

---

# MEDICINA PSICOSOMÀTICA:

---

## LA INTERRELACIÓ MENT I COS

---

Josep Miret i Monsó

La Medicina Psicosomàtica es refereix a trastorns on participa la persona com a totalitat, amb un cos, uns desigs i emocions, projectes, frustracions i records; una determinada actitud condicionada per l'ambient que l'envolta, la cultura a què pertany...

Es tracta de trastorns que responen a una causa psicològica (un conflicte ocasional o la peculiar manera d'ésser permanent del subjecte), i que s'expressen amb símptomes corporis aparentment aliens a la patologia mental. La malaltia, igual que la conducta sana, té sempre en cada persona una vessant psíquica i una vessant somàtica.

D'antuvi, caldrà que fem dues observacions.

Primera: Aquesta Medicina insisteix que la persona és una totalitat i una unitat; i s'interessa per les malalties en la mesura que les podem concebre com a trastorns que, encara que es manifestin a través de determinats òrgans o sistemes, afecten d'una manera evident o oculta la persona com un tot. Llavors, en parlar de "somàtic" (és a dir: corpori) i de "psíquic" no és que pretenquem dissociar en dues parts la persona unitària i indivisible. Simplement recorem a una nomenclatura tradicional, que correspon a la manera com cadascú de nosaltres se sent a si mateix: tant en la salut com en la malaltia tots sentim que estem vivint unes activitats que d'una manera clara podem referir al cos o a parts seves, i unes altres que no podem localitzar físicament a cap sector concret de l'organisme.

I segona: No estem davant d'una

especialitat de la Medicina, sinó davant d'una actitud, d'una manera global d'enfocar la malaltia, o més ben dit: la persona malalta. En general, cada dia es concep més qualsevol cas clínic com un fet de múltiples dimensions, que afecta aquelles dues vessants humanes, i amb implicacions d'ordre social que àdhuc essent extrapersonals acaben per afectar també l'individu. Això no obstant, hi ha casos en què el factor o component psicològic és més significatiu que en uns altres, i aquells són els que considerem com a psicossomàtics en sentit estricte.

### ELS TRASTORNS D'EXPRESSIÓ SOMÀTICA QUE RESPONEN A UN ORIGEN PSÍQUIC

Se'ns presenten de quatre possibles maneres (vegeu el gràfic de la pàgina següent) :

•Cas A. Una causa psíquica determina un *síntoma somàtic*. Entre l'una i l'altre hi ha una relació significativa, que pot ésser de dues menes:

—Clara i directa. Exemple: Una senyora no sent actualment cap atracció pel seu marit. Li desplaia tot allò que s'hi refereix, com el fum i l'olor de la

seva cigarreta. Si fuma al seu davant, ella nota un malestar respiratori que en dues ocasions arriba a una crisi d'aparença asmàtica. En canvi, tolera bé el fum de tabac de la mateixa marca (però pensant-se la senyora que és d'una altra de diferent) si la persona que fuma no és el seu marit. No hi ha dubte que la causa psíquica és una actitud de protesta en contra d'ell.

—Simbòlica. Exemple: Un jove de moral molt severa perboca quan a casa seva parlen d'una operació financera que ha emprès la família i que ell considera immoral. Ací el vòmit expressa simbòlicament que el negoci que planen li fa fàstic, ja que el subjecte recorre a una reacció somàtica que normalment ve provocada pel fàstic que causen determinats estímuls sensorials nauseabunds.

•Cas B. Una sola causa psíquica determina *reaccions somàtiques en diferents òrgans o sistemes*, sigui simultàniament o en ocasions successives.

Exemple: El dia que s'ha de presentar a un examen fort, un estudiant es desperta al matí amb amigdalitis, febrícula, tremolor de mans (especialment a la dreta) quan intenta fer quelcom, diarrea i augment de la miopia habitual. El subjecte era tenaç i

d'actitud conscient volenterosa; però l'examen era molt dur, i el seu amor propi quedava menys mortificat amb una retirada per malaltia que amb una reprovació. Vam insistir que es presentés malgrat tot i li férem comprendre el fi que es proposava inconscientment amb el seu bigarrat quadre clínic. Una hora després de l'examen ja no quedaven residus de tota aquella alteració, sense que haguéssim recorregut a cap medicament; només el subjecte s'havia distès de la seva tensió d'abans. La relació significativa entre la causa i la naturalesa dels símptomes no es mostra a primera vista tan nítida com en els casos anteriors, atesa la complexitat del quadre. Observem, però, que la participació visual i el tremolor de la mà dreta eren quelcom destinat a convèncer-se el mateix individu de la impossibilitat física d'escriure bé (si l'examen l'hi proposaven escrit); l'amigdalitis amb la seva dolor, fins i tot sense haver-hi gens d'afonia concomitant, era una invitació a no parlar (si l'examen havia d'ésser oral); i la diarrea era una amenaça a sentir-se bruscament indisposat al mig del carrer i àdhuc en ple examen (sense que aquesta interpretació que fem, pensant en una intenció o finalitat que no era conscient pel mateix subjecte, n'exclouï altres d'una dinàmica més complicada, com la por o l'agressivitat).

•Cas C. *Conflictes psíquics diferents desencadenen sempre el mateix símptoma orgànic.* Cal precisar llavors si la facilitat que ofereix a trastornar-se l'òrgan o sistema afectat és deguda a motius intrínsecament somàtics.

Exemples: A una senyora, qualsevol contratemps li accentua la sensació de pesantor i cansament dolorós que té en una cama amb varices extenses i molt marcades. A un altre pacient, masculí, se li presenta el mateix problema en relació amb els seus peus plans.

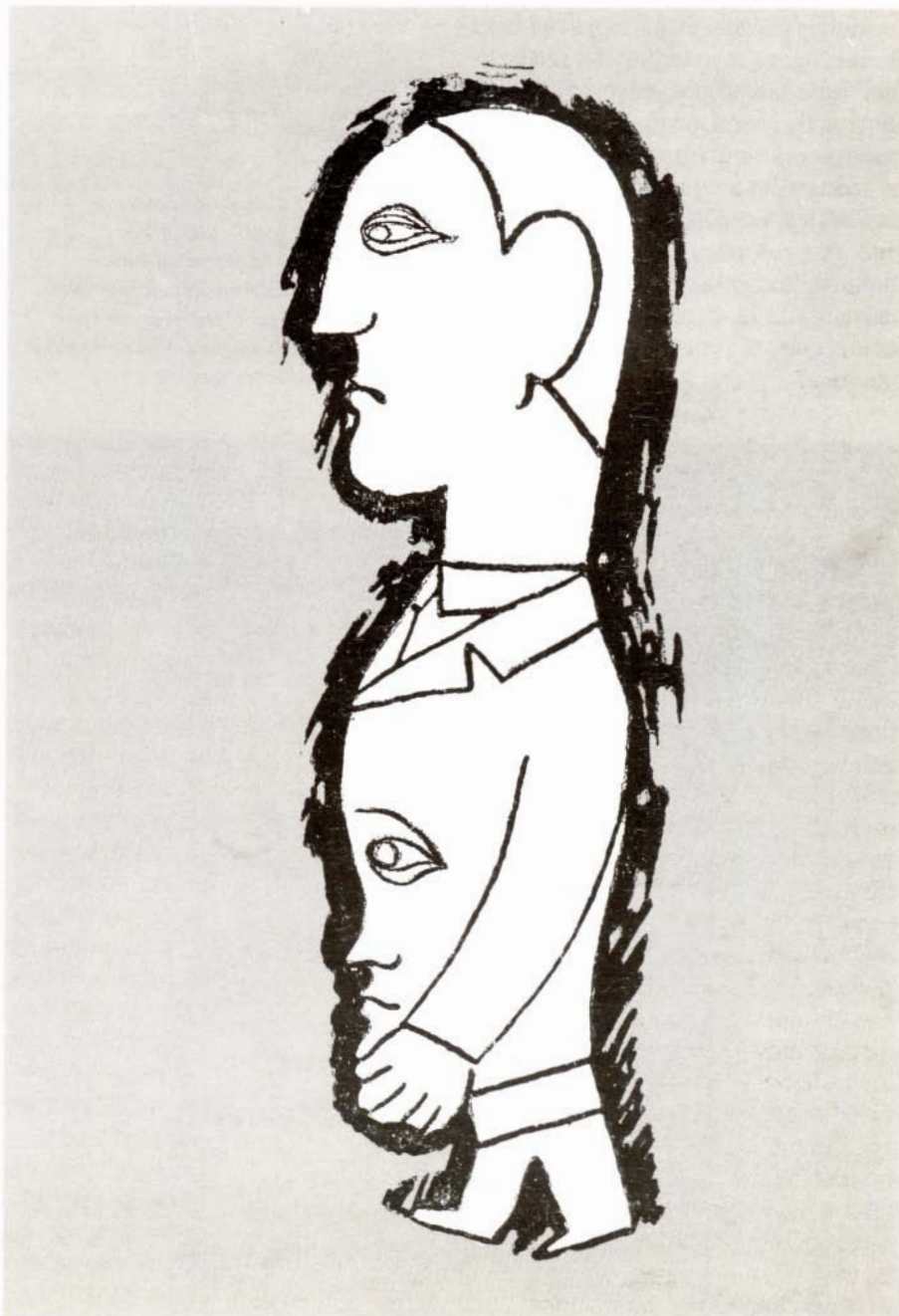
O si l'òrgan o sistema està predisposat perquè fou la vessant somàtica d'antics trastorns de l'ordre dels casos A, que poden encara mantenir-se actius en el pla psicològic; o pot haver quedat aqueixa causa liquidada del tot, però resta en el subjecte com a residu l'hàbit de descarregar els seus nous conflictes, siguin els que siguin, per mitjà de l'òrgan

o sistema en qüestió. És a dir, que en aquest darrer cas ha quedat permeable una via de descàrrega, disposada a endegar i a "donar forma" somàticament a nous problemes que puguin sorgir, encara que no tinguin cap relació específica o significativa amb el símptoma preestablert.

•Cas D. El subjecte *respon a qualsevol conflicte amb símptomes múltiples*, d'expressió més aviat general i acompanyats d'un matís netament psíquic (reaccions explosives, agitació psicomotora, irritabilitat i fàcil desinhibi-



L'home freudià representa la doble faç de les personalitats conscient i inconscient.



ció d'algunes funcions orgàniques, indolència, apagament i cansament generalitzats, estupor...). Les manifestacions somàtiques tenen en cada individu un tret comú que en bona part depèn de les característiques més permanents de la personalitat. Ací caldria assenyalar, a títol d'exemple, la relació entre, d'una banda, la personalitat impulsivo-inestable i erètica (disrítmica, en casos extrems), i de l'altra, els traumatismes per accident; i també, dins d'aquesta línia, la propensió de la personalitat anomenada "sinistròsica" (de sinistre) i encara mal perfilada, a sofrir traumatismes, però precisament per accidents de treball.

Moltes vegades en els casos del grup B observem que a desgrat del seu polimorfisme també presenten una tònica funcional general, un matís significatiu que és comú als diversos símptomes; no es tracta d'una significació concreta, anecdòtica, isolada -com en el grup A- sinó que respon a un sentit dilatat i quotidià (expansiu, inquiet, reiteratiu, cansat...) de la manera d'ésser el subjecte, que el conflicte reactiva o aguditza.



*Sota aquestes línies, "El malalt de gota", pintura de Rowlandson; hi ha força malalties que es deuen a desordres psicossomàtics. A la pàgina següent, prova escrita per a un adult; els exàmens sovint pertorben l'equilibri psicossomàtic.*

## FREUD I LA CONVERSIÓ

D'una manera molt esquemàtica podem establir que, en els casos A, una sola causa determina un sol símptoma, i que en els casos B, una sola causa determina reaccions difuses no referibles únicament a un sol òrgan. Caldrà, doncs, enfocar-los estudiant a fons el problema psicològic concret que obra com a desencadenant. Referent a això, no hem d'oblidar un concepte clàssic de filiació psicoanalítica que, per tant, ja estava en circulació abans de generalitzar-se l'interès a favor de la Medicina Psicossomàtica:

*Conversió.* Freud anomenà així el procés mitjançant el qual la càrrega emotiva d'un conflicte psíquic, si no es descarrega d'una manera normal, es pot "somatitzar," és a dir: convertir-se en símptomes somàtics, especialment motors (com paràlisis) o sensitius (parestèsies, dolors localitzats...).

La relació -presidida sovint per una intencionalitat inconscient-entre causa i símptoma ja hem vist que es presenta d'una manera directa o simbòlica.

Un exemple clàssic de la primera és



la dona que per temor a l'acte sexual té un espasme de vagina que dificulta o impedeix la introducció.

Pel que fa a la simbolització recordem una senyora que es va fer visitar perquè tenia diferents trastorns que oferien una certa aparença d'organicitat, subratllada pel fet que la pacient negava que tingués cap contratemps, disgust o preocupació. Però feia pensar en una causa psicològica alguna crisi de pèrdua de visió que havia sofert sota la forma d'un teló que baixava simultàniament en els dos ulls i tot ho anava enfosquint de dalt a baix, fins que la deixava sense gens de claror; cada vegada es normalitzava aviat, bruscament i totalment. Un examen de fons d'ull donà un resultat normal; en canvi, l'oftalmòleg li observà una notable reducció marginal, concèntrica i simètrica en els dos camps visuals. Cridava l'atenció que la malalta (persona enèrgica, ensems que acostumada a acceptar pacientment les circumstàncies adverses, a "desconèixer-les" si no hi podia lluitar en contra) "no s'hagués adonat" d'aquest trastorn, que evidentment limitava molt la seva àrea perceptiva visual. Aprofundint en el cas, vam sospitar que dins del cercle familiar passava alguna cosa que ella hauria preferit "no veure", o sigui no assabentar-se'n, no viure-ho. Assolírem que comprengués que els conflictes no superats tenen una força somatitzadora, de vegades en sentit simbolitzador. (Era extraordinàriament reservada i no ens va dir en què consistia el conflicte, ni nosaltres el vam al·ludir específicament, encara que el coneixíem per confidències d'una persona de la seva intimitat). Des que comprengué la significació que atribuïem al seu trastorn, revelat per l'examen oftalmològic, i sobretot al fet de "no haver-se'n adonat", es van començar a reduir tots els símptomes, que fins llavors se'ns havien mostrat rebels al tractament. Al cap d'un mes, quan ja la pacient estava disposada a "mirar cara a cara" la realitat, el seu camp visual havia recobrat una amplitud normal en els dos ulls.

De vegades el símbol té un valor individual, no universal.

S'estableix d'acord amb l'experiència personal i els trets culturals del subjecte. Aleshores, igualment com per a

desxifrar qualsevol conflicte psicològic que veiem en fase de "somatització", ja convertit en símptoma orgànic, o més ben dit organiforme o d'expressió organoide, pot ésser necessari recórrer a tècniques exploratòries especials que ens aclareixin quina significació peculiar té el símptoma per al subjecte, en relació amb el seu conflicte o problema personal.

Els casos C -conflictes psíquics diferents que desencadenen sempre el mateix

■ **La relació entre causa i símptoma pot presentar-se d'una manera directa o simbòlica**

símptoma orgànic- requereixen un estudi mèdic a fons de l'estat físic del subjecte. Pot existir en el seu cos un punt feble a causa d'una noxa o agent agressiu somàtic, que operi actualment i directament contra l'organisme (trastorn orgànic actual, actiu), o una noxa somàtica activa ja inactivada (a desgrat que l'antic trastorn somàtic tingui encara efectes residuals en la vulnerabilitat o funcionalisme deficitari d'una part o d'un aspecte del cos).

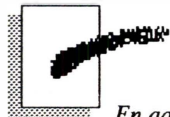
Però també es pot tractar d'una debilitat o dèficit constitucional que hagi anat condicionant des de sempre determinades deficiències en la salut del subjecte.

Els casos D -el subjecte que respon a qualsevol conflicte amb símptomes múltiples- reclamen un estudi global de la personalitat. Bona part de la causa del mal tot sovint rau en alguna característica psicològica general: impulsivitat, emotivitat, motivacions; inquietud, ansietat, angoixa, indolència, apatia... Una revisió d'aquests trets en el subjecte aclarirà més les coses que si aprofundim en els seus conflictes anecdòtics, en problemes el coneixement

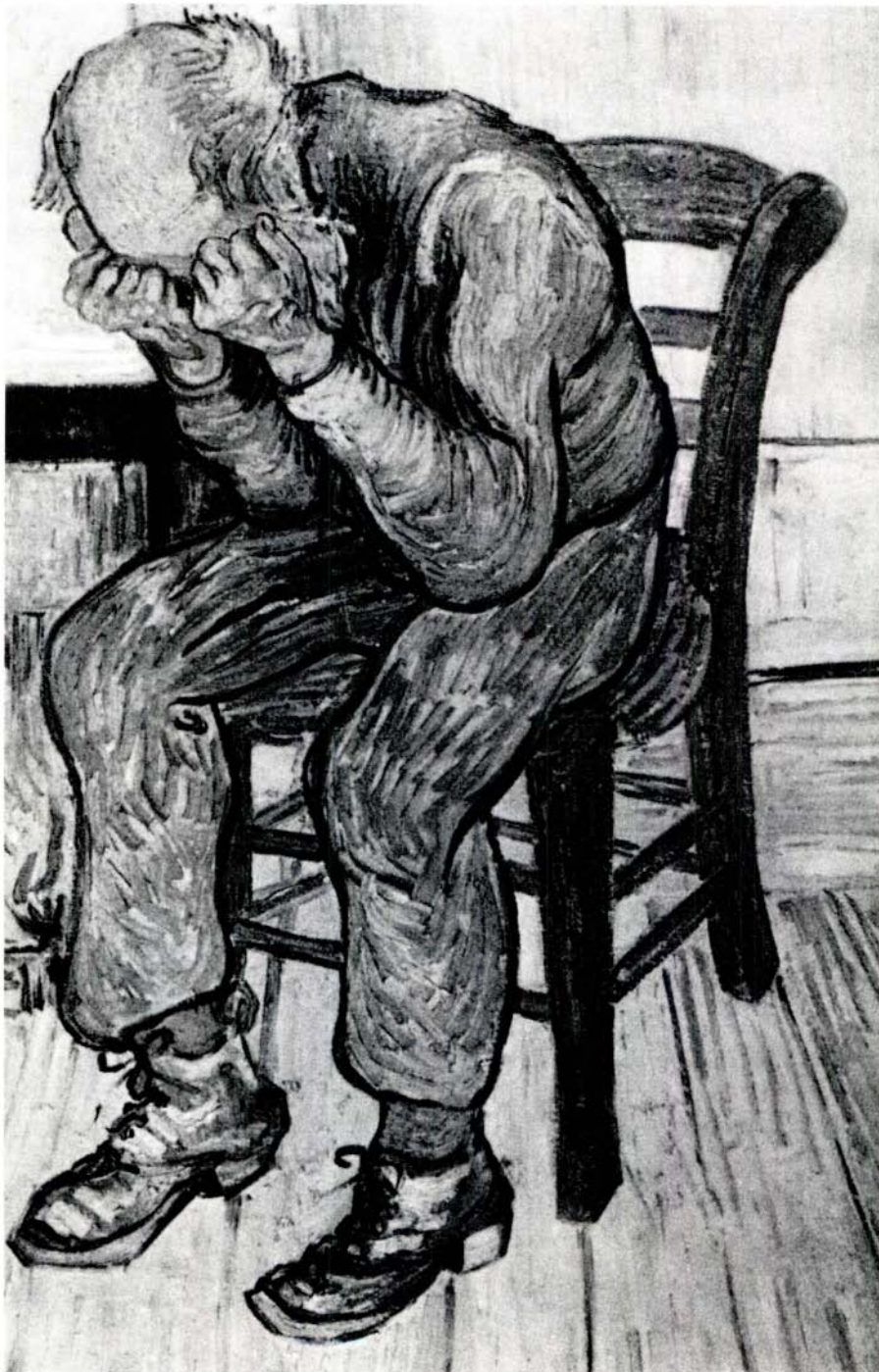


deix dels quals pot ésser de molt més valor en els casos en què una causa psíquica, sempre la mateixa, també determina sempre el mateix símptoma somàtic, com en el cas A, o símptomes i reaccions diferents o successivament variables, com en el cas B.

L'estudi de la constitució física moltes vegades té interès, sobretot en els seus aspectes més òbviament relacionats amb l'activitat funcional: robustesa o debilitat en sentit reflexològic; propensió crònica al cansament, envelliment pre-



En aquesta pàgina, "La pena", pintura de Vincent Van Gogh. A la pàgina següent, "El malalt imaginari" en un dibuix d'Honoré Daumier. Molts malalts psicossomàtics han provocat les seves malalties a partir de problemes psicològics.



matur, signes d'immaduresa morfològica, infantilismes, algunes deformitats... I per la seva possible repercussió psicològica general cal que ens fixem en els aspectes estètics negatius, tant els innats com els adquirits: malformacions, accentuada lletgesa, taques de despigmentació (vitiligen) sobretot en el rostre, marques de verola, mutilacions o cicatrius en parts visibles, etc.

Per la seva gènesi, els casos A i B pertanyen clarament a les situacions psicossomàtiques. En canvi, els C i D a voltes pertanyen a situacions que fóra més just d'anomenar somatopsíquiques, ja que s'inverteix l'ordre i la causa inicial és somàtica i dóna manifestacions d'ordre psicològic. I altres vegades, especialment en els casos D, en trobem amb un origen concausal, o sigui que una mateixa causa dóna simultàniament manifestacions psíquiques i somàtiques, sense que hom pugui dir que les unes siguin la causa i les altres l'efecte.

## SÍMPTOMES SOMÀTICS

En referir-nos al tema psicossomàtic solem vacillar entre parlar de símptomes somàtics (altrament dits orgànics), o somatiformes. Estem acostumats a veure'ls revertir quan es resol el problema psicològic subjacent; llavors, l'adjectiu "somàtic" ens sembla massa categòric, massa definitiu, un abús de llenguatge que caldria evitar amb una simple al·lusió a la morfologia o aparença somàtica, sense comprometre'ns més a fons. Reservem el terme "somàtic" per a les afeccions que en el seu origen aquest factor té un pes, com a mínim, clarament predominant. És clar que aquest criteri té un carís sempre provisional. La investigació i l'experiència són camps oberts, i mai no podem preveure futures troballes. Una malaltia que ara com ara tenim per ben somàtica com, per exemple, el càncer, no sabem fins a quin punt en algun moment del seu origen o del seu curs hi pot participar en cert grau un factor psicològic.

Cal considerar el moment evolutiu del trastorn en el malalt psicossomàtic. Un il·lustre impulsor i pioner d'aquesta Medicina, Viktor Von Weizsäcker, considerava l'evolució del procés en tres

etapes successives: Un conflicte ens crea un estat de *neurosi*, és a dir: un estat en què vivim sota la pressió de preocupacions o temors per motius dels quals no ens considerem capaços d'alliberar-nos; hi ha la pèrdua del benestar i de l'equilibri d'una manera de viure més distesa. Una segona etapa és la de *biosi*, en la qual el conflicte repercuteix sobre el nostre organisme i apareixen símptomes d'expressió orgànica, que es valen d'alteracions funcionals del cos. En aquest moment sovint encara és possible la reversibilitat, o sigui que suprimint el conflicte pot desaparèixer el símptoma per normalització del funcionalisme corpori. Però si l'estat de biosi persisteix, apareixen en l'organisme alteracions físiques que suposen un canvi d'estructura i queden ja definitivament enclavades: Hem arribat a la fase d'*esclerosi*, que persistirà encara que el conflicte se'ns resolgui ara, tardanament. (Aquests termes, sobretot el darrer, amb què denomina les tres fases l'autor els emprà d'una manera un xic convencional; però més que les paraules, el que ens interessa són els conceptes implicats en l'esmentada ordenació evolutiva, i les seves possibles aplicacions pràctiques).

La noció de la dinàmica psicossomàtica ens porta fàcilment a la idea d'una medicina antropològica, és a dir: la d'avaluar la malaltia com una forma de vida. Hi ha qui configura la seva existència personal en relació amb una assegurança per malaltia o incapacitació, de la qual viu o s'ajuda a viure; per altres, determinada malaltia és un seguit d'incomoditats, o la persistent amenaça d'una mort temuda. O un pretext per fer-se consentir de tothom com una criatura aviciada.

En recollir dades per a una història clínic avui es comença a donar importància a les malalties cròniques a què s'ha assistit com a espectador quotidià durant la infància. El nen que té, posem per cas, un avi bronquític que es passa llargues estones fent-se notar amb els seus accessos de tos, i veu que aquest avi és objecte d'unes atencions especials a causa dels seus trastorns, o que precisament per causa d'aquests trastorns la família el veu com una pertorbació i una nosa, aquest infant s'adona molt aviat que el seu avi no és una

persona grisa, sinó que per bé o per mal la seva presència "pesa" dins de la família. Això pot determinar una fixació precoç de la imatge d'aquella malaltia, fixació que podria derivar en certa atracció i afinitat, que no tindrien res a veure amb herències ni contagis de la possible noxa física responsable del quadre. Fóra un mecanisme completament psicològic: l'afany de fer-se valer per mitjà de la conducta malalta d'una persona que ha "pesat" en la família.

Fins i tot observem una forma de "projecció psicològico-social" del malalt crònic. Quan el vell bronquític, hemiplègic, cardíopata invalidat que fa llit, etc, el teniu a casa, acaba per esdevenir el tema obligat de conversa de totes les visites de compliment o de contertulians habituals. La conversa no decau gràcies al tema del "malalt domèstic", un tema a què tots recorren repetidament per tal de no caure en la buidor. I no és rar que quan el malalt crònic es mor, s'acabin les visites i les reunions, en les quals el malalt no solia participar activament, però hi era present com a

factor aglutinant i com a tema de conversa (destinat a omplir, a donar sentit a unes hores de la vida dels altres). Per molt somàtica que fos de vegades la malaltia, tenia sempre una irradiació psíquica que nodria la sociabilitat del grup.

### NO TOTA CONVERSIÓ ÉS HISTÈRICA

És probable que algunes de les coses que hem escrit les hagi associades algú amb el seu concepte d'histerisme. Fins i tot tenim que la clàssica *conversió* la va exposar Freud com un mecanisme de formació de símptomes en la histèria i més específicament en aquella forma que a causa del predomini d'aquests símptomes va qualificar com a "*histèria de conversió*".

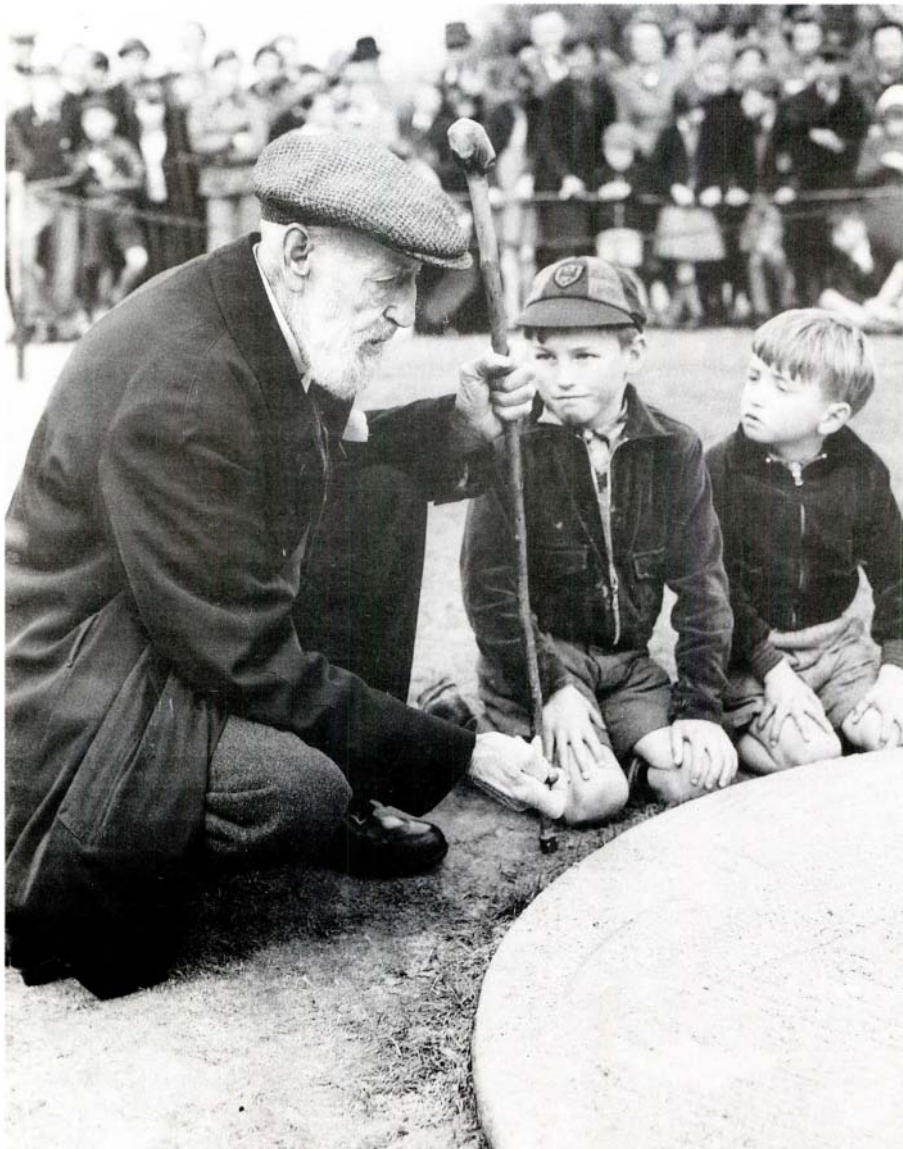
Però cal no confondre els termes. El procés psicossomàtic implica, no cal dir, una conversió. Però no tota conversió és histèrica. El concepte d'histèria, a més de conversió, suposa una actitud



neuròtica en la qual el subjecte treu un benefici, una gratificació, dels seus símptomes, sigui econòmic, o d'assolir una vida còmoda, d'ésser consentit i afalagat per l'ambient, etc; i a més, l'histèric fa tot el que pot per tal d'esdevenir el centre d'atracció de tothom, utilitzant sovint per a aquest fi els seus símptomes. El "benefici" que n'obté el porta a conrear-los, de vegades de manera inconscient. (Si ho fa conscientment, ja aleshores es tracta d'un cas de simulació, que és més un problema d'ètica que de medicina, encara que tècnicament correspongui sovint al metge la missió de detectar-lo). Unes característiques generals de l'histèric són el seu egocentrisme, la seva presumpció exhibicionista i la facilitat de presentar descàrregues emotives per motius fútils.

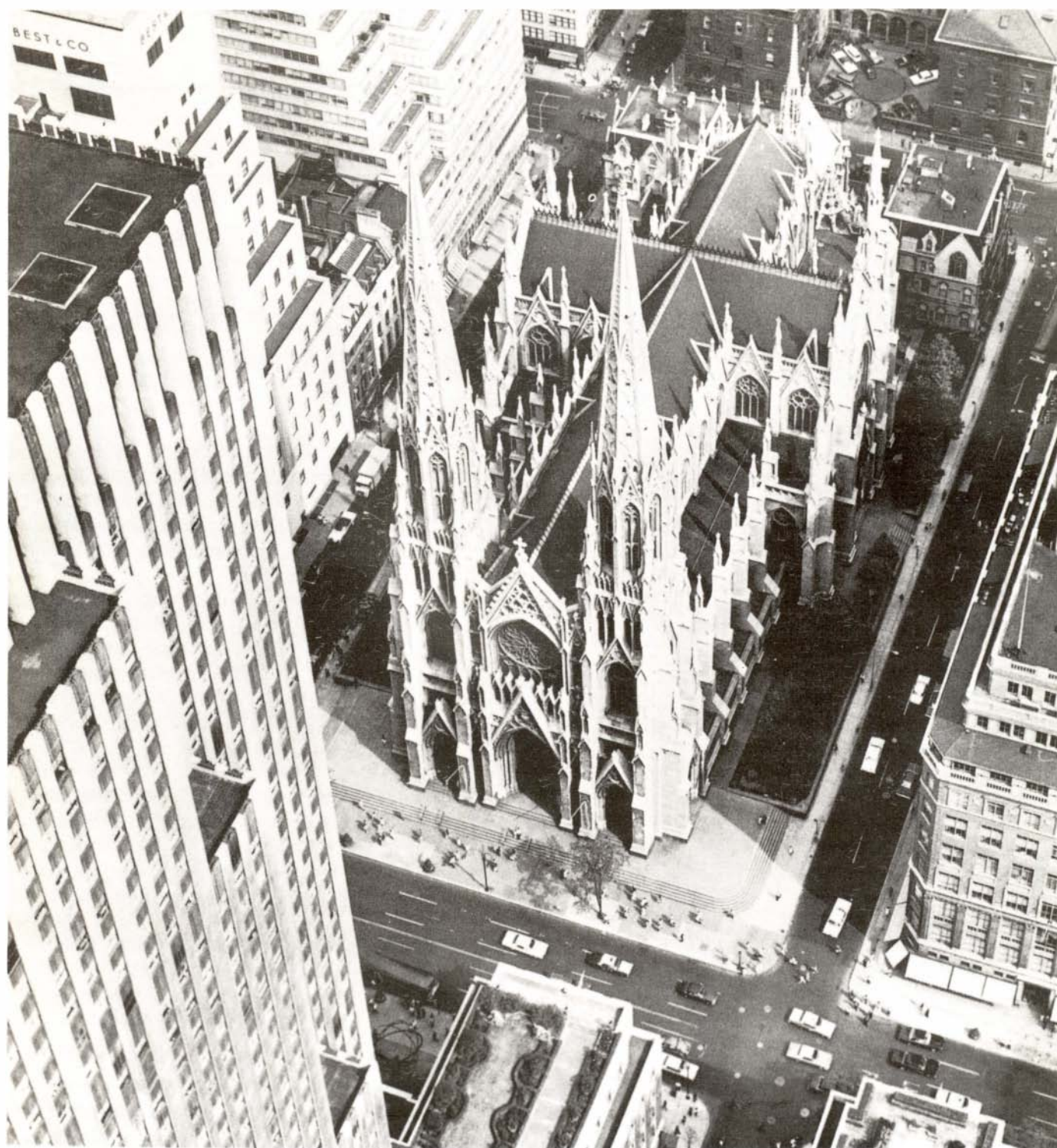


*Sota aquestes línies, un vell juga amb uns nens; la influència que les persones grans poden tenir en els infants és molt més gran del que es pensa. A la pàgina següent, vista aèria de la catedral de Sant Patrici i del Centre Rockefeller, a la ciutat de Nova York: les alçades provoquen notoris vertigens.*



Hi ha trastorns psicossomàtics emmarcats dins d'un quadre histèric. Però hi ha molts casos que presenten aqueixos trastorns sense cap dels trets caracterològics característics de l'histerisme. Àdhuc podem observar en qualsevol individu en estat de bona salut una conducta psicossomàtica del seu organisme. En un moment de tristesa pregon observem aquest rerafons psíquic en l'expressió somàtica d'un rostre de faccions flàccides i caigudes. En canvi, la preocupació o el mal humor els veiem en una "cara estirada", i aquest concepte d'estirament suggereix amb facilitat tibantor, tensió, i no la flacciditat de l'altre tipus d'allargament de les parts blanques de la cara. I això, que no és més que un simple exemple, s'esdevé independentment de la voluntat del subjecte, és a dir sense que aquest "compongui" el seu rostre intencionadament, com ho pot fer fins a cert punt un bon actor. Recordem també la gran inhibició de l'activitat evacuativa del budell que es pot assolir en molts casos (especialment, però no exclusivament, femenins) quan s'han fet el propòsit de no seure en cap W.C. que no sigui el de casa seva: així s'arriba a un restrenyiment intencional. Això s'observava més que ara a l'època de les diligències, en què els viatges eren llargs, no hi havia possibilitat de "descarregar" discretament i en lloc adequat més que a les parades, pels hostals del camí, molt espaiades l'una de l'altra, a la tradicional "comuna" que no oferia la netedat del wàter actual. Afegim-hi que en aquell temps la colitis (és a dir: problemes de la dinàmica intestinal que es relacionaven amb l'evacuació) era un trastorn psicossomàtic de moda entre la gent de cert nivell social; per tant, el budell era un òrgan que bo i semblar rebel als desigs d'una vida higiènica i sana, s'adaptava amb facilitat a l'altre desig -inconscient- seguir la moda: era, doncs, un òrgan que responia als capricis o necessitats socials dels subjectes.

Si mireu verticalment cap avall des d'una bona alçada, traient bastant el cap per damunt d'una barana, i -encara que us sentiu prou segurs i protegits- penseu que en aquesta posició, si no hi hagués barana, podríeu caure, n'hi haurà prou amb aquest simple joc imaginatiu perquè tingueu una lleugera sensació



d'esgarrifança que sentiu realment en el vostre cos, sigui quin sigui el substrat o canvi fisiològic que ho determini. En tota la fisiologia de l'emoció participen contínuament en les causes i en les reaccions components evidentment psicològics; i cal no oblidar que un grau alt o baix d'emoció està present en tot allò que l'home sent o interpreta com un trastorn del seu organisme.

## CONCLUSIÓ

Com a conclusió, caldria pensar sempre en la possible incidència del factor psicològic en tota malaltia. En la seva gènesi o en el seu curs, o en la seva irradiació familiar i social. Tot això de cara a la comprensió completa del quadre clínic i de cara a la seva solució en la totalitat de la persona afectada. ■

---

**Josep Miret i Monsó**  
és Professor del Departament de  
Psiquiatria i Psicologia Clínica de la  
Universitat de Barcelona  
i Ex-Catedràtic de les Universitats  
Catòlica Andrés Bello i Central  
Caracas (Veneçuela)

---