

¿QUÉ ES LA LOGOTERAPIA?

Antes de que pasemos a decir lo que es propiamente la logoterapia, conviene decir primero lo que *no es*: la logoterapia *no es una panacea*. La determinación del «método de la elección», en un caso determinado, viene a ser una ecuación con dos incógnitas:

$$\Psi = x + y$$

donde x representa la singularidad y unicidad de la personalidad del paciente, e y la no menos singular y única personalidad del terapeuta. Para decirlo con otras palabras: *ni cualquier método se puede aplicar en todos los casos con las mismas perspectivas de éxito, ni cualquier terapeuta puede poner en práctica con la misma eficacia cualquier método*. Y lo que hay que afirmar en general acerca de la psicoterapia, hay que afirmarlo también en particular acerca de la logoterapia. Para decirlo brevemente, nuestra ecuación puede completarse expresándola de la siguiente manera:

$$\Psi = x + y = \lambda$$

Y, sin embargo, Paul E. Johnson se atrevió una vez a decir: «La logoterapia no es una terapia rival frente a otras, sino que pudiera constituir para las mismas un reto gracias a su factor plus.» Lo que constituye ese «factor plus» (o factor de comple-

mento), nos lo describe N. Petrilowitsch al afirmar que la logoterapia, por contraste con todas las demás psicoterapias, no permanece en el plano de la neurosis, sino que va más allá de ella y penetra en la dimensión de los fenómenos específicamente humanos («Über die Stellung der Logotherapie in der klinischen Psychotherapie», *Die medizinische Welt* 2790, 1964). De hecho, el psicoanálisis considera la neurosis como el resultado de procesos psicodinámicos¹, e intenta por tanto tratar la neurosis poniendo en juego nuevos procesos psicodinámicos, por ejemplo, la trasferencia; la terapéutica de la conducta, muy ligada a la teoría del aprendizaje, vuelve a considerar la neurosis como un producto de determinados procesos de aprendizaje o conditioning processes, y se esfuerza por tanto en influir en la neurosis introduciendo algo así como un «volver a aprender» o «procesos de recondicionamiento» (*reconditioning processes*). En contraste con ello, la logoterapia asciende a la dimensión humana, y de esta manera llega a ser capaz de acoger en su instrumental los fenómenos específicamente humanos que encuentra en esa dimensión. Se trata de las dos características antropológicas fundamentales de la existencia humana, que se dan en esa dimensión: su autotrascendencia (Viktor E. Frankl, en *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, Urban und Schwarzenberg, Munich 1959), en primer lugar, y, en segundo lugar, la capacidad para distanciarse de sí mismo, una capacidad que caracteriza no menos como humano al existir del hombre como tal (Viktor E. Frankl, *Der unbedingte Mensch*, Franz Deuticke, Viena 1949, p. 88).

La autotrascendencia señala el hecho antropológico fundamental de que el existir humano siempre hace referencia a algo que no es ese mismo existir, a algo o a alguien, a un sentido que hay que cumplir o a la existencia de un ser humano solidario.

1. Considérense las siguientes líneas de una carta de Schnitzler, escrita con fecha 31 de diciembre de 1913, al psicoanalista Theodor Reik: «Hacia lo oscuro del alma conducen más caminos — así lo siento yo cada vez más intensamente — que aquellos en los que los psicoanalistas sueñan (y de los cuales se sirven para interpretar los sueños). Y muy a menudo una senda conduce incluso a través del mundo interior iluminado, allá donde ellos — y usted — creen demasiado pronto que hay que torcer hacia la zona de sombras» (cita tomada de *Vier unveröffentlichte Briefe Arthur Schnitzlers an den Psychoanalytiker Theodor Reik*, *Modern Austrian Literature*, vol. 8, n. 3/4, 1975, p. 240).

con el que se efectúa un encuentro. Por tanto, el hombre no llega a ser realmente hombre y no llega a ser plenamente él mismo sino cuando se entrega a una tarea, cuando no hace caso de sí mismo o se olvida de sí mismo al ponerse al servicio de una causa o al entregarse al amor de otra persona. Ocurre lo mismo que con el ojo, que no es capaz de ejercer su misión de ver el mundo sino en la medida en que no se ve a sí mismo. ¿Cuándo ve el ojo algo de sí mismo? Únicamente cuando está enfermo: cuando padezco de catarata y veo una «nube», o cuando padezco de glaucoma y veo alrededor una fuente de luz con los colores del arco iris, entonces mi ojo ve algo de sí mismo, entonces mi ojo percibe su propia enfermedad. Pero en esa misma medida se ha trastornado mi capacidad de visión.

Ejemplo
del ojo

Si no integramos la autotrascendencia en la imagen que nos formamos del hombre, no lograremos comprender la neurosis de masas ante la que nos hallamos hoy día. El hombre, en general, no se encuentra ya frustrado sexualmente, sino existencialmente. Hoy día, el hombre no padece tanto por sentimientos de inferioridad cuanto por *el sentimiento del absurdo* (Viktor E. Frankl, *The feeling of meaninglessness*, «The American Journal of Psychoanalysis» 32 [1972] 85). Y ese sentimiento del absurdo suele ir acompañado de un sentimiento de vacío, de un *vacío existencial* (Viktor E. Frankl, *Pathologie des Zeitgeistes*, Franz Deuticke, Viena 1955). Y se puede probar que ese sentimiento de que la vida no tiene ya sentido, va cundiendo. Alois Habinger, a base de una población idéntica de medio millar de aprendices, pudo demostrar que, en unos cuantos años, el sentimiento del absurdo se había incrementado más del doble (comunicación personal). Kratochvil, Vymetal y Kohler mostraron que el sentimiento del absurdo no se limita a los países capitalistas, sino que se observa también en los Estados comunistas, en los que ha penetrado «sin visado». Y la indicación de que ese sentimiento se observa también en los países en vías de desarrollo, se la debemos a L.L. Klitzke (*Students in Emerging Africa. Logotherapy in Tanzania*, «American Journal of Humanistic Psychology» 9 [1969] 105) y a Joseph L. Philbrick.

Si ahora nos preguntamos qué es lo que produce y puede

originar el vacío existencial, se nos ofrecerá la siguiente explicación: Por contraste con el animal, al hombre no le dicen los instintos ni las pulsiones lo que tiene que hacer. Y por contraste con épocas anteriores, hoy día no hay ya tradiciones que le digan lo que debe hacer. Al no saber lo que tiene que hacer y al no saber lo que debe hacer, el hombre no sabe ya tampoco a ciencia cierta qué es lo que él quiere. ¿La consecuencia? Una de dos: o *el hombre quiere únicamente lo que los demás hacen*, y eso se llama *conformismo*. O bien ocurre lo inverso: *él hace únicamente lo que los demás quieren*, en cuyo caso tenemos el *totalitarismo*. Hay, además, otro fenómeno que es consecuencia del vacío existencial; se trata de un neuroticismo específico, a saber, *la neurosis noógena* (Viktor E. Frankl, *Über Psychotherapie*, «Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde» 3 [1951] 461), la cual se deriva etiológicamente del sentimiento del absurdo, de la duda de que la vida tenga un sentido, de la desesperación de que exista en absoluto tal sentido².

Esto no quiere decir que esa desesperación sea ya en sí patológica. Preguntar por el sentido de la existencia, más aún, cuestionar en general ese sentido, es un acto humano más bien que un padecimiento neurótico; por lo menos, se manifiesta en él madurez intelectual: no se acepta ya sin críticas y sin preguntas la oferta de un sentido, sin reflexionar sobre él, tomándolo sencillamente de las manos de la tradición. No, sino que el sentido debe descubrirse y hallarse de manera independiente y por sí mismo. Por tanto, el modelo médico no se puede aplicar sin más a la frustración existencial. Si ésta es una neurosis, entonces se trata de una *neurosis sociógena*. Porque es un hecho sociológico —a saber, la pérdida de la tradición—, lo que hace que el hombre de hoy se sienta existencialmente tan inseguro.

Hay también formas larvadas de frustración existencial. Mencionaré únicamente los casos, frecuentes sobre todo entre

2. Hay ya diez trabajos científicos por los que se ve unánimemente que hay que contar con un 20 % de neurosis noógenas. Las investigaciones en cuestión se las debemos a Frank M. Buckley, Eric Klinger, Gerald Kovacic, Dietrich Langen, Elisabeth S. Lukas, Eva Niebauer-Kozdera, Kasimierz Popielski, Hans Joachim Prill, Nina Toll, Ruth Volhard y T.A. Werner (véase Eric Klinger, *Meaning and void*, University of Minnesota Press, Minneapolis 1977).

la juventud universitaria, de suicidio³, la drogodependencia, el alcoholismo tan difundido y la creciente delincuencia (juvenil). Hoy día no es difícil demostrar lo mucho que interviene en todo ello la frustración existencial. En concreto, con el *PIL-Test*, desarrollado por James C. Crumbaugh (y que puede obtenerse de Psychometric Affiliates, 1620 East Main Street, Murfreesboro, Tennessee 37130, Estados Unidos de América), se dispone de un instrumento de medición para cuantificar el grado de la frustración existencial. Y recientemente Elisabeth S. Lukas, con su *Logo-Test*, ha hecho una nueva aportación a las investigaciones exactas y empíricas llevadas a cabo por la logoterapia («Para validar la logoterapia», en Viktor E. Frankl, *La voluntad de sentido*, Herder, Barcelona ²1991)⁴.

Por lo que respecta a los suicidios, la Idaho State University examinó atentamente los casos de 60 estudiantes universitarios que habían intentado suicidarse, y en el 85 % de los casos el resultado fue que «la vida no significaba ya nada para ellos». Se

3. El suicidio es, en el caso de los universitarios norteamericanos, la segunda causa más frecuente de muerte, después de los accidentes de tráfico, como ha averiguado J.E. Knott, del Rhode Island College. En todas las demás personas de edad comparable, el suicidio no se halla sino en quinto lugar («Österreichische Ärztezeitung», año 29, fascículo 10 [25 de mayo de 1974]).

Pero los intentos de suicidio son quince veces más frecuentes, aun sin tener en cuenta las cifras no dadas a conocer oficialmente. Y menos mal que no se han dado a conocer. Pues los médicos no sólo tenemos que concebir nuestra acción en sentido terapéutico sino también en sentido profiláctico. Y en el terreno de la prevención del suicidio, la publicidad de los suicidios cometidos no es precisamente ventajosa. Kraft, psicólogo escolar del Consejo de Educación de la ciudad de Viena, nos informa sobre un experimento realizado en Suiza: En un cantón, los medios de difusión acordaron pasar un año entero sin dar noticias sobre suicidios; ello redujo a una décima parte el número de suicidios cometidos («Die Presse», 14-15 de noviembre de 1981).

4. Actualmente hay diez tests de logoterapia, que son el *PIL-Test* (*Purpose In Life*) de James C. Crumbaugh y Leonard T. Maholick («Eine experimentelle Untersuchung im Bereich der Existenzanalyse. Ein psychometrischer Ansatz zu Viktor Frankls Konzept der noogenen Neurose», en N. Petrillovitsch (dir.), *Die Sinnfrage der Psychotherapie*, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1972), el *SONG-Test* (*Seeking of Noetic Goals*) y el *MILE-Test* (*The Meaning In Life Evaluation Scale*) de James C. Crumbaugh (*Seeking of Noetic Goals Test*, «Journal of Clinical Psychology» 33,3 [1977] 900-907), el *Attitudinal Values Scale-Test*, de Bernard Dansart (*Development of a Scale to Measure Attitudinal Values as Defined by Viktor Frankl*, tesis doctoral, Northern Illinois University, De Kalb, 1974), el *Life Purpose Questionnaire-Test*, de R.R. Hutzell y Ruth Hablas (conferencia pronunciada en el *First World Congress of Logotherapy* en San Diego, California), el *Logo-Test*, de Elisabeth S. Lukas (Deuticke, Viena 1986), el *SEE-Test* (*Sinn-Einschätzung und -Erwartung*), de Walter Böckmann (*Sinn-orientierte Leistungsmotivation und Mitarbeiterführung. Ein Beitrag der humanistischen Psychologie, insbesondere der Logotherapie nach Viktor E. Frankl, zum Sinn-Problem der Arbeit*, Enke, Stuttgart 1980), y los tres tests que se encuentran aún en fase de elaboración y que debemos respectivamente a Gerald Kovacic (Universidad de Viena), a Bruno Giorgi (Universidad de Dublín) y a Patricia L. Starck (Universidad de Alabama).

comprobó que el 93 % de esos universitarios que padecían el sentimiento del absurdo se hallaban en excelente estado de salud física, participaban activamente en la vida social, habían obtenido excelentes calificaciones en sus estudios, y vivían en buena armonía con sus respectivas familias (comunicación personal de Vann A. Smith).

Por lo que respecta a la drogodependencia, William J. Chalstrom, director de un centro de la Marina para rehabilitación de drogadictos, no vacila en afirmar: «Más del 60 % de nuestros pacientes se quejan de que su vida carece de sentido» (comunicación personal). Betty Lou Padelford (tesis doctoral, United States International University, 1973) pudo probar estadísticamente que la razón de fondo de la drogodependencia no es, ni mucho menos, la «débil imagen del padre», como acusan a menudo los psicoanalistas, sino que la investigadora, basándose en los 416 estudiantes universitarios por ella examinados, pudo mostrar que el grado de frustración existencial se halla en correlación significativa con el índice de adicción a las drogas (*drug involvement index*): dicho índice, en los casos de personas no frustradas existencialmente, alcanzaba un promedio de 4,25, mientras que en los casos de personas frustradas existencialmente el promedio era de 8,90, es decir, más del doble. Los resultados obtenidos en estas investigaciones concuerdan también con los datos obtenidos por Glenn D. Shean y Freddie Fechtman (*Purpose in life scores of student marijuana users*, «Journal of Clinical Psychology» 27 [1971] 112).

Se comprende obviamente que una rehabilitación que tenga en cuenta la frustración existencial como factor etiológico y que la suprima mediante una intervención logoterapéutica es una rehabilitación prometedora de éxito. Y, así, vemos que, según «Medical Tribune» (3,19 [1971]), de los 36 drogadictos que fueron atendidos por la Clínica Neurológica de la Universidad de Viena, después de un tratamiento que duró 18 meses únicamente dos personas se habían logrado librar con seguridad de la toxicomanía, lo que equivale a un porcentaje del 5,5. En la República Federal de Alemania, «entre todos los jóvenes drogadictos que se someten a tratamiento médico, menos del 10 %

pueden contar con la curación» («Österreichische Ärztezeitung», 1973). En los Estados Unidos de América el promedio es del 11 %. Sin embargo, Alvin R. Fraiser, en el Centro de rehabilitación para drogadictos de California, del que es director, aplica métodos logoterapéuticos y cuenta con un promedio de curaciones del 40 %.

Algo análogo se puede decir del alcoholismo. Entre los casos graves de alcoholismo crónico se ha observado que el 90 % padecían de un inmenso sentimiento del absurdo de su propia vida (Annemarie von Forstmeyer, *The will to meaning as a prerequisite for self-actualization*, tesis doctoral, California Western University, 1968). No es extraño que James C. Crumbaugh, basándose en tests, comprobara objetivamente en casos de alcoholismo el éxito de la logoterapia de grupo, y comparándolo con el éxito obtenido con otros métodos de tratamiento, pudiera afirmar: «Tan sólo la logoterapia mostraba una mejora estadísticamente significativa» (*Changes in Frankl's existential vacuum as a measure of therapeutic outcome*, «Newsletter for Research in Psychology» 14 [1972] 35).

Con respecto a la delincuencia, W.A.M. Black y R.A.M. Gregson, de una universidad de Nueva Zelanda, averiguaron que la delincuencia y el sentido de la vida se hallan mutuamente en proporción inversa. Los reclusos que habían ingresado repetidas veces en prisión en las cárceles del país, al aplicárseles el test de Crumbaugh, se diferenciaban del promedio de la población en una proporción de 86 a 115 (*Purpose in life and neuroticism in New Zealand prisoners*, «Br. J. soc. clin. Psychol.» 12 [1973] 50).

Como pudieron demostrar investigadores de la conducta de la escuela de Konrad Lorenz, la agresividad que —por ejemplo, en la pantalla de televisión— es desviada hacia objetos inocuos y experimenta en ellos una abreacción, llega entonces a provocarse realmente y, de esta manera, encuentra camino más expedito. En un sentido general lo sintetiza así la socióloga Carolyn Wood Sherif, de la Pennsylvania State University: «Hay un conjunto muy importante de pruebas experimentales de que el éxito en la ejecución de acciones agresivas, lejos de

reducir la agresión subsiguiente, es la mejor manera de aumentar la frecuencia de las respuestas agresivas» (Scott, Berkowitz, Pandura, Ross y Walters). «Tales estudios han abarcado tanto la conducta animal como la conducta humana» (*Intergroup conflict and competition: Social-psychological analysis*, Scientific Congress, XXª Olimpiada, Munich, conferencia pronunciada el 22 de agosto de 1972).

Además, la profesora Sherif, de los Estados Unidos, nos ha hecho saber que la idea popular de que la competición en certamen deportivo es el sustitutivo de la guerra, pero sin derramamiento de sangre, es una idea equivocada: tres grupos de jóvenes que competían en un estadio deportivo a puerta cerrada habían establecido agresiones unos contra otros mediante los certámenes deportivos, en vez de suprimir tales agresiones. Pero lo más interesante viene ahora: en una sola ocasión quedaron como barridas las agresiones del centro deportivo. Y eso fue cuando el carro que transportaba las provisiones al campamento se quedó atascado en el barro, y los jóvenes tuvieron que movilizarse para desatascarlo. Esa «entrega a una tarea»⁵ que exigía un gran esfuerzo, pero que tenía pleno sentido, logró que se «olvidaran» literalmente las agresiones de los muchachos (Viktor E. Frankl, *El hombre doliente*, Herder, Barcelona 1990).

Con esto nos hallamos ya ante las posibilidades de una intervención logoterapéutica, que como tal —es decir, como logoterapéutica— tienda a la superación del sentimiento del absurdo (de que la propia vida no tiene sentido) y a poner en marcha procesos para hallar un sentido. De hecho, Louis S. Barber, en el centro de rehabilitación para delincuentes dirigido por él, y en un tiempo de seis meses, fue capaz de elevar el nivel de experiencias de tener sentido en la vida, averiguadas median-

5. Esto es aplicable también a la humanidad en su conjunto. También para ella la esperanza, en último término, sólo se afianzará cuando los hombres sean capaces de abrirse paso luchando hasta la realización de tareas comunes, hasta un objetivo que dé unión, mediante una voluntad común, para alcanzar algo que tenga sentido *para todos*. Yo veo en todo esto un enfoque más fecundo para investigar el camino que conduce a la paz, que no la palabrería con que se está hablando una y otra vez del agresor en potencia, y que lo único que quiere es hacer creer a los hombres que la guerra y la violencia son un destino ineludible.

Sentido de la
logoterapia

te la aplicación de tests, haciendo que ese nivel pasara de 86,13 a 103,46. Y lo logró convirtiendo el centro de rehabilitación en una especie de «ambiente logoterapéutico». Y mientras la tasa media de reincidencias era en los Estados Unidos del 40 %, Barber podía contar con una tasa de reincidencias de sólo el 17 %⁶.

Después de examinar las múltiples y variadas manifestaciones y expresiones de la frustración existencial, debemos preguntarnos ahora cuál será la condición del existir humano: cuál es el presupuesto (ontológico) de que, por ejemplo, los 60 universitarios examinados por la Idaho State University intentaran cometer suicidio, sin que existieran previamente razones psicofísicas o socioeconómicas. Para decirlo con una sola palabra: hay que estudiar cómo está constituida la existencia humana para que sea posible, en general, la frustración existencial. Con otras palabras: empleando la expresión misma de Kant, estudiaremos cuál es la «condición de posibilidad» de la frustración existencial. Y no andaremos muy descaminados, si suponemos que el hombre está estructurado de tal manera que su condición es tal que sencillamente no puede prescindir de tener un sentido en su vida. Para decirlo brevemente, no entenderemos la frustración de una persona si primero no entendemos su motivación. Y la presencia en todas partes del sentimiento del absurdo (del sentimiento de que la propia existencia no tiene sentido), nos servirá de indicador cuando tratemos de saber cuál es la motivación primaria, qué es lo que el hombre quiere supremamente.

La logoterapia enseña que el hombre, en el fondo, está penetrado de una «voluntad de sentido» (Viktor E. Frankl, *Der unbedingte Mensch*, Franz Deuticke, Viena 1949). Ahora bien, esta teoría suya de la motivación puede definirse operacional-

6. Desde la penitenciaría de Stein, el recluso Otto B. me confirma esta posibilidad, al escribirme «que, incluso la peor situación puede convertirse en una situación que tenga sentido, ¡con tal que uno quiera hacerlo!» y el ex-recluso Frank W., que ya «en la prisión con más rigurosas medidas de seguridad de toda Florida, situada a sólo unos cientos de metros de la silla eléctrica», había organizado un grupo de logoterapia, me escribe: «Las doce personas que originalmente formaron el grupo han seguido manteniendo contacto; tan sólo uno dio marcha atrás, y esa persona se encuentra ahora libre.»

mente, aun antes de su verificación y validación empíricas. Y puede hacerse dando la siguiente explicación: Llamamos sencillamente voluntad de sentido a aquello que se frustra en el hombre siempre que éste cae en el sentimiento del absurdo y del vacío.

James C. Crumbaugh y Leonard T. Maholick («Eine experimentelle Untersuchung im Bereich der Existenzanalyse: Ein psychometrischer Ansatz zu Viktor Frankls Konzept der "noogenen Neurose"», en *Die Sinnfrage in der Psychotherapie*, obra publicada bajo la dirección de Nikolaus Petrilowitsch, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1972) y asimismo Elisabeth S. Lukas (*Logotherapie als Persönlichkeitstheorie*, tesis doctoral, Viena 1971), en experimentos con miles de sujetos, se han esforzado por lograr la fundamentación empírica de la doctrina acerca de la voluntad de sentido. Mientras tanto se van conociendo cada vez más estadísticas que ponen de relieve la legitimidad de nuestra teoría acerca de la motivación. Entre los abundantes materiales que se han recogido en estos últimos tiempos, escogeré tan sólo los resultados de un proyecto de investigación, realizado conjuntamente por la University of California y el American Council on Education. Entre 189 733 estudiantes universitarios de 360 universidades, el interés primario del 73,7 % —se trata del porcentaje más elevado— se cifraba en un solo objetivo: «Llegar a una concepción del mundo en la que la vida tuviese pleno sentido.» El informe fue publicado en 1974. El año 1972 el porcentaje había sido únicamente del 68,1 % (Robert L. Jacobson, *The chronicle of higher education*).

Debemos referirnos también a los resultados de una investigación estadística realizada durante dos años, y que fueron publicados por la instancia suprema de la investigación psiquiátrica en los Estados Unidos de América, el National Institute of Mental Health. De esos resultados se desprende que 7948 estudiantes, encuestados en 48 centros norteamericanos de enseñanza superior, respondieron de la siguiente manera: un 16 % aproximadamente consideraban como objetivo de su vida «ganar mucho dinero», mientras que el grupo más importante

—se trataba del 78 %— no querían más que una sola cosa: «encontrar un sentido para mi vida.»

Dediquémonos ahora a la cuestión acerca de lo que pudiéramos emprender frente a la frustración existencial, es decir, la frustración de la voluntad de sentido, y frente a la neurosis noógena —hacia poco hablábamos de la interpretación del sentido, del dar sentido a algo—. Ahora bien, propiamente no se puede dar sentido, y menos el terapeuta. Este no puede dar sentido a la vida del propio paciente, o entregar ese sentido al paciente para que se ponga en camino. El sentido debe hallarse. Y en cada caso no puede hallarlo sino uno mismo. Y este asunto lo lleva a cabo la propia conciencia moral. En este sentido hemos designado la conciencia moral como el «órgano de sentido» (Viktor E. Frankl, «Logotherapie und Religion», en *Psychotherapie und religiöse Erfahrung*, obra publicada bajo la dirección de Wilhelm Bitter y Ernst Klett, Stuttgart 1965). Por tanto, el sentido no puede darse como quien da una prescripción médica. Pero lo que sí podríamos hacer es describir lo que pasa en el interior del hombre, siempre que él se pone a buscar un sentido. En efecto, se ha visto que el hallar un sentido termina en la percepción de una forma, tal y como lo entienden Max Wertheimer y Kurt Lewin, que hablan ya del «carácter de exigencia» que es inherente a determinadas situaciones. Sólo que en forma de sentido no se trata de una «figura» que nos salte a la vista desde un «trasfondo», sino que lo que se percibe siempre al hallar el sentido es, sobre el trasfondo de la realidad, una posibilidad: la posibilidad de transformar de una o de otra manera la realidad.

Ahora se ve que el hombre llano y sencillo, es decir, el hombre que durante años no se ha visto expuesto a la indoctrinación, sea como estudiante universitario en el terreno académico, sea como paciente en el sofá del analista, sabe desde siempre por qué caminos puede hallarse sentido y llenar de sentido la propia vida. A saber, primordialmente realizando una acción o creando una obra, es decir, creativamente. Pero también por medio de una experiencia, esto es, cuando experimentamos algo o a alguien, y experimentar a alguien en toda su singularidad y

motivación

gestal

unicidad significa amarle. La vida se muestra como incondicionalmente significativa, permanece llena de sentido —tiene sentido y lo conserva— en todas las condiciones y circunstancias. Porque, en virtud de una *autocomprensión ontológica prerreflexiva*, de la que destila toda una axiología, sabe también no menos el hombre de la calle⁷ que, aun en el caso —o, mejor, precisamente en el caso— de que se vea confrontado con un hecho inmutable, es capaz de demostrar su humanidad precisamente en el dominio de esa situación: es capaz de dar testimonio de lo que el hombre puede hacer. Por tanto, lo que entonces cuenta es la actitud y la postura con que el hombre encaje los ineludibles golpes del destino en la vida. Por consiguiente, al hombre le ha sido dado y permitido arrancarle y ganarle a la vida un sentido. Y eso hasta su último aliento.

Desarrollada originalmente de manera intuitiva esta *logoterapia* dentro del marco de la logoterapia, o doctrina acerca de los denominados originalmente «valores creativos, valores de vivencia y de actitud» (Viktor E. Frankl, *Zur geistigen Problematik der Psychotherapie*, «Zentralblatt für Psychotherapie» 10 [1938] 33), ha sido entretanto verificada y validada empíricamente. Y, así, Brown, Casciani, Crumbaugh, Dansart, Durlak, Kratochvil, Lukas, Lunceford, Mason, Meier, Murphy, Planova, Popielski, Richmond, Roberts, Ruch, Sallee, Smith, Yarnell y Young han podido comprobar que el hallar el sentido y colmar de sentido son cosas independientes de la edad y grado de formación, del sexo masculino o femenino, y del hecho de que uno sea persona religiosa o irreligiosa, y, si profesa una religión, del credo religioso que se profese. Y lo mismo hay que decir del cociente de inteligencia (CI; Viktor E. Frankl, *La presencia ignorada de Dios*, Herder, Barcelona ⁸1991). Finalmente, Bernard Dansart, con ayuda de un test desarrollado por

7. Gracias a la autocomprensión ontológica prerreflexiva, el hombre de la calle sabe ante todo que toda situación concreta es una pregunta a la que él tiene que responder, de manera que él, propiamente, no tiene que preguntar en absoluto acerca del sentido de su existencia, porque «es la vida misma la que hace preguntas al hombre: él no tiene que preguntar; es la vida la que le pregunta a él, y él tiene que responder a la vida; y con sus respuestas tiene que justificar a la vida» (Viktor E. Frankl, *Ärztliche Seelsorge*, Franz Deuticke, Viena 1946).

él, ha podido legitimar empíricamente la introducción del concepto «valores de actitud» (*Development of a scale to measure attitudinal values as defined by Viktor Frankl*, tesis doctoral, Northern Illinois University, 1974).

¿Cuál es la aplicación práctica de esta logoteoría en el ejercicio de la psicoterapia? Me gustaría citar aquí el caso de una enfermera que me fue presentada en el marco de un seminario que di para el Departamento de psiquiatría de la Stanford University. Esta paciente sufría un cáncer no operable, y ella lo sabía. Entró llorando en la habitación en la que estaban reunidos los psiquiatras de Stanford, y con voz ahogada por las lágrimas habló de su vida, de sus hijos, inteligentes y con éxito, y de lo difícil que le resultaba decir adiós a todo eso. Hasta ese momento —lo diré abiertamente— no había tenido yo ocasión para introducir en las conversaciones ideas sobre la logoterapia. Pero ahora se pudo convertir en algo positivo, se pudo comprender e interpretar como cosa llena de sentido aquello que a los ojos de esa mujer había sido lo más negativo: el tener que abandonar lo máspreciado que había para ella en el mundo. No necesité más que preguntarle qué diría una mujer que no tuviese hijos. Yo estaba convencido de que, incluso la vida de una mujer que no hubiera tenido hijos, no tenía por qué ser absurda. Pero me imaginaba perfectamente que esa mujer estuviera desesperada porque no había nada ni nadie «que ella tuviera que dejar en el mundo», cuando llegase la hora de partir de este mundo. En ese instante brilló el rostro de la paciente. De repente había llegado a ser consciente de que lo que interesa no es que tengamos que decir adiós a todo, porque antes o después todos tendremos que hacerlo, sino que lo que interesa es que haya algo a lo que tengamos que decir adiós. Algo que podamos dejar en el mundo: algo con lo que podamos cumplir un sentido y que nos llene en el día en que se cumpla nuestro tiempo. Sería difícil describir lo aliviada que se sintió la paciente, después que el diálogo socrático que habíamos mantenido entre nosotros tomó un giro copernicano. Ahora desearía establecer un contraste entre el estilo logoterapéutico de una intervención y el estilo psicoanalítico, tal como puede verse por un trabajo de

Edith Weisskopf-Joelson (seguidora norteamericana del psicoanálisis, que actualmente ha optado por la logoterapia): «El efecto desmoralizador de la negación del sentido de la vida, principalmente del sentido profundo que potencialmente es inherente al sufrimiento, puede ilustrarse con ayuda de la psicoterapia que un freudiano aplicó a una mujer que padecía de cáncer incurable.» Y Weisskopf-Joelson hace que K. Eissler tome la palabra: «Esta mujer comparaba la plenitud de sentido de su vida anterior con el absurdo de su fase actual; pero aun ahora, cuando esta mujer no podía ya ejercer su profesión y tenía que permanecer echada durante muchas horas del día, su vida seguía siendo significativa, pensaba ella, y lo seguía siendo porque su vida seguía siendo importante para sus hijos, y ella de esta manera tenía que cumplir una tarea. Pero una vez que la trasladaron al hospital, sin perspectiva de volver jamás a casa, y cuando ya no fue capaz de abandonar la cama, esta mujer se convertiría en un amasijo de carne inútil y perezosa y su vida perdería todo sentido. Es verdad que esta mujer estaba dispuesta a soportar todos los dolores, mientras ello siguiera teniendo algún sentido. Pero, ¿para qué quería yo condenarla a soportar sus padecimientos en un momento en que la vida había dejado ya hacía mucho tiempo de tener sentido? Yo repliqué que esa mujer —a mi parecer— había cometido un burdo error; porque *toda* su vida había carecido de sentido, y desde siempre había vivido sin sentido, aun *antes* de que estuviera enferma. Hallar un sentido a la vida, dije yo, es algo que los filósofos habían intentado siempre inútilmente. Y, por tanto, la única y exclusiva diferencia que había entre su vida anterior y su vida actual era que, en la fase anterior de su vida, ella había sido capaz todavía de creer que la vida tuviese un sentido, mientras que en la fase actual no era ya capaz de creerlo. En realidad, le dije encarecidamente, *las dos* fases de su vida habían carecido absolutamente de sentido. Ante esta revelación, la paciente se llenó de perplejidad, me dijo que apenas comprendía lo que yo quería decirle y prorrumpió en lágrimas»⁸.

8. K. Eissler, *The psychiatrist and the dying patient*, Nueva York 1955, p. 190s.

Eissler no sólo no inspiró a la paciente la fe en que incluso el sufrimiento puede tener un sentido, sino que, además, llegó a quitarle la fe en que toda su vida hubiera podido tener incluso el más mínimo sentido. Pero no nos preguntemos sólo como un psicoanalista, sino también como un terapeuta de la conducta, cuando nos hallemos ante casos de tragedia humana como la inminencia de la propia muerte o la muerte de otra persona. Una de las figuras más representativas de la modificación de la conducta, fundamentada en la teoría del aprendizaje, nos dice a este propósito: en tales casos, «el paciente tendría que lograr que mucha gente le llamara por teléfono; tendría que dedicarse a cortar el césped del jardín o a lavar la vajilla, y tales actividades serán alabadas por el terapeuta o recompensadas de alguna otra manera»⁹.

Una psicoterapia que deduce su comprensión del hombre de los experimentos realizados con ratas, ¿cómo iba a estar preparada para abordar el hecho antropológico fundamental de que una persona que vive en una sociedad de abundancia esté dispuesta, por un lado, a cometer suicidio, y, por otro lado, acepte de buena gana sus padecimientos, con tal que éstos tengan sentido? Tengo delante de mí la carta de un joven psicólogo que me describe cómo intentó confortar internamente a su madre moribunda. «Fue para mí muy amargo — escribe luego — el darme cuenta de que en aquella ocasión no me servía para nada todo lo que había aprendido en siete años de carrera, y que con todo ello no era capaz de aliviar a mi madre en ese trance y de hacer que aceptara la dureza y el carácter definitivo de su destino.» Nada de ello le servía, a excepción de lo que luego había aprendido en su formación logoterapéutica subsiguiente «acerca del sentido del sufrimiento y de la rica cosecha que supone cobijarse en el pasado». Y, a la vista de todo ello, tuvo él que confesarse que esos «argumentos, en parte acientíficos pero muy sabios, poseen el peso más alto ante la suprema instancia humana».

Entretanto habrá quedado claro que sólo una psicoterapia

9. J. Wolpe, en «American Journal of Psychotherapy» 25 [1971] 362.

que se atreva a ir más allá de la psicodinámica y de la investigación de la conducta, y a elevarse hasta la dimensión de los fenómenos específicamente humanos, en una palabra, que sólo una *psicoterapia rehumanizada* será capaz de comprender los signos de los tiempos y de acoplarse a las necesidades de la época. Para decirlo con otras palabras, habrá quedado claro que nosotros, para diagnosticar tan sólo la frustración existencial o incluso una neurosis noógena, necesitamos ver en el hombre un ser que, en virtud de su propia autotranscendencia, se halla constantemente a la búsqueda de su propio sentido. Pero, en lo que se refiere no ya al diagnóstico, sino a la terapia —y no a la terapia de la neurosis noógena, sino a la terapia de la neurosis psicógena—, para agotar todas las posibilidades debemos recurrir a la capacidad, no menos distintiva del hombre, de distanciarse con respecto a sí mismo. Y esta capacidad la encontramos no en último lugar en forma de la capacidad humana para el humor. Por tanto, una psicoterapia humana —humanizada, rehumanizada— presupone que tengamos bien presente la autotranscendencia y que lleguemos a dominar el autodistanciamiento. Pero ambas cosas no son posibles, si vemos en el hombre un animal. Ningún animal se preocupa del sentido de la vida, y ningún animal es capaz de reír. Esto no quiere decir que el hombre sea sólo hombre y no sea también animal. En efecto, la dimensión del hombre es la más alta en comparación con la capacidad animal. Y esto significa que la dimensión del hombre abarca también la dimensión del animal. Por consiguiente, la comprobación de fenómenos específicamente humanos en el hombre y el reconocimiento simultáneo de que hay también en él fenómenos subhumanos, no se contradicen absolutamente entre sí, porque entre lo humano y lo subhumano no hay relación de exclusión, sino —si me es permitido expresarlo así— de inclusión.

Precisamente, el objetivo de la técnica logoterapéutica de la intención paradójica consiste en movilizar la capacidad para el autodistanciamiento en el marco del tratamiento de la neurosis psicógena, mientras que el fundamento de otra técnica logoterapéutica, la de la derreflexión, es el otro hecho antropológico

fundamental, a saber, la autotrascendencia. Ahora bien, para comprender estos dos métodos de tratamiento, debemos partir de la teoría de la neurosis tal como se formula en la logoterapia.

En la logoterapia distinguimos tres patrones (o tipos) patógenos de reacción. El primero puede describirse de la siguiente manera: el paciente reacciona ante un síntoma dado (figura 1) con el temor de que ese síntoma pudiera volver a aparecer, es decir, con angustia de expectativa, y esa angustia de expectativa lleva consigo el que el síntoma vuelva luego a aparecer realmente: suceso que no hace más que consolidar al paciente en su temor original.

Angustia de expectativa

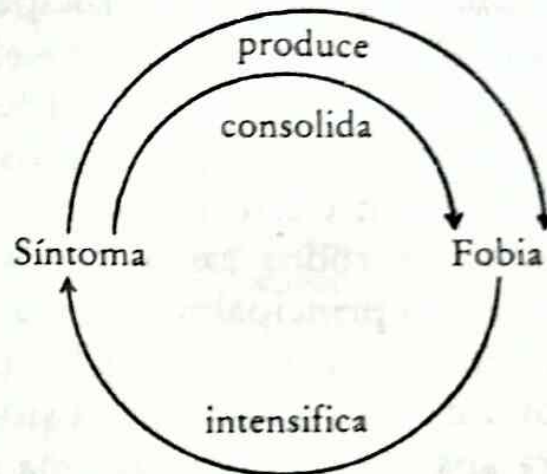


Figura 1

Ahora bien, eso de cuya reaparición tiene el paciente tal angustia, puede ser también a veces la angustia. Nuestros pacientes hablan de una «angustia de la angustia», y lo hacen por cierto con toda espontaneidad. ¿Y cómo es motivada por ellos esa angustia? Generalmente tienen miedo a desmayarse, a sufrir un infarto, o a tener una apoplejía. ¿Y cómo reaccionan ante su angustia de la angustia? Con la huida. Por ejemplo, evitan salir de casa. De hecho, la agorafobia es el paradigma de ese primer patrón de reacción de angustia neurótica.

¿Por qué ese patrón de reacción será «patógeno»? En una conferencia pronunciada por invitación de la American Association for the Advancement of Psychotherapy (Nueva York, 26 de febrero de 1960), lo formulamos de la siguiente manera:

«Las fobias y las neurosis obsesivo-compulsivas se deben en parte al esfuerzo por evitar la situación en que surge la angustia» (Viktor E. Frankl, *Paradoxical intention: A logotherapeutic technique*, «American Journal of Psychotherapy» 14 [1960] 520). Ahora bien, esta concepción nuestra de que la huida de la angustia mediante la evitación de la situación que desencadena la angustia es tan decisiva para que se perpetúe el patrón de reacción de angustia neurótica, se ha visto confirmada también entretanto, repetidas veces, por la terapéutica de la conducta. Y, así, dice I.M. Marks (*The origins of phobic states*, «American Journal of Psychotherapy» 24 [1970] 652): «La fobia se mantiene por la angustia, que reduce el mecanismo para evitarla.» No se puede negar que la logoterapia anticipó muchas cosas, que luego fueron asentadas sobre sólida base experimental por la terapéutica de la conducta. Ya en el año 1947 sostuvimos la siguiente opinión: «Como es sabido, la neurosis puede concebirse en cierto sentido y con cierto derecho como mecanismo de reflejo condicionado. A todos los métodos de tratamiento psiquiátrico de orientación principalmente analítica lo que más les interesa es esclarecer conscientemente las condiciones primarias del reflejo condicionado, es decir, la situación externa e interna de la primera aparición de un síntoma neurótico. Pero nosotros opinamos que la neurosis propiamente tal —la neurosis manifiesta, la neurosis ya fijada— no está causada únicamente por su condición primaria, sino por su facilitación (secundaria). Ahora bien, el reflejo condicionado, que es como tratamos de concebir ahora el síntoma neurótico, queda facilitado por el círculo vicioso de la angustia de expectativa. Según esto, si como quien dice queremos desfacilitar a un reflejo que se haya introducido, lo que ciertamente hay que hacer es eliminar la angustia de expectativa, consiguiéndolo de la manera indicada según el principio que denominamos la «intención paradójica» (Viktor E. Frankl, *La psicoterapia en la práctica médica*, Buenos Aires 1966).

El segundo patrón de reacción patógena no se observa en los casos de neurosis de angustia sino en los de neurosis obsesiva. El paciente se halla bajo la presión (figura 2) de las ideas

obsesivas que se precipitan sobre él, y reacciona ante ellas tratando de reprimirlas. Trata, por tanto, de ejercer una presión contraria. Pero esa presión contraria no hace más que intensificar la presión original. Se cierra de nuevo el círculo, y el paciente se encuentra prendido en ese círculo vicioso. Ahora bien, lo que caracteriza a la neurosis obsesiva no es, como en el caso de la neurosis de angustia, una huida, sino la lucha, el combatir contra las imágenes obsesivas. Debemos preguntarnos de nuevo qué es lo que al paciente le mueve a hacerlo. Y se ve que una de dos: o el paciente teme que las ideas obsesivas sean más que una neurosis y señalen la existencia de una psicosis. O el paciente tiene miedo de que él pudiera poner en práctica las imágenes obsesivas de contenido delictivo, haciendo algo a alguien —a alguien o a sí mismo—. De una o de otra manera, el paciente que sufre de neurosis obsesiva no tiene angustia de la angustia misma, sino que tiene angustia de sí mismo.

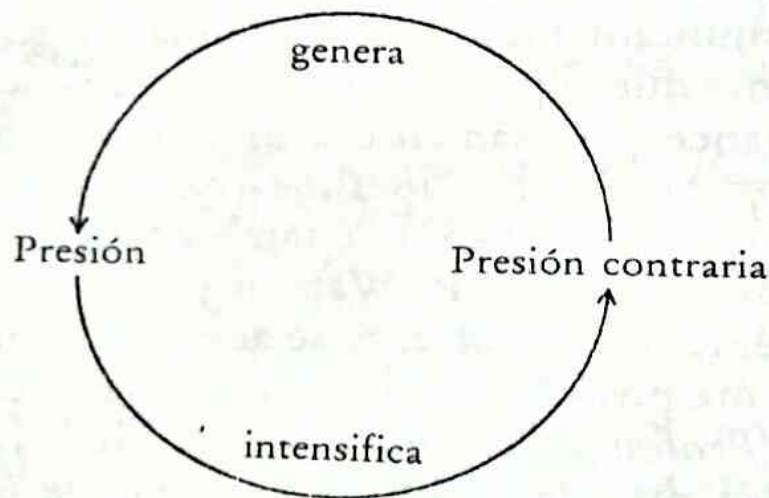


Figura 2

Pues bien, es tarea de la intención paradójica romper los dos mecanismos del círculo y desquiciarlos. Y esto se logra quitándole a los temores del paciente el viento que sopla en sus velas, o —como se expresaba una vez un paciente— «agarrando al toro por los cuernos». Pero hay que tener en cuenta que quien padece neurosis de angustia tiene miedo de algo que pudiera sucederle, mientras que quien padece neurosis obsesiva tiene miedo también de algo que él pudiera hacer. Ambas cosas se

tienen en cuenta, si definimos de la siguiente manera la intención paradójica: Se instruye al paciente para que desee para sí precisamente aquello de lo que siempre había tenido tanto miedo (neurosis de angustia), o que lo emprenda (neurosis obsesiva).

Como vemos, con la intención paradójica se trata de una inversión de aquella intención que caracteriza a los dos patrones de reacción patógena, a saber, el patrón de la evitación de la angustia y de la obsesión por la huida de la primera intención, o la lucha contra el segundo patrón. Esto es precisamente lo que también hoy día consideran como decisivo los terapeutas de la conducta: I.M. Marks, basándose en su hipótesis de que la fobia se mantiene por medio de los mecanismos que reducen la angustia, formula la siguiente recomendación terapéutica: «La fobia no se puede superar propiamente sino cuando el paciente vuelve a enfrentarse con la situación de fobia» (l.c.). Y para ello se dispone de la intención paradójica. Marks, en un trabajo elaborado conjuntamente con S. Rachman y R. Hodgson, recalca igualmente que al paciente hay que convencerle y alentarle para que se lance precisamente a lo que más le intranquiliza (*The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis*, «Behav. Res. Ther.» 9 [1971] 237). Y también en un trabajo, elaborado conjuntamente con J.P. Watson y R. Gaid, recomienda terapéuticamente que el paciente se acerque lo más posible y lo más rápidamente posible al objeto de sus temores y no eluda ya tales objetos (*Prolonged exposure*, «Brit. Med. J.» 1 [1971] 13).

Hoy día los más destacados terapeutas de la conducta admiten que la logoterapia puso en práctica hace ya mucho tiempo esas recomendaciones terapéuticas, en forma de la intención paradójica, descrita ya en 1939. «La intención paradójica parte, sí, de un enfoque completamente distinto al de la teoría del aprendizaje», escriben H. Dilling, H. Rosefeldt, G. Kockott y H. Heyse, del Max-Planck-Institut für Psychiatrie. Pero sus «efectos pudieran explicarse posiblemente por los simples principios de la psicología del aprendizaje». Después que los autores admiten que con la intención paradójica «se lograron buenos resultados y en parte muy rápidos», interpretan esos

resultados en términos de la psicología del aprendizaje, suponiendo «la disolución del vínculo condicionado entre el estímulo desencadenante y la angustia. Para establecer nuevas formas de reacción, más adaptadas a determinadas situaciones, hay que abandonar la conducta de evitación con su efecto constantemente intensificador, y la correspondiente persona debe adquirir nuevas experiencias con los estímulos que desencadenan la angustia» (*Verhaltenstherapie bei Phobien, Zwangsneurosen, sexuellen Störungen und Süchten*, «Fortschr. Neurol. Psychiat.» 39 [1971] 293). Este asunto lo proporciona precisamente la intención paradójica. Arnold A. Lazarus confirma los éxitos de esta intención, y los explica de la siguiente manera desde el punto de vista de la terapéutica de la conducta: «Cuando la gente alienta a sus angustias previsoras a que hagan erupción, entonces ven casi siempre que la reacción opuesta se hace más importante: sus peores temores se hacen menos violentos; y si el método se utiliza varias veces, sus pavores terminan por desaparecer» (*Behavior therapy and beyond*, McGraw-Hill, Nueva York 1971).

Yo practiqué la intención paradójica ya en 1929 (Ludwig J. Pongratz, *Psychotherapie in Selbstdarstellungen*, Hans Huber, Berna 1973), pero no la describí hasta 1939 (Viktor E. Frankl, *Zur medikamentösen Unterstützung der Psychotherapie bei Neurosen*, «Schweizer Archiv für Neurologie un Psychiatrie» 43 [1939] 26), y tan sólo en 1947 la di a conocer por su nombre (Viktor E. Frankl, *La psicoterapia en la práctica médica*, Buenos Aires 21966; ed. orig. alemana: Viena 1947). Es innegable la semejanza con métodos de tratamiento propios de la terapéutica de la conducta, que llegaron más tarde al mercado, como *anxiety provoking, exposure in vivo, flooding, implosive therapy, induced anxiety, modeling, modification of expectations, negative practice, satiation* y *prolonged exposure*. Y esa semejanza no ha pasado desapercibida a algunos terapeutas de la conducta. Según Dilling, Rosefeldt, Kockott y Heyse, «el método de la intención paradójica, aunque originalmente no se concibió dentro de la psicología del aprendizaje, se basa posiblemente en mecanismos que producen un efecto parecido a las

formas de tratamiento denominadas *flooding* e *implosive therapy*» (l.c.). Y por lo que respecta a la forma de tratamiento mencionada en último lugar, I.M. Marks remite igualmente a «ciertas semejanzas con la técnica de la intención paradójica» (*Fears and phobias*, Academic Press, Nueva York 1969), y se refiere también al hecho de que esa técnica nuestra «se parecía estrechamente a lo que ahora se llama *modeling*» (Hans H. Strupp y otros [dirs.], *Psychotherapy and behavior change 1973*, Aldine Publishing Company, Chicago 1974)¹⁰.

Si alguien puede reclamar una prioridad con respecto a la intención paradójica, podrán hacerlo únicamente —a mi parecer— los siguientes autores. A Rudolf Dreikurs le debo la referencia a un «artificio» análogo, que fue descrito por él ya en 1932 (*Das nervöse Symptom*, Verlag Moritz Perles, Viena y Leipzig) y antes aún por Erwin Wexberg, quien acuñó *ad hoc* la expresión *Antisuggestion*. En 1956 se me dio a conocer que H. von Hattingberg hace referencia también a una experiencia análoga: «Si se logra, por ejemplo, desear conscientemente la aparición de un síntoma nervioso, contra el que uno se había resistido hasta ahora con angustia, esa actitud voluntaria del individuo puede hacer que desaparezca la angustia y finalmente

10. El profesor Michael Ascher, adjunto de Wolpe en la Clínica Universitaria de Terapéutica de la conducta de Filadelfia, encuentra interesante el que la mayoría de los sistemas psicoterapéuticos hayan desarrollado métodos que no pueden ser utilizados en absoluto por los partidarios de otros sistemas. Sin embargo, la técnica logoterapéutica de la intención paradójica sería una excepción en este punto, por cuanto muchos psicoterapeutas de los campos más diversos integran dicha técnica en su propio sistema. «Durante estos dos últimos decenios, la intención paradójica ha venido popularizándose entre gran variedad de terapeutas, que se hallan impresionados por la eficacia de esta técnica» (*Paradoxical intention*, en A. Goldstein y E.B. Foa [dirs.], *Handbook of behavioral interventions*, John Wiley, Nueva York 1980). Ascher piensa incluso que se han desarrollado métodos de terapéutica de la conducta que son simplemente «traducciones de la intención paradójica a la terapéutica basada en la teoría del aprendizaje», lo cual se aplicaría especialmente a los métodos denominados *implosion* y *satiation*. El profesor Irvin D. Yalom, de la Stanford University, piensa a su vez que la técnica logoterapéutica de la intención paradójica se anticipó al método introducido por Milton Erickson, Jay Haley, Don Jackson y Paul Watzlawick, y que se denomina «prescripción del síntoma» (*symptom prescription*). Sobre la postura de Irvin D. Yalom, véase su obra *Psicoterapia existencial*, Herder, Barcelona 1984 (cf. especialmente, en el cap. 10, el apartado: «Las contribuciones de Viktor Frankl», p. 527-533).

Con respecto a la «eficacia» de la intención paradójica, que según Ascher ha hecho que esa técnica fuera tan «popular», remitiremos (para escoger tan sólo un ejemplo) a un caso de *incapacitating erythrophobia*, caso que Y. Lamontagne fue capaz de curar en cuatro sesiones, a pesar de que el mal tenía ya doce años de duración (*Treatment of erythrophobia by paradoxical intention*, «The Journal of Nervous and Mental Disease» 166,4 [1978] 304-306).

también el síntoma. Claro que tal experiencia sólo es asequible prácticamente para algunos. Sin embargo, apenas habrá experiencia que sea más aleccionadora para quien se halla inhibido psíquicamente» (*Über die Liebe*, Munich-Berlín 1940).

No es admisible tampoco que la intención paradójica, para ser realmente eficaz, no haya tenido sus predecesores y precursores. Por tanto, lo que puede imputarse únicamente como mérito a la logoterapia es haber estructurado el principio convirtiéndolo en método y haberlo desarrollado para integrarlo en un sistema.

Sólo que fue tanto más notable el que el primer intento de probar experimentalmente la eficacia de la intención paradójica fuera emprendido por terapeutas de la conducta. Fueron los profesores L. Solyom, J. Garza-Pérez, B.L. Ledwidge y C. Solyom, de la Clínica Psiquiátrica de la McGill University, los que en casos de neurosis obsesiva crónica escogieron en cada caso dos síntomas marcados por la misma intensidad, y luego uno de ellos, el síntoma objetivo, lo trataron con la intención paradójica, mientras que el otro, el síntoma de «control», quedó sin tratamiento. Se vio de hecho que única y exclusivamente desaparecieron los síntomas que se habían sometido a tratamiento en cada caso, y por cierto en el espacio de pocas semanas. Y en ninguno de esos casos se llegó a síntomas sustitutivos (*Paradoxical intention in the treatment of obsessive thoughts: A pilot study*, «Comprehensive Psychiatry» 13 [1972] 291)¹¹.

11. Ascher se hizo también benemérito en cuanto a la demostración experimental de la importancia y eficacia terapéutica de la intención paradójica. Se vio en general que la técnica logoterapéutica era de igual valor que las diversas «intervenciones» de la terapéutica de la conducta. Sin embargo, en casos de trastornos en la conciliación del sueño, y también en casos de trastornos de la micción, el método logoterapéutico llegó incluso a ser superior a ellas. Por lo que respecta a los casos de trastornos en la conciliación del sueño, los pacientes de Ascher habían necesitado originalmente un promedio de 48,6 minutos para conciliar el sueño. Después de diez semanas de tratamiento de terapéutica de la conducta, el promedio era de 39,36 minutos. Ahora bien, si a continuación se empleaban dos semanas para aplicar el método de la intención paradójica, el promedio era ya únicamente de 10,2 minutos (L.M. Ascher y J. Efran, *Use of paradoxical intention in a behavioral program for sleep onset insomnia*, «Journal of Consulting and Clinical Psychology» 46 [1978] 547-550). «La intención paradójica redujo significativamente las quejas relativas al sueño, en contraste con los grupos de control a los que se administró placebo y con los de la lista de espera» (Ralph M. Turner y L. Michael Ascher, *Controlled comparison of progressive relaxation, stimulus control, and paradoxical intention therapies for insomnia*, «Journal of Consulting and Clinical Psychology» 47,3 [1979] 500-508).

Entre los terapeutas de la conducta volvió a ser Lazarus quien llamó la atención sobre «un elemento integrante del método de Frankl de la intención paradójica: la evocación deliberada del humor. A un paciente que tiene miedo de sudar, se le ordena que muestre a su auditorio lo que es realmente la transpiración; que sude a torrentes gotas de sudor que empapen todo lo que esté a su alcance» (l.c.). De hecho, como ya dijimos anteriormente al hablar de la movilización de la capacidad para distanciarse de sí mismo, el humor con que el paciente tiene que formular en cada caso la intención paradójica, forma parte de la esencia de esta técnica, y gracias a él se aparta de los métodos de tratamiento de la terapéutica de la conducta que hemos enumerado.

Ahora bien, la razón que tenemos para insistir una y otra vez en la importancia del humor para el éxito de la intención paradójica, quedó demostrada recientemente también por un terapeuta de la conducta. Fue Iver Hand, del Maudsley Hospital de Londres, quien pudo observar que pacientes que padecían de agorafobia, confrontados en grupo con las situaciones que hasta entonces habían sido evitadas por ellos porque desencadenaban su angustia, se incitaban de manera totalmente espontánea a sí mismos, y unos a otros, con humor, a exagerar su angustia: «Utilizaban espontáneamente el humor como uno de sus principales mecanismos para hacer frente» (conferencia pronunciada en el Simposio sobre Logoterapia, de Montreal, organizado por la American Psychological Association en su reunión anual de 1973). En una palabra, los pacientes «inventaron» la intención paradójica. Y así fue interpretado su «mecanismo» de reacción por el equipo londinense investigador.

Nos dedicaremos ahora a estudiar la intención paradójica, tal como se aplica *lege artis*, según las reglas de la logoterapia. Y lo dilucidaremos todo con ayuda de la casuística. En relación con ello, remitiremos primeramente a los casos que fueron estudiados en mis obras *Teoría y terapia de las neurosis*, *La psicoterapia en la práctica médica*, *La voluntad de sentido* y *Ärztliche Seelsorge*. Pero en adelante nos concentraremos en materiales inéditos.

Spencer Adolph M., de San Diego (California), me escribe: «Dos días después de leer su obra *Man's search for meaning* (*El hombre en busca de sentido*), me encontraba en una situación que me ofrecía la oportunidad de poner a prueba la logoterapia. Se trata de lo siguiente: en la universidad participo en un seminario sobre Martin Buber, y durante la primera sesión di suelta a la lengua y creí que tenía que decir precisamente lo contrario de lo que habían dicho los demás. Entonces comencé de repente a sudar a mares. Y en cuanto me di cuenta, sentí angustia de que los demás observaran por qué había comenzado a sudar tanto. De repente me acordé del caso de un médico que le había consultado a usted la angustia que sentía a esos accesos de sudor, y pensé para mis adentros que mi situación era parecida. Pero yo no apreciaba gran cosa la psicoterapia, y menos aún la logoterapia. Mas por eso mismo me parecía que mi situación era una oportunidad única para probar una vez la intención paradójica. ¿Qué es lo que usted le había aconsejado a su colega? Para cambiar, él debía desear y proponerse una vez lo hábil que era para ponerse a sudar — “hasta ahora sólo he sudado un litro; ahora voy a sudar diez litros”, se dice en la obra de usted. Y mientras seguía hablando en el seminario, me dije para mis adentros: ¡Demuéstrales a tus colegas, Spencer, lo que es sudar! No trascurrieron más que unos cuantos segundos cuando observé que mi piel se había quedado seca. No pude por menos de reírme en mi interior. Yo no esperaba que lo de la intención paradójica funcionase, ¡y tan pronto! Por el diablo, me dije, tiene que haber algo en esa intención paradójica, y eso me ha tocado, aunque yo soy muy escéptico por lo que respecta a la logoterapia.»

De un informe de Mohammed Sadiq tomamos el siguiente caso: «La señora N., paciente de 48 años, padecía de temblores hasta tal punto que era incapaz de sostener en sus manos una taza de café o un vaso de agua, sin derramar algo del contenido. Además no podía escribir ni mantener serenamente un libro para poder leer. Sucedió que una mañana estábamos los dos solos, sentados frente a frente, y ella comenzó de nuevo a temblar. Al verlo, me decidí a ensayar una vez la intención paradójica.»

jica, y con verdadero humor. Comencé, pues, a decir: "¿Qué tal, señora N., si apostáramos a ver quién tiembla mejor?" Ella: "¿Qué quiere usted decir con eso?" Yo: "Veamos quién de los dos es capaz de temblar más deprisa y durante más tiempo." Ella: "No tenía ni la menor idea de que usted padeciera también de temblores." Yo: "No, no, en absoluto. Pero si quiero, soy capaz también de temblar" (Comencé a hacerlo. ¡Y de qué manera!). Ella: "¡Caramba! ¡Usted es capaz de hacerlo más deprisa que yo!" (Y, entre sonrisas, comenzó ella a acelerar sus temblores.) Yo: "¡Venga, más deprisa, señora N.! ¡Tiene que temblar mucho más deprisa!" Ella: "¡Pero no soy capaz de hacerlo! ¡Cese usted! ¡Ya no puedo más!" Estaba realmente cansada. Se levantó, fue a la cocina y volvió... con una taza de café. Se la bebió tranquilamente, sin derramar ni una sola gota. Cuando alguna vez vuelvo a atraparla temblando, no necesito más que decirle: "¿Qué, señora N., hacemos otra apuesta a ver quién tiembla más?" Y ella suele responderme: "Está bien, está bien." Y eso le ha servido siempre de remedio.»

George Pynummootil (Estados Unidos de América) refiere lo siguiente: «Llegó a mi consulta un joven con un grave tic de guiñar los ojos. Le sobrevenía ese tic, siempre que tenía que conversar con alguien. Como la gente solía preguntarle qué le pasaba, él se ponía cada vez más nervioso. Le envié a un psicoanalista. Pero regresó después de una serie de sesiones, para decirme que el psicoanalista no había podido encontrar la causa, y menos aún ponerle remedio. Entonces yo le recomendé que la próxima vez que hablara con alguien, guiñase los ojos lo más posible, para mostrar a su interlocutor lo bien que sabía hacerlo. Él pensaba que yo debía de estar loco, por darle tales recomendaciones, porque eso lo único que conseguiría sería agravar su estado. Y se fue. Durante unas cuantas semanas no volvió a aparecer. Pero un día volvió y me contó, todo entusiasmado, lo que entretanto le había sucedido: Como no le había parecido nada bien mi propuesta, no pensó ni por un momento en ponerla por obra. Pero el tic del parpadeo se fue agravando. Una noche, al recordar lo que yo le había dicho, se dijo para sus adentros: Ya he probado todo lo que había que probar, y nada

ha dado resultado. ¿Qué podrá pasarte, si pruebas una vez lo que ése te ha recomendado? Y, al día siguiente, se propuso guiñar los ojos lo más posible, con el primero que se encontrase. Para su gran sorpresa, no fue capaz — ni lo más mínimo — de hacerlo. Desde entonces no volvió a verse ya en él el tic de guiñar los ojos.»

Un profesor adjunto de universidad nos escribe: «Tenía que presentarme en un lugar para celebrar una entrevista de la que dependía mucho para mí, porque había solicitado un puesto de trabajo, y si lo conseguía, podría llamar luego a mi mujer y a mis hijos para que vinieran a reunirse conmigo en California. Pero yo era muy nervioso y tenía que esforzarme enormemente por causar una buena impresión. Pero siempre que me ponía nervioso, comenzaban mis piernas a moverse convulsamente, y hasta tal punto que los presentes no podían menos de observarlo. Y así sucedió esta vez. Pero esta vez me dije: Ahora voy a forzar a esos malditos músculos a agitarse tan convulsamente, que ya no pueda estar sentado, sino que tenga que saltar y andar danzando por la habitación hasta que la gente crea que estoy bebido como una cuba. Esos malditos músculos se van a convulsionar hoy como nunca lo han hecho. ¡Hoy voy a batir el récord! Pues bien, durante toda la entrevista los músculos no se contrajeron ni una sola vez. Conseguí el puesto de trabajo, y mi familia vendrá pronto a California a reunirse conmigo.»

Dos ejemplos de Arthur Jores (*Der Kranke mit psychovegetativen Störungen*, Vandenhoeck, Gotinga) encajan muy bien en este contexto: Fue a visitar a Jores una asistente social de hospital, «que se quejaba de que, siempre que tenía que ir a ver al médico a su habitación, para hablar de algo con él, se sonrojaba hasta las orejas. Ejercitamos juntos la intención paradójica, y unos cuantos días más tarde recibí una carta feliz en la que esta mujer me informaba de que todo había salido a las mil maravillas».

En otra ocasión fue a ver a Jores un estudiante de medicina, «para quien era muy importante, a causa de una beca, sacar una buena nota en el examen preclínico de medicina. Se quejaba de su temor a los exámenes. También se ejercitó con él la intención

paradójica. Y he aquí que, durante el examen, se sintió completamente tranquilo y sacó buena nota» (p. 52).

A Larry Ramírez le debemos la siguiente aportación de tipo casuístico: «La técnica que me ha sido de utilidad más a menudo y que ha funcionado más eficazmente en mis sesiones de *counseling* (orientación) es la de la intención paradójica. Como ilustración voy a ofrecer un ejemplo. Linda T., atractiva universitaria de diecinueve años, había indicado en su ficha de cita que tenía en casa algunos problemas con sus padres. En cuanto tomamos asiento, era evidente que la muchacha se sentía en gran tensión. Tartamudeaba. Mi reacción natural habría sido decirle: «¡Relájese, mujer! ¡Tenga calma!» Pero, por mis experiencias pasadas, sé perfectamente que decirle a una persona que se relaje no sirve más que para aumentar su tensión. En vez de eso, respondí exactamente con todo lo contrario: «Linda, quiero que se ponga usted lo más tensa que pueda. Actúe con el mayor nerviosismo posible.» «Está bien —dijo ella— ponerme nerviosa no me resulta difícil.» Comenzó a crispár los puños y sacudir las manos como si temblara. «Está bien —dije—, pero trate de ponerse más nerviosa.» Ella vio claramente lo humorística que era aquella situación y dijo: «Estaba nerviosa de veras, pero ya no puedo estarlo. Es extraño, pero cuanto más tensa quiero ponerme, tanto menos lo consigo.» Al recordar este caso, veo con claridad que el humor debido a aplicar la intención paradójica fue lo que ayudó a Linda a darse cuenta de que ella, ante todo, era un ser humano y luego una paciente, y de que también yo era ante todo una persona, y en segundo lugar su orientador. El humor es lo que mejor ilustra nuestra condición de humanos.»

J.F. Briggs pronunció ante la Royal Society of Medicine una conferencia de la que entresacamos lo siguiente: «Me pidieron que viera a un joven de Liverpool que era tartamudo. Quería dedicarse a la enseñanza, pero el tartamudeo y la docencia no se compaginan. Su mayor temor y preocupación era su vergüenza al tartamudear, de manera que sufría verdaderas agonías mentales cada vez que tenía que decir alguna cosa. Recordé que hacía poco tiempo había leído un artículo de Viktor Frankl, que es-

cribía sobre una reacción de paradoja. Hice entonces las siguientes sugerencias: “Usted va a salir fuera este fin de semana, y va a mostrar a la gente lo bueno que es tartamudeando.” Vino a verme a la semana siguiente y evidentemente estaba contento porque su dicción había mejorado mucho. Dijo: “¿Qué cree usted que sucedió? Entré en una taberna con algunos amigos y uno de ellos me dijo: Creía que solías tartamudear; y yo le dije ¿Que yo hacía qué? Fue un ejemplo de cómo agarré al toro por los cuernos. Y la cosa tuvo éxito”.»

Otro caso de tartamudeo se refiere a un estudiante de la Duquesne University, que me escribe lo siguiente: «Durante 17 años fui un gran tartamudo. Había momentos en que era incapaz de hablar. Estuve sometido a tratamiento repetidas veces, pero sin éxito. Entonces, un día un profesor me encargó que, en el marco de un seminario, estudiase la obra escrita por usted: *Man's search for meaning*. La leí y me topé con la intención paradójica. A continuación decidí aplicarla a mi propio caso. ¡Y ya desde la primera vez funcionó de maravilla! Del tartamudeo no quedaba ni rastro. Entonces me puse en camino y me situé en las ocasiones en que yo siempre había tartamudeado. Pero el tartamudeo desaparecía en cuanto yo aplicaba la intención paradójica. Pero algunas veces no la apliqué, e inmediatamente reaparecía el tartamudeo. Veo en todo ello una prueba de que realmente fue la intención paradójica la que me libró de la tartamudez.»

No carece de sal y pimienta un informe que debo a Uriel Meshoulam, que es un logoterapeuta de la Harvard University: Uno de sus pacientes fue llamado a filas por el gobierno australiano, pero estaba convencido de que le darían como inútil a causa de su grave tartamudez. Cuando estaba pasando el reconocimiento médico, trató de demostrar por tres veces ante el médico lo grave que era su tartamudez. Finalmente le dieron la inutilidad para el servicio militar, pero fue por su tensión arterial alta. «Probablemente el ejército australiano sigue sin creer hasta el día de hoy —concluye el informe— que ese recluta era tartamudo.»

La aplicación de la intención paradójica en casos de tarta-

mudeo se ha discutido mucho en la literatura científica. Manfred Eisenmann consagró a este tema su tesis doctoral defendida en la Universidad de Friburgo de Brisgovia (1960). J. Lehmann publicó sus experiencias con niños y acentúa que solamente una vez se llegó a síntomas sustitutivos (*L'intention paradoxale, procédé de psychotherapie*, «Acta neurol. belg.» 64 [1964] 725), lo cual concuerda con las observaciones efectuadas por L. Solyom, Garza-Pérez, Ledwidge y C. Solyom, quienes, después de aplicar la intención paradójica, no comprobaron en ningún solo caso síntomas sustitutivos (l.c.)¹².

Jores (l.c.) «trató a una paciente que vivía con la idea fija de que no dormía nunca lo suficiente. Estaba casada con un hombre que tenía importantes obligaciones sociales, de forma que no era raro que llegara muy tarde a acostarse. La mujer refería que eso lo había soportado siempre mal. En parte comenzaba ya por la noche, hacia la una de la madrugada, un acceso de dolores de cabeza; o, lo más tardar, comenzaba a la mañana siguiente. La eliminación de estos accesos de dolor de cabeza, relacionados con el hecho de esperar largo tiempo desvelada, fue posible mediante la intención paradójica. Se le recomendó a la paciente que se dijera para sus adentros: «Bueno, ahora vas a tener unos buenos dolores de cabeza.» Después de eso, los accesos de dolor de cabeza habrían cesado, como informa Jores.

Este caso nos conduce a la aplicación de la intención paradójica en los trastornos del sueño (somnopatías). Sadiq, a quien ya hemos citado, tuvo una vez en tratamiento a una paciente de 54 años que se había hecho dependiente de somníferos y que luego había sido ingresada en un hospital: «Hacia las diez de la noche salía de su habitación y me pedía un somnífero. Ella: «¿Me daría una píldora?» Yo: «Lo siento, hoy ya se me han acabado, y la enfermera se olvidó de pedir que me las repusieran.» Ella: «¿Y qué voy a hacer yo ahora para dormir-

12. Ascher no pudo observar síntomas sustitutivos después de la aplicación de la intención paradójica. Asimismo, se declara en contra de reducir la intención paradójica a la sugestión: «La intención paradójica fue eficaz, aunque se supusiera que las expectativas de los pacientes eran contrarias al funcionamiento de la técnica» (L.M. Ascher, *A review of literature on the treatment of insomnia with paradoxical intention*. Memoria inédita).

me?” Yo: “Hoy tendrá que pasarse sin somníferos.” Dos horas más tarde se presenta de nuevo la paciente. Ella: “Sencillamente no puedo.” Yo: “¿Qué ocurriría si usted volviera a echarse en la cama, y para cambiar intentase una vez no dormir, sino, al contrario, permanecer desvelada toda la noche?” Ella: “Siempre pensé que yo estaba chiflada, pero ahora me parece que usted lo está también.” Yo: “¿Sabe usted que a veces me divierte estar chiflado? ¿O no es usted capaz de entenderlo?” Ella: “¿Habla usted en serio?” Yo: “¿Qué es lo que hablo en serio?” Ella: “Que he de intentar no dormir.” Yo: “¡Claro que hablaba en serio! ¡Inténtelo una vez! Vamos a ver si es usted capaz de pasarse despierta toda la noche. ¿Qué le parece?” Ella: “Está bien.” Y cuando la enfermera entró por la mañana en la habitación para traerle el desayuno, la paciente no se había despertado todavía.»

Hay también otra anécdota que vale la pena citar a propósito de todo esto. Está tomada de la famosa obra de Jay Haley, *Strategies of psychotherapy* (Grune and Stratton, Nueva York 1963): Durante una conferencia pronunciada por el famoso hipnotizador y terapeuta Milton H. Erickson, se levantó un joven y le dijo: «Quizás sea usted capaz de hipnotizar a otras personas, pero a mí, desde luego, no.» Entonces Erickson invitó al joven a subir al podio y tomar asiento, y luego le dijo: «Usted está completamente despierto. Usted estará cada vez más despierto, más despierto, más despierto...» Y de repente el sujeto del experimento cayó en profundo trance.

A R.W. Medlicott, psiquiatra de la Universidad de Nueva Zelanda, le estaba reservado el privilegio de aplicar por vez primera la intención paradójica no sólo al dormir sino también al soñar. Con la intención paradójica había logrado ya muchos éxitos, incluso —como él subraya— con un paciente que era psicoanalista de profesión. Pero había una paciente que padecía habitualmente de pesadillas, y soñaba siempre que la perseguían y que por fin la apuñalaban. Entonces empezaba a chillar y su marido también se despertaba. Pues bien, Medlicott, ordenó a la paciente que hiciese todo lo posible para soñar hasta el final esos horribles sueños, hasta que terminara el apuñalamiento. ¿Y

qué sucedió? No hubo ya más pesadillas, pero el sueño del marido siguió con las mismas interrupciones de antes: la paciente no gritaba ya durmiendo, pero se reía con tales carcajadas, que al marido no le era posible dormir en paz (*The management of anxiety*, «New Zealand Medical Journal» 70 [1969] 155).

Algo parecido nos cuenta una lectora de los Estados Unidos de América. «Un jueves por la mañana me desperté deprimida, y pensé que ya no volvería a ponerme buena. En el transcurso de la mañana comencé a llorar y me encontraba sencillamente desesperada. Entonces se me ocurrió lo de la intención paradójica y me dije para mis adentros: Veremos todo lo deprimida que soy capaz de estar. Voy a llorar esta vez hasta inundar la casa de lágrimas. Y me imaginé que mi hermana llegaba a casa y me reñía: Pero, mujer, ¿a qué viene ese raudal de lágrimas? Eso me hizo tanta gracia que me puse a reír tanto que tuve miedo. Y no me quedó más remedio que decirme: la risa será tan molesta, que van a venir corriendo los vecinos para ver quién se está riendo tan estrepitosamente. Mientras tanto había dejado de sentirme deprimida; invité a mi hermana a salir conmigo. Eso era, como dije, un jueves. Y hoy estamos a sábado, y me siento magníficamente. El caso es que creo que la intención paradójica surtió su efecto hace dos días como un intento de llorar y de mirarme al mismo tiempo en el espejo. ¡Dios sabe por qué, pero desde ese instante no fue ya posible seguir llorando.»

No debió de andar muy descaminada. Ambas cosas —la intención paradójica y el mirarse en el espejo— fueron vehículo de la capacidad humana para distanciarse de sí mismo.

Ha podido observarse constantemente que la intención paradójica produce sus efectos en casos graves y crónicos y que duran ya desde hace tiempo; y que produce tales efectos aunque el tratamiento sea breve. Y, así, se han descrito casos de neurosis obsesivas que habían existido ya durante 60 años, hasta que se produjo una mejora decisiva gracias a la intención paradójica (K. Kocourek, Eva Niebauer y Paul Polak, *Ergebnisse der klinischen Anwendung der Logotherapie*, en Viktor E. Frankl,

Victor E. von Gebattel y J.H. Schultz [dirs.], *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, Urban und Schwarzenberg, Munich-Berlín 1959). Los éxitos terapéuticos que se obtienen con esta técnica, son por lo menos asombrosos y notables, si los confrontamos con el pesimismo universal con que el psiquiatra de hoy día se enfrenta con las neurosis obsesivas graves y crónicas. Y, así L. Solyom, Garza-Pérez, Ledwidge y C. Solyom (l.c.) remiten al resultado de doce investigaciones subsiguientes, que proceden de siete países diferentes, y según las cuales la neurosis obsesiva demostraba en un 50 % de los casos que no se podía influir en ella terapéuticamente. Los autores consideran que el pronóstico de la neurosis obsesiva es más grave que el pronóstico de cualquier otra forma de neurosis, y la terapéutica de la conducta —opinan ellos— no habría producido en este punto cambio alguno, pues sólo habría habido mejoría en el 46 % de los casos publicados por los terapeutas de la conducta. Y también D. Henkel, C. Schmook y R. Bastine («Praxis der Psychotherapie» 17 [1972] 236) señalan, apoyándose en experimentados psicoanalistas, «que las neurosis obsesivas especialmente graves demuestran que no admiten tratamiento», mientras que la intención paradójica, que se opondría al psicoanálisis, «permite reconocer claras posibilidades de influir esencialmente a corto plazo en los trastornos de carácter neurótico obsesivo».

En su tesis doctoral *Zur Therapie angst- und zwangsneurotischer Symptome mit Hilfe der paradoxen Intention und Dereflection nach V.E. Frankl* (Munich 1968), Friedrich M. Benedikt demostró que para la aplicación de la intención paradójica en casos graves y crónicos, se requiere una inaudita movilización de todo el esfuerzo personal. A este propósito, desearíamos también repetir que «el efecto terapéutico de la intención paradójica depende esencialmente de que el médico tenga el valor de preludiar ante el paciente la aplicación de dicha intención (Viktor E. Frankl, *La psicoterapia en la práctica médica*, Buenos Aires 21966), lo cual se demostró ya con ayuda de un caso concreto (l.c.). En efecto, la terapéutica de la conducta reconoce la importancia de tal proceder, y ha llegado incluso a

acuñar un término especial para expresarlo, ya que habla de *modeling*.

La intención paradójica puede servir de remedio incluso en casos de larga duración, y el tratamiento en dichos casos puede ser breve. Lo probaremos mediante la siguiente casuística. Ralph G. Victor y Carolyn M. Krug (*Paradoxical intention in the treatment of compulsive gambling*, «American Journal of Psychotherapy» 21 [1967] 808) del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Washington, aplicaron esta técnica en el caso de un hombre que, desde los 14 años de edad, había sido un jugador empedernido. Le ordenaron que jugara diariamente durante tres horas, aunque con eso llegó a perder tanto dinero que, después de tres semanas, se había quedado sin blanca. ¿Y qué hicieron los terapeutas? Le recomendaron fríamente que vendiera su reloj. Entre unas cosas y otras: fue la primera vez «en 20 años y 5 psiquiatras», como se dice literalmente, que el paciente pudo desligarse de su pasión por el juego.

En la obra publicada bajo la dirección de Arnold A. Lazarus y que se titula *Clinical behavior therapy* (Brunner-Mazel, Nueva York 1972), Max Jacobs expone el siguiente caso: La señora K. venía padeciendo por lo menos desde hacía 15 años de una grave claustrofobia, cuando vino a su consulta en Sudáfrica, por cierto una semana antes de que ella tomara el avión para Inglaterra, que es su patria. La señora es cantante de ópera y tiene que viajar mucho en avión por todo el mundo, para poder cumplir los compromisos de sus contratos. La claustrofobia se concentraba precisamente en el miedo a los aviones, los ascensores, los restaurantes... y el teatro. «Se aplicó entonces la técnica de la intención paradójica de Frankl», se dice a continuación. Y de hecho Jacobs ordenó a la paciente que buscara las situaciones que desencadenaban su fobia y que deseara lo que tanto había temido siempre, a saber, morir de asfixia: «Quiero morir inmediatamente de asfixia», debía decirse a sí misma. «¡Vamos allá!» A esto se añadía el que se había instruido a la paciente en la relajación progresiva y en la desensibilización. Dos días más tarde se vio que la paciente era capaz, sin más, de entrar en un restaurante, de tomar el ascensor y de subirse

incluso a un autobús. Cuatro días más tarde podía ir al cine sin sentir angustia, y previó su vuelo de retorno a Inglaterra sin angustia de expectativa. Contaba luego desde Londres que era capaz incluso, después de muchos años, de volver a viajar en metro. Quince meses después de aquel tratamiento tan breve, se vio que la paciente no sentía ya ninguna molestia.

Jacobs describe a continuación un caso en el que se trataba no de una neurosis de angustia sino de una neurosis obsesiva. El señor T. había padecido durante doce años de su neurosis y se había sometido sin éxito al psicoanálisis y al tratamiento con electrochoque. Tenía miedo, sobre todo, de morir asfixiado, especialmente al comer, al beber o al cruzar una calle. Jacobs le instruyó para que hiciera precisamente lo que tanto había temido: «Empleándose la técnica de la intención paradójica, se le dio a beber un vaso de agua y se le dijo que tratara lo más posible de ahogarse.» Debía intentar, por lo menos tres veces al día, morir asfixiado. Se ejerció también la relajación. Durante la duodécima sesión, el paciente informó ya que se veía completamente libre de sus molestias.

Se pregunta constantemente en qué condiciones y con qué presupuestos puede uno formarse en el método logoterapéutico. Pues bien, la técnica de la intención paradójica confirma que basta a veces familiarizarse plenamente con ella leyendo las obras existentes. En todo caso, entre los psiquiatras y psicólogos que aplican con más éxito y de la manera más inteligente la intención paradójica, los hay también que ni una sola vez tuvieron contacto con nosotros. Así como ellos conocen la intención paradójica únicamente por nuestras publicaciones, así nosotros conocemos sus éxitos y experiencias únicamente por sus publicaciones. Pero es también interesante comprobar cómo diversos autores modifican la intención paradójica y la combinan con otros procedimientos. Esta observación no hace más que corroborar nuestra convicción de que la psicoterapia —y no sólo la logoterapia— necesita una constante disposición para la improvisación. Allá donde se da la posibilidad de lograr esta formación en forma de demostraciones clínicas, se ha de enseñar —¡y aprender!— esa prontitud para improvisar.

Es asombrosa la frecuencia con que también los profanos se aplican con éxito a sí mismos la intención paradójica. Tenemos delante la carta de una mujer que durante 14 años padeció de agorafobia y que durante tres años se había sometido sin éxito a tratamiento psicoanalítico ortodoxo. Durante dos años la estuvo tratando un hipnotizador, y con ese tratamiento mejoró un poco su agorafobia. Tuvo incluso que internarse en un hospital durante seis semanas. Nada servía de remedio. En todo caso, escribe la enfermera: «Nada cambió realmente durante 14 años. Cada día de esos años fue el infierno.» Luego, las cosas se pusieron tan mal que al llegar a la calle quería darse la vuelta. Tan fuertemente la atacaba la agorafobia. Entonces, a esta mujer se le ocurrió lo que había leído en mi obra *Man's search for meaning*, y se dijo para sus adentros: «Voy a demostrar ahora a toda la gente que hay a mi alrededor en la calle lo estupidamente que soy capaz de hacerlo todo eso: tener pánico y sufrir un colapso.» Y de repente se serenó. Continuó su viaje al supermercado e hizo sus compras. Pero, a la hora de llegar a la caja a pagar, le entraron sudores y se puso a temblar. Entonces se dijo: «Voy a demostrar ahora a ese cajero cómo sé sudar a mares. Se va a quedar boquiabierto.» Tan sólo en el camino de regreso se dio cuenta de lo serena que se había puesto. Y así sucedió en adelante. Al cabo de pocas semanas, esta mujer, con ayuda de la intención paradójica, era capaz de dominar hasta tal punto su agorafobia que a veces ni ella misma se podía creer que hubiera estado enferma. «Había probado muchos métodos, pero ninguno de ellos me proporcionó el rápido alivio que logré con el suyo. Creo en la intención paradójica, porque la probé por mí misma con la ayuda exclusiva de un libro.» Para dar un poco de sal y pimienta, diremos que la enferma, que ahora estaba ya curada, sintió la ambición de completar sus conocimientos de la intención paradójica, adquiridos por la lectura de un solo libro. Finalmente llegó a publicar una nota en el periódico «Chicago Tribune», y la hizo aparecer durante toda una semana. La nota decía así: «Desearía saber de alguien que tuviera noticia o que hubiese sido tratado de agorafobia mediante la intención paradójica.» Pero nadie respondió a esa nota.

El profano es capaz de aplicar en general el método de la intención paradójica, y de aplicárselo además a sí mismo, como se comprenderá si tenemos en cuenta que esa intención se reduce a *coping mechanisms* (mecanismos para hacer frente), los cuales —como prueban las observaciones de Hand, citadas ya por nosotros— residen en el interior del hombre. Y así es como debe entenderse también un caso como el siguiente: Ruven A.K., de Israel, que estudia en la International University, de los Estados Unidos, fue llamado a filas a la edad de 18 años. «Aguardaba con verdaderos deseos prestar servicio en el ejército. Veía muy razonable la lucha de mi país por la supervivencia. Por eso decidí hacer lo mejor posible mi servicio militar. Me ofrecí como voluntario para tropas de élite en el ejército: los batallones de paracaidistas. Estaba expuesto a situaciones en que mi vida corría peligro. Por ejemplo, saltar del avión por primera vez. Sentí miedo y estaba temblando literalmente. El tratar de ocultar este hecho me hizo temblar más intensamente. Decidí entonces mostrar mi miedo y temblar lo más que podía. Y después de un poco de tiempo, cesaron los temblores y estremecimientos. Sin proponérmelo, estaba aplicando la intención paradójica, y me hallaba sorprendido de lo bien que funcionaba.»

Pero la intención paradójica no se inventó únicamente para que los individuos se la aplicaran a sí mismos. El principio en que se basa fue descubierto ya por la psiquiatría precientífica. J.M. Ochs pronunció una conferencia en la Pennsylvania Sociological Society, de la Villanova University, que tenía como título *Logotherapy and religious ethnopsychiatric therapy* (1968), y en la cual sostenía la opinión de que la etnopsiquiatría aplicaba principios que más tarde fueron sistematizados por la logoterapia. En particular, la medicina popular de los Ifaluk sería marcadamente logoterapéutica. «El chamán de la psiquiatría popular mexicano-americana, el curandero, es un logoterapeuta.» Ochs cita, además, a Wallace y Vogelsson, según los cuales la medicina popular aplica en general principios que desempeñan también un papel en la moderna psiquiatría. «Parece como si la logoterapia fuera un nexo entre los dos sistemas.»

Tales hipótesis se hacen plausibles, si comparamos entre sí dos informes como los siguientes.

El primer informe habla del caso de un muchacho esquizofrénico de 24 años de edad, que padecía alucinaciones acústicas. Oía voces que lo amenazaban y se burlaban de él. Nuestra (persona de confianza) se ocupó de él durante su permanencia en un hospital. «El paciente, a mitad de la noche, salía de su habitación para quejarse de que las voces no le dejaban dormir. Le habían recomendado que hiciera caso omiso de ellas, pero eso resultaba imposible. Se desarrolló entonces el siguiente diálogo. Médico: «¿Qué tal, si intentase usted otra cosa?» Paciente: «¿Qué quiere usted decir?» Médico: «Échese ahora en la cama y escuche con la mayor atención lo que le dicen las voces. ¡Que no se le escape ni una sola palabra! ¿Me entiende?» Paciente: «¿Habla usted en serio?» Médico: «¡Claro que hablo en serio! No comprendo cómo, para cambiar, no trata usted de divertirse con lo que le dicen esas malditas voces.» Paciente: «Bueno, yo he pensado que...» Médico: «¡Inténtelo una vez! Luego seguiremos hablando.» Cuarenta y cinco minutos más tarde, el paciente estaba dormido. A la mañana siguiente se despertó muy contento: ¡Las voces le habían dejado en paz durante el resto de la noche!»

Y ahora, otro caso parecido. Jack Huber (*Through an Eastern window*, Bantam Books, Nueva York 1968) visitó una vez una clínica regentada por psiquiatras del Zen. El lema que rige la labor de esos psiquiatras es: «Acentuar el vivir con el sufrimiento, en vez de quejarse de él, analizarlo o tratar de evitarlo.» Pues bien, un día ingresó en la clínica una monja budista que se encontraba en grave estado confusional. Estaba excitada por la angustia, porque creía que a su alrededor reptaban serpientes. Los médicos, psiquiatras y psicólogos europeos habían abandonado ya el caso, cuando se hizo venir precisamente al psiquiatra del Zen. «¿Qué le ocurre?», preguntó: «¡Tengo mucho miedo a las serpientes! ¡Me rodean por todas partes!» El psiquiatra del Zen reflexionó durante un momento, y luego dijo: «Por desgracia, tengo que irme ahora, pero volveré dentro de una semana. Quiero que durante estos ocho días observe usted

muy detenidamente a las serpientes. Cuando yo vuelva de nuevo, tendrá usted que describirme con toda precisión cada uno de sus movimientos.» Una semana más tarde, la monja se hallaba ya desde hacía tiempo completamente normal y realizaba sus funciones. «Bueno, ¿qué tal le va?», preguntó el psiquiatra del Zen. «Observé a las serpientes con la mayor atención posible, pero no durante mucho tiempo, porque cuanto más lo hacía, tanto más ellas desaparecían.»

Queda ahora por estudiar el tercer patrón (o tipo) de reacción patógena. El primero es característico de los casos de neurosis de angustia; el segundo, de las neurosis obsesivas; en el tercer patrón de reacción patógena se trata de un mecanismo que hallamos en las neurosis sexuales, es decir, en casos en que hay trastorno en la potencia y en el orgasmo. Por cierto que, en esos casos volvemos a observar, como en las neurosis obsesivas, que el paciente lucha, pero que en las neurosis sexuales no lucha contra algo. Dijimos ya que el neurótico obsesivo luchaba contra la obsesión. Ahora bien, en las neurosis sexuales el neurótico lucha por algo. Porque, aun en la forma de la potencia y el orgasmo, está luchando por el placer sexual. Pero, por desgracia, cuanto más se trata de conseguir un placer, tanto más se nos escapa éste. En efecto, el placer se sustrae a la intervención directa. Porque el placer no es ni el verdadero objetivo de nuestra conducta y acción, ni una meta posible, porque en realidad es un efecto, un efecto secundario que se produce espontáneamente, siempre que vivimos nuestra autotrascendencia, es decir, siempre que una de dos: o nos entregamos con amor a otra persona, o nos entregamos al servicio de una causa. Ahora bien, cuando la mente no la tenemos ya puesta en la pareja sino únicamente en el placer, entonces éste se ve obstaculizado ya por nuestra voluntad de placer. Porque el camino para el logro del placer y la autorrealización conduce a través de la entrega de sí mismo y del olvido de sí mismo. Quien cree que ese camino es un rodeo, siente la tentación de elegir un atajo y de encaminarse al placer como a una meta. Pero luego se ve que el atajo es un callejón sin salida.

Y nuevamente vemos cómo el paciente se encuentra atra-

pado en un círculo vicioso. La lucha por el placer, la lucha por la potencia y el orgasmo, la voluntad de placer, el placer forzado, una hiperintención (figura 3) del placer, no sólo le priva a uno del placer, sino que, además, trae consigo una hiperreflexión también forzada: uno comienza, durante el acto, a observarse a sí mismo y a espiar también a la pareja.

Se acabó entonces la espontaneidad.

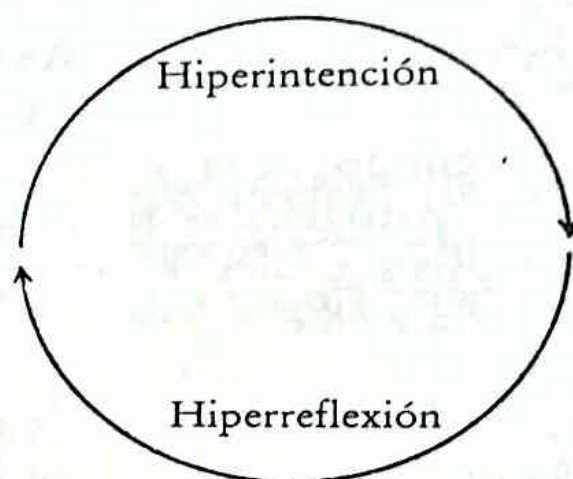


Figura 3

Si ahora nos preguntamos qué es lo que puede desencadenar la hiperintención en los casos de trastorno de la potencia sexual, comprobaremos incesantemente que el paciente ve en el acto sexual una realización que se exige de él. Para decirlo con una sola palabra, el acto sexual tiene para él el carácter de una exigencia. Ya en 1946 (Viktor E. Frankl, *Ärztliche Seelsorge*, Franz Deuticke, Viena) hicimos notar que el paciente «se siente obligado, como quien dice, a la realización del acto sexual». Y esa «compulsión a la sexualidad puede ser una compulsión del propio yo o deberse a una situación». Pero la compulsión puede venir también de la pareja femenina (una mujer «de mucho temperamento» y exigente sexualmente). La importancia de este tercer elemento, entretanto, ha sido confirmada incluso experimentalmente en animales. Así, Konrad Lorenz logró que una hembra del «pez beta» o «pez combatiente», en las ceremonias del apareamiento, no escapara nadando coquetamente del macho, sino que nadara enérgicamente hacia él, a lo cual el

macho reaccionó — como quien dice — virilmente: el órgano de apareamiento se cerró reflejamente ante la hembra.

A las tres instancias mencionadas, por las cuales los pacientes se sienten constreñidos a la sexualidad, se añaden recientemente otros dos factores más. En primer lugar, el valor que concede al rendimiento, y no menos a la capacidad de rendimiento sexual, la actual «sociedad del rendimiento». La *peer pressure*, es decir, la dependencia en que el individuo vive de quienes son semejantes a él, y de lo que los otros, el grupo al que él pertenece, considera que «está de moda», que «se lleva». La *peer pressure* conduce a que la potencia y el orgasmo se busquen forzosamente. Ahora bien, no sólo la hiperintención se fomenta así según normas colectivas, sino que se hace también lo mismo con la hiperreflexión. El resto de espontaneidad que la *peer pressure* deja todavía inviolada, se la quitan luego al hombre de hoy los *pressure groups*. Por estos «grupos de presión» entendemos la industria de la diversión sexual y la industria de la iniciación. El constreñimiento para el consumo sexual, que es lo que esas industrias pretenden, llega a la gente por conducto de los *hidden persuaders* (los «persuasores ocultos»). Y los medios de difusión se ofrecen gustosamente a ello. Lo paradójico es que incluso el joven de hoy se deja llevar dócilmente por el capital de esa industria y se deja mecer por la oleada de sexo, sin darse cuenta de que le están manipulando. Quien se alce contra la hipocresía, debería hacerlo también allá donde la pornografía, para que no se le estropeen los negocios, se quiere vender como arte o como ilustración sexual.

La situación, útilmente, ha llegado a agravarse porque cada vez más autores, entre los jóvenes, han podido observar el aumento de la impotencia, y achacan ese aumento al movimiento moderno de la emancipación de la mujer. Así, J.M. Stewart informa sobre «impotencia en Oxford»: Las mujeres jóvenes, se dice allí, corren de un lado para otro y «*exigen* sus derechos sexuales», y los hombres jóvenes tienen miedo de que sus parejas femeninas, con su gran experiencia, los tengan por amantes poco diestros («*Psychology and Life Newsletter*» I [1972] 5). Pero también George L. Ginsberg, William A. Frosch y

Theodore Shapiro publicaron un trabajo con el título *Die neue Impotenz*, en el que dicen expresamente que «el joven de hoy se siente exigido y requerido, por cuanto la exploración demuestra que, en esos casos de nueva forma de impotencia, la iniciativa para las relaciones sexuales procede de la mujer» («Arch. gen. Psych.» 26 [1972] 218).

A la hiperreflexión le hacemos frente en logoterapia mediante una *derreflexión*, mientras que para combatir la hiperintención patógena, en casos de impotencia, disponemos de una técnica logoterapéutica que se remonta al año 1947 (Viktor E. Frankl, *La psicoterapia en la práctica médica*, Buenos Aires 2^a 1966). Y recomendamos por cierto que se mueva al paciente a «no emprender programáticamente el acto sexual, sino que se dé por satisfecho con ternuras que permanezcan fragmentarias, por ejemplo, en el sentido de un preludio sexual mutuo». Hacemos, asimismo, que «el paciente explique a su pareja femenina que hemos dictado de antemano una rigurosa prohibición del coito. En realidad, el paciente —a la corta o a la larga— no observará ya esa prohibición, sino que, liberado ya de la presión de las exigencias sexuales, tal como habían procedido hasta entonces de su pareja femenina, se irá acercando crecientemente al objetivo de la pulsión, corriendo hacia el peligro de ser rechazado por la pareja femenina, que podrá quizás alegar la vana prohibición del coito. Cuanto más se sienta rehusado, tanto más estará logrando el éxito.»

William S. Sahakian y Barbara Jacquelyn Sahakian (*Logotherapy as a personality theory*, «Israel Annals of Psychiatry» 10 [1972] 230) opinan que los resultados de las investigaciones de W. Masters y V. Johnson han confirmado plenamente nuestros propios resultados. De hecho, el método de tratamiento desarrollado en 1970 por Masters y Johnson es muy parecido en muchos puntos a la técnica de tratamiento publicada por nosotros en 1947 y esbozada hace un instante. Ahora vamos a probar de nuevo casuísticamente lo que acabamos de exponer.

Godfryd Kaczanowski (*Logotherapy: A new psychotherapeutic tool*, «Psychosomatics» 8 [1967] 158) informa sobre un matrimonio que vino a consultarle. Llevaban casados sólo unos

cuantos meses. El hombre se sentía impotente y padecía gravísimas depresiones. Se habían casado por amor, y el hombre era tan feliz, que no tenía más que un objetivo: hacer que su mujer fuese lo más feliz posible, incluso sexualmente, proporcionándole para ello un orgasmo que fuera lo más intenso posible. Después de unas cuantas sesiones, Kaczanowski entendió por el marido que precisamente esa hiperintención del orgasmo de su pareja femenina era lo que imposibilitaba su propia potencia. El paciente se dio cuenta también de que, al entregarse «él mismo» a su mujer, tenía que darle más que el orgasmo, tanto más que este último se produce, sin más, automáticamente, aunque el marido no se lo proponga. Según las reglas de la logoterapia, Kaczanowski dispuso hasta nuevo aviso una prohibición del coito, lo cual descargó visiblemente al paciente de su angustia de expectativa. Como era de esperar, unas cuantas semanas después se llegó a que el paciente hiciese caso omiso de la prohibición; su mujer se resistió durante algún tiempo, pero luego cedió. Y desde entonces quedó plenamente normalizada la vida sexual de ambos.

Es análogo un caso referido por Darrell Burnett. En él no se trataba de impotencia sino de frigidez: «Una mujer que padecía de frigidez observaba atentamente lo que pasaba en su propio cuerpo durante las relaciones sexuales, y trataba de ajustarse en todo a lo que decían los manuales. Le dijeron que concentrara la atención en su esposo. Una semana más tarde experimentó un orgasmo.» De la misma manera que en el caso del paciente de Kaczanowski la hiperintención quedó suprimida mediante la intención paradójica —es decir, mediante la prohibición del coito—, en el caso de la paciente de Burnett la hiperreflexión quedó eliminada mediante la derreflexión, lo cual pudo suceder únicamente, cuando la paciente retornó a la autotrascendencia.

De manera parecida se desarrolló el siguiente caso, que tomo de mi propia casuística. La paciente vino a verme, quejándose de su frigidez. Durante la infancia, su propio padre había abusado sexualmente de ella. «Esto tendrá consecuencias necesariamente»: tal era la convicción de la paciente. Sugestionada por esta angustia de expectativa, la mujer estaba siempre «al

acecho», cuando tenía relaciones íntimas con su pareja; porque, finalmente, ella quería dar buena cuenta de sí y confirmarse como genuina mujer. Pero con ello precisamente su atención quedaba dividida entre la pareja y ella misma. Todo ello no podía menos de hacer que fracasara el orgasmo; porque en la medida en que uno atiende al acto sexual, en esa misma medida es ya incapaz de entregarse. Hice ver a la mujer que, de momento, yo no tenía tiempo para hacerme cargo del tratamiento, y la cité para dos meses después. Hasta entonces no debía preocuparse más de su capacidad o incapacidad para el orgasmo, tema del que hablaríamos luego ampliamente en el marco del tratamiento; en cambio, durante las relaciones sexuales, debía dedicar mucho más su atención a la pareja. El curso que siguieron las cosas me dio la razón. Sucedió todo tal y como yo había esperado. La paciente no volvió al cabo de dos meses, sino que se presentó ya al cabo de dos días... curada. El simple hecho de desprender la atención de sí misma, de su propia capacidad o incapacidad para el orgasmo — en una palabra, la derreflexión — y la entrega, ahora mucho más espontánea, a la pareja habían bastado para producir por primera vez el orgasmo.

A veces hay que «teatralizar» un poco el «truco», porque ninguno de los dos que componen la pareja están «iniciados» en él. El siguiente relato nos hará ver lo ingenioso que hay que ser en tales situaciones. El relato se lo debo a Myron J. Horn, un antiguo alumno mío: «Una joven pareja vino a visitarme a causa de la impotencia del marido. Su mujer le había dicho repetidas veces que era “un amante fatal”, y que en lo único en que ella estaba pensando era en entablar relaciones con otros hombres a fin de encontrar finalmente la satisfacción que buscaba. Yo entonces les pedí a los dos que, durante una semana, se desnudaran y se metieran en la cama juntos, todas las noches, al menos durante una hora. Podían hacer lo que les viniera en gana. Pero lo único que no les estaba permitido en ninguna circunstancia era el coito. Una semana más tarde volví a verlos. Habían intentado, me decían, seguir mis instrucciones, pero “por desgracia” habían llegado tres veces al coito. Me mostré

muy disgustado e insistí en que, por lo menos durante la semana entrante, debían atenerse a mis instrucciones. Pasaron tan sólo unos cuantos días, y me llamaron para contarme de nuevo que habían sido incapaces de seguir mis instrucciones; lejos de eso, habían realizado el coito incluso varias veces al día. Un año más tarde me enteré de que este éxito continuaba.»

También es posible que debamos iniciar en nuestro «truco» no al paciente, sino a su pareja femenina. Así ocurrió en el siguiente caso. La participante en un seminario sobre logoterapia, dirigido por Joseph B. Fabry en la Universidad de Berkeley, aplicó nuestra técnica —bajo la dirección del mencionado especialista— a su propia pareja masculina, que era psicólogo de profesión y que, como tal, dirigía un centro de orientación sobre problemas sexuales. (Se había formado con Masters y Johnson.) Pues bien, este orientador sobre problemas sexuales, sufría él mismo trastornos en cuanto a la potencia sexual. «Utilizando una técnica de Frankl —se nos refiere—, decidimos que Susan dijera a su amigo que ella estaba bajo tratamiento médico, y que el médico la había ordenado tomar algunos medicamentos y no tener relaciones sexuales durante un mes. Se les permitía estar físicamente muy cerca el uno del otro, y hacer todo lo que quisieran, menos tener relaciones sexuales. A la semana siguiente, Susan informó que todo había salido bien.» Hubo recaída. Pero Susan, que era discípula de Fabry, fue lo suficientemente ingeniosa para acabar esta vez, ella sola, con los trastornos de potencia sexual, que padecía su pareja: «Como ella no podía ya repetir otra vez la historia de las instrucciones dadas por el médico, le dijo a su amigo que ella había llegado raras veces o quizás nunca a tener el orgasmo, y le pidió que no tuviera relaciones sexuales con ella aquella noche, sino que la ayudara en su problema relativo al orgasmo.» Adoptó, pues, el papel de una paciente, para imponer a su pareja masculina el rol de orientador sexual en ejercicio y encaminarle de esta manera hacia la autotrascendencia. Pero con ello se produjo también la derreflexión y quedó eliminada la hiperreflexión que había tenido efectos tan patógenos. «Todo volvió a funcionar. Desde entonces desaparecieron los problemas de impotencia.»

Gustave Ehrentraut, californiano, orientador en materia de problemas sexuales, tuvo que tratar una vez a un paciente que desde hacía 16 años sufría de eyaculación precoz. Primeramente se trató el caso con terapéutica de la conducta. Pero, después de dos meses, todavía no se observaron resultados. «Decidí intentar la intención paradójica de Frankl», se nos sigue diciendo. «Informé al paciente que él no iba a ser capaz de modificar su eyaculación precoz y que, por tanto, debía intentar únicamente satisfacerse a sí mismo.» Como Ehrentraut recomendara, además, al paciente hacer que el coito durase lo menos posible, la intención paradójica tuvo tales efectos, que la duración del coito pudo prolongarse al cuádruple. Desde entonces no hubo recaídas.

Otro californiano orientador en materia de problemas sexuales, Claude Farris, me pasó un informe del que se desprende que la intención paradójica puede aplicarse también en casos de vaginismo. Para la paciente, que se había educado en un convento católico, la sexualidad era un tabú riguroso. Se sometió a tratamiento porque sentía violentos dolores durante el coito. Farris le ordenó que no relajase la zona genital, sino que enervase lo más posible la musculatura de la vagina, para que le fuera imposible a su marido penetrar en la vagina. Una semana más tarde volvieron a aparecer los dos para informar de que, por primera vez en su vida matrimonial, el coito se había producido sin dolores. No se consiguió ninguna recidiva. Lo notable de este informe es la ocurrencia de aplicar la intención paradójica para producir la relajación.

A propósito de todo esto, habrá que mencionar también un experimento de David L. Norris, investigador californiano, quien, en el marco de su experimento, ordenó a la que era sujeto del mismo, una mujer llamada Steve, que se relajase lo más posible, cualquiera que fuese la cosa que ella intentara. Pero no tuvo éxito, porque Steve se encaminaba demasiado activamente hacia esa meta. Norris pudo observarlo con mucha exactitud, porque la persona que era sujeto del experimento fue conectada a un electromiógrafo, que constantemente marcaba 50 microamperios. Hasta que Steve se enteró por Norris de que

él, en toda su vida, no había logrado verdaderamente relajarse. Entonces Steve saltó con lo siguiente: «¡Al diablo con la relajación! ¡Me río yo de la relajación!» Y entonces el indicador del electromiógrafo descendió de repente a 10 microamperios. «Lo hizo con tanta velocidad —cuenta Norris— que yo creí que el aparato se había desconectado. En las siguientes sesiones, Steve tuvo pleno éxito, porque *no* intentaba ya relajarse.»

Algo parecido se puede decir también de los diversos métodos de meditación (por no decir, sectas de meditación), ya que la meditación no está hoy día menos de moda que la relajación. Y, así, me escribe un profesor norteamericano de psicología: «Hace poco tiempo me estuve entrenando en la práctica de la Meditación Trascendental. Pero renuncié al cabo de unas cuantas semanas, porque creo que puedo meditar espontáneamente, pero en cuanto empiezo con los formalismos para comenzar a meditar, no soy ya capaz de hacerlo.»