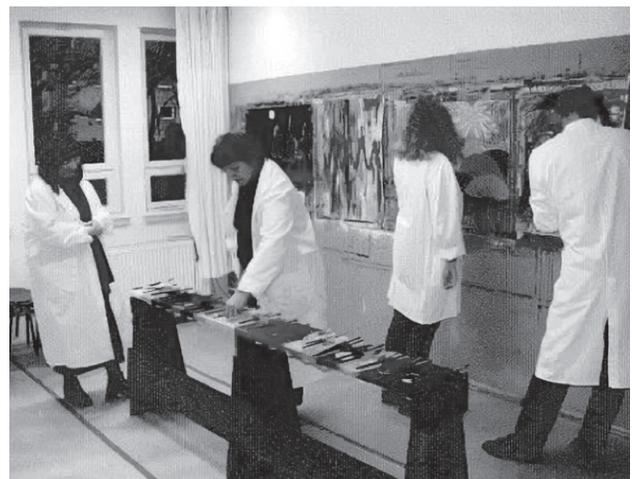
Es importante estar siempre alerta que estos sentimientos contratransferenciales tienen su origen en la intrínseca relación objetal del paciente. Ellos muestran algo sobre las experiencias tempranas del paciente con sus padres u objetos primarios significativos. Por ejemplo: el paciente ha sido descuidado por sus padres y, luego en la terapia, el terapeuta siente que el sujeto puede hacer lo que su médico le indicó o lo que el terapeuta quiere. Pero esto no es reconocido o es olvidado y abolido una hora después. En esta línea, el rechazo y la soledad ahora son sentidos por el terapeuta y esto significa un alivio para el paciente.

## Terapia con modalidad integral

El cronograma del hospital de día incluye un examen físico, si es necesario un tratamiento somático y físico, terapia psicoanalítica individual (tres veces a la semana 50 min por sesión), terapia psicoanalítica grupal (8 integrantes, dos veces a la semana 100 min por sesión), grupos de sala con *role-playing* (20 integrantes, 100 min semanales), charlas con la enfermera por la mañana (todos los días 30 min), ejercicios físicos (dos veces a la semana 50 min), terapia de movimiento concentrativo (dos veces a la semana 100 min), musicoterapia (dos veces a la semana 100 min), arteterapia (pintura) (dos veces a la semana 100 min), terapia de relajación (entrenamiento autógeno, terapia progresiva de relajación muscular) (una vez a la semana 50 min), terapia conductual (si es necesario para la ansiedad, problemas alimenticios, trastornos compulsivos), terapia familiar y de pareja y farmacoterapia.

Todas estas terapias conforman un programa compacto y sobre todo son necesarias para integrar una cosmovisión sobre los diferentes ámbitos del paciente, incluyendo las observaciones durante la vida diaria de los pacientes en la sala o en la guardia y en las reuniones en conjunto con el médico.

## Arteterapia - Pintura



## Terapia de expresión a través de la pintura

La terapia a través de la pintura tiene muchos beneficios. Entre ellos la posibilidad de que el paciente se exprese por una vía no verbal, la constitución y manejo de símbolos como ayuda para la separación temprana y como puente entre lo consciente y lo inconsciente y la regresión al servicio del Yo. También se muestran los conflictos e impulsos actualizados que el paciente testimonia a nivel de la imagen, donde se ayuda a la formación y soporte del Yo. Las imágenes funcionan como un mapa y como indicadores psicogenéticos. Por último se facilita la integración de los aspectos positivos de lo materno y el acceso a los sentimientos del propio cuerpo.



Esta pintura fue realizada por un paciente de 45 años con un severo dolor de espalda. Durante la terapia él acusaba a su padre de haber sido muy abrumador durante su infancia, siempre era vencido por él, lo cual le provocaba mucho miedo. Por lo tanto, no es sorpresa que el paciente tuviera serios problemas con la autoridad en su trabajo. Cuando miramos con el paciente la pintura, llamada "Mi padre y yo", nos dimos cuenta de que el padre es mucho más alto que el pequeño niño. Pero si miramos las marcas del carro sobre la nieve, se podría imaginar que este pequeño niño debe ser muy pesado.

Este es un muy buen ejemplo de cómo el conocimiento inconsciente sobre el poder que ejercía su padre sobre él pudo hacerse consciente pintando y el paciente pudo reírse, al menos un poco, de sí mismo al verse en el rol de víctima en la pintura, pero al mismo tiempo no tan "liviano" para el padre. Además, el humor es muy útil en la terapia con este tipo de pacientes.

La terapia a través de la pintura es un método muy bueno pero debe ser aplicado de una manera cuidadosa, siempre pensando en preservar a los pacientes, debido a la vergüenza que les puede generar.

### Terapia de movimiento concentrativo

En la siguiente imagen se puede observar a un grupo de pacientes durante la TMC en la que se trabaja siempre con objetos concretos. Además es una terapia corporal con un trabajo práctico experimentando las sensaciones en el propio cuerpo.



A veces, es necesario trabajar en sesiones individuales de TMC con los pacientes con dolor, debido a su mínima diferenciación con su propio cuerpo.

De un modo lúdico se puede hacer visible el material inconsciente, las imágenes y objetos internalizados, los conflictos y sus respectivas fuentes, todo esto se puede lograr a pesar de que haya en el sujeto una gran defensa en la terapia verbal. Es una oportunidad de que ellos mismos se prueben actuando, descubran y desarrollen su propio espacio, su propio tiempo y el desarrollo de su propia experiencia.

Nosotros usamos objetos concretos con diferentes superficies, contexturas y características: suaves, filosas, duras, frías, calientes, entre otras. Con estos objetos se pueden armar muchas cosas, como por ejemplo usar cuerdas para formar una frontera o para limitar el espacio que el paciente necesita.

Algunas veces nosotros examinamos el cuerpo del paciente con las manos para ver cómo está sentado, si está derecho o encorvado, de qué manera se mantiene de pie, entre otras observaciones. También se tiene en cuenta cómo se relaciona con los otros pacientes, cuánta distancia física mantiene, cómo reacciona si alguien se le acerca mucho o si el paciente mismo se aleja demasiado.

Este método de observación parece muy importante para el tratamiento porque, como se dijo anteriormente, los pacientes con dolor crónico tienen grandes dificultades para distinguir las emociones de las sensaciones corporales.

### Pasos a seguir para el tratamiento psicósomático

Se recomienda tener contacto físico en la primera entrevista, ya sea un saludo en la mejilla, apretón de manos, entre otras formas de saludo. Luego para poder pensar el tratamiento físico se debe tener en cuenta los síntomas, donde el paciente viva una experiencia concreta a través de la terapia corporal y creativa.

A través de la reubicación en la sala, se puede implementar el modelo de aprendizaje por parte de los pacientes a través de experiencias grupales.

En el tratamiento se generará una experiencia coherente, a través de la reintegración y búsqueda, se producirán interrogantes para lograr cambios, se irá abordando la insensatez de los síntomas, gradualmente se les dará un sentido y también cambiarán su significado. Así mismo, se irán nombrando los sentimientos, trabajando a través del conflicto, duelando las pérdidas y elaborando los traumas. La libido va tornándose hacia el objeto, una vez que se vuelve disponible la carga libidinal que estaba concentrada en el propio cuerpo.

### Mindfulness - Interpretaciones y clarificaciones

Al tratar a un paciente es muy importante ser cuidadoso con las palabras y expresiones que se utilizan, por lo tanto es aconsejable usar con atención las siguientes palabras: atento en vez de desconfiado, bien plantado en vez de peleador, interesante en vez de difícil, interesado

en vez de curioso, hambriento en vez de codicioso, diverso en vez de volátil, vestido llamativamente en vez de

con mal gusto, multifacético en vez de ridículo, asertivo en vez de despiadado e interesado en vez de intrusivo. ■

### Referencias bibliográficas\*

- Merkle W y Egle U (2001). Die somatoforme Schmerzstörung. *Hessisches Ärzteblatt*. 2001, 10: 498-504.
- Merkle W y Gaus E (1988), en Zielke et al. (Hrsg.) *Die Entzauberung des Zauberbergs*. Dortmund, Verlag modernes Lernen.
- Merkle W (2019). Psychosomatische Reaktionen nach Erfahrungen in der NS-Zeit und im Zweiten Weltkrieg. *Hessisches Ärzteblatt* 2019, 4:240-243.
- Merkle W, Neidhart G, Drefahl Cl, Taufkirch AM (2012). Stationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (IMS) PID 3/2012 13. Jahrgang DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1305130>
- Möhrle K (2017). Belastungssymptome reduzieren. *Hessisches Ärzteblatt* 2017, 1: 128-129.
- Nickel R y Egle UT (1999). *Therapie somatoformer Schmerzstörungen. Manual zur psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie*. Stuttgart, Schattauer.
- Wietersheim v J, Zeeck, Küchenhoff J (2005). Status, Möglichkeiten und Grenzen der Therapie in psychosomatischen Tageskliniken. *Psychotherapie, Psychosomatik, med. Psychologie* 55, 79-83.
- Zaudig M (2004). Fünfzig Jahre psychosomatische Krankenhausbehandlung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 4 2004, S. 355-375.
- Zipfel St, Herzog W, Kruse J, Henningsen P (2016). Psychosomatic Medicine in Germany: More timely than ever. *Psychother Psychosom* 2016; 85: 262-269.

\*Dado que el objetivo del trabajo fue describir cómo se trabaja actualmente en Alemania y particularmente en la Clínica psicósomática dirigida por el autor, la bibliografía mencionada es una referencia para el lector que desee conocer más acerca del tema, pero no surge de citas textuales en el texto.