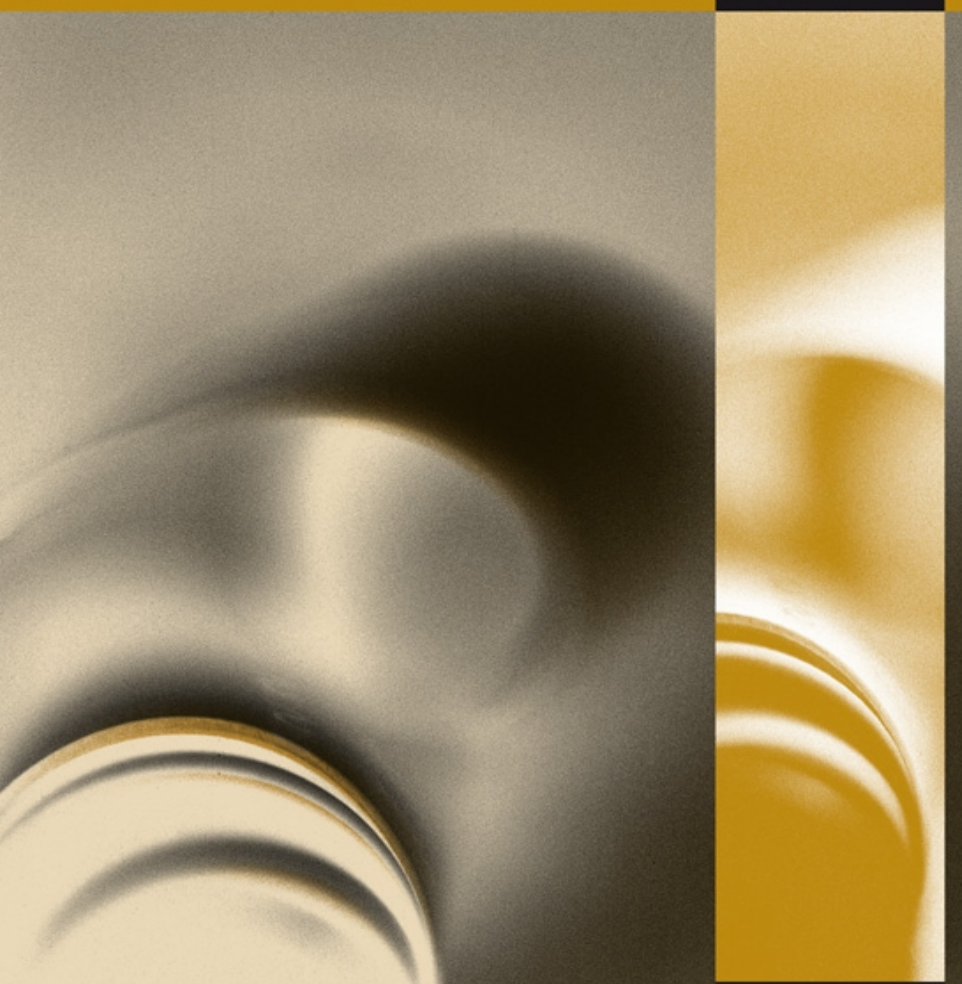


LA PSICOTERAPIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

UNA INTRODUCCIÓN CASUÍSTICA PARA MÉDICOS



**VIKTOR
FRANKL**



Herder

LA PSICOTERAPIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

VIKTOR EMIL FRANKL

LA PSICOTERAPIA
EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

UNA INTRODUCCIÓN CASUÍSTICA PARA MÉDICOS

Traducción de
ROBERTO H. BERNET

Revisión de
CRISTINA VISIERS

Herder

Título original: Die Psychotherapie in der Praxis

Traducción: Roberto H. Bernet

Revisión: Cristina Visiers

© 2011, Viktor Frankl, herederos

© 2014, Herder Editorial S. L., Barcelona

ISBN: 978-84-254-3057-2

La reproducción total o parcial de esta obra sin el consentimiento expreso de los titulares del *Copyright* está prohibida al amparo de la legislación vigente.

Imprenta: Reinbook

Depósito legal: B - 13.763 - 2014

Printed in Spain - Impreso en España

Herder

www.herdereditorial.com

A la difunta Emmy Grosser

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	11
PRÓLOGO A LA PRIMERA EDICIÓN	19
PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICIÓN	27
PRÓLOGO A LA TERCERA EDICIÓN	31
INTRODUCCIÓN.....	33
Perspectivas de la logoterapia clínica.....	33
La técnica de la intención paradójica	55
La derreflexión	84
PARTE TEÓRICA	95
Fundamentos del análisis existencial y de la logoterapia	95
Resumen	111
PARTE DIAGNÓSTICA.....	113
El diagnóstico neurológico diferencial «orgánico-funcional»	113
PARTE TERAPÉUTICA	133
Combinación de farmacoterapia y psicoterapia.....	133

Psicoterapia general	144
<i>Profilaxis de las neurosis iatrógenas</i>	144
Psicoterapia especial	148
<i>Trastornos de la potencia</i>	148
<i>Masturbación</i>	173
<i>Ejaculatio præcox</i>	180
<i>Perversiones (homosexualidad)</i>	184
<i>Neurosis sexuales en las mujeres</i>	185
<i>Neurosis del climaterio</i>	201
<i>Neurosis de angustia</i>	203
<i>Neurosis obsesivas</i>	216
<i>El sueño y los trastornos del sueño</i>	241
<i>La medicación paradójica</i>	247
<i>Los sueños y su interpretación</i>	251
<i>Neurosis orgánicas</i>	258
<i>Terapia de relajación</i>	263
<i>Histeria</i>	273
<i>Sugestión e hipnosis</i>	280
<i>Sobre la dialéctica entre destino y libertad</i>	285
Psicoterapia en psicosis endógenas	294
Psicoterapia en depresiones endógenas.....	295
Psicoterapia en psicosis del grupo de las esquizofrenias	310
ANEXO A LA PRIMERA EDICIÓN	321
Psicoterapia, arte y religión.....	321
BIBLIOGRAFÍA	341
OTROS LIBROS DE VÍKTOR E. FRANKL	351
ÍNDICE ONOMÁSTICO	353
ÍNDICE ANALÍTICO	359

PRESENTACIÓN¹

El libro *La psicoterapia en la práctica clínica. Una introducción casuística para médicos* es un manual introductorio de psicoterapia o bien de logoterapia y análisis existencial orientado hacia la práctica. Como sabemos a través de su correspondencia y de sus anotaciones personales, Frankl comenzó a trabajar en el manuscrito de esta obra en el invierno boreal de 1946 o en la primavera de 1947, inmediatamente después de la publicación de las obras *Psicoanálisis y existencialismo* y *El hombre en busca de sentido*. Por ese motivo, desde la perspectiva de la historia de su surgimiento, esta obra pertenece a una de las fases más productivas de la labor creadora de Frankl: solamente entre 1948 y 1949, Frankl publicó ocho libros. *La psicoterapia en la práctica clínica* se distingue de estas obras, así como de sus obras posteriores, en varios sentidos. En primer lugar, es el único libro de Frankl que se dirige ya en el título a un grupo seleccionado de lectores («Una introducción casuística para médicos»), aspecto sobre el cual se tratará más abajo. En segundo lugar, aparecen en el libro muchos ejemplos de casos concretos, hecho que tampoco se da en esa medida y de forma sistemática en ninguna otra publicación de Frankl. Y, en tercer lugar, pocos son los libros publicados por Frankl —la única excep-

1. Texto extraído de la Introducción del volumen 3 de las Obras completas de Viktor Emil Frankl, editado por Alexander Batthyany, Karlheinz Biller y Eugenio Fizzotti, Viena, Böhlau, 2008, pp. 9-14.

ción, aparte de esta, es *Teoría y terapia de las neurosis*— que estén tan orientados a la práctica como este: en la tercera edición (1974), Frankl dedica a la parte teórica («Fundamentos del análisis existencial y de la logoterapia») solo 16 de las más de 250 páginas que conforman la totalidad del texto. Estas 16 páginas, que en la segunda edición (1961) habían constituido una breve «Introducción», pasaron a reemplazar en la tercera el texto más voluminoso que ocupaba la «parte teórica» en la segunda, reforzando así aún más la acentuada orientación práctica de la obra (véase el «Prólogo» de Frankl a la tercera edición).

Presumiblemente, las mencionadas particularidades del libro se explican en virtud de dos circunstancias: por una parte, *La psicoterapia en la práctica clínica* es el cuarto libro publicado por Frankl después de su liberación del campo de concentración y de su regreso a Viena. En los libros aparecidos anteriormente (*Psicoanálisis y existencialismo*, 1946; *El hombre en busca de sentido*, 1946 y ... *trotzdem Ja zum Leben sagen. Drei Vorträge*² [... a pesar de todo, decir sí a la vida. Tres conferencias], 1946), Frankl describe detalladamente los fundamentos teóricos de la logoterapia y del análisis existencial. Solo la obra *El hombre en busca de sentido* está dedicada principalmente a las vivencias personales de Frankl en los campos de concentración y, con ello, queda fuera de la serie de las anteriores publicaciones especializadas sobre la logoterapia y el análisis existencial, que servían cada una de fundamento a la subsiguiente; este libro, pues, no hace ninguna referencia explícita a los fundamentos teóricos o a las aplicaciones clínicas de la logoterapia y del análisis existencial, y, además, fue publicado inicialmente de forma anónima.

En una mirada retrospectiva, a Frankl parece haberle importado publicar de forma progresiva en sucesivas obras, basadas cada una

2. Esta obra, inédita en español, no debe confundirse con la nueva edición ampliada de *Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*, aparecida en 1944, que contiene también en el título la frase ... *trotzdem Ja zum Leben sagen*. Sobre la historia de la obra ... *trotzdem Ja zum Leben sagen*, véase V. E. Frankl, *Gesammelte Werke*, vol. 1, ... *trotzdem Ja zum Leben sagen. Und ausgewählte Briefe (1945-1949)*, ed. por Alexander Batthyany, Karlheinz Biller y Eugenio Fizzotti, Viena, Böhlau, 2005.

en la precedente, el modelo de psicoterapia que él mismo había fundado —logoterapia y análisis existencial—. Por eso, la proporción relativamente reducida de discusiones filosóficas y teóricas que aparecen en *La psicoterapia en la práctica clínica*, en comparación con otras publicaciones de Frankl, podrá explicarse en gran parte por el hecho de que él veía este libro dentro de la continuidad de su obra de conjunto, que justamente en ese entonces estaba en desarrollo, y, por ese motivo, podía o bien quería renunciar en gran medida a reiteraciones de lo anteriormente expuesto en *Psicoanálisis y existencialismo* y en las tres conferencias de su tríada trágica (... *trotzdem Ja zum Leben sagen. Drei Vorträge*). Probablemente, la renuncia a una nueva exposición de los fundamentos teóricos puede explicarse también por una cierta presión que Frankl experimentaba subjetivamente respecto del tiempo que tenía a disposición para esta publicación, puesto que ya la primera versión de *Psicoanálisis y existencialismo*, terminada en 1942, se había visto demorada varios años en su publicación a causa la deportación de Frankl a Theresienstadt y de la destrucción del manuscrito original en Auschwitz.³

La inquietud de Frankl por ilustrar en esta obra —en el marco de su exposición completa de las posibilidades de aplicación de la logoterapia y del análisis existencial— la utilización clínica concreta del modelo, convergió con la composición del grupo de los destinatarios originales del libro. En efecto, como Frankl escribe en el prólogo a la primera edición, *La psicoterapia en la práctica clínica* se basa en los apuntes de una práctica para médicos de hospital y para el personal de clínica que Frankl dictó en la primavera de

3. Indicios de esta preocupación por su obra aparecen en las cartas escritas por Frankl inmediatamente después de su liberación y regreso a Viena. Por ejemplo, en consulta con su hermana, que vivía en Australia, Frankl había hecho preparativos para, en el caso de que se repitiera la historia, poder emigrar sin demora a Australia junto con su esposa Eleonore y su hija Gabriele. Del mismo modo, Frankl establece un archivo de emergencia en casa de su hermana a fin de asegurar la supervivencia de su obra científica cualesquiera fueran las circunstancias (por lo visto, Frankl pensaba en un nuevo peligro de orden político). Véase, V. E. Frankl, *ibid.*

1947 en la Policlínica de la ciudad de Viena en su condición de director:

De tales circunstancias surgen ciertas posibilidades metodológicas, así como también determinadas necesidades didácticas. En efecto, por un lado, recurriendo al nutrido número de pacientes ambulatorios, era posible presentar las patologías típicas en cuestión, así como mostrar su tratamiento típico; por el otro, era necesario prestar atención a las necesidades de los colegas más jóvenes que quieren iniciar su actividad clínica particular o ya la han iniciado, por lo que se eligió hacer una exposición lo más casuística posible.

La primera edición del libro apareció tras la conclusión del mencionado seminario, el verano de 1947, en la editorial Deuticke, de Viena. Hasta 1981, Frankl le fue agregando notas y enmiendas. Con ello, la historia de la obra abarca un espacio de más de treinta años, en los que la psicoterapia experimentó algunos desarrollos y, en cualquier caso, numerosos cambios. Frankl tuvo en cuenta esos cambios en tiempos de su vida, actualizando de forma continua sus obras, también *La psicoterapia en la práctica clínica*. Al mismo tiempo, sin embargo, llama la atención que, si no se considera la nueva primera parte, que fue antepuesta en 1974 al texto principal del libro, por lo demás casi inalterado, Frankl solo haya introducido algunas pocas modificaciones, y de importancia relativamente menor.

El hecho de que, a través del lapso de alrededor de treinta años que transcurrió desde la primera edición de *La psicoterapia en la práctica clínica* hasta la última aparecida en tiempos de la vida de Frankl, solo hayan sido necesarias observaciones complementarias y actualizaciones menores indica también que la psicoterapia en la práctica clínica presentada por Frankl reviste un valor permanente para la psicoterapia actual. Del mismo modo, la circunstancia de que la logoterapia y el análisis existencial hayan experimentado desde su primera presentación múltiples y amplias confirmaciones empíricas —hasta el año 2005, alrededor de 630 estudios clínicos y empíricos publicados en revistas especializadas—⁴

4. Resumidos y comentados en A. Batthyany y D. Guttmann, *Empiri-*

muestra que el número de revisiones o ampliaciones de la teoría y práctica de la psicoterapia logoterapéutica y analítico-existencial, reducido también en las ediciones más recientes, no debe interpretarse como expresión de una más fuerte formación de escuela o dogmatización de la logoterapia, sino más bien como signo de que Frankl ha creado una obra capaz de ayudar tanto al hombre de entonces como al actual. En contra de que esto se trate de un mero fortalecimiento de la formación de escuela de la logoterapia habla también el hecho de que Frankl agregó a cada nueva edición de su obra principal de orientación más teórica, *Psicoanálisis y existencialismo*, numerosas y amplias notas y complementos, o sea, que desarrolló constantemente nuevas comprensiones y argumentos con vistas a la teoría de la logoterapia.

Desde este punto de vista, la logoterapia y el análisis existencial aplicados tal como se los presenta en *La psicoterapia en la práctica clínica* han superado una importante prueba de tiempo. Con tanto más razón es así en la medida en que, en algunos casos, solo con el paso de años o décadas se ha puesto de manifiesto que algunas afirmaciones centrales de la logoterapia, por ejemplo, sobre los diferentes tipos de causa de los trastornos psíquicos (somatógeno, psicógeno y noógeno), se han convertido cada vez más en consenso científicamente informado dentro de la psicoterapia, mientras que, a lo largo del espacio de tiempo relativamente prolongado en que Frankl presentó sus tesis, no gozaban todavía en modo alguno de un reconocimiento generalizado, sino que se veían ensombrecidas por debates con una carga ideológica previa.⁵ En 1974, a fin de cuentas un cuarto de siglo después de la aparición de la primera edición, Frankl pudo anteponer al texto principal de *La psicoterapia en la práctica clínica*, en su tercera edición, un nuevo capítulo introductorio dedicado casi exclusivamente al «estado de desarrollo actual de la logoterapia en la investigación y la práctica». Con otras palabras, el modelo de Frankl de una *Psicoterapia en la práctica clínica* se ha visto comprobado

cal Research in Logotherapy and Meaning-Oriented Psychotherapy, Phoenix (AZ), Zeig, Tucker and Theisen, 2006.

5. Véase L. J. Cozolio, *The Neuroscience of Psychotherapy: Building and Rebuilding the Human Brain*, Nueva York, Norton, 2002.

no a pesar, sino justamente también por el hecho y frente al hecho de que este modelo ha sido aplicado en la práctica y con éxito en todo el mundo desde hace más de sesenta años.

Al mismo tiempo es inevitable que todo texto hable el lenguaje de su tiempo: y, a veces ya en el lapso de pocos años, dicho lenguaje aparece como inadecuado para la época, especialmente en un emprendimiento tan proclive a la reforma y al cambio como es la psicoterapia. En lo esencial son dos cosas las que han cambiado: la regulación legal del perfil profesional del psicoterapeuta y las denominaciones utilizadas en el diagnóstico psiquiátrico. Estos cambios de conceptos son más llamativos con vistas a la nomenclatura de los trastornos psíquicos, que, no obstante, en el presente volumen se han dejado sin modificaciones por tres razones. En primer lugar, todo intento de seguirle el paso a la nomenclatura psiquiátrica, que sigue cambiando continuamente, aparecería de nuevo como anacrónico en muy corto tiempo. En segundo lugar, como la fenomenología de los diferentes cuadros clínicos ha permanecido inalterada y, además, la mayoría de los manuales actuales hacen referencia también a las denominaciones antes vigentes, los a veces solo pequeños desplazamientos conceptuales como, por ejemplo, de «neurosis de angustia» a «trastorno de angustia» son demasiado insignificantes como para justificar una intervención en el texto original. Pero, además, la nomenclatura utilizada en la versión original es también demasiado relevante desde el punto de vista del contenido como para dar preferencia al concepto de «trastorno» respecto del de «neurosis», más neutral en cuanto a la causa, pues con las correspondientes denominaciones de «psicosis» y «neurosis» Frankl no describe un mero cuadro de trastorno, sino que hace también afirmaciones sobre el tipo de causas que se encuentran en cada caso en primer plano. Frankl sigue aquí la distinción vigente hasta el DSM II (American Psychiatric Association, 1980) entre cuadros clínicos que tienen componentes sobre todo somatógenos (psicosis y pseudoneurosis somatógenas) y aquellos en los cuales está en primer plano la génesis psíquica (neurosis psicogénicas y reactivas). Esta distinción es importante también porque, al mismo tiempo, resulta orientadora para las directivas terapéuticas e indicaciones de acción correspondientes. Una discusión y asimilación detalladas de la

conceptualidad de Frankl y de las definiciones propuestas en el CIE 10 y el DSM IV o el SSM IV-TR puede encontrarse en DuBois.⁶

En segundo lugar, también se ha modificado la situación legal, en modo alguno uniforme en el ámbito de habla alemana, acerca de la cuestión de quién está autorizado para ejercer la psicoterapia. Mientras que en Austria el acceso a la formación psicoterapéutica regular se maneja de forma relativamente liberal, Alemania, con la nueva ley de psicoterapia, ha definido de forma esencialmente más estricta el concepto de psicoterapeuta y lo ha reservado a los grupos profesionales de los psicólogos y médicos; en Suiza, la admisión del psicoterapeuta y consultor está regulada a nivel cantonal. Tal como aparece claramente en el subtítulo de *La psicoterapia en la práctica clínica. Una introducción casuística para médicos*, según la comprensión de Frankl el ejercicio de la psicoterapia estaba reservado más que nada a los médicos. Si bien con el correr de los años Frankl amplió crecientemente el concepto de psicoterapia también a otras profesiones asistenciales, tanto más le importaba que se tuviese en cuenta el papel de la co-causación somática y, por ello, en primer lugar, de la terapia medicamentosa, particularmente de los trastornos psíquicos graves, y que, por eso, el conocimiento preciso de las posibilidades, pero sobre todo también de los límites de la psicoterapia es un elemento central de toda formación psicoterapéutica que tenga conciencia de la correspondiente responsabilidad y esté libre de cargas ideológicas previas.

También sobre este trasfondo ha parecido necesario a los editores mantener la antigua nomenclatura y nosología de Frankl, pues esta presenta también explícitamente un modelo de causas (según el caso, primariamente fisiológico, psicológico o noético) que, como ya se ha insinuado, se ha visto crecientemente confirmado en los últimos años también desde puntos de vista empíricos, sobre todo con vistas a la diferenciación entre psicogénesis y somatogénesis. Bajo este signo, *La psicoterapia en la práctica clínica* no es solamente una introducción a la

6. J. M. DuBois, «Introduction», en V. E. Frankl, *On the Theory and Therapy of Mental Disorders. An Introduction to Logotherapy and Existential Analysis*, Londres, Brunner-Routledge, 2004.

psicoterapia práctica en el sentido estricto de la palabra, sino también un manual de diagnóstico diferencial de los trastornos psíquicos.

Más allá de ello, en el contexto del capítulo teórico introductorio agregado por Frankl a partir de la tercera edición se cierra el círculo acerca de los fundamentos teóricos de la logoterapia y del análisis existencial. De ese modo, en este volumen se da una conjunción temática de los acentos de teoría, diagnóstico y práctica —por lo demás, inseparables en la logoterapia y el análisis existencial— que asegura una introducción fundamental a la logoterapia y el análisis existencial y que, aun así, sigue siendo sobre todo una introducción orientada hacia la práctica. La versión del capítulo teórico introductorio aquí incorporada es la última elaborada por el propio Viktor Frankl. A fin de garantizar un tratamiento cuidadoso desde el punto de la historia de la obra, se han incorporado a este volumen los tres prólogos correspondientes respectivamente a las ediciones primera, segunda y tercera.

PRÓLOGO A LA PRIMERA EDICIÓN

La presente introducción a la psicoterapia surgió de unas prácticas encomendadas al autor por la dirección de la Policlínica de la ciudad de Viena en la primera mitad de 1947. Dichas prácticas estaban dirigidas a los médicos de ese hospital y de establecimientos hospitalarios afines.

De tales circunstancias surgen ciertas posibilidades metodológicas, así como también determinadas necesidades didácticas. En efecto, por un lado, recurriendo al nutrido número de pacientes ambulatorios era posible presentar las patologías típicas en cuestión, así como mostrar su tratamiento típico; por el otro, era necesario prestar atención a las necesidades de los colegas más jóvenes que quieren iniciar su actividad clínica particular o ya la han iniciado, por lo que se eligió hacer una exposición lo más casuística posible. Lo que el joven médico debía adquirir en estas prácticas era un conocimiento de las preguntas típicas que nos plantean los pacientes, así como de las respuestas necesarias y de las posibles objeciones.

Ahora bien, de ese modo, no podía evitarse una extensión de cierta amplitud. Además, era inevitable detenerse ocasionalmente en los detalles del caso concreto. Sin embargo, no hemos de olvidar que, en última instancia, es a partir de tales detalles que, a la manera de un mosaico, se compone el cuadro de una enfermedad, por lo cual también la terapia tiene que iniciarse, en cada caso, a partir de los detalles. Y justamente ese inicio era lo que nos importaba: la pregunta

sobre cómo «abordar» un caso concreto. Por eso, tampoco debíamos temer introducir en la exposición un aspecto dialógico, pues toda psicoterapia, pero sobre todo la logoterapia, tiene como paradigma el gran «modelo» histórico de explicación intelectual, la conversación clásica de persona a persona: el diálogo socrático.

Por supuesto, la sistemática siempre sufre bajo la casuística, de ello somos muy conscientes. Pero una sistemática sería aquí de todos modos prematura y, en cualquier caso, apresurada. En efecto, el material que habría que tratar es casi ilimitado. Y si no tenemos el coraje de aceptar que nuestra exposición sea fragmentaria, perderemos la oportunidad de aprender y de enseñar a partir de los casos patológicos concretos y de la situación terapéutica, igualmente concreta.

Todo lo dicho trae consigo la necesidad de plantearnos, en primer lugar, ¿cómo se configura la psicoterapia en la práctica clínica? ¿Qué concesiones tiene que hacer, con elástica capacidad de adaptación, a las limitadas posibilidades de tiempo de los centros de tratamiento ambulatorio y a la limitada capacidad intelectual de algunos pacientes? Y ¿en qué medida es posible o necesario el eclecticismo? ¿Dónde y cuándo son aplicables los métodos modernos? Por supuesto, al hablar de tales métodos nos referimos principalmente a la logoterapia y al análisis existencial. Pero se plantea también la pregunta de cuál es el ámbito de aplicación que hemos llamado «cura médica de almas».¹ En

1. «El concepto de *Ärztliche Seelsorge* constituye la contribución de Frankl a la humanización de la medicina, puesto que sitúa en su centro el cuidado, la cura del médico por el estado psíquico de sus pacientes. Se diferencia de la “cura o cuidado pastoral del alma” [*priesterliche Seelsorge*] por la meta planteada. Mientras que el pastor se ocupa y esfuerza por la salvación del alma del creyente en el más allá, el médico cuida de la salud del alma o de la psique del paciente aquí y ahora» (K. H. Biller y M. de Lourdes Stiegeler, *Wörterbuch der Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor E. Frankl*, Viena-Colonia-Weimar, Böhlau, 2008, p. 32). Por tanto, no hay que olvidar que el ámbito de la *Seele*, de lo *seelisch* no solo se refiere al ámbito del alma, sino que designa también lo anímico y es un sinónimo de psíquico (las enfermedades mentales pueden ser *seelische* o *psychische Krankheiten*). A pesar de que resulta un tanto forzada, hemos mantenido la traducción que se ha utilizado hasta ahora, «cura de almas médica»,

este punto tendremos que tratar también, necesariamente, el trazado de las fronteras de lo clínico respecto de la pastoral sacerdotal, pues tales fronteras existen y deben respetarse.

Los planteamientos teóricos propios que sentamos como base de las siguientes consideraciones los hemos desarrollado ya antes y en otros lugares llegando incluso a una teoría metaclínica del ser humano y, consecuentemente, a una antropología filosófica —algo que, aparentemente, representaría una pesada carga para la práctica—. Sin embargo, esperamos poder mostrar que esta teoría puede aplicarse muy bien en la práctica y que tal aplicación es posible también con los medios más sencillos, aquellos que están a disposición de todo médico.

Sin duda, también para esto será necesario tener talento y, especialmente, el don de la inventiva. Pero, en la gran psicoterapia, en las clásicas psicologías analíticas o profundas, no se requiere más talento que en una pequeña psicoterapia como esta. Tampoco esta puede escapar de la improvisación: toda psicoterapia tiene que improvisar, tiene que inventar, inventarse a sí misma —y, en definitiva, debe hacerlo en todos los casos, para cada caso de nuevo—. Obviamente, en la medida en que una psicoterapia de este tipo parece depender esencialmente de una individualización, no es susceptible de enseñarse exhaustivamente. Pero no olvidemos que también la misma individualización e improvisación pueden enseñarse, de alguna manera.

Ahora bien, en lo tocante a los aspectos metaclínicos, se trata principalmente de aquellos pensamientos que el autor consignó por escrito en *Ärztliche Seelsorge [Psicoanálisis y existencialismo]*, así como en algunos de los escritos posteriores (Frankl 1975a). Para leer este libro no se requiere conocer tales escritos. No obstante, en nuestro ámbito, el camino de la teoría a la práctica parece ser el más aconsejable. Este camino no es en absoluto idéntico al deductivo (por contraposición al inductivo), pues toda teoría surge, en última instancia, de la práctica. Lo que queremos decir es, más bien, que si se quiere captar datos empíricos de forma adecuada y que el mundo de

aunque bien podríamos añadir para completarla «cuidado psíquico médico». (N. de la E.)

la experiencia fáctica no resulte estéril, es oportuno que se cuente con una cierta categorización, con un horizonte concreto.

Una marca en este horizonte que estamos presuponiendo sería que la condición humana significa, en el fondo, ser responsable, y que, en última instancia, el ser humano es un ser que lucha desde su dimensión específicamente humana² por alcanzar el sentido concreto de su existencia personal. Bien puede ser que esta lucha se desarrolle ocasionalmente «bajo el cuadro clínico» de una neurosis, con lo cual podría ser de alguna manera ambigua desde una perspectiva existencial. Otro presupuesto categorial para todo el aspecto que subyace a nuestras concepciones psicoterapéuticas consiste en que el hombre neurótico, inseguro a raíz de algún motivo psicofísico, necesita de forma muy especial el apoyo en lo noético para compensar esa inseguridad propia. La *Ärztliche Seelsorge* o «cura médica

2. Al mencionarse por primera vez en esta obra el aspecto de lo «espiritual» [*Geist, geistig, das Geistige*], conviene aclarar que, con este término, Viktor Frankl no se refiere específicamente a un aspecto religioso o relativo a la dimensión trascendente en el ser humano, sino más bien a la esfera del espíritu como opuesta a lo somático y a lo psíquico y centrada en el aspecto de lo que él suele denominar «noético»: es decir, el aspecto de los contenidos y valores que son capaces de ofrecer sentido y sustentar, de ese modo, los procesos existenciales y terapéuticos a los que apuntan la logoterapia y el análisis existencial. Si bien en la traducción de los textos de Frankl al español se ha optado mayoritariamente por traducir *Geist* como «espíritu», o *geistig* como «espiritual», el campo semántico de esta palabra en alemán comprende muchos aspectos que se pierden en esta traducción. Por ello hemos optado el término «noético», del griego *nous*, también utilizado por el propio Frankl (recordemos también sus neologismos «neurosis noógena» o «noologismo», por ejemplo), y que recoge en la tradición filosófica aspectos como la aprehensión intelectual, la razón intuitiva, el sentido común y la razón emocional y práctica. A partir de aquí se utilizará «noético» para traducir *Geist* o *geistig* siempre que se refiera a esta dimensión clave en la teoría frankliana, y deberá entenderse como lo específicamente humano, la autconsciencia reflexiva, lo libre en el ser humano, lo que nos permite distanciarnos de lo que nos sucede en el plano psicofísico y, si es necesario, oponernos a ello. (*N. del T.*)

de almas» ha procurado señalar de forma más detallada las posibilidades y dificultades de un descubrimiento del sentido, sentando al mismo tiempo las bases de aquella metodología que, según se acentúe uno u otro aspecto, se revela como logoterapia, análisis existencial o cura médica de almas. Pero hay una cosa que esta metodología quiere ser en cualquier caso: psicoterapia desde lo noético, toma de conciencia de que se tiene responsabilidad, del fundamento noético que sustenta toda condición humana, del inconsciente noético, y ello en forma de análisis existencial (mientras que el psicoanálisis se limita a hacer consciente el inconsciente instintivo). Y, en forma de logoterapia, en contraposición con la psicoterapia en el sentido más restringido que ha tenido el término hasta ahora, nuestra metodología quiere prestar apoyo en la lucha noética del ser humano acudiendo en su ayuda con armas noéticas y no, como la psicoterapia psicologista, proyectando con violencia lo noético hacia abajo, al plano psicológico.³ Por último, a la cura médica de almas le queda reservado, en todos aquellos lugares donde el hombre que sufre se encuentra confrontado con un destino en sí irrevocable, el hacer visible en la correcta actitud ante ese destino, en el sufrir correcto —es decir, erguido—,⁴ una posibilidad última pero suprema de encontrar sentido.

Siempre es desafortunado reiterarse, por supuesto. Pero no es menos desafortunado evitar a cualquier precio las reiteraciones. Aparte del marco categorial que se acaba de insinuar, se favorecerá ahora también hasta cierto punto un eclecticismo. En efecto, así como no todo enfermo «reacciona» a cualquier método psicoterapéutico, del mismo modo no todo médico está en condiciones de tener éxito con cualquier método psicoterapéutico. Friedlaender, viejo médico generalista, dijo en una ocasión: el psicoterapeuta no tiene que pertenecer

3. Véase Frankl 1938a, publicación en la que se exigió y esbozó por primera vez *expressis verbis* el análisis existencial, y Frankl 1938b. No obstante, la exigencia de fundamentar una logoterapia se remonta ya a la publicación de Frankl 1925.

4. El autor explica aquí el recto sufrir recurriendo a un juego de palabras con los adjetivos alemanes *recht* (recto, correcto) y *aufrecht* (erguido, íntegro). (N. del T.)

a ninguna escuela, sino que todas las escuelas tienen que pertenecerle. No obstante, tendríamos que complementar la frase y señalar que las «escuelas» en su conjunto no hacen todavía al psicoterapeuta; antes bien, es él quien hace que ellas lleguen a ser algo. Todo depende, precisamente, de la aplicación, y menos, de lo que se aplica.

En efecto, hay tanto un eclecticismo proveniente de la valentía como uno proveniente de la debilidad. No se debe absolutizar ningún punto de vista. Y por más que el individuo tenga el derecho, y hasta el deber, no solamente de defender su posición, sino también de difundirla, incluso a riesgo de una cierta unilateralidad, en la práctica solo podrá hacer verdaderamente justicia a la realidad y a las exigencias de la realidad si presta oídos a las voces de todos los investigadores y se fija cómo todas ellas, en su multiplicidad, se complementan mutuamente.

Así pues, podrá suceder también que no ofrezcamos al especialista casi nada esencialmente nuevo. En efecto, desde el comienzo nos ha importado menos presentar una exposición del «qué» de la psicoterapia en su conjunto que introducir el «cómo». Y tal exposición se dirige a los médicos no especialistas. Ya se ha comprobado que, actualmente, su interés por la psicoterapia es grande. Pero este interés se encuentra con una literatura que, no raras veces, ofrece justamente lo más unilateral o lo más desconcertante, que, por falta de distancia crítica y de orientación práctica, no resulta aprovechable. En un tiempo como el actual, en que las masas se encuentran en un estado de emergencia y sufrimiento psíquico sin igual, es más necesario que nunca tratar de remediarlo. No solo el personal médico especializado, sino también personas del ámbito de la política cultural y de la religión son conscientes de su responsabilidad respecto de esta situación. Saben que, a través de la educación —y ante todo a través de ella—, es preciso salvar a la humanidad actual de una caída definitiva en el abismo. Aquí se perfila algo así como la exigencia de una psicoterapia social, o la necesidad de una psicohigiene colectiva. Nosotros, sin embargo, tenemos que preguntarnos: ¿qué orientación psicoterapéutica debería sentirse más llamada a contribuir a esta tarea que una orientación cuya máxima superior y principio supremo, cuyo imperativo culmina en el llamamiento a la conciencia de responsabilidad? Y más aún

después de tanto tiempo de irresponsabilidad y de educación de la irresponsabilidad...

Sin embargo, la tarea de la que aquí se trata no puede ser realizada por nadie individualmente, ni aunque dispusiera de capacidades personales ilimitadas. Su cumplimiento tiene que ser obra de muchos. En efecto, el esbozo de esta obra está en el aire. Por supuesto, esto mismo en el doble sentido de la expresión: primero, en el sentido de que todos aquellos que están animados de buena voluntad, en la medida en que ven el mundo con los ojos abiertos, la conocen; y, en segundo lugar, en el sentido de que la fundamentación ideológica y científica de esa obra sigue aún pendiente de realización, por lo que, justamente, «está en el aire». Nosotros luchamos por esa fundamentación, y con nosotros, muchos otros. Y si, además de la lucha, se alcanza con ello una victoria, tal victoria estriba en la vivencia edificante de ver cómo realmente todos tiran de la misma cuerda. Por eso, lo que hace falta es promover esta comunidad invisible y, con ello, su obra.

Habría que entender en este sentido el esbozo de una introducción a la práctica de la psicoterapia que aquí presentamos. Esta es la necesidad del momento y no podemos esperar, pues no tenemos tiempo que perder: la humanidad ya no tiene más tiempo. Así pues, que no se valore este escrito como un intento de decir cosas nuevas, sino como un acto que responde a un deber de conciencia. El investigador debe ser siempre también maestro, pero debe serlo incluso cuando tiene conciencia de no ofrecer muchas cosas que le sean propias. Pues tanto el investigador como el maestro tienen que servir a la práctica. Y en ese servicio, en el servicio al ser humano enfermo, el investigador debe posponer su ambición y aquella vanidad que lo lleva a cicatear con lo prioritario o que busca la originalidad a cualquier precio.

VIKTOR E. FRANKL

Viena, en el verano de 1947

PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICIÓN

Cuando la editorial me anunció su propósito de hacer una nueva edición de este libro, aparecido en 1947, tuve al comienzo mis reservas. En efecto, entre tanto, concretamente en 1956, se había editado mi obra *Theorie und Therapie der Neurosen*,¹ en cuyo marco se había presentado un resumen ampliamente sistematizado y desarrollado acerca de la logoterapia y el análisis existencial. Finalmente, sin embargo, prevaleció la consideración de que la estructura sistemática y el lenguaje conciso de *Theorie und Therapie der Neurosen* dificulta al neófito la lectura en la misma medida en que se la facilitan el discurso aligerado de *Die Psychotherapie in der Praxis [La psicoterapia en la práctica clínica]* y su gran extensión, con amplia casuística. No obstante, con el fin de señalar también el estado actual en cuanto a la consideración sistemática del tema y a los problemas en cuestión, se han incorporado a la nueva edición conferencias que debían poner de relieve la teoría metaclínica del análisis existencial sobre el trasfondo de la práctica clínica de la logoterapia. En concreto, estas conferencias fueron pronunciadas en la Universidad Washington, de St. Louis («Anthropologische und ontologische Grenzfragen der Psychotherapie» [«Preguntas antropológicas y ontológicas limítrofes de la psicoterapia»]), en la Universidad Loyola, de Los Ángeles («Aus

1. Frankl 1975b (español: *Teoría y terapia de las neurosis. Iniciación a la logoterapia y al análisis existencial*, Barcelona, Herder, 2008).

dem Grenzgebiet zwischen Psychotherapie und Philosophie» [«En la frontera entre la psicoterapia y la filosofía»]], y en el Congreso Internacional de Psicoterapia, en Barcelona («Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse» [«Fundamentos de la logoterapia y del análisis existencial»]).

Albert Einstein dijo en una ocasión: «¿Cuál es el sentido de la vida humana...? Usted pregunta: ¿por qué necesitamos plantear esta pregunta? Yo respondo: el hombre que contempla su propia vida [...] como algo carente de sentido no es solamente desdichado, sino que apenas está preparado para la vida».²

Realmente, hay muchísimos pacientes que sufren en la actualidad por el sentimiento de una abismal carencia de sentido. Lo que les falta es el conocimiento de un sentido que pueda hacer que la vida valga la pena vivirse. Los oprime y apremia la vivencia de su vacío interior. El psiquiatra de hoy se encuentra a cada paso con aquello que designo como «vacío existencial».

Tanto mayor será la incidencia de esto mismo si, hasta el día de hoy, la higiene psíquica ha estado más o menos dominada por un principio erróneo, al partir de la convicción de que lo que el hombre necesita en primer lugar es tranquilidad y equilibrio interior, distensión a cualquier precio. Sin embargo, tanto mis reflexiones como mi propia experiencia muestran que, mucho más que distensión, el hombre necesita tensión: una cierta tensión, una tensión sana, dosificada. Por ejemplo, aquella tensión que se experimenta por la exigencia que emana de un sentido de la vida, de una tarea que hay que realizar, en especial cuando se trata de la exigencia que brota de un sentido de la vida cuya realización está reservada, requerida y encargada única y exclusivamente a esa persona. Una tensión tal no es perjudicial para la salud psíquica, sino que, por el contrario, promueve la salud psíquica, en cuanto ella misma —la «noo-dinámica»,

2. «What is the meaning of human life...? You ask: Why need we pose the question? I answer: The man who regards his own life [...] as meaningless is not merely unhappy but hardly fit for life». Cita según Dana L. Farnsworth, «The Search For Meaning», *Academy Reporter* (Academy of Religion and Mental Health, Nueva York) 5 (1960), n.º 8, pp. 1 y 4.

como quisiera llamarla—³ constituye toda condición humana. En efecto, ser persona significa estar en la tensión entre ser y deber ser, y ello de forma irrevocable e imperiosa. Y lo que hemos de temer es menos una sobreexigencia cuanto, más bien, la subexigencia de la persona, especialmente de la persona joven: si encuentra demasiado poca tensión, es decir, si no se encuentra suficientemente interpelado por una exigencia llena de sentido a partir de modelos personales, irá en busca de la tensión, aunque solo sea la que encuentra temblando frente a la policía, tras haberla provocado. En lo que toca, empero, al hombre neurótico, conocemos suficientemente el carácter patógeno no solo de situaciones de estrés, es decir, de situaciones de carga, sino también de situaciones de descarga.⁴ Con otras palabras, no es solo que el hombre neurótico *también* necesite confrontarse con el sentido de la existencia, sino que lo necesita *con mayor razón*.

VIKTOR E. FRANKL
Cambridge, Massachusetts, junio de 1961

3. Es decir, aquella dinámica que se desarrolla en un campo polar de tensiones cuyos dos polos están representados por el sentido que hay que realizar y la persona que debe realizarlo.

4. Véase Frankl 1946, p. 81 (español: *Psicoanálisis y existencialismo*, trad. de C. Silva y J. Mendoza, México, FCE, ²1978, pp. 155 s.).

PRÓLOGO A LA TERCERA EDICIÓN

Para la tercera edición de este libro he redactado una nueva «Introducción», relativamente extensa, que debería reflejar el estado de desarrollo actual de la logoterapia en la investigación y la práctica.¹ Para ello, la «Introducción» a la segunda edición fue transformada en una «Parte teórica». El capítulo «Preguntas antropológicas y ontológicas limítrofes de la psicoterapia», que había constituido la «Parte teórica» de la segunda edición, había aparecido bajo el título original del trabajo: «Irrwege seelenärztlichen Denkens» [«Extravíos del pensamiento psiquiátrico»] en mi libro *Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*, publicado por Hans Huber (en Berna) [*El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*, Barcelona, Herder, 2003], destino que comparte con otro complemento a la primera edición, a saber, el capítulo «Aus dem Grenzgebiet zwischen Psychotherapie und Philosophie» [«En la frontera entre la psicoterapia y la filosofía»].

Con todo ello creo y espero haber cumplido, por lo menos en parte, mi obligación de brindar a mi producción los debidos cuidados. Así pues, solo me resta dar las gracias a los asistentes y estudiantes de

1. Esta introducción surgió de un seminario titulado «Theory and Therapy of Neuroses» [«Teoría y terapia de las neurosis»], que dicté durante los trimestres de invierno de los últimos años en el marco de mi cátedra de logoterapia en la Universidad United States International, de San Diego (California).

aquel tiempo, de los que he podido utilizar tanto material casuístico que muestra la logoterapia en la práctica —una práctica que *ellos* mismos han desarrollado y en la que aplican la logoterapia a menudo con una maestría por la que los envidio, tratándose, además, no raras veces de colegas que deben su formación exclusivamente a un estudio autodidacta de la bibliografía logoterapéutica, es decir, en definitiva, a sí mismos—.

VIKTOR E. FRANKL
Viena, mayo de 1974

INTRODUCCIÓN

PERSPECTIVAS DE LA LOGOTERAPIA CLÍNICA

Como se anunciara en el prólogo a la tercera edición, a continuación se resume el nivel de desarrollo actual de la logoterapia en la investigación y la práctica. Sin embargo, el lector esperará en primer lugar que le expliquemos qué es, en general, la logoterapia. Pero, antes de pasar a indicar qué es propiamente la logoterapia, es aconsejable indicar qué *no es*: ¡no es una panacea!¹ La definición del «método de elección» en un caso dado da por resultado una ecuación con dos incógnitas: $\psi = x + y$.

En la ecuación, «x» representa la unicidad irrepetible de la personalidad del paciente, e «y», la cualidad no menos única e irrepetible de la personalidad del terapeuta. Con otras palabras, no cualquier método se deja aplicar en todos los casos con las mismas expectativas de éxito, ni todo terapeuta puede manejar cualquier método con la misma eficacia. Y lo que vale para la psicoterapia en general vale en

1. Esta constatación no es en absoluto superflua: Edgar Krout confrontó en una ocasión a medio millar de estudiantes estadounidenses con una serie de afirmaciones que había extraído de la bibliografía del ámbito de la logoterapia, y, mientras que, en la práctica, todas las citas resultaban aceptables para los estudiantes, la mitad no podía reconciliarse con la idea de que la logoterapia no fuese un remedio universal: hubiesen preferido oír lo contrario (Joseph B. Fabry [ed.], *Logotherapy in Action*, Nueva York, Aronson, 1979).

particular también para la logoterapia. En una palabra, nuestra ecuación podría complementarse formulando ahora: $\psi = x + y = \lambda$.

No obstante, Paul E. Johnson se atrevió a afirmar, en una ocasión: «Logotherapy is not a rival therapy against others, but it may well be a challenge to them in its plus factor»² (Johnson 1968, p. 122). En qué consiste este *plus factor* nos lo revela N. Petrilowitsch cuando opina que, en oposición a todas las demás psicoterapias, la logoterapia no se queda en el plano de la neurosis, sino que va más allá y penetra en la dimensión de los fenómenos específicamente humanos (Petrilowitsch 1964). Realmente, el psicoanálisis, por ejemplo, considera que la neurosis es el resultado de procesos psicodinámicos y, de acuerdo con ello, intenta tratar la neurosis poniendo en juego nuevos procesos psicodinámicos, como por ejemplo la transferencia; por su parte, la terapia cognitivo-conductual considera que la neurosis es el producto de procesos de aprendizaje o *conditioning processes* y, consecuentemente, se esfuerza por influir en la neurosis introduciendo una suerte de re-aprendizaje o *reconditioning processes*. En contraste con estas posturas, la logoterapia asciende a la dimensión humana y, de ese modo, se halla en condiciones de incorporar a sus herramientas de trabajo los fenómenos específicamente humanos con los que se encuentra. Y se trata ni más ni menos que de las dos características antropológicas fundamentales de la existencia humana, que son, en primer lugar, su «autotranscendencia» (Frankl 1959), y, en segundo lugar, la capacidad de «autodistanciamiento» (Frankl 1949b, p. 88), no menos característica de la existencia humana en cuanto tal, es decir, en cuanto humana.

La autotranscendencia marca el hecho antropológico fundamental de que la existencia humana remite siempre a algo que, a su vez, no es ella misma: a algo o a alguien, es decir, bien a un sentido que hay que realizar, bien a otra existencia humana con la que se encuentra. Así pues, el ser humano llega a ser realmente humano y es plenamente él mismo solamente cuando sale de sí y se entrega a una tarea, cuando se pasa a sí mismo por alto, se olvida de sí mismo en el servicio a una causa o en el amor a otra persona. Es como el ojo, que solo

2. «La logoterapia no es una terapia que rivalice con otras, pero, en virtud de sus ventajas, bien podría ser un desafío para ellas.»

puede cumplir su función de ver el mundo en cuanto no se ve a sí mismo. ¿Cuándo ve el ojo algo de sí mismo? Solamente cuando está enfermo: cuando sufro de cataratas y veo una «nube», o cuando sufro de glaucoma y, alrededor de una fuente de luz, veo los colores del arco iris, en esos casos mi ojo ve algo de sí mismo, y entonces percibe su propia enfermedad. Pero, en ese caso, en la misma medida está también perturbada mi facultad visual.

Sin incorporar la autotrascendencia a la imagen que nos hacemos del hombre nos es imposible comprender la neurosis de masas ante la que nos encontramos actualmente. Hoy en día, en general, el hombre ya no está frustrado sexualmente, sino existencialmente. Hoy sufre menos a causa de un sentimiento de culpabilidad que de un sentimiento de falta de sentido (Frankl 1972b, p. 85). Habitualmente, ese sentimiento de falta de sentido va acompañado de un sentimiento de vacío, de un «vacío existencial» (Frankl 1955). Y se puede demostrar que este sentimiento de que la vida no tiene ya sentido alguno se está extendiendo. Alois Habinger demostró, sobre la base de una comparación con una población homogénea de quinientos aprendices, que el sentimiento de falta de sentido se había incrementado en pocos años en más del doble (comunicación personal). Kratochvil, Vymetal y Kohler han señalado que el sentimiento de falta de sentido no se limita en absoluto a países capitalistas, sino que es perceptible también en Estados comunistas, en los que ha entrado «sin visado». Y la referencia a que ese mismo sentimiento puede observarse ya en los países en desarrollo la debemos a L. K. Klitzke (1969, p. 105) y a Joseph L. Philbrick («A Cross-Cultural Study of Frankl's Theory of Meaning-in-Life»).

Si nos preguntamos qué puede haber producido y causado el vacío existencial, se ofrece la siguiente explicación: a diferencia del animal, los instintos e impulsos no le dicen al hombre lo que tiene que hacer. Y, a diferencia de otras épocas, hoy en día ya no hay tradiciones que le digan lo que debería hacer. Sin saber lo que tiene que hacer ni lo que debería hacer, tampoco sabe ya muy bien qué es lo que realmente quiere hacer. ¿Cuál es la consecuencia? O bien quiere hacer solo aquello que hacen los demás, y esto es conformismo, o, a la inversa, hace solamente lo que los demás quieren —lo que quieren de él—. Y, entonces,

aparece el totalitarismo.³ Pero hay todavía otra secuela del vacío existencial, y se trata de un neuroticismo específico, a saber, de la «neurosis noógena» (Frankl 1951, p. 461), que debe atribuirse etiológicamente al sentimiento de falta de sentido, a la duda respecto de un sentido de la vida o a la desesperación de que acaso no exista tal sentido.⁴

3. En el contexto de la etiología del vacío existencial son notables las consideraciones de los psiquiatras Wolfgang G. Jilek y Louise Jilek-Aall (Universidad de British Columbia, Vancouver, Canadá), que fueron expuestas en el First World Congress of Logotherapy (San Diego, California, del 6 al 8 de noviembre de 1980): «For an increasing number of North American Indian teenagers, suicide is the only meaningful act in a life that appears meaningless to them. In four years, the number of suicides among Indians in Canada has doubled (Departamento de Salud y Bienestar Nacional, 1979). On a reservation in Ontario, the suicide rate went up to eight times the previous figures (Ward, Fox y Evans, 1978). The underlying conflicts we uncovered were quite remote from the psychosexual complexes of psychoanalytic theory. We came to recognize the restricted validity of psychodynamic theories extrapolated from the free associations of a pre-World-War I European upper middle class clientele» [«Para un creciente número de indios norteamericanos adolescentes, el suicidio es el único acto con sentido en una vida que les parece sin sentido. En cuatro años, el número de suicidios entre los indios de Canadá se ha duplicado (Departamento de Salud y Bienestar Nacional, 1979). En una reserva de Ontario, la tasa de suicidios se ha elevado a ocho veces las cifras precedentes (Ward, Fox y Evans, 1978). Los conflictos subyacentes que hemos puesto al descubierto estaban muy alejados de los complejos psicosexuales de la teoría psicoanalítica. Hemos llegado a reconocer la restringida validez de las teorías psicodinámicas extrapoladas a partir de la asociación libre de una clientela de clase media alta europea de antes de la primera guerra mundial». Como descubrieron los mencionados investigadores, la causa subyacente de los suicidios era, claramente, más bien el derrumbe de las tradiciones: «The structure of most traditional native cultures disintegrated» [«La estructura de la mayoría de las culturas nativas tradicionales se había desintegrado»]. [Nota de la cuarta edición.]

4. Ya existen diez trabajos científicos de los que, coincidentemente, se desprende que hay que contar con aproximadamente un 20 % de neurosis noógenas. Las investigaciones correspondientes se las debemos a Frank M. Buckley, Eric

Esto no significa que tal desesperación sea en sí patológica. Preguntarse por el sentido de la propia existencia, más aún, cuestionar, en general, ese sentido es más bien un logro humano que una patología neurótica: por lo menos se manifiesta en ello una madurez mental. Ya no se asume de forma acrítica e incondicional, es decir, sin reflexión, la oferta de posibilidades de sentido que nos brindaban las tradiciones, antes bien, el sentido quiere ser descubierto y encontrado de forma independiente y autónoma. Por eso, a la frustración existencial no puede aplicarse en ningún momento el modelo médico. Si acaso se trata de una neurosis, entonces la frustración existencial es una neurosis sociógena. Lo que genera la inseguridad existencial del hombre en la actualidad es, en efecto, un hecho sociológico, la pérdida de tradiciones. Hay también formas enmascaradas de frustración existencial. Mencionaré únicamente los casos de suicidio, que aumentan especialmente entre los jóvenes universitarios, la drogodependencia, el tan extendido alcoholismo y la creciente criminalidad (juvenil). Hoy en día se puede demostrar sin dificultad el importante papel que desempeña también en estos casos la frustración existencial. En el test PIL, desarrollado por James C. Crumbaugh, contamos con un instrumento de medición con cuya ayuda puede cuantificarse el grado de frustración existencial; y, recientemente, Elisabeth S. Lukas, con su Logo-Test, ha realizado una aportación más a la investigación logoterapéutica rigurosa y empírica (Lukas 1982).⁵

Klinger, Gerald Kovacic, Dietrich Langen, Elisabeth S. Lukas, Eva Niebauer-Kozdera, Kazimierz Popielski, Hans Joachim Prill, Nina Toll, Ruth Volhard y T. A. Werner (cf. Eric Klinger, *Meaning and Void*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1977).

5. Actualmente existen diez test logoterapéuticos: el test PIL (*Purpose in Life* [logro de sentido en la vida]), 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 Nikolaus Petrilowitsch (ed.), *Die Sinnfrage in der Psychotherapie*, Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1972); el test SONG (*Seeking of Noetic Goals* [en busca de metas noéticas]) y el test MILE (*Meaning in Life Evaluation* [evaluación del sentido en la vida]), de James C. Crumbaugh («Seeking of Noetic Goals

En cuanto a los suicidios, la Universidad Idaho State investigó a 60 estudiantes que habían intentado suicidarse, y, en un 85 % de los casos, el resultado fue: «Life meant nothing to them». ⁶ Ahora bien, se ha podido constatar que, de esos estudiantes afectados por el sentimiento de falta de sentido, el 93 % se encontraba en excelente estado físico, estaba comprometido en la vida social, había tenido excelentes resultados en sus estudios y tenía buena relación con su familia (comunicación personal de Vann A. Smith).

Pasemos al tema de la drogodependencia. William J. Chalstrom, director del Naval Drug Rehabilitation Center, no duda en afirmar: «More than sixty per cent of our patients complain that their lives lack meaning» ⁷ (comunicación personal). Betty Lou Padelford (tesis

Test», *Journal of Clinical Psychology* 33 [1977], n.º 3, pp. 900-907); el Attitudinal Values Scale-Test [Test de la escala de valores actitudinales], de Bernard Dansart (*Development of a Scale to Measure Attitudinal Values as Defined by Viktor Frankl*, tesis doctoral, Northern Illinois University, 1974); el test «Life Purpose Questionnaire» [«Cuestionario sobre la meta en la vida»], de R. R. Hutzell y Ruth Hablas (conferencia dictada en el First World Congress of Logotherapy en San Diego, California); el Logo-Test, de Elisabeth S. Lukas (Viena, Deuticke, 1986); el test SEE (*Sinn-Einschätzung und -Erwartung* [Valoración y expectativa de sentido]), 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*, Stuttgart, Enke, 1980); y los tres test que se encuentran todavía en elaboración por parte de Gerald Kovacic (Universidad de Viena), Bruno Giorgi (Universidad de Dublín) y Patricia L. Starck (Universidad de Alabama). [Nota de la cuarta edición.]

6. «La vida no tenía para ellos sentido alguno.» Todo parece indicar que Immanuel Kant tenía razón cuando dijo, en una ocasión: «La percepción de un vacío de percepciones despierta, en cierto modo, el presentimiento de una muerte lenta» (*Anthropologie in pragmatischer Hinsicht* [Antropología en sentido pragmático], 1798). Así, pareciera como si la persona afectada por el sentimiento de vacío y de falta de sentido prefiriera a esta muerte «lenta» una muerte súbita en forma de suicidio.

7. «Más del 70 % de nuestros pacientes se queja de que su vida no tiene sentido.»

doctoral, Universidad United States International, 1973) ha podido demostrar estadísticamente que lo que subyace a la drogodependencia no es en modo alguno la «imagen paterna débil» señalada en este contexto desde la postura psicoanalítica: antes bien, su investigación, en la que participaron 416 estudiantes, muestra una correlación estadísticamente significativa entre el grado de frustración existencial y el índice de implicación en el consumo de droga: en los casos que no revelaban frustración existencial, este índice ascendía a 4,25, mientras que, en los casos con frustración existencial, se elevaba a un promedio de 8,90, es decir, a más del doble. Estos resultados de investigación coinciden también con los hallazgos de Glenn D. Shean y Freddie Fechtman (1971, p. 112).

Es evidente que una rehabilitación que tenga en cuenta la frustración existencial como factor etiológico y que la supere por medio de una intervención logoterapéutica promete tener éxito. Según la revista *Medical Tribune* (vol. 3 [1971], n.º 19), de 36 drogadictos atendidos en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Viena [*Universitätsnervenklinik Wien*], después de un tratamiento de 18 meses de duración solo dos habían superado la adicción, de lo que resulta un porcentaje del 5,5. En Alemania Federal, «de todos los adolescentes drogodependientes que están en tratamiento médico, se puede contar con la curación de menos del 10 %» (*Österreichische Ärztezeitung*, 1973). En Estados Unidos, el promedio asciende al 11 %. No obstante, Alvin R. Fraiser, del Narcotic Addict Rehabilitation Center de California, que él mismo dirige, procede de forma logoterapéutica y puede presentar un índice del 40 %.

Algo análogo puede decirse acerca del alcoholismo. En casos graves de alcoholismo crónico se ha podido constatar que el 90 % sufría un abismal sentimiento de falta de sentido (Von Forstmeyer 1968). No es de extrañar que James C. Crumbaugh haya podido objetivar el éxito de la logoterapia grupal en casos de alcoholismo a partir de mediciones con test, y, comparándolo con el éxito de otros métodos de tratamiento, haya podido constatar: «Only logotherapy showed a statistically significant improvement»⁸ (Crumbaugh 1972, p. 35).

8. «Solo la logoterapia ha mostrado una mejora estadísticamente significativa.»

En lo tocante a la criminalidad, W. A. M. Black y R. A. M. Gregson, de una universidad en Nueva Zelanda, han descubierto que criminalidad y sentido de la vida están en relación inversamente proporcional. Según la medición realizada con el test del sentido de la vida de Crumbaugh, los reclusos que habían estado reiteradamente en prisión se situaban respecto a la población general en una relación de 86 a 115 (Crumbaugh 1973, p. 50).

En otros lugares (Frankl 1972c) hemos señalado que tanto el concepto de agresión fundado psicológicamente en el sentido del psicoanálisis de Sigmund Freud como el fundado biológicamente en el sentido de la investigación conductual comparativa de Konrad Lorenz carecen de la perspectiva de la intencionalidad, que caracteriza la vida psíquica del hombre y, de ese modo, también su vida instintiva en cuanto humana. Como hemos dicho, en la dimensión de los fenómenos humanos no hay simplemente una determinada cantidad de agresión que presiona sobre una válvula y me impulsa como una «víctima indefensa» a ir en busca de determinados objetos en los cuales poder por fin descargar, «abreaccionar». En el plano humano, dejo que la agresión se oriente y dirija hacia algo totalmente distinto: en el plano humano, lo que hago es *odiar*. Y el odio, justamente en contraposición a la agresión, está orientado intencionalmente hacia algo que es objeto de mi odio.

Mientras la investigación sobre la paz interprete únicamente el fenómeno subhumano de la «agresión» y no analice el fenómeno humano del «odio», estará condenada a ser estéril. El hombre no dejará de odiar si le hacemos creer que está dominado por mecanismos e impulsos, sino que superará su agresividad si se le demuestra que es responsable de identificarse con ella o distanciarse de ella (Frankl 1972d y 1973, p. 73). Podemos señalar que esto último es una manifestación de la específica capacidad humana de autodistanciamiento, mientras que la otra capacidad específicamente humana, la de autotranscendencia, se manifiesta en la mencionada intencionalidad del odio (por contraposición a la no intencionalidad de la agresión).

A esto se agrega que las elucubraciones sobre «potenciales agresivos» sugieren la intención de querer canalizarlos y sublimarlos. «Pero la realidad es diferente», para citar el periódico *Münchener Merkur*

(15/16 de diciembre de 1973), que remite a experimentos que sugieren la conclusión contraria: «El deporte genera agresividad. Si los jugadores de los equipos “abreaccionaran” durante una competición, lo lógico sería que al comienzo del juego hubiese más faltas que poco antes del silbido final. Pues, para entonces, el excedente de energía acumulado debería haberse descargado hace tiempo» (*ibid.*). Pero, siempre según el citado periódico, Volkamer, profesor de Educación Física en Osnabrück, «lo ha comprobado con 600 jugadores de baloncesto: durante los últimos cinco minutos de juego, el número de faltas asciende al quíntuple del promedio de todo el tiempo de juego: o sea, la agresión aumenta» (*ibid.*). Y, continúa la misma fuente, Volkamer pudo hacer observaciones parecidas con unos dos mil jugadores de fútbol. También el profesor M. Gluckmann, de Manchester, opina que los partidos estimulan más la agresividad de lo que la reducen. (Gluckmann 1972).

Al parecer, la teoría de la catarsis, una concepción que se remonta a Aristóteles y según la cual mirar representaciones de violencia conduce en el observador a reducir las tendencias agresivas, no es tan válida. Antes bien, «la agresividad de un ser humano» puede surgir y aumentar si observa acciones agresivas. En especial y sobre todo personas vulnerables, que carecen de modelos de comportamiento alternativos que les muestren cómo lograr una vida plena, aprenden de estos modelos agresivos la actitud de que la vida no es más que una cadena de escenas agresivas de peleas y homicidios». Basándose en estudios de campo, esta teoría del aprendizaje llega a la conclusión de que «el comportamiento agresivo está determinado de forma muy decisiva, entre otros factores, por modelos agresivos en los medios de comunicación de masas» (Stefen 1973, p. 3). Hasta *TV-Guide* (del 2 de febrero de 1974) llega a admitir: «A few early scientific studies suggested that TV violence might actually make viewers less aggressive. Later research has contradicted this theory. There is little doubt that, by displaying forms of aggressions or mode of criminal and violent behavior, the media are “teaching” and people are “learning”».⁹

9. «Algunos de los primeros estudios científicos sobre el tema sugerían que la violencia de la TV podía hacer realmente que los espectadores se volvieran

Tal como han podido demostrar investigadores de la conducta de la escuela de Konrad Lorenz, la agresividad —por ejemplo, la de la televisión—, que debería orientarse hacia objetos inofensivos y descargarse en ellos, en realidad es provocada precisamente en ese momento y solo se logra fomentarla aún más, como un reflejo. También la National Commission on the Causes and Prevention of Violence, de Milton S. Eisenhower, constató con claridad que la violencia en la televisión promueve formas violentas de comportamiento. Esta constatación confirmó lo que las investigaciones psicológicas habían descubierto mucho tiempo atrás: si a una persona se le muestran películas de violencia, a continuación se comporta de forma más agresiva y hostil que antes (Feinstein 1972). Bromley H. Kniveton y Geoffrey M. Stephenson experimentaron con niños a los que se les exhibieron películas con actos agresivos, y los investigadores pudieron demostrar, de igual modo, que, después, la agresividad de los niños aumentó en todos los casos. Como subraya Frederic Wertham (1972, p. 216), se ha constatado lo siguiente: «The constant diet of violent behavior on television has an adverse effect on human character and attitudes. tv violence was found in hundreds of cases to have harmful effects. Clinical studies have demonstrated adverse effects on children and youth of television violence, brutality, and sadism».¹⁰ Wertham acaba también con el prejuicio y la idea supersticiosa de que necesitamos la brutalidad en la televisión a fin de descargar impulsos agresivos y ahorrarnos una agresividad real de ese tipo —creencia piadosa que él tilda como «la vieja noción de sacarse de encima la agresión»—.

La socióloga Carlyn Wood Sherif, de la Universidad Pennsylvania State, lo formula de forma más general: «There is a substantial

menos agresivos. Pero la investigación posterior ha contradicho esta teoría. No hay duda de que, al mostrar formas de agresión o un modo de comportarse criminal y violento, los medios están “enseñando” y la gente, “aprendiendo”.»

10. «La constante exposición a comportamientos violentos en la televisión tiene un efecto adverso en el carácter y las actitudes humanas. Se ha constatado que la violencia televisiva tiene efectos nocivos en cientos de casos. Estudios clínicos han demostrado los efectos adversos, en niños y jóvenes, de la violencia, la brutalidad y el sadismo.»

body of research evidence that the successful execution of aggressive actions far from reducing subsequent aggressions, is the best way to increase the frequency of aggressive responses (Scott, Berkowitz, Pandura, Ross and Walters). Such studies have included both animal and human behavior». ¹¹

La profesora Sherif señaló, asimismo, y en referencia a Estados Unidos, que la creencia popular de que la competición deportiva es un sucedáneo de la guerra sin derramamiento de sangre es falso: según su relato, tres grupos de adolescentes en un campamento cerrado desarrollaron conductas agresivas participando en competiciones deportivas, en lugar de reducirlas. Pero lo decisivo viene ahora: una sola vez desapareció por completo de entre los participantes del campamento la agresividad recíproca, como si la hubieran barrido: fue cuando los jóvenes tuvieron que mover un carro en el que debían transportarse alimentos y que se había quedado atascado en suelo fangoso. La «entrega a una tarea» ¹² que, aun siendo fatigosa, tenía mucho sentido, les había hecho «olvidar» literalmente sus agresiones (Frankl 1975a).

11. «Hay un corpus sustancial de evidencia en la investigación que muestra que la ejecución de acciones agresivas, lejos de reducir agresiones subsiguientes, es la mejor manera de aumentar la frecuencia de respuestas agresivas (Scott, Berkowitz, Pandura, Ross y Walters). Tales estudios han incluido tanto el comportamiento animal como el humano» («Intergroup Conflict and Competition: Social-Psychological Analysis», conferencia, Congreso científico, 20.^a Olimpiada, Múnich, 22-8-1972, en *Sport in the Modern World. Chances and Problems: Papers, results, materials of scientific congress, Munich, August 21 to 25, 1972*, publ. en nombre del Comité organizador de la 20.^a Olimpiada de Múnich, 1972, por Ommo Grupe junto con Helmut Baitsch *et al.*, Berlín-Heidelberg-Nueva York, Springer, 1973, pp. 60-69).

12. Esto mismo puede aplicarse también a la humanidad como conjunto: en última instancia, también para ella solo hay esperanza si logra decidirse por tareas comunes, por una iniciativa unificadora, unida en una voluntad común y orientada hacia un sentido compartido. Es aquí donde veo un enfoque fecundo para la investigación sobre la paz, mucho más que en el eterno rumiar del discurso sobre el potencial agresivo, concepto con el que se hace creer a los hombres que la violencia y la guerra constituyen su sino.

Con ello nos encontramos ya ante las posibilidades de una intervención logoterapéutica que, como tal —en cuanto logoterapéutica—, apunta a una superación del sentimiento de falta de sentido poniendo en movimiento procesos de descubrimiento de sentido. Y, de hecho, Louis S. Barber, en el centro de rehabilitación para criminales que él mismo dirige, pudo elevar en un período de 6 meses de 86,13 a 103,46 la vivencia de plenitud de sentido —constatada a través de test— mediante la configuración de su centro de rehabilitación como un «entorno logoterapéutico». Y mientras que el promedio de reincidencia en Estados Unidos se eleva al 40 %, Barber pudo presentar un índice del 17 %.

Después de tratar las múltiples y variadas formas de manifestación y expresión de la frustración existencial, tendríamos que preguntarnos ahora cómo tiene que estar constituida la existencia humana, cuál es el presupuesto ontológico para que, por ejemplo, los 60 estudiantes que fueron estudiados por la Universidad Idaho State, sin que existiera razón alguna de índole psicofísica o socioeconómica, hayan podido intentar suicidarse. Dicho brevemente, cómo tiene que estar constituida la existencia humana como para que sea posible algo como la frustración existencial. Con otras palabras —las palabras de Kant—, preguntamos por la «condición de posibilidad» de la frustración existencial. Y seguramente no vamos descaminados si suponemos que el hombre está estructurado de tal manera y su constitución es tal que, simplemente, no puede prescindir del sentido. En una palabra, la frustración de un ser humano solo puede entenderse si comprendemos su motivación. Y la presencia ubicua del sentimiento de falta de sentido puede servirnos como indicador a la hora de encontrar la motivación primaria, aquello que el hombre quiere, en definitiva.

La logoterapia enseña que, en el fondo, el ser humano está imbuido justamente por una «voluntad de sentido» (Frankl 1949b). Pero esta teoría de la motivación puede definirse operacionalmente incluso antes de su verificación y su validación empíricas mediante la siguiente explicación: llamamos voluntad de sentido simplemente a aquello que se ve frustrado en el hombre cada vez que cae presa del sentimiento de vacío y de falta de sentido.

James C. Crumbaugh y Leonard T. Maholick (1972), al igual que Elisabeth S. Lukas (1971), investigando a miles de sujetos, se han

esforzado por llegar a una fundamentación empírica de la voluntad de sentido. Entre tanto, se conocen cada vez más estadísticas que legitiman nuestra teoría de la motivación. De la gran cantidad de material obtenido recientemente escojo solo los resultados de un proyecto de investigación desarrollado por el American Council on Education junto con la Universidad de California. Entre 189733 estudiantes de 360 universidades, el interés primario del 73 % —¡se trata del porcentaje más elevado!— se centraba en una única meta: «developing a meaningful philosophy of life» —llegar a una visión del mundo en virtud de la cual la vida tenga sentido—. El informe fue publicado en 1974. En 1972 había sido solo un 68,1 % (Robert L. Jacobson, *The Chronicle of Higher Education*).

Pero permítasenos también remitir aquí a una investigación estadística realizada durante dos años y publicada por la máxima instancia de investigación psiquiátrica de los Estados Unidos, el National Institute of Mental Health. Según sus resultados, de 7948 estudiantes encuestados en 48 universidades estadounidenses, aproximadamente el 16 % consideraba que su meta era «to make a lot of money»: ganar en lo posible mucho dinero, mientras que el grupo más importante, el 78 %, quería una sola cosa: «to find a meaning and purpose to my life»: encontrar un sentido a su vida.

El 78 %. Y este es exactamente el mismo porcentaje que encontramos en otro contexto: una encuesta entre adolescentes que viven en un Estado comunista ha dado por resultado que ven «como la meta más alta de su vida el mejorar su nivel de vida». Según mi parecer, aquí se muestra de manera ostensible el peligro que amenaza a un sondeo realizado en el marco de una teoría de la motivación cuando no se hace una reflexión crítica. Pues resulta evidente que alguien que está enfermo querrá antes curarse para, después de haber recuperado la salud, poder hacer por fin lo que da sentido a su vida. De modo que, en un caso semejante, sería erróneo afirmar que la salud es considerada como «la meta suprema de la vida». Por el contrario, y para expresarlo con Fritz Zawadil, habría que «cuestionar» en primer lugar una meta semejante. Y, en realidad, nos parecería que tal cuestionamiento no puede realizarse de otra forma que por la vía de un diálogo socrático. Lamentablemente, tampoco nos ayuda aquí la teoría de la jerarquía

de las necesidades de Abraham Maslow.¹³ Lo que aquí hace falta no es clasificar las necesidades en «superiores» e «inferiores», sino examinarlas para ver si se trata de un sentido, de un fin, o solo de un medio para un fin. Está claro que este examen se hace innecesario cuando —como en el caso de los estudiantes estadounidenses (y al contrario del de los comunistas)— se está haciendo una formulación crítica:



Figura 1

Pero también queda claro el posicionamiento erróneo en el que caemos si descuidamos la distinción entre medio y fin. Y este error se clarifica tan pronto como echamos un vistazo a la siguiente historieta de la célebre

13. En el contexto de la jerarquía de necesidades, tal como la enseña Abraham Maslow, habría que hacer especial referencia a que, por ejemplo, la satisfacción de la necesidad de seguridad no representa en modo alguno una condición y un presupuesto para que se manifieste una «necesidad superior» —como, por ejemplo, la voluntad de sentido—. Los internos del campo de concentración de Auschwitz tendrían que haber esperado hasta su liberación —o (en vano) hasta su gaseamiento— para sentirse al menos un tanto seguros; sin embargo, en medio de la desesperada situación de la vida del campo de concentración, uno que otro procuró también buscar una posibilidad de sentido —para encontrarla, tal vez, en una fracción de segundo, como fue capaz de hacerlo, por ejemplo, Maximiliano Kolbe cuando se presentó voluntariamente para reemplazar a un padre de familia que había sido condenado a muerte...

serie Peanuts (Snoopy) (fig. 1): al parecer —y, por lo visto, en contra de nuestra teoría del carácter específicamente humano de la autotranscendencia y la voluntad de sentido—, el perro Snoopy sufre de falta de sentido y sentimiento de vacío (en inglés: «feeling of meaninglessness» y «emptiness»). Charlie Brown le trae su ración de comida, y, de pronto, la vida parece tener nuevamente sentido. Nos reímos. Pero ¿por qué? Porque no se nos hubiese ocurrido ver en la comida algo más que un medio para un fin. Lo que sería una condición para permanecer con vida no es capaz ni mucho menos de darle también sentido a la vida.

Ya que hace un momento hablábamos de dar sentido, preguntémosnos ahora qué podemos hacer frente a la frustración existencial, es decir, frente a la frustración de la voluntad de sentido y la neurosis noógena. Ahora bien, en realidad, el sentido no puede darse, y el que menos puede hacerlo es el terapeuta —darle un sentido a la vida del paciente, o aconsejarle al paciente sobre el sentido de su vida—. El sentido debe encontrarse, y solo puede encontrarlo cada uno por sí mismo. Y lo tiene que lograr la propia conciencia ética.¹⁴ De ahí que hayamos designado la conciencia ética como el «órgano del sentido» (Frankl 1965).

Así pues, el sentido no puede prescribirse. Pero lo que muy bien podríamos hacer es describir qué acontece en el hombre cada vez que se pone a buscar sentido.¹⁵ El descubrimiento del sentido consiste,

14. Emplearemos el término «conciencia ética» para referirnos a *Gewissen* (el órgano de sentido según Frankl, la conciencia que nos remuerde cuando no la escuchamos) y distinguirla de *Bewusstsein* (conciencia como fenómeno psíquico, autopercepción). (*N. de la E.*)

15. «What is human life all about? We hear this question again and again in our psychotherapy sessions. Who can tell whom what? All we can do is study the lives of people who seem to have found their answers as against those who have not. The study of these lives seems to me to be a basically important method for the humanistic psychologist» [«¿De qué se trata, en definitiva, en la vida? Esta pregunta la escuchamos una y otra vez en nuestras sesiones de psicoterapia. ¿Quién puede indicarle algo a alguien? Todo lo que podemos hacer es estudiar la vida de las personas que parecen haber encontrado su respuesta, en contraste con aquellas que no la han encontrado. El estudio de estas vidas me parece un método de importancia fundamental para el psicólogo humanista»]

en efecto, en la percepción de una figura, tal como lo entienden Max Wertheimer y Kurt Lewin, que ya hablan de un «carácter de requerimiento» inherente a determinadas situaciones. Solo que la figura de sentido no es una «figura» exterior que resalte ante nuestra mirada sobre un «trasfondo»: por el contrario, lo que se percibe al encontrar el sentido —sobre el trasfondo de la realidad— es una posibilidad: la posibilidad de modificar de una u otra manera la realidad.

Ahora bien, en el caso del hombre simple y sencillo, es decir, no en el de aquel que ha estado expuesto a años de adoctrinamiento, sea como estudiante de una universidad, sea como paciente en un diván, se pone de manifiesto que sabe siempre por qué vías se puede encontrar sentido, llenar de sentido la vida. Sabe que, en primer lugar, se puede encontrar por el hecho de realizar una acción o crear una obra, es decir, creativamente. Pero también a través de una vivencia, es decir, a través de que experimentemos vivencialmente algo o a alguien, y experimentar vivencialmente a alguien en toda su realidad única e irrepetible significa amarlo. Pero la vida se revela como incondicionalmente llena de sentido —posee sentido y lo conserva—, y lo es de forma permanente bajo todas las condiciones y circunstancias. En efecto, en virtud de una autocomprensión ontológica prerreflexiva a partir de la cual puede destilarse toda una axiología, el hombre de la calle¹⁶ sabe también particularmente que, a pesar de (o, mejor aún: justamente al) verse confrontado con un hecho inmodificable, puede comprobar, precisamente en la superación de esa situación, su condición humana, dar testimonio de lo que es capaz. Lo que cuenta, entonces, es la actitud y el posicionamiento con que se recibe y se

(Charlotte Bühler, «Basic Theoretical Concepts of Humanistic Psychology», *American Psychologist* 23 [abril 1971], n.º 4).

16. En efecto, gracias a la autocomprensión ontológica prerreflexiva, el hombre de la calle sabe primeramente que cada situación individual es una pregunta a la que tiene que dar respuesta, de modo que, en realidad, no puede en modo alguno preguntar por el sentido de su existencia, puesto que «es la vida misma la que plantea preguntas al ser humano: él no tiene que preguntar, sino que es más bien el interrogado por la vida, el que tiene que responder a la vida, asumir su responsabilidad ante la vida» (Frankl 1946).

responde a los ineludibles golpes del destino en la vida. Así pues, luchar por extraer y obtener un sentido a esta vida es posible, le es permitido y concedido al ser humano hasta su último aliento.

Entre tanto, esta logoterapia —es decir, la teoría de los inicialmente denominados «valores creativos, vivenciales y actitudinales» (Frankl 1938b, p. 133)—, desarrollada de forma originalmente intuitiva en el marco de la logoterapia, ha sido verificada y validada empíricamente. Así, Brown, Casciani, Crumbaugh, Dansart, Durlak, Kratochvil, Lukas, Lunceford, Mason, Meier, Murphy, Planova, Popielski, Richmond, Roberts, Ruch, Sallee, Smith, Yarnell y Young han podido demostrar que descubrir y realizar sentido es independiente de la edad, del grado de formación cultural, del sexo, así como también de que alguien sea o no religioso, y, si profesa una religión, es también independiente de la confesión que profese. Y lo mismo vale respecto del coeficiente intelectual (Frankl 1974). Recientemente, Bernard Dansart ha podido validar de forma empírica, a través de un test desarrollado por él mismo, la utilización del concepto «valores actitudinales» (Dansart 1974).

Ahora bien, ¿cómo se aplica en la práctica esta logoterapia? En este contexto quisiera citar el caso de una enfermera que me presentaron durante un seminario que dicté para el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Stanford. Esta paciente padecía un cáncer no operable, y sabía de su enfermedad. Entró llorando a la habitación en la que estaban reunidos los psiquiatras de Stanford y, con la voz ahogada por las lágrimas, habló de su vida, de sus talentosos y exitosos hijos y de lo difícil que le resultaba ahora despedirse de todo ello. Para ser franco, hasta ese momento yo no había encontrado todavía ningún punto de enlace para introducir ideas logoterapéuticas en la discusión. Pero después, lo que a sus ojos resultaba más negativo, el hecho de tener que dejar en el mundo lo que para ella era lo más valioso, se pudo convertir en algo positivo, comprender e interpretar como algo lleno de sentido: solo fue preciso que le preguntara qué tendría que decir una mujer que no tuviese hijos. Le dije que yo estaba convencido de que la vida de una mujer sin hijos no tiene por qué carecer de sentido en absoluto. Pero que podía imaginarme muy bien que una mujer así cayera en primer lugar en la desesperación, porque justamente no hay nada ni nadie para «dejar en el mundo» cuando llegue la hora

de despedirse de él. En ese momento, los ojos de la paciente se iluminaron. De pronto, tomó conciencia de que lo importante no es si tenemos que despedirnos, pues tarde o temprano tiene que hacerlo cada uno de nosotros. Lo que sí importa es que exista algo de lo que tengamos que despedirnos. Algo que podamos dejar en el mundo, con lo que podamos cumplir un sentido y sentirnos plenos el día en que se cumpla el tiempo de nuestra vida. Casi no puede describirse cuán aliviada se sentía la paciente después de que el diálogo socrático que habíamos mantenido diera ese giro copernicano.

Quisiera confrontar ahora el estilo de intervención logoterapéutico con el estilo psicoanalítico tal como se desprende de un trabajo de Edith Weisskopf-Joelson (seguidora estadounidense del psicoanálisis que hoy profesa su adhesión a la logoterapia). «El efecto desmoralizador que tiene la negación de un sentido de la vida, sobre todo del sentido profundo que, potencialmente, anida en el dolor, puede ilustrarse a partir de la psicoterapia que un freudiano aplicó con una mujer que sufría un cáncer incurable.» Weisskopf-Joelson da entonces la palabra a K. Eissler: «Ella comparaba la plenitud de sentido de su vida anterior con la falta de sentido de la fase presente; pero incluso en ese momento, en que no podía ya ejercer su profesión y tenía que permanecer acostada muchas horas al día, pensaba que su vida, a pesar de todo, seguía teniendo sentido, en cuanto su existencia era importante para sus hijos y ella misma tenía una tarea que cumplir. Pero después, cuando fuese ingresada en el hospital sin expectativa de poder regresar jamás a casa, y no pudiese ya dejar el lecho, se convertiría en un montón de carne inútil y en putrefacción, y su vida perdería todo sentido. Es cierto que estaba dispuesta a soportar todos los sufrimientos mientras tuviese todavía algún sentido. Pero ¿para qué iba a querer yo condenarla a soportar sus dolores en un momento en que su vida hacía mucho que no tenía ya sentido? Entonces le respondí que, según mi modo de ver, cometía un grave error, pues toda su vida carecía de sentido y había carecido de sentido desde siempre, aun antes de que hubiese enfermado. Encontrar un sentido a la vida, le dije, es algo que han intentado siempre en vano los filósofos, por lo cual la diferencia entre su vida anterior y su vida presente consiste únicamente en que, en la fase anterior, ella era aún capaz de creer en un sentido de la vida, mientras que, en la fase actual,

justamente ya no era capaz de hacerlo. En realidad, le insistí, ambas fases de su vida carecían totalmente de sentido. Ante esta revelación, la reacción de la paciente, que estaba desconcertada y alegó no acabar de entenderme, fue romper a llorar». ¹⁷ Eissler no solo no ayudó a la paciente a creer que incluso el sufrimiento podía tener todavía un sentido, sino que le quitó también la creencia en que la vida entera pudiese tener siquiera el más mínimo sentido. Pero no nos preguntemos solamente cómo enfrenta un psicoanalista casos de tragedia humana como la inminente muerte de uno mismo o de otra persona, sino preguntémosnos también cómo los enfrenta un terapeuta conductual. Uno de los representantes más importantes de la teoría de la modificación de conducta nos lo hace saber: en tales casos, «el paciente debería atender llamadas telefónicas, cortar el césped o fregar los platos, y el terapeuta debería alabar estas actividades y recompensarlas de alguna otra manera». ¹⁸

¿Cómo iba a ser posible que una psicoterapia que extrae su conocimiento del ser humano a partir de experimentos con ratas lograra comprender el hecho antropológico fundamental de que el hombre, por un lado, pueda suicidarse en medio de una sociedad de la abundancia y, por el otro, esté dispuesto a sufrir, siempre y cuando su sufrimiento tenga sentido? Tengo ante mí la carta de un joven psicólogo que me describe cómo intentó fortalecer anímicamente a su madre moribunda. «Fue amargo para mí reconocer», escribe después, «que no podía utilizar nada de lo que había aprendido en los siete largos años de carrera para aliviar a mi madre de su duro y definitivo destino». Nada, a excepción de lo que había aprendido durante la formación logoterapéutica que había recibido después «acerca del sentido del sufrimiento y de la abundante cosecha guardada en la seguridad protegida del pasado». Como él mismo relata, frente a esta constatación tuvo que reconocer que estos «argumentos, en parte acientíficos, pero sabios, poseen el máximo peso en la última instancia humana». ¹⁹

17. K. Eissler, *The Psychiatrist and the Dying Patient*, Nueva York, 1955, pp. 190 s.

18. J. Wolpe, «Neurotic depression: Experimental analogue, clinical syndromes and treatment», *American Journal of Psychotherapy* 25 (1971), p. 362. (*N. del T.*)

19. El hecho de que, dado el caso, la logoterapia puede ayudar incluso a

Tampoco queda excluido que una psicoterapia que deje de lado la problemática específicamente humana y la proyecte fuera del ámbito humano hacia el plano subhumano no solo se encuentre desvalida frente a la frustración existencial, sino que contribuya a su represión y, con ello, también al surgimiento de una neurosis noógena. A Zev W. Wanderer, del Center for Behavior Therapy (Beverly Hills, California) no parecen haberle preocupado tales reservas cuando, en un caso de «existential depression» [«depresión existencial»], aplicó la técnica de terapia conductual del «thought-stopping» [«detención del pensamiento»] (Wanderer 1972, p. 111).

Pero el hecho de que no solo un tratamiento de terapia conductual, sino también un tratamiento psicoanalítico puede pasar por alto la problemática específicamente humana, y de que eso puede sucederle no solo a un paciente, sino también a un terapeuta, se hace evidente en el siguiente informe: «Since the summer of 1973 I have been employed as an assistant psychologist by two psychiatrists in San Diego. During my supervision sessions I often disagreed with the psychoanalytic theory that my employers sought to teach me. Yet, as their manner was very authoritarian I was fearful of expressing my contrary opinions. I feared that I might lose my job. I therefore suppressed my own opinions to a large degree. After several months of this self-suppression, I began

la persona enferma de muerte a encontrar sentido en la vida (por no decir en el morir) surge a partir de investigaciones estrictamente empíricas llevadas a cabo por Terry E. Zuehlke y John T. Watkins sobre la base y con la ayuda del test *Purpose in Life*, de James C. Crumbaugh y Leonard T. Maholick, y que después publicaron con el título de «The use of psychotherapy with dying patients (an exploratory study)», *Journal of Clinical Psychology* 31 (1975), n.º 4, pp. 729-732, o también con el título de «Psychotherapy with terminally ill patients», *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 14 (1977), pp. 403-410. Hasta se pudo cuantificar «the effectiveness of logotherapy with terminally ill patients» [«la efectividad de la logoterapia con pacientes terminales»]; «The patients experienced a significant increase in their sense of purpose and meaning in their lives as measured by the Purpose in Life Test» [«Los pacientes experimentaron un incremento significativo en la percepción de una meta y sentido en su vida tal como mide dicha percepción el test *Purpose in Life*»].

to feel anxiety during my supervision sessions. I began to accept the therapeutic aid of some of my friends. However, we succeeded only in making the anxiety problem worse; for what did we do but approach the problem in a somewhat psychoanalytic manner. We sought to uncover the early traumas in me that were causing my transference anxiety with my supervisors. We studied my early relationship to my father, etc., to no avail. Thus, I increasingly found myself in a state of hyper-reflection, and my condition grew worse. My anxiety rose to such a level at my supervision sessions that I had to mention it to the psychiatrists in order to explain my behavior. They recommended that I see a psychoanalytically oriented psycho-therapist for personal therapy in order to get to the hidden meaning of this anxiety. Not being able to afford such professional help, my friends and I increased our efforts to uncover the deep hidden meaning of my anxiety and I became worse. I often had extreme anxiety attacks. My recovery began with Dr. Frankl's class *Man's Search for Meaning* on January 8th, 1974. I heard Dr. Frankl speak of the difficulties encountered when one tries psychoanalytically to unmask an authentic response. During that 4-hour class I began to see how the therapy I had undergone had increased my problem—an iatrogenic neurosis almost. I began to see that it was my own self-suppression in the supervision sessions that had caused my anxiety. My disagreement with the psychiatrists and my fear of expressing this disagreement had caused my reaction. I quickly ended the therapy and felt better upon doing so. Yet, the real change came during my next supervision session. During this session I began to express my opinions and disagreements with the psychiatrists when I actually felt such disagreements. I felt no fear of losing my job, for my peace of mind had become far more important than my job. As I began to express myself in this session, I immediately felt my anxiety beginning to decrease. In the past two weeks, my anxiety has decreased by 90 percent».²⁰

20. «Desde el verano de 1973 he estado empleado como psicólogo asistente de dos psiquiatras de San Diego. Durante mis sesiones de supervisión disentí a menudo de la teoría psicoanalítica que mis empleadores procuraban enseñarme. Pero, como su estilo era muy autoritario, temía expresar mis opiniones contrarias. Temía perder mi trabajo. Por eso, reprimí en gran medida

Entre tanto debería haber quedado claro que solo una psicoterapia que se atreva a ir más allá de la psicodinámica y de la investigación conductual y entrar en la dimensión de los fenómenos específicamente humanos —en una palabra, solo una psicoterapia rehumanizada—

mis propias opiniones. Después de varios meses de autorrepresión, comencé a sentir ansiedad durante mis sesiones de supervisión. Acepté al comienzo la ayuda terapéutica de algunos de mis amigos. No obstante, solo logramos que el problema de ansiedad empeorara, porque no hacíamos más que enfocarlo de una manera psicoanalítica. Procuramos poner al descubierto los traumas tempranos que había en mí y que estaban causando mi ansiedad de transferencia hacia mis supervisores. Estudiamos mi relación temprana con mi padre, etc., sin lograr nada. Así, me encontré en un creciente estado de hiperreflexión, y mi afección se hizo cada vez peor. Mi ansiedad llegó a tal nivel en las sesiones de supervisión que tuve que mencionársela a mis psiquiatras a fin de explicar mi comportamiento. Ellos me recomendaron que viera a un psicoterapeuta de orientación psicoanalítica para una terapia personal a fin de averiguar el significado oculto de esta ansiedad. Al no estar a mi alcance ese tipo de ayuda profesional, mis amigos y yo aumentamos nuestros esfuerzos para descubrir el oculto significado profundo de mi ansiedad, y me puse peor. A menudo tenía ataques de ansiedad extrema. Mi recuperación comenzó con la clase del doctor Frankl “El hombre en busca de sentido”, el 8 de enero de 1974. Escuché al doctor Frankl hablar de las dificultades que uno encuentra cuando trata de descubrir de forma psicoanalítica una respuesta auténtica. Durante esa clase de cuatro horas comencé a ver cómo la terapia a la que me había sometido había aumentado el problema: casi una neurosis iatrogénica. Comencé a ver que lo que había causado mi ansiedad era mi propia autorrepresión en las sesiones de supervisión. Mi desacuerdo con los psiquiatras y mi temor de expresarlo habían causado mi reacción. Pronto puse fin a la terapia y me sentí mejor por haberlo hecho. Pero el cambio real vino durante mi siguiente sesión de supervisión. Durante esa sesión comencé a expresar mis opiniones y desacuerdos con los psiquiatras cuando realmente los sentía. No tuve miedo de perder mi trabajo, porque mi tranquilidad se había vuelto para mí mucho más importante que mi trabajo. Cuando comencé a expresarme en esa sesión, sentí de inmediato que mi ansiedad comenzaba a disminuir. En las últimas dos semanas, esa ansiedad ha disminuido en un 90%.»

estará en condiciones de comprender los signos de los tiempos y de enfrentar las necesidades del momento. Con otras palabras, entre tanto debería haber quedado claro que, para poder siquiera diagnosticar la frustración existencial o incluso una neurosis noógena, tenemos que ver en el ser humano a un ser que, en virtud de su autotranscendencia, está constantemente en busca de sentido. Pero, en lo tocante no ya al diagnóstico, sino a la terapia, y no a la terapia de la neurosis noógena, sino de la neurosis psicógena, para aprovechar todas las posibilidades tenemos que recurrir a la capacidad de autodistanciamiento, que caracteriza al hombre no menos que la de autotranscendencia; y la encontramos, y no en último término, bajo la forma de su capacidad para el humor. Así pues, una psicoterapia humana, humanizada, rehumanizada, presupone que percibamos y tengamos en cuenta la autotranscendencia y que lleguemos a dominar el autodistanciamiento. Pero ambas cosas son imposibles si vemos en el ser humano a un animal. Ningún animal se preocupa por el sentido de la vida, y ningún animal puede reír. Con ello no se ha dicho que el ser humano sea solo humano y no sea también animal. La dimensión del ser humano es superior respecto de la del animal, y eso significa que incluye la dimensión inferior. Por eso, la constatación de fenómenos específicamente humanos en el hombre y el simultáneo reconocimiento de fenómenos subhumanos en él no se contradicen en absoluto, pues entre lo humano y lo subhumano no existe exclusión alguna, sino, si se me permite expresarlo de este modo, una relación de inclusión.

LA TÉCNICA DE LA INTENCIÓN PARADÓJICA

Justamente el propósito de la técnica logoterapéutica de la intención paradójica es movilizar la capacidad de autodistanciamiento en el marco del tratamiento de la neurosis psicógena, mientras que otra técnica logoterapéutica, la de la derreflexión, se basa en el otro hecho antropológico fundamental, la autotranscendencia. Pero para comprender estos dos métodos de tratamiento tenemos que partir de la teoría logoterapéutica de las neurosis.

Distinguimos tres patrones de reacción patógenos. El primero puede describirse de la siguiente manera: el paciente reacciona a un síntoma dado (fig. 2) con el temor de que pudiese reaparecer, es decir con ansiedad anticipatoria, y esta ansiedad trae consigo que el síntoma realmente reaparezca, hecho que no hace más que reafirmar el temor original del paciente.

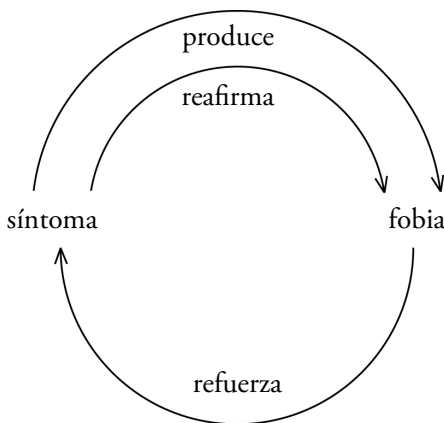


Figura 2

Ahora bien, aquello ante cuya reaparición el paciente tiene semejante ansiedad puede ser también, dado el caso, la misma ansiedad. En relación con esto, nuestros pacientes hablan, y de forma totalmente espontánea, de una «ansiedad frente a la ansiedad».²¹ ¿Qué motiva en ellos esta ansiedad? Normalmente temen desmayarse, sufrir un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular. Pero ¿cómo reaccionan ante la ansiedad anticipatoria, ante el miedo al miedo? Huyendo. Por ejemplo, evitan salir de su casa. De hecho, la agorafobia es el paradigma de este primer patrón de reacción de la neurosis de angustia.

21. «Angst vor der Angst». El vocablo alemán *Angst* puede significar, según el contexto, ansiedad, miedo o temor, y angustia. Por ese motivo, esta frase aparece traducida a veces como «miedo al miedo» o «angustia de la angustia». En este caso, el contexto aconseja traducir *Angst* por ansiedad. (N. del T.)

Pero ¿por qué ha de ser «patógeno» este patrón de reacción? 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: «Phobias and obsessive-compulsive neuroses are partially due to the endeavor to avoid the situation in which anxiety arises»²² (Frankl 1960, p. 520). Sin embargo, entre tanto, nuestra interpretación —de que la huida del miedo para evitar la situación que lo desata sea tan decisiva para perpetuar el patrón de reacción de la neurosis de angustia— ha sido reiteradamente confirmada también por la terapia conductual. En este sentido, I. M. Marks afirma: «The phobia is maintained by the anxiety reducing mechanism of avoidance»²³ (Marks 1970, p. 652). Del mismo modo, no puede ignorarse, en general, que la logoterapia ha anticipado muchas de las cosas que, más tarde, la terapia conductual incorporó con un sólido fundamento experimental. En efecto, ya en 1947 defendimos la siguiente opinión: «Como es sabido, la neurosis puede concebirse en cierto sentido y con cierta razón también como un mecanismo reflejo. Todos los métodos psicoterapéuticos de orientación principalmente analítica se ocupan de forma preponderante de esclarecer en el nivel de la conciencia las condiciones primarias del reflejo condicionado, a saber, la situación externa e interna de la primera aparición de un síntoma neurótico. Nosotros, sin embargo, opinamos de que la neurosis propiamente dicha —la neurosis manifiesta, ya fijada— no está causada solamente por su condicionamiento primario, sino por su encauzamiento secundario. No obstante, lo que se canaliza, lo que se encauza es el reflejo condicionado —como tal procuramos entender nosotros ahora el síntoma neurótico— a través del círculo vicioso de la ansiedad anticipatoria. Consecuentemente, si queremos, por así decirlo, «desencauzar» un reflejo ya asentado, hay que eliminar siempre la ansiedad anticipatoria, y hacerlo de la forma indicada, aquella cuyo principio hemos señalado como la intención paradójica» (Frankl 1947).

22. «Las fobias y neurosis obsesivo-compulsivas se deben en parte al esfuerzo por evitar la situación en la que surge la ansiedad.»

23. «La fobia es mantenida por el mecanismo de evitación para reducir la ansiedad.»

El segundo patrón de reacción patógeno no se observa en casos de neurosis de angustia, sino de neurosis obsesiva. El paciente se encuentra bajo la presión (fig. 3) de las ideas obsesivas que lo asaltan y reacciona a ellas procurando reprimirlas. Es decir, procura ejercer una presión contraria. Pero esta presión contraria es lo que incrementa la presión originaria. Una vez más, el círculo se cierra, y el paciente se encierra de nuevo en ese círculo vicioso. Pero lo que caracteriza la neurosis obsesiva no es, como en el caso de la neurosis de angustia, la huida, sino la lucha, el enfrentamiento con las ideas obsesivas. Una vez más tendríamos que preguntarnos qué lo ha inducido, qué lo ha motivado. Y se constata que, o bien el paciente teme que las ideas obsesivas pudiesen ser más que una neurosis y apuntar a una psicosis, o bien teme que él mismo pudiese pasar al acto las ideas obsesivas de contenido criminal, haciendo algo a alguien —o a sí mismo—. De un modo u otro, el paciente que sufre una neurosis obsesiva no tiene miedo al mismo miedo, sino miedo de sí mismo.²⁴

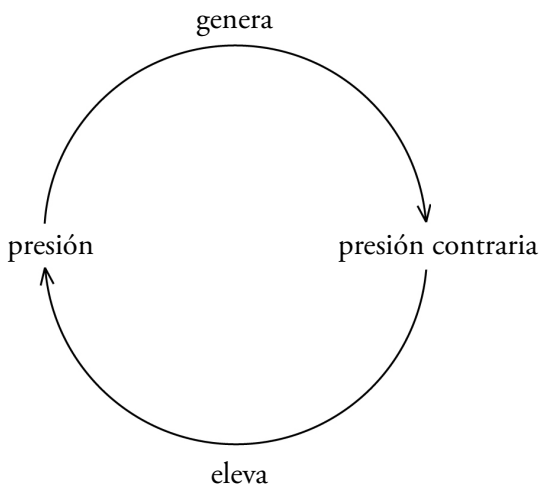


Figura 3

24. Véase *supra*, p. 56, nota 21. (N. del T.)

La tarea de la intención paradójica es hacer saltar los dos mecanismos circulares, abrirlos, desarticularlos. Y esto sucede cortándole las alas a los temores del paciente, o sea, como lo expresaba un paciente en una ocasión, «cogiendo al toro por los cuernos». Sin embargo, en este punto hay que tener en cuenta que la persona que padece neurosis de angustia teme algo que podría sucederle, mientras que la que padece neurosis obsesiva teme también algo que ella misma podría cometer. Ambas cosas se tienen en cuenta si definimos la intención paradójica de la siguiente manera: se indica al paciente desear (neurosis de angustia) o proponerse hacer (neurosis obsesiva) exactamente aquello que siempre le ha inspirado tanto miedo.

Como vemos, en la intención paradójica se trata de una inversión de la intención que caracteriza ambos patrones de reacción patógenos: la de evitar la ansiedad huyendo de ella, y la de evitar la obsesión luchando contra ella. Esto es precisamente lo que hoy consideran decisivo los terapeutas conductuales: I. M. Marks, por ejemplo, tras plantear su hipótesis de que la fobia es mantenida por mecanismos de evitación que reducen la ansiedad, hace la siguiente recomendación: «The phobia can then be properly overcome only when the patient faces the phobic situation again»²⁵ (Marks 1970, p. 652). Y justamente para eso sirve la intención paradójica. En un trabajo redactado en común con S. Rachman y R. Hodgson, Marks subraya también que el paciente debe ser convencido y alentado a exponerse precisamente a aquello que más lo inquieta (Marks *et al.* 1971, p. 237). Asimismo, en otro artículo escrito también en común, esta vez con J. P. Watson y R. Gaid, recomienda terapéuticamente que el paciente se aproxime de la forma más cercana y rápida que pueda al objeto de sus temores y que deje de eludirlo (Marks *et al.* 1971, p. 13).

La logoterapia, en la forma de la intención paradójica ya descrita en 1939, había aplicado desde hacía tiempo estas recomendaciones terapéuticas, como hoy reconocen también terapeutas conductuales de primera línea. «Si bien la intención paradójica parte de un enfoque cognitivo totalmente distinto —escriben H. Dilling, H. Rosefeldt,

25. «La fobia solo puede ser superada adecuadamente si el paciente enfrenta de nuevo la situación fóbica.»

G. Kockott y H. Heyse del Max-Planck-Institut für Psychiatrie, sus «efectos serían susceptibles de ser explicados por principios simples de la psicología del aprendizaje». Después de admitir que, con la intención paradójica, «se han alcanzado éxitos importantes y, en parte, muy rápidos», los mencionados autores interpretan tales éxitos desde la perspectiva de la psicología del aprendizaje, «entendiendo que se disuelve el nexo condicionante entre el estímulo desencadenante y la ansiedad. Para desarrollar nuevas y más adecuadas maneras de reaccionar frente a determinadas situaciones es preciso abandonar el comportamiento de evitación con su constante efecto de refuerzo del síntoma, y la persona tiene que adquirir nuevas experiencias con los estímulos que desencadenan la ansiedad» (Dilling *et al.* 1971, p. 293). Esta es la labor que realiza justamente la intención paradójica. Arnold A. Lazarus confirma también sus éxitos y los explica desde el punto de vista de la terapia conductual de la siguiente manera: «When people encourage their anticipatory anxieties to erupt, they nearly always find the opposite reaction coming to the fore – their worst fears subside and when the method is used several times, their dreads eventually disappear»²⁶ (Lazarus 1971).

He practicado la intención paradójica ya desde 1929 (Pongratz 1973), pero no la describí hasta 1939 (Frankl 1939a, p. 26) ni la publiqué bajo este nombre hasta 1947 (Frankl 1947). La semejanza con métodos terapéuticos conductuales salidos al mercado en fecha posterior, como *anxiety provoking* [provocación de la ansiedad], *exposure in vivo* [exposición en vivo], *flooding* [inundación], *implosive therapy* [terapia implosiva], *induced anxiety* [ansiedad inducida], *modeling* [modelación], *modification of expectations* [modificación de las expectativas], *negative practice* [práctica negativa], *satiation* [saciedad] y *prolonged exposure* [exposición prolongada], es innegable y no ha pasado desapercibida tampoco a algunos terapeutas conductuales. De acuerdo con Dilling, Rosefeldt, Kockott y Heyse, «aunque origi-

26. «Cuando las personas alientan sus ansiedades anticipatorias a que hagan eclosión, casi siempre se produce la reacción opuesta: sus peores miedos remiten y, cuando el método es utilizado varias veces, sus temores finalmente desaparecen.»

nalmente no ha sido concebido según la psicología del aprendizaje, el método de la intención paradójica según V. E. Frankl se basa posiblemente en un mecanismo de acción semejante a las formas de tratamiento denominadas *flooding* [inundación] e *implosive therapy* [terapia implosiva]» (Dilling *et al.* 1971, p. 293). Y, en lo que toca a esta última forma de tratamiento, I. M. Marks señala también «certain similarities to the paradoxical intention technique»²⁷ (Marks 1969) así como el hecho de que la técnica de la intención paradójica «closely resembles that now termed modeling»²⁸ (Marks 1974).²⁹

27. «Ciertas semejanzas con la técnica de la intención paradójica.»

28. «Guarda una estrecha semejanza con lo que ahora se denomina *modeling* [modelación].»

29. El profesor L. Michael Ascher, asistente de Wolpe en la Clínica Universitaria de Terapia Conductual de Filadelfia, considera destacable que la mayoría de los sistemas psicoterapéuticos hayan desarrollado métodos que no pueden ser utilizados por representantes de otros sistemas. No obstante, siempre según Ascher, la técnica logoterapéutica de la intención paradójica es una excepción al respecto, en cuanto «muchos psicoterapeutas de los más diversos sectores incorporan esta técnica en su propio sistema». «In the past two decades, paradoxical intention has become popular with a variety of therapies impressed by the effectiveness of the technique» [«En las dos últimas décadas, la intención paradójica se ha hecho popular en diversas terapias, impresionadas por la efectividad de la técnica»] («Paradoxical Intention», en A. Goldstein y E. B. Foa (eds.), *Handbook of Behavioral Interventions*, Nueva York, John Wiley, 1980). Ascher piensa incluso que se han desarrollado métodos de terapia conductual que, simplemente, son «traducciones de la intención paradójica al campo de la teoría del aprendizaje», algo que vale en particular respecto de los métodos llamados de la «implosión» y de la «saciedad». A su vez, el profesor Irvin D. Yalom, de la Universidad Stanford, opina que la técnica logoterapéutica de la intención paradójica ha anticipado el método introducido por Milton Erickson, Jay Haley, Don Jackson y Paul Watzlawick denominado *symptom prescription* [«prescripción del síntoma»] (*Existential Psychotherapy*, capítulo «The Contributions of Viktor Frankl», Nueva York, Basic Books, 1980). Con respecto a la «efectividad» de la intención paradójica, sobre la que Ascher opina que es la causa de la «popularidad» de esta técnica, remitimos —para escoger un único

Si alguien puede reivindicar la prioridad en relación con la intención paradójica, se trata, según mi parecer, de los siguientes autores: a Rudolf Dreikurs le debo la referencia a un «truco» análogo, descrito por él ya en 1932 (Dreikurs 1932) y aún antes por Erwin Wexberg, quien creó ad hoc la expresión «antisugestión». Y en 1965 se me puso en conocimiento de que también H. von Hattingberg hace referencia a una experiencia análoga: «Si una persona logra, por ejemplo, desear conscientemente la aparición de un síntoma nervioso contra el cual se había resistido hasta ese momento, por esa actitud voluntaria puede hacer desaparecer la ansiedad y, finalmente, también el síntoma. Por tanto, es posible expulsar al diablo por medio de Belcebú. Por supuesto, solo algunos pueden alcanzar en la práctica una experiencia semejante. Pero difícilmente haya una experiencia que pueda ser más aleccionadora para el que se encuentra psíquicamente inhibido» (Hattingberg 1940).

Tampoco puede suponerse que la intención paradójica, si realmente ha de ser efectiva, no haya tenido sus predecesores y precursores. Por tanto, lo que se puede contar como mérito de la logoterapia es solo el haber ampliado el principio para convertirlo en método y el haberlo incorporado en un sistema.

Tanto más notable es el hecho de que el primer intento de demostrar experimentalmente la efectividad de la intención paradójica fue realizado por terapeutas conductuales. En efecto, fueron los profesores L. Solyom, J. Garza-Pérez, B. L. Ledwidge y C. Solyom, de la clínica psiquiátrica de la Universidad McGill, quienes, en casos de neurosis obsesiva crónica, escogieron dos síntomas de igual intensidad y, posteriormente, trataron el síntoma experimental con intención paradójica, mientras que dejaron sin tratamiento el otro, el síntoma «de control». Y realmente, el resultado fue que solo desaparecieron los síntomas que fueron tratados, desaparición que se produjo en

ejemplo— a un caso de *incapacitating erythrophobia* [«eritrofobia incapacitante»], que Y. Lamontagne pudo curar en cuatro sesiones a pesar de que la dolencia había persistido 12 años («Treatment of Erythrophobia by Paradoxical Intention», *the Journal of Nervous and Mental Disease* 166 [1978], n.º 4, pp. 304-406). [Nota de la cuarta edición.]

un lapso de pocas semanas. Y en ningún caso aparecieron síntomas sustitutivos (Solyom *et al.* 1972, p. 291).³⁰

Entre los terapeutas conductuales fue, una vez más, Lazarus a quien le llamó la atención «an integral element in Frankl's paradoxical intention procedure», a saber, «the deliberate evocation of humor. A patient who fears that he may perspire is enjoined to show his audience what perspiration is really like, to perspire in gushes of drenching torrents of sweat which will moisturize everything within touching distance»³¹ (*ibid.*). Y, como ya hemos comentado antes al referirnos a la moviliz-

30. La labor de L. Michael Ascher, de la clínica Wolpe, ha sido meritoria para la demostración experimental de la importancia y efectividad terapéutica de la técnica de la intención paradójica. Los resultados, en general, demostraron que esta técnica logoterapéutica tiene el mismo valor que las diversas «intervenciones» de la terapia conductual. En casos de trastornos de la conciliación del sueño, pero también en casos de trastornos neuróticos de la micción, el método logoterapéutico resultó incluso superior. En cuanto a los casos del trastorno de la conciliación del sueño, los pacientes de Ascher necesitaban originalmente un promedio de 48,6 minutos para dormirse. Después de diez semanas de tratamiento terapéutico conductual, el promedio era de 39,36 minutos. Pero, si a continuación se empleaban dos semanas para la intención paradójica, el tiempo promedio se reducía a 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], pp. 547-550). «Paradoxical intention significantly reduced sleep complaints in contrast to placebo and waiting list control groups» [«La intención paradójica redujo significativamente las quejas por el sueño en contraste con los dos grupos de control, placebo y de lista de espera»] (R. M. Turner y M. Ascher, «Controlled Comparison of Progressive Relaxation, Stimulus Control, and Paradoxical Intention Therapies for Insomnia», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47 (1979), pp. 500-508). [Nota de la cuarta edición.]

31. «Un elemento integral en la intención paradójica de Frankl», a saber, «la inducción deliberada del humor. A un paciente que teme que pudiese comenzar a sudar se le anima a que muestre a su auditorio lo que es realmente sudar, sudar a chorros, torrentes de sudor que empapen y humedezcan todo lo que esté a su alcance.»

ción de las capacidades de autodistanciamiento, el humor con el cual el paciente tiene que formular la intención paradójica forma parte realmente de la esencia de esta técnica. Además, el humor hace que esta técnica se distinga también de los otros métodos de tratamiento terapéutico conductual mencionados.

Fue también un terapeuta conductual, Iver Hand, del Hospital Maudsley de Londres, quien señaló recientemente cuánta razón nos asiste al señalar desde el comienzo y repetidamente la importancia del humor para el éxito de la intención paradójica. Hand pudo observar cómo pacientes con trastornos de agorafobia, que, reunidos en grupos, habían sido confrontados con las situaciones que hasta ese momento evitaban porque les causaban ansiedad, se incitaban de forma totalmente espontánea a sí mismos y mutuamente a exagerar con humor su ansiedad: «They used humor spontaneously as one of their main coping mechanisms»³² (conferencia en el Simposio de Logoterapia de Montreal, organizado por la American Psychological Association en su jornada anual de 1973). Dicho brevemente, los pacientes «inventaron» la intención paradójica, y así interpretó también su «mecanismo» de reacción el equipo de investigadores de Londres.

Pero ahora vamos a centrarnos en la intención paradójica y en cómo se lleva a cabo según las reglas de la logoterapia. Lo explicaremos recurriendo a la casuística. En este contexto me permito remitir primeramente a los casos que se tratan en mis libros *Theorie und Therapie der Neurosen [Teoría y terapia de las neurosis]*, *Der Wille zum Sinn [La voluntad de sentido]* y *Ärztliche Seelsorge [Psicoanálisis y existencialismo]*. A continuación nos concentraremos en material no publicado.

Spencer Adolph M., de San Diego, California, me escribe:

«Dos días después de haber leído su libro *Man's Search for Meaning [El hombre en busca de sentido]* me encontré en una situación que me brindó la oportunidad de poner a prueba la logoterapia. En efecto, en la universidad participo en un seminario sobre Martin Buber y, durante el primer encuentro, no tuve pelos en la lengua,

32. «Utilizaban espontáneamente el humor como uno de sus mecanismos principales de superación.»

porque creía tener que decir exactamente lo contrario de lo que otros habían dicho. Entonces comencé a sudar muchísimo. Y, tan pronto como me di cuenta, comencé a sentir ansiedad; los demás podían notarlo, por lo que comencé a sudar con mayor razón. De pronto recordé el caso de un médico que había acudido a usted por su ansiedad frente a accesos de transpiración y pensé que mi situación era semejante. Pero yo no hago demasiado caso de la psicoterapia, y menos aún de la logoterapia. Por ese mismo motivo, tanto más me parecía ahora mi situación una ocasión única para poner a prueba la intención paradójica. ¿Qué había aconsejado usted a su colega? Que, para variar, deseara y se propusiera alguna vez mostrarle a la gente cuánto podía llegar a sudar: “Hasta ahora he transpirado solo un litro, pero ahora quiero transpirar diez litros”, dice en su libro. Y, mientras continuaba hablando en el seminario, me dije: “¡Súdales también tú algo a tus colegas, Spencer! Pero de veras, que lo que estás sudando no es nada. ¡Tienes que sudar mucho más!”. Y no pasaron más que un par de segundos hasta que pude observar cómo mi piel se secaba. No pude evitar reírme interiormente. No había previsto que la intención paradójica actuara, y, además, que lo hiciera de inmediato. ¡Demonios!, me dije, algo ha de haber, entonces, en esta intención paradójica: ha funcionado, ¡y yo que era tan escéptico frente a la logoterapia!».

De un relato de Mohammed Sadiq extraemos el siguiente caso:

«La señora N., paciente de 48 años de edad, sufría de temblores hasta el punto que ni siquiera era capaz de sostener una taza de café o un vaso de agua sin derramar algo. Tampoco podía escribir ni sostener un libro lo suficientemente quieto como para poder leerlo. Una mañana sucedió que, estando sentados frente a frente, ella comenzó a temblar de nuevo. Entonces, resolví poner a prueba la intención paradójica, y hacerlo verdaderamente con humor. Así pues, comencé diciendo: “Señora N., ¿qué tal si hacemos un concurso de temblores?”. Ella: “¿Qué quiere decir con eso?”. Yo: “Vamos a ver quién puede temblar más deprisa y por más tiempo”. Ella: “No sabía que también usted sufre de temblores”. Yo: “No,

no, en absoluto. Pero si quiero, puedo temblar”. (Y comencé a temblar, ¡y cómo!). Ella: “¡Vaya, pero si puede usted temblar más rápido que yo!”. (Y, sonriendo, comenzó a acelerar su temblor.) Yo: “¡Más deprisa! ¡Hala, señora N., tiene que temblar mucho más deprisa!”. Ella: “Pero si no puedo. Pare, que no puedo más”. Y realmente se había cansado. Se puso de pie, fue a la cocina y regresó... con una taza de café. La bebió sin derramar una sola gota. A partir de entonces, cada vez que la descubría temblando, bastaba con decirle: “Señora N., ¿qué tal si hacemos un concurso de temblores?”. A lo que ella solía responder: “Ya, ya”. Y eso le ayudaba cada vez a superarlos.»

George Pynummootil (Estados Unidos) relata lo siguiente:

«Un joven vino a mi consulta a causa de un grave tic de parpadeo que se presentaba cada vez que tenía que hablar con alguien. Como la gente solía preguntarle qué le pasaba, se ponía cada vez más nervioso. Lo derivé a un psicoanalista. Pero, tras una serie de sesiones, regresó para informarme de que el psicoanalista no había podido encontrar la causa, ni mucho menos ayudarlo. En vista de ello le aconsejé que la próxima vez que tuviese que hablar con alguien pestañeara lo más que pudiese a fin de mostrarle a su interlocutor qué bien sabía hacerlo. Pero él dijo que yo debía de haberme vuelto loco si le hacía semejantes recomendaciones, puesto que tal cosa solo podía empeorar su estado. Y se marchó. Durante un par de semanas no apareció más. Pero, después, un día regresó, y lo hizo para contarme, lleno de entusiasmo, lo que entre tanto había sucedido: como no creía para nada en mi propuesta, tampoco había pensado ponerla en práctica. Pero el parpadeo empeoraba, y, una noche, al recordar de pronto lo que le había dicho, se dijo: ya he probado todo lo que se puede probar, y nada me ha servido. ¿Qué puede pasarte?: prueba lo que ese te ha recomendado. Y al día siguiente, cuando se encontró con la primera persona que le salió al paso, se propuso pestañear lo máximo que pudiese. Y, para su enorme sorpresa, no pudo pestañear siquiera lo más mínimo. A partir de entonces, su tic de pestañeo no volvió a aparecer nunca más.»

Un profesor adjunto de universidad nos escribe:

«Tenía que presentarme en cierto lugar después de haberme postulado para un puesto que me importaba mucho, pues podría permitirme traer a mi mujer y mis hijos conmigo a California. Pero estaba muy nervioso y me esforcé muchísimo por causar una buena impresión. Ahora bien, cada vez que me pongo nervioso, comienzan a sacudírseme involuntariamente los músculos de las piernas, y tanto que resulta inevitable que las personas presentes lo perciban. Así fue también en esta ocasión. Pero esta vez me dije: ahora voy a forzar de tal manera a estos malditos músculos a que se sacudan que no voy a poder permanecer sentado, sino que tendré que levantarme y bailar por la sala hasta que la gente crea que me he vuelto loco. Estos malditos músculos se sacudirán hoy como nunca lo habían hecho antes: hoy batiré el récord de sacudidas. Pues bien: los músculos no se sacudieron ni una sola vez en toda la entrevista, obtuve el puesto y mi familia estará pronto aquí en California.»

Dos ejemplos de Arthur Jores (*Der Kranke mit psychovegetativen Störungen* [El paciente con trastornos psicovegetativos], Gotinga, Vandenhoeck) cuadran en este contexto:

Acudió a ver a Jores una asistente social del hospital que «se quejaba de que cada vez que tenía que ir al consultorio de un médico se ruborizaba. Juntos practicamos la intención paradójica, y, pocos días después, recibí una carta feliz en que me decía que todo funcionaba excelentemente». En otra ocasión fue a ver a Jores un estudiante de medicina «para quien era muy importante pasar con buena nota su examen preliminar de medicina para obtener una beca. Se quejaba de ansiedad frente a los exámenes. También con él se practicó la intención paradójica y he aquí que durante el examen se mantuvo totalmente sereno y aprobó con buena nota» (p. 52).

A Larry Ramírez le debemos la siguiente aportación casuística:

«The technique which has helped me most often and worked most effectively in my counseling sessions is that of paradoxical intention. One such example I have illustrated below. Linda T., an attractive nineteen year old college student, had indicated on her appointment card that she was having some problems at home with her parents. As we sat down, it was quite evident to me that she was very tense. She stuttered. My natural reaction would have been to say “relax, it’s alright”, or “just take it easy”, but from past experience I knew that asking her to relax would only serve to increase her tension. Instead, I responded with just the opposite, “Linda, I want you to be as tense as you possibly can. Act as nervously as you can”. “O.K.”, she said, being nervous is easy for me”. She started by clenching her fists together and shaking her hands as though they were trembling. “That’s good”, I said, “but try to be more nervous”. The humor of the situation became obvious to her and she said, “I really was nervous, but I can’t be any longer. It’s odd, but the more I try to be tense, the less I’m able to be”. In recalling this case, it is evident to me that it was the humor that came from using paradoxical intention which helped Linda realize that she was a human being first and foremost, and a client second, and that I, too, was first a person, and her counselor second. Humor best illustrated our humanness.»³³

33. «La técnica que más a menudo me ha ayudado y ha actuado de forma más efectiva en mis sesiones de terapia es la de la intención paradójica. A continuación presento un ejemplo ilustrativo. Linda T., una atractiva estudiante universitaria de diecinueve años, había indicado en una nota previa a nuestra cita que estaba teniendo ciertos problemas en casa con sus padres. Ya al sentarnos resultaba bastante evidente para mí que estaba muy tensa. Tartamudeaba. Mi reacción natural habría sido decir: “Relájate, está todo bien” o, “tómalo con calma”, pero por mi experiencia pasada sabía que pedirle que se relajara solo serviría para aumentar su tensión. En lugar de ello, respondí exactamente con lo contrario: “Linda, quiero que estés lo más tensa que puedas. Actúa lo más nerviosa que puedas.” “De acuerdo”, dijo. “Estar nerviosa es fácil para mí.” Comenzó a apretar los puños y a sacudir las manos como si estuviese temblando. “¡Bien!”, le dije, “pero intenta estar más nerviosa”. El humor de la situación se le hizo obvio y dijo: “Realmente

J. F. Briggs pronunció ante la Royal Society of Medicine una conferencia de la que extraemos lo siguiente:

«I was asked to see a young man from Liverpool, a stutterer. He wanted to take up teaching, but stuttering and teaching do not go together. His greatest fear and worry was his embarrassment by the stuttering so that he went through mental agonies every time he had to say anything. I remembered a short time before having read an article by Viktor Frankl, who wrote about a reaction of paradox. I then gave the following suggestions – “You are going out into the world this weekend and you are going to show people what a jolly good stutterer you are”. He came up the following week and was obviously elated because his speech was so much better. He said “What do you think happened! I went into a pub with some friends and one of them said to me ‘I thought you used to be a stutterer’ and I said ‘I did – so what!’ It was an instant where I took the bull by the horns and it was successful”.»³⁴

estaba nerviosa, pero ya no puedo seguir estándolo. Es raro, pero cuanto más intento estar tensa, tanto menos soy capaz de estarlo”. Al recordar este caso me resulta evidente que fue el humor proveniente de la utilización de la intención paradójica lo que ayudó a Linda a darse cuenta de que, antes que nada y sobre todas las cosas, era un ser humano, y solo en segundo lugar una cliente; y de que también yo era primeramente una persona y solo en segundo lugar su *counsellor* [asesor]. El humor fue lo que mejor ilustró nuestra condición humana.»

34. «Me pidieron que viera a un joven de Liverpool que era tartamudo. Quería dedicarse a la enseñanza, pero la tartamudez y la enseñanza son incompatibles. Su mayor temor y preocupación era el bochorno que sentía por la tartamudez, de modo que pasaba una auténtica agonía psíquica cada vez que tenía que decir algo. Recordé haber leído poco tiempo atrás un artículo de Viktor Frankl, que escribió sobre una reacción paradójica. Le sugerí, pues, lo siguiente: “Este fin de semana saldrás al mundo y le mostrarás a la gente qué magnífico tartamudo eres”. A la semana siguiente regresó, y estaba obviamente eufórico, porque su expresión oral había mejorado mucho. Dijo: “¿A que no sabe lo que sucedió? Fui a un bar con algunos amigos y uno de ellos me dijo: ‘Pensé que eras tartamudo’, y yo le dije: ‘Sí, ¿y qué?’. Fue una ocasión en que

Otro caso de tartamudez tiene que ver con un estudiante de la Universidad Duquesne, que me escribe lo siguiente:

«Durante 17 años padecí una grave tartamudez. Había épocas en que era totalmente incapaz de hablar. Estuve también reiteradas veces en tratamiento, pero sin éxito alguno. Un día, un profesor me dio el encargo de comentar, en el marco de un seminario, su libro *Man's Search for Meaning [El hombre en busca de sentido]*. Así pues, lo leí y me encontré con su “intención paradójica”. Entonces, decidí ensayarla en mi propio caso, y he aquí que, desde la primera vez, funcionó fabulosamente. Ni rastro de tartamudez. Entonces decidí continuar colocándome en aquellas situaciones en las que siempre había tartamudeado, pero, de nuevo, la tartamudez dejaba de presentarse tan pronto como yo aplicaba la intención paradójica. Un par de veces no la apliqué, y de inmediato reapareció la tartamudez. Veo en ello una prueba de que, realmente, fue la intención paradójica la que me libró de la tartamudez.»

Un informe que debo a Uriel Meshoulam, logoterapeuta de la Universidad de Harvard, no deja de tener su gracia:

Uno de sus pacientes fue llamado a filas por las fuerzas armadas australianas y estaba convencido de que no sería alistado, pues sufría una grave tartamudez. Cuando se le hizo la revisión médica, intentó tres veces demostrarle al médico lo grave que era su tartamudez, pero fue totalmente incapaz de ponerse a tartamudear. Por último, fue declarado no apto, pero por su elevada tensión arterial. «The Australian army probably doesn't believe him until today that he is a stutterer»,³⁵ concluye el informe.

La aplicación de la intención paradójica en casos de tartamudez ha sido muy discutida en la literatura. Manfred Eisenmann dedicó al

cogí al toro por los cuernos, y fue un éxito”.»

35. «Probablemente, el ejército australiano no cree hasta el día de hoy que sea tartamudo.»

tema su tesis doctoral en la Universidad de Friburgo de Brigovia (1960). J. Lehembre publicó sus experiencias con niños y destaca que solo en un caso se produjeron síntomas sustitutivos (Lehembre 1964, p. 725), coincidiendo con las observaciones de L. Solyom, Garza-Pérez, Ledwidge y C. Solyom, quienes, después de la intención paradójica, no llegaron a constatar ni un solo caso de síntomas sustitutivos (Solyom *et al.* 1972).³⁶

Jores (*Der Kranke...*, *op. cit.*) trató en una ocasión a «una paciente que vivía con la idea fija de que tenía que dormir siempre lo suficiente. Estaba casada con un hombre que tenía importantes compromisos sociales, de modo que no podía evitar tener que acostarse con frecuencia bastante tarde. En parte ya durante la noche, aproximadamente a la una, o a más tardar a la mañana siguiente, padecía migraña. Gracias a la intención paradójica fue posible superar estos accesos de migraña que estaban asociados al hecho de acostarse tan tarde. Se recomendó a la paciente decirse: bien, ahora vas a tener un buen acceso de migraña. Según refiere Jores, a partir de entonces, los accesos de migraña desaparecieron.

Este caso nos lleva a la aplicación de la intención paradójica en casos de trastornos del sueño.

Sadiq, a quien ya hemos citado, trató en una ocasión a una paciente de 54 años de edad que se había vuelto adicta a los somníferos y que más tarde había sido ingresada en un hospital. A

36. Ascher no pudo observar síntomas sustitutivos después de la aplicación de la intención paradójica. Él se manifiesta también contrario a atribuir la intención paradójica a la sugestión: «Paradoxical intention was effective even though the expectations of the clients were assumed to be in opposition to the functioning of the technique» [«La intención paradójica fue efectiva incluso a pesar de que, como se supone, las expectativas de los clientes estaban en oposición al funcionamiento de la técnica»] (L. M. Ascher, «A review of literature on the treatment of insomnia with paradoxical intention», trabajo inédito). [Nota de la cuarta edición.]

las diez de la noche salió de su habitación y pidió una pastilla. Ella: «¿Me puede dar mis pastillas?». Yo: «Lo siento, se me han acabado hoy y la enfermera se ha olvidado de encargarse a tiempo». Ella: «¿Y cómo voy a poder dormir ahora?». Yo: «Pues hoy tendrá que funcionar sin pastillas». Dos horas más tarde aparece de nuevo. Ella: «Pues, simplemente, no funciona». Yo: «Y qué tal si se acostara usted de nuevo y, para variar, intentara no dormir sino, por el contrario, permanecer despierta toda la noche?». Ella: «Siempre pensé que yo estaba loca, pero ahora me parece que usted también lo está». Yo: «¿Sabe? A veces me divierte ser loco, ¿o no puede usted entenderlo?». Ella: «¿Lo dice en serio?». Yo: «¿Qué?». Ella: «Que debería intentar no dormir». Yo: «Por supuesto que lo digo en serio. ¡Inténtelo! Vamos a ver si puede usted permanecer despierta toda la noche. ¿De acuerdo?». Ella: «O.k.». Y cuando la enfermera entró a la habitación a la mañana siguiente para llevarle el desayuno, la paciente no se había despertado todavía.

Y a propósito, hay una anécdota que merecería citarse en este contexto. Está tomada del conocido libro de Jay Haley *Strategies of Psychotherapy* (Haley 1963). Durante una conferencia que dictó el célebre hipnotizador y terapeuta Milton H. Erickson, se levantó un joven y le dijo: «Tal vez pueda hipnotizar usted a otra gente, a mí, seguro que no». A continuación, Erickson invitó al joven a venir al estrado y tomar asiento y le dijo: «Usted está despierto y permanece despierto. Cada vez más, más y más despierto...». Y, de pronto, el «sujeto de experimentación» cayó en un profundo trance.

R. W. Medlicott, psiquiatra de la Universidad de Nueva Zelanda, es el primero en haber aplicado la intención paradójica no solo al dormir, sino también al soñar. Anteriormente había tenido ya mucho éxito con ella, incluso, como él mismo subraya, en el caso de una paciente psicoanalista de profesión.

Pero había una paciente que sufría periódicamente pesadillas. Soñaba que era perseguida y, finalmente, apuñalada. Entonces gritaba, y también su marido se despertaba. Medlicott le encargó,

pues, poner todo lo que estuviese de su parte para que esos sueños llegaran realmente hasta el final, hasta el final del apuñalamiento. ¿Y qué sucedió? No hubo más pesadillas. Ahora bien, el sueño del marido seguía perturbado: la paciente ya no gritaba durante el sueño, sino que se reía a carcajadas, de forma que su marido tampoco podía dormir tranquilo (Medlicott 1969, p. 155).

Algo semejante nos relata una lectora de Estados Unidos.

«El jueves por la mañana me desperté deprimida y pensé que ya no habría modo de curarme. En el transcurso de la mañana comencé a llorar y me sentía sencillamente desesperada. De pronto recordé la intención paradójica y me dije: veamos cuán deprimida puedo llegar a estar. Voy a llorar de tal modo que la casa entera se inunde de lágrimas. Y me imaginé que mi hermana venía a casa y se quejaba: “¡Diablos! ¿Era necesario semejante torrente de lágrimas?”. Tanta risa me dio lo que me imaginaba que sentí miedo. Y así, no me quedó otra alternativa que decirme: la risa se hará tan fuerte que los vecinos acudirán para ver quién ríe tan ruidosamente. Mientras tanto había dejado de estar deprimida, e invité a mi hermana a salir conmigo. Como dije, era un jueves, y hoy es sábado, y me sigo sintiendo magníficamente bien. Creo que, hace dos días, la intención paradójica actuó como si intentara llorar y mirarme al mismo tiempo al espejo. Sabe Dios por qué, pero, entonces es imposible seguir llorando.»

Y, posiblemente, no esté tan equivocada. Ambas cosas —tanto la intención paradójica como el mirarse al espejo— son un vehículo de la capacidad humana de autodistanciamiento.

Una y otra vez se ha podido observar que la intención paradójica es eficaz también en casos graves, crónicos, de larga duración, como lo es asimismo cuando el tratamiento es breve. Así, se han descrito casos de neurosis obsesiva que habían persistido durante 60 años hasta que, mediante la intención paradójica, se introdujo una mejoría decisiva (Kocourek, Niebauer y Polak 1959). Los éxitos terapéuticos que pueden alcanzarse con esta técnica son asombrosos y notables,

por lo menos cuando los confrontamos con el generalizado pesimismo con el que el psiquiatra actual enfrenta las neurosis obsesivas graves y crónicas. Así, L. Solyom, Garza-Pérez, Ledwidge y C. Solyom (1972). remiten al resultado de doce investigaciones con estudios de seguimiento realizadas en siete países diferentes, según las cuales en un 50 % de los casos se ha demostrado que es imposible influir terapéuticamente en la neurosis obsesiva. Estos autores consideran el pronóstico de la neurosis obsesiva peor que el de cualquier otra forma de neurosis y, según su opinión, la introducción de la terapia conductual no ha producido cambio alguno, pues solo en el 46 % de los casos publicados por terapeutas conductuales se ha experimentado una mejoría. Pero también D. Henkel, C. Schmook y R. Bastine (Henkel *et al.* 1972, p. 236) señalan, remitiendo a psicoanalistas experimentados, que «neurosis obsesivas especialmente graves resultan intratables a pesar de intensos esfuerzos terapéuticos», mientras que la intención paradójica, que está en oposición al psicoanálisis, «permite reconocer claramente posibilidades de influir en trastornos neuróticos obsesivos en un plazo sensiblemente más breve».

Friedrich M. Benedikt ha mostrado en su tesis doctoral *Zur Therapie angst- und zwangs-neurotischer Symptome mit Hilfe der paradoxen Intention und Dereflexion nach V. E. Frankl* [Sobre la terapia de síntomas neuróticos de ansiedad y obsesión con ayuda de la intención paradójica y la derreflexión según V. E. Frankl] (Múnich, 1968) que, para la aplicación de la intención paradójica en casos graves y crónicos, se requiere un enorme empeño personal. No obstante, en este contexto quisiéramos reiterar también que «el efecto terapéutico de la intención paradójica depende de que el médico tenga también el coraje de mostrarle al paciente cómo funciona» (véase *infra*, p. 140), lo que ha sido demostrado en relación con un caso concreto (*infra*, pp. 217 s.). En efecto, la terapia conductual reconoce la importancia de tal proceder, siendo así que hasta ha acuñado una expresión propia para ello y habla de *modeling*, modelación.

La siguiente casuística tiene por objeto documentar que la intención paradójica puede ayudar también en casos de larga persistencia y que, gracias a ella, el tratamiento puede resultar más breve.

Ralph G. Victor y Carolyn M. Krug (1967, p. 808), del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Washington, aplicaron esta técnica en el caso de un hombre que era un jugador declarado desde los 14 años de edad. Ellos le dieron la indicación de que jugara durante tres horas al día, a pesar de que, después de tres semanas, había perdido tanto que se le acabó el dinero. ¿Qué hicieron, entonces, los terapeutas? Con sangre fría, le recomendaron que vendiera su reloj. De un modo u otro: fue la primera vez, en más de veinte años («after 20 years and five psychiatrists», como dice literalmente la publicación), que el paciente pudo liberarse de su pasión por el juego.

En el libro *Clinical Behavior Therapy* (1972), cuya edición estuvo a cargo de Arnold A. Lazarus, Max Jacobs comenta el siguiente caso:

La señora K. había sufrido por lo menos durante quince años de una grave claustrofobia cuando acudió a su consulta en Sudáfrica. Una semana más tarde, la señora tenía que volar a Inglaterra, su patria. Ella era cantante de ópera y tenía que volar mucho por todo el mundo para cumplir sus compromisos artísticos. Y precisamente, su claustrofobia aparecía justamente en aviones, ascensores, trenes, restaurantes... y en el teatro. «Frankl's technique of paradoxical intention was then brought in»,³⁷ continúa explicando el autor. Y, efectivamente, Jacobs indicó a la paciente que buscara las situaciones que desencadenaban su fobia y deseara que se produjera aquello que siempre había temido tanto: asfixiarse. Quiero morir aquí mismo de asfixia, debía decirse la paciente, vamos, «let it do its damndest».³⁸ Además, a la paciente le enseñaron la «progressive relaxation» [«relajación progresiva»] y «desensitization» [«desensibilización»]. Dos días después resultó que ya estaba en condiciones de entrar sin problemas a un restaurante, a un ascensor y hasta de viajar en autobús. Cuatro días más tarde podía ir sin miedo al cine y esperaba sin ansiedad anticipatoria su viaje a

37. «Entonces, se aplicó la técnica de la intención paradójica, de Frankl.»

38. «Hagamos todo lo posible.»

Inglaterra. Desde Londres informó después que, por primera vez en muchos años, hasta era capaz de viajar en el metro. Quince meses después de ese tratamiento tan breve se constató que la paciente seguía sin experimentar molestia alguna.

Jacobs describe a continuación un caso en el que no se trataba de una neurosis de angustia, sino de una neurosis obsesiva.

El señor T. había sufrido durante doce años su neurosis y se había sometido sin éxito tanto a un psicoanálisis como también a un tratamiento con *electroshocks*. Tenía miedo principalmente de ahogarse, concretamente al comer, beber o atravesar una calle. Jacobs le indicó entonces que hiciera exactamente lo mismo que siempre había temido tanto: «Using the technique of paradoxical intention, he was given a glass of water to drink and told to try as hard as possible to make himself choke». Es decir, en el sentido de la intención paradójica, Jacobs dio al paciente un vaso de agua y lo invitó a hacer todo lo posible por ahogarse. «He was instructed to try to choke at least 3 times a day»: debía intentar ahogarse por lo menos tres veces al día. Aparte de ello, practicó la relajación, y, durante la duodécima sesión, el paciente pudo informar que se había liberado por completo del trastorno.

Una y otra vez se plantea la pregunta acerca de cuáles son las condiciones y los presupuestos bajo los cuales puede ser posible una formación en el método logoterapéutico. Sin embargo, justamente la técnica de la intención paradójica confirma que a veces puede ser suficiente familiarizarse con la técnica a partir de la bibliografía existente. En cualquier caso, entre aquellos psiquiatras y psicólogos que manejan de forma más entendida y exitosa la intención paradójica se encuentran también aquellos que no habían tomado contacto con nosotros ni una única vez. Del mismo modo que ellos conocen la intención paradójica únicamente a través de nuestras publicaciones, nosotros sabemos de sus éxitos y experiencias solamente a través de sus publicaciones. Pero también es interesante constatar que los diversos autores modifican la intención paradójica y la combinan con otros

procedimientos. Esta constatación no hace más que confirmar nuestra convicción de que la psicoterapia, es decir, no solo la logoterapia, depende de una constante disposición a la improvisación. Y cuando se da la posibilidad de llevar a cabo la formación en forma de demostraciones clínicas, es justamente esta improvisación la que, de manera especial, hay que enseñar —pues también puede aprenderse—.

Es asombroso con cuánta frecuencia son también legos los que se aplican con éxito a sí mismos la intención paradójica.

Tenemos ante nosotros la carta de una paciente que sufre agorafobia desde hace 14 años y que estuvo durante tres años en tratamiento psicoanalítico ortodoxo, sin éxito. Durante dos años fue tratada con hipnosis, tras lo cual su agorafobia mejoró un poco. Pero tuvo incluso que ser internada por un período de seis semanas. Nada le ayudaba realmente. La enferma llega a escribir: «Nothing has really changed in 14 years. Every day of those years was hell».³⁹ Un día, las cosas habían llegado de nuevo a tal punto que, al salir a la calle, quiso darse la vuelta y regresar a casa, tan intensa era la agorafobia que le sobrevino. Entonces recordó lo que había leído en mi libro *Man's Search for Meaning [El hombre en busca de sentido]* y se dijo: «Ahora voy a demostrar a toda la gente que me rodea aquí en la calle qué magníficamente puedo hacer todo esto: entrar en pánico y sufrir un colapso». Y, de pronto, se tranquilizó. Prosiguió su camino hacia el supermercado e hizo la compra. Pero cuando llegó la hora de pagar comenzó a sudar y a temblar. Se dijo, entonces: «Le voy a mostrar al cajero realmente cuánto puedo sudar. Abriré los ojos como platos». Y, al ir ya de regreso a casa, se dio cuenta de lo tranquila que estaba. Y así siguieron las cosas. Pasadas unas pocas semanas, estaba en condiciones de dominar hasta tal punto la agorafobia por medio de la intención paradójica que, a veces, no podía creer que hubiese estado enferma alguna vez. «I have tried many methods, but none gave me the quick relief your method did. I believe in paradoxical intention,

39. «Nada ha cambiado realmente en 14 años. Cada día de esos años fue un infierno.»

because I have tried it on my own with just a book.»⁴⁰ Solo por lo gracioso de la anécdota cabe mencionar todavía que la enferma —ya recuperada— tuvo el interés de completar su conocimiento de la intención paradójica, que había adquirido por la lectura de un único libro. Llegó incluso a colocar en el *Chicago Tribune* un anuncio, que hizo publicar durante una semana. Me adjuntó el recorte a su carta. Decía el anuncio: «Would like to hear from anyone having knowledge of or treated by paradoxical intention for agoraphobia».⁴¹ Pero nadie respondió al anuncio.

En general, que el lego pueda aplicar la intención paradójica y, más aún, que pueda aplicarla a sí mismo se comprende si consideramos que este método recurre a *coping mechanisms* [mecanismos de afrontamiento] que —como nos lo muestran también las ya citadas observaciones de Hand— ya se encuentran en el ser humano de antemano. De ese modo puede entenderse también un caso como el siguiente.

Ruven A. K., de Israel, que estudia en la Universidad U. S. International, fue incorporado al servicio militar a la edad de 18 años. «I was looking forward to serving in the army. I found meaning in my country's struggle for survival. Therefore, I decided to serve in the best way I could. I volunteered to the top troops in the army, the paratroopers. I was exposed to situations where my life was in danger. For example jumping out of the plane for the first time. I experienced fear and was literally shaking and trying to hide this fact made me shake more intensively. Then I decided to let my fear show and shake as much as I can. And after a while the shaking and trembling stopped. Unintentionally I was using paradoxical intention and surprisingly enough it worked.»⁴²

40. «He probado muchos métodos, pero ninguno me proporcionó el rápido alivio que me dio el suyo. Creo en la intención paradójica porque la he probado en mí misma contando solamente con un libro.»

41. «Quisiera saber de alguien que haya sido tratado de agorafobia mediante la intención paradójica o tenga conocimiento al respecto.»

42. «Estaba deseoso de servir en el ejército. Encontraba sentido en la lucha

Pero la intención paradójica no solo la han inventado personas para utilizarlas ellas mismas *ad usum proprium*. El principio que le subyace fue descubierto ya por la psiquiatría precientífica. J. M. Ochs dictó en la Pennsylvania Sociological Society de la Universidad Vilanova una conferencia («Logotherapy and Religious Ethnopsychiatric Therapy», 1968), en la que sostuvo la opinión de que la etnopsiquiatría aplica principios que fueron sistematizados más tarde por la logoterapia. Según Ochs, la medicina popular de los ifaluk en particular es manifiestamente logoterapéutica. «The shaman of Mexican-American folk psychiatry, the curandero, is a logotherapist.»⁴³ Ochs remite asimismo a Wallace y Vogelsson, según los cuales la medicina popular aplica en general principios que desempeñan un papel también en la psiquiatría moderna. «It appears that logotherapy is one nexus between the two systems.»⁴⁴

Tales hipótesis se vuelven plausibles si comparamos dos relatos como los que siguen:

El primero trata acerca de un esquizofrénico de 24 años de edad que padecía alucinaciones acústicas. Oía voces que lo amenazaban y se burlaban de él. Nuestro informante lo había conocido y tratado en el marco de una estancia en el hospital. «El paciente abandonaba en medio de la noche su habitación para quejarse de que las voces no lo dejaban dormir. Decía que, si bien se le había

de mi país por la supervivencia. Por eso, decidí servir de la mejor manera que pudiese. Me presenté como voluntario para las mejores tropas del ejército, los paracaidistas. Estuve expuesto a situaciones en que mi vida corría peligro. Por ejemplo, la de saltar por primera vez del avión. Tenía miedo y temblaba literalmente, e intentar ocultar ese hecho me hacía temblar aún más intensamente. Entonces decidí mostrar mi miedo y sacudirme lo más que pudiese. Después de un tiempo, las sacudidas y el temblor se detuvieron. Sin habérmelo propuesto, estaba utilizando la intención paradójica y, para mi gran sorpresa, funcionaba.»

43. «El chamán de la psiquiatría popular mexicano-americana, el curandero, es un logoterapeuta.»

44. «Pareciera que la logoterapia es un nexo entre ambos sistemas.»

aconsejado ignorarlas, le resultaba imposible hacerlo. Entonces se desarrolló el siguiente diálogo. Médico: «¿Qué tal si lo intentara usted de otra manera?».

Paciente: «¿Qué quiere decir con eso?».

Médico: «Vaya y acuéstese, y siga con la mayor atención posible qué le dicen las voces. No deje escapar una sola palabra, ¿entiende?».

Paciente: «¿Lo dice en serio?».

Médico: «Por supuesto que lo digo en serio. No veo por qué no debería usted disfrutar alguna vez, para variar, de esas malditas voces (“these God damn things”)».

Paciente: «Había pensado que...».

Médico: «Ahora inténtelo, después seguimos hablando».

Tres cuartos de hora más tarde, el paciente se había dormido. Por la mañana, estaba entusiasmado: tan tranquilo lo habían dejado las voces el resto de la noche.»

Y ahora, una historia análoga:

Jack Huber (1968) acudió en una ocasión a una clínica dirigida por psiquiatras zen. La consigna que domina el trabajo de estos psiquiatras reza: «Emphasis on living with the suffering rather than complaining about it, analyzing, or trying to avoid it».⁴⁵ Un día fue ingresada una monja budista que se encontraba en un grave estado de confusión. Estaba en un estado ansioso, pues creía que había serpientes reptando hacia ella. Antes de consultar con este psiquiatra zen, otros médicos, psiquiatras y psicólogos europeos habían dado el caso por perdido. «¿Qué pasa?», preguntó él. «Tengo mucho miedo a las serpientes: a mi alrededor hay serpientes por todas partes.» El psiquiatra zen reflexionó por un momento y dijo: «Lamentablemente, ahora tengo que irme, pero dentro de una semana volveré. Durante esta semana quisiera que observe usted con todo detenimiento a las serpientes. Pues, cuando la visite de nuevo,

45. «Poner énfasis en vivir con el sufrimiento más que en quejarse de él, analizarlo o tratar de evitarlo.»

tendrá que describirme con toda precisión cada uno de los movimientos de las serpientes». Una semana más tarde, hacía mucho que la monja había recuperado la normalidad y cumplía sus tareas. «Bien, y ¿cómo va?», preguntó el psiquiatra zen. «He observado a las serpientes con toda la atención que he podido, pero no por mucho tiempo, pues, cuanto más lo hacía, tanto más se esfumaban.»⁴⁶

Quedaría por tratar aún el tercer patrón de reacción patógeno. Mientras que el primero es característico en casos de neurosis de angustia y el segundo en casos de neurosis obsesiva, el tercer patrón de reacción patógeno es un mecanismo que encontramos en neurosis sexuales, es decir, en casos en los que hay un trastorno de la potencia y del orgasmo. En estos casos observamos de nuevo que, al igual que en las neurosis obsesivas, el paciente lucha, pero en las neurosis sexuales no lucha contra algo —habíamos dicho que el neurótico obsesivo lucha contra la obsesión—, sino que lucha por algo, y lo hace en cuanto lucha por obtener el placer sexual, concretamente la potencia y el orgasmo. Pero, lamentablemente, cuanto más se preocupa uno del placer, tanto más se le escapa. En efecto, el placer se escapa cuando se intenta alcanzar directamente. El placer no es ni el fin real de nuestro comportamiento y nuestra acción ni tampoco una meta posible: por el contrario, es más bien un efecto, un efecto colateral que se instala por sí solo cuando vivimos nuestra autotrascendencia, cada vez que nos entregamos en el amor a otra persona o en el servicio a una causa. Pero tan pronto como no pensamos más en la pareja, sino solo en el

46. Edith Weisskopf-Joelson manifestó en una ocasión que la intención paradójica solo tiene algo que ver con la logoterapia en cuanto son creaciones de una misma persona. No puedo estar de acuerdo con ello. Por el contrario, me parece que, en última instancia, la intención paradójica es eficaz porque se ha restaurado la confianza primordial en la existencia, y esa confianza, esa creencia en la consigna de la figura de Anzengruber «Nada puede pasarte», es el antagonista ideal del miedo: trátase del miedo al miedo o del miedo a sí mismo. O bien, como dice un viejo adagio estadounidense: «Fear knocked at the door. Faith answered, and no one was there» [«El miedo llamó a la puerta. La fe respondió, pero fuera no había nadie»]. [Nota de la cuarta edición.]

placer, esa misma voluntad de placer se nos interpone en el camino. La automanipulación fracasa. Ciertamente, el camino para la obtención del placer y la autorrealización pasa por la entrega y el olvido de uno mismo. Quien considere ese camino como un rodeo estará tentado de buscar un atajo y lanzarse en busca del placer como si fuese un fin. Solo que el atajo resulta ser un callejón sin salida.

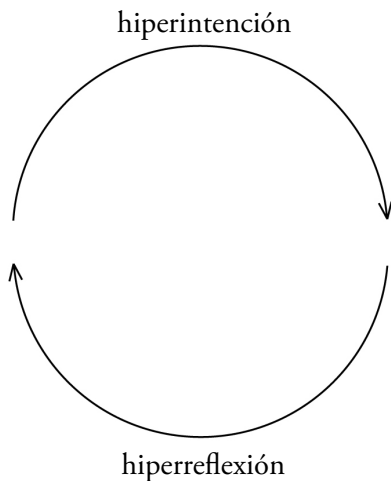


Figura 4

Y nuevamente podemos observar cómo el paciente se enreda en un círculo vicioso. La lucha por el placer, la lucha por la potencia y el orgasmo, la voluntad de placer, una intención forzada, una hiperintención (fig. 4) del placer, no solo hacen que uno pierda el placer, sino que traen consigo también una reflexión forzada, una hiperreflexión: durante el acto uno comienza a observarse a sí mismo y, posiblemente, también a observar y vigilar a la pareja. Y entonces se pierde la espontaneidad.

Si nos preguntamos qué puede haber desencadenado la hiperintención en los casos de trastornos de la potencia, se puede constatar una y otra vez que el paciente percibe el acto sexual como un rendimiento que se le exige. En una palabra, para él, el acto sexual tiene un carácter de exigencia. Ya en 1946 (Frankl 1946) advertimos

de que el paciente «se siente obligado a la consumación del acto sexual», que esa «compulsión a la sexualidad es una presión proveniente del propio yo o bien de una situación», pero que puede provenir también de la pareja (una pareja «fogosa», sexualmente exigente). Entre tanto, la importancia de este tercer momento ha sido confirmada experimentalmente incluso en animales. Así, Konrad Lorenz pudo hacer que una hembra de pez laberíntido no nadara con aire coqueto hacia el macho en el apareamiento, sino enérgicamente, ante lo cual el macho reaccionó de manera humana: el aparato de apareamiento se le cerró de forma refleja.

A las tres instancias enumeradas por las que los pacientes se sienten presionados y empujados a la sexualidad se han agregado últimamente dos factores más. Primero, el alto valor que la sociedad competitiva asigna también a la capacidad de rendimiento sexual. La *peer pressure* [presión por parte de los pares], es decir, la dependencia del individuo respecto de sus semejantes y de aquello que los demás, el grupo al que pertenece, considera «in», conduce a que la potencia y el orgasmo sean objeto de una búsqueda forzada. De este modo se fomenta en el patrón colectivo no solo la hiperintención, sino también la hiperreflexión. El resto de espontaneidad que la *peer pressure* deja todavía intacto le es arrebatada a los hombres de hoy por los *pressure groups*, los grupos de presión. Nos referimos a la industria del sexo y de la información. La presión de estas industrias hacia el consumo sexual es ejercida por medio de *hidden persuaders* [persuasores ocultos], y los medios de comunicación de masas se prestan a ello. Pero resulta paradójico que el joven de hoy en día se preste a ser manejado de esta manera por el capital de la industria y a ser arrastrado por la corriente de la industria sexual sin darse cuenta de quién lo está manipulando. Quien se rebela contra la hipocresía en general debería hacerlo también contra el hecho de que, para proteger el negocio, la pornografía se presente como si fuese arte o información, según el caso.

La situación se ha agudizado en la medida en que cada vez más autores han podido observar un aumento de la impotencia entre los jóvenes, y atribuyen tal aumento a la moderna emancipación de la mujer. Así, J. M. Stewart informa sobre la «impotence at Oxford»: los jóvenes, dice el autor, corren por ahí reclamando sus derechos sexuales

(«demanding sexual rights») y los jóvenes temen ser considerados amantes mediocres por estas parejas sexuales muy experimentadas (Stewart 1972, p. 5). Pero también George L. Ginsberg, William A. Frosch y Theodore Shapiro han editado un trabajo con el título de «The New Impotence» [«La nueva impotencia»], en el que hablan expresamente de que «el joven de hoy se ve exigido en cuanto, como demuestra la exploración médica, en los casos de esta forma nueva de impotencia la iniciativa de la relación sexual venía de la parte femenina» (Ginsberg *et al.* 1972, p. 218).

LA DERREFLEXIÓN

Logoterapéuticamente, enfrentamos la hiperreflexión con la derreflexión, mientras que, para tratar la hiperintención, tan patógena en casos de impotencia, se cuenta con una técnica logoterapéutica que se remonta al año 1947 (Frankl 1947). Concretamente, recomendamos motivar al paciente a que «no se proponga» el acto sexual «de forma programática, sino que se dé por satisfecho con caricias que queden inconclusas, por ejemplo con un preludio sexual mutuo». También sugerimos al paciente que le diga a su pareja que, por de pronto, hemos dictado una estricta prohibición del coito. En realidad el paciente, más tarde o más temprano, debería dejar de atenerse a ella para, aliviado por fin de la presión que habían generado hasta el momento las exigencias sexuales de su pareja, acercarse progresivamente al objetivo del impulso sexual, corriendo el riesgo de ser rechazado por la pareja, que podría alegar precisamente la supuesta prohibición sexual. Cuanto más sea rechazado, más éxito estará alcanzando».

William S. Sahakian y Barbara Jacquelyn Sahakian (1972, p. 230) consideran que los resultados de W. Masters y V. Johnson han confirmado enteramente los nuestros. De hecho, el método de tratamiento desarrollado ya en 1970 por Masters y Johnson guarda en muchos puntos una gran semejanza con la técnica de tratamiento publicada por nosotros en 1947 y que acabamos de esbozar. A continuación queremos volver a documentar nuestra exposición, de nuevo a partir de la casuística.

Godfryd Kaczanowski (1967, p. 158) expone el caso de un matrimonio que acudió a su consulta.

Se habían casado hacía pocos meses. El hombre había resultado ser impotente y estaba sumamente deprimido. Se habían casado por amor, y el hombre era tan feliz que tenía una única meta: hacer a su mujer tan feliz como fuese posible, también en lo sexual, posibilitándole un orgasmo lo más intenso posible. Tras unas pocas sesiones, Kaczanowski comprendió que justamente esa hiperintención del orgasmo de su pareja imposibilitaba forzosamente su propia potencia. También se dio cuenta de que si se entregaba «a sí mismo» a su mujer, le iba a dar más que el orgasmo, sobre todo que este último se daría de todos modos automáticamente si él no se proponía producirlo. Siguiendo las reglas de la logoterapia, Kaczanowski le impuso hasta nuevo aviso una prohibición del coito, lo que alivió visiblemente al paciente de su ansiedad anticipatoria. Tal como se esperaba, pocas semanas después sucedió que el paciente ignoró la prohibición del coito, su mujer se resistió por un momento, pero, después, accedió también, y, a partir de entonces, la vida sexual de ambos se normalizó al cien por cien.

Darrell Burnett presenta un caso semejante en el que no se trataba de impotencia, sino de frigidez:

«A woman suffering from frigidity kept observing what was going on in her body during intercourse, trying to do everything according to the manuals. She was told to switch her attention to her husband. A week later, she experienced an orgasm.»⁴⁷

Del mismo modo como en el paciente de Kaczanowski se superó la hiperintención a través de la intención paradójica, o sea, de la prohibi-

47. «Una mujer que sufría de frigidez observaba constantemente todo lo que sucedía en su cuerpo durante la relación sexual, intentando hacerlo todo según los manuales. Se le indicó que centrara la atención en su marido. Una semana después, experimentó un orgasmo.»

ción del coito, así en la paciente de Burnett se eliminó la hiperreflexión a través de la derreflexión, lo que solo podía darse si la paciente encontraba el camino de regreso a la autotrascendencia. De forma semejante se desarrolló el siguiente caso, que tomo de mi propia casuística.

La paciente acudió a mí a causa de su frigidez. En la infancia había sido objeto de abuso sexual por parte de su propio padre. La paciente estaba convencida de que «esto tendría sus consecuencias». Obsesionada por esta ansiedad anticipatoria, cada vez que tenía un encuentro íntimo con su compañero estaba «al acecho», pues quería demostrarse a sí misma su femineidad y lograr finalmente confirmarla. Sin embargo, justamente con ello su atención estaba dividida entre el compañero y ella misma. Era inevitable que esto mismo frustrara ya el orgasmo, pues, en la medida en que se presta atención al acto sexual, en esa misma medida se es ya incapaz de entregarse. Yo le dije que, en ese momento, no tenía tiempo para asumir el tratamiento, y la cité para dos meses después. Pero le sugerí que, hasta entonces, no siguiera preocupándose de su capacidad o incapacidad para el orgasmo —de ella hablaríamos ampliamente en el marco del tratamiento— sino que, durante la relación sexual, centrara tanto más la atención en su compañero. Y el curso que siguió el caso más tarde me dio la razón. Sucedió lo que yo esperaba. La paciente no vino pasados dos meses, sino ya a los dos días, y curada. El mero hecho de desviar la atención de sí misma, de su propia capacidad o incapacidad para el orgasmo —en una palabra: una derreflexión— y la entrega tanto más despreocupada al compañero habían bastado para que se produjera por primera vez el orgasmo.

A veces, nuestro «truco» solo puede llevarse a cabo si ambos integrantes de la pareja lo ignoran. El siguiente informe, que debo a un exalumno mío, Myron J. Horn, nos muestra lo ingenioso que hay que ser en una situación semejante:

Una joven pareja me vino a ver a causa de la impotencia del marido. Su mujer le había dicho varias veces que era un pésimo amante («a lousy lover»), y que ya pensaba en entablar relacio-

nes con otros hombres a fin de encontrar por fin la satisfacción sexual. Yo invité a ambos a que, durante una semana, pasaran cada noche por lo menos una hora desnudos en la cama e hicieran lo que quisieran, pero que lo único que en ningún caso les estaba permitido era el coito. Una semana más tarde los vi de nuevo. Dijeron que habían intentado seguir mis indicaciones, pero que, «lamentablemente», habían llegado al coito en tres ocasiones. Yo me mostré enfadado e insistí en que, por lo menos durante la semana siguiente, se atuvieran a mis instrucciones. Pasaron solo unos pocos días, y me llamaron para informarme, una vez más, de que no habían podido seguir mis indicaciones, sino que, ahora, el coito se había producido incluso varias veces al día. Un año más tarde me enteré de que el éxito alcanzado se había mantenido.

Pero también es posible que tengamos que iniciar en nuestro «truco» no al paciente, sino a su pareja. Así fue en el siguiente caso.

Una participante de un seminario de logoterapia dictado por Joseph B. Fabry en la Universidad de Berkeley aplicó nuestra técnica siguiendo sus indicaciones con su propia pareja, que era de profesión psicólogo y, como tal, dirigía un centro de asesoramiento sexual. (El hombre había sido formado por Masters y Johnson.) Resultó que este asesor sexual sufría él mismo un trastorno de impotencia. Tal como indica el informe, «Using a Frankl technique we decided that Susan should tell her friend that she was under doctor's care who had given her some medication and told her not to have intercourse for a month. They were allowed to be physically close and do everything up to actual intercourse. Next week Susan reported that it had worked».⁴⁸ Pero después se produjo una recaída. Sin embargo, Susan, la alumna

48. «Utilizando una técnica de Frankl decidimos que Susan debía decir a su pareja que estaba en tratamiento con un médico que le había dado cierta medicación y le había dicho que no debía mantener relaciones por un mes. Le estaba permitido tener contacto físico íntimo y hacer todo menos llegar a la relación sexual. A la semana siguiente, Susan informó que había funcionado.»

de Fabry, tuvo la suficiente inventiva como para, esta vez, resolver sola el trastorno de potencia sexual de su compañero: «Since she could not have repeated the story about doctor's orders she had told her friend that she had had seldom, if ever, reached orgasm and asked him not to have intercourse that night but to help her with her problem of orgasm». ⁴⁹ De modo que ella asumió el papel de paciente a fin de forzar a su compañero a asumir el papel de asesor sexual y, así, guiarlo hacia la autotrascendencia. Con ello se introdujo ya la derreflexión y se desactivó la hiperreflexión, que había resultado tan patógena. «Again it worked. Since then no more problems with impotence occurred.» ⁵⁰

Gustave Ehrentraut, asesor sexual en California, tuvo que tratar en una ocasión a un paciente que, desde hacía 16 años, sufría de eyaculación precoz.

En primer lugar se trató el caso con terapia conductual, pero, incluso después de dos meses, no se alcanzó éxito alguno. «I decided to attempt Frankl's paradoxical intention», ⁵¹ continúa el informe. «I informed the patient that he wasn't going to be able to change his premature ejaculation, and that he should, therefore, only attempt to satisfy himself.» ⁵² Cuando Ehrentraut recomendó también al paciente que hiciera durar el coito lo menos posible, la intención paradójica actuó de tal manera que la duración del coito pudo prolongarse hasta el cuádruple. Desde entonces no se ha producido ninguna recaída.

49. «Como no podía repetirle la historia de las órdenes del doctor, le dijo a su pareja que solo había llegado al orgasmo raras veces, si acaso alguna, y le pidió que, esa noche, no practicaran el coito, sino que él le ayudara con su problema en relación con el orgasmo.»

50. «Funcionó de nuevo. Desde entonces, no hubo ningún problema más de impotencia.»

51. «Decidí probar la intención paradójica de Frankl.»

52. «Informé al paciente de que no iba a ser capaz de superar su eyaculación precoz, razón por la cual debía procurar solamente su propia satisfacción.»

Claude Farris, otro asesor sexual californiano, me hizo llegar un informe del que se desprende que la intención paradójica puede aplicarse también en casos de vaginismo.

Para la paciente, que había sido educada en un convento católico, la sexualidad era un estricto tabú. Acudió al tratamiento a causa de fuertes dolores durante el coito. Farris le indicó no relajar la zona genital, sino contraer lo más posible la musculatura vaginal de modo que a su marido le resultara imposible penetrar en la vagina. Una semana después vinieron de nuevo ambos para relatar que el coito había sido indoloro por primera vez en su vida matrimonial. No hubo que constatar recidivas.

Pero lo más interesante de este último informe es la ocurrencia de aplicar la intención paradójica para lograr la relajación. En este contexto hay que mencionar también un experimento del investigador californiano David L. Norris, en cuyo marco se indicó al sujeto de experimentación, de nombre Steve, que se relajara lo más posible. Steve lo intentó, pero sin éxito, pues se lanzaba de forma demasiado activa en busca de su objetivo. Norris pudo observarlo de forma muy precisa, pues el sujeto de experimentación estaba conectado a un electromiógrafo que indicaba constantemente 50 microamperios. Así fue hasta que Norris informó a Steve de que nunca lograría en su vida relajarse realmente. Entonces exclamó Steve: «¡Pues al diablo con la relajación! ¡Qué me importa la relajación!». Y el indicador del electromiógrafo bajó rápidamente a 10 microamperios. «Y tan rápidamente», informa Norris, «que pensé que la unidad se había desconectado. En las siguientes sesiones, Steve tuvo éxito porque no intentaba relajarse».⁵³

53. Algo análogo vale también acerca de los diversos métodos —por no decir sectas— de meditación, actualmente no menos de moda que la relajación. Una profesora estadounidense de psicología me escribe lo siguiente: «I was recently trained in doing Transcendental Meditation but I gave it up after a few weeks because I felt I meditate spontaneously on my own, but when I start meditating formally I actually stop meditating» [«Recientemente recibí

En resumen puede decirse que la logoterapia está indicada en cinco ámbitos de intervención. A saber: como terapia a partir del *logos*, del sentido, está indicada ante todo para casos de neurosis noógena, que, en cuanto tal, en cuanto noógena, se ha producido principalmente por una pérdida de sentido. Por eso, en este primer ámbito de indicación podemos ver la logoterapia como una terapia específica.

En su segundo ámbito de indicación es distinto: en casos de neurosis psicógena, en los que interviene bajo la forma de la derreflexión y la intención paradójica, actúa como una terapia inespecífica, en cuanto los diversos patrones de reacción patógenos que está interesada en resolver no tienen nada que ver con la problemática del sentido. Pero no significa en absoluto que una terapia inespecífica de este tipo sea meramente sintomática. Pues la derreflexión y la intención paradójica, en los casos en que están realmente indicadas, atacan la raíz de la neurosis, es decir, precisamente allí donde habían actuado de forma tan patógena los mecanismos circulares que había que romper. Así, la logoterapia, aunque no sea una terapia específica, sigue siendo siempre, en cuanto psicoterapia, una terapia causal, que actúa sobre las causas.

También es diferente en el tercer ámbito de indicación: en este ámbito la logoterapia deja por completo de ser una terapia, por la sencilla razón de que, aquí, no solamente se ocupa en general de los trastornos somatógenos, sino, en particular, de enfermedades somatógenas incurables, es decir, enfermedades en las que desde el principio solo puede tratarse de posibilitar al enfermo, en su sufrimiento y hasta el final, el descubrimiento de un sentido, y ello en forma de realización de valores actitudinales. Como se ha dicho, ya no se trata de una terapia; sin embargo, nadie puede negar que semejante cura médica de almas⁵⁴ pertenece, precisamente, al ámbito de las funciones del tratamiento y la actividad médica. Se contrapone en este sentido al cuarto ámbito de indicación, en el que la logoterapia ya no es, como

formación en meditación trascendental, pero, tras unas pocas semanas, lo abandoné, porque sentí que medito espontáneamente por mí misma, pero cuando comienzo a meditar de manera formal dejo, en realidad, de meditar»].

54. «Lo que hacemos —decía Freud— es cura de almas en el mejor de los sentidos.»

en el anterior, un tratamiento médico (aunque sea de enfermedades y afecciones incurables), sino que está confrontada con fenómenos sociógenos como el sentimiento de falta de sentido, el sentimiento de vacío y el vacío existencial, o sea, con fenómenos a los que ya no puede aplicarse el modelo médico pues no son todavía patológicos, por más patógenos que puedan ser, concretamente en los casos en que llevan a una neurosis noógena.

Por último, el quinto ámbito de indicación de la logoterapia: confrontada con la duda y desesperación sociógena acerca de un sentido en la vida, se ha ocupado en este caso, no ya del tratamiento médico de enfermos, sino de la atención humana de personas que sufren. Sin embargo, en su quinto ámbito de indicación no se trata de una terapia específica o inespecífica de neurosis noógenas o psicógenas ni tampoco del tratamiento o de la atención de casos somatógenos o sociógenos, sino más bien de una prevención, concretamente, de la prevención de neurosis iatrógenas. En realidad, sin embargo, tendríamos que hablar de neurosis psiquiátricas. Nos referimos a casos en los que el médico (*ιατρός*) o psiquiatra se hace cómplice de la intensificación de una frustración existencial al trasladar al paciente modelos ideológicos totalmente subhumanos, de modo que, *nolens volens*, la psicoterapia termina siendo un adoctrinamiento y, para colmo, reduccionista.

Después de esta panorámica sistemática queremos aventurar un resumen histórico. W. Soucek habló de la logoterapia como de la tercera escuela vienesa de psicoterapia (Soucek 1948, p. 594) y la situó en cuanto tal como sucesora del psicoanálisis y de la psicología individual. Si así es, no habrá que perder de vista ni olvidar que la ley biogenética fundamental de Ernst Haeckel se cumple también en el caso de la logoterapia. Así como, para Haeckel, el desarrollo ontogenético recapitula el filogenético, así ha habido en la historia de vida personal del fundador de la logoterapia etapas en las que han salido a la luz publicaciones cuyos manuscritos fueron reenviados personalmente por Freud y Adler a las redacciones de las revistas internacionales de psicoanálisis y de psicología individual, donde aparecieron en 1924 y en 1925 respectivamente⁵⁵ (Pongratz 1973).

55. Véase V. E. Frankl, *Escritos de juventud 1923-1942*, Barcelona, Herder,

Sea como fuere, Sigmund Freud escribió en una ocasión: «Todas nuestras exposiciones aguardan a ser complementadas, ampliadas y, de ese modo, corregidas». T. P. Millar piensa, sin embargo, que la situación actual dificulta que de las propias filas provenga una revisión teórica digna de mención (Millar 1969, p. 421). Antes bien, coincide con Ernest Hilgarden en que lo más probable es que la reformulación propia de la teoría psicoanalítica provenga de gente que, precisamente, no está comprometida con ninguna organización o institución psicoanalítica. Las siguientes declaraciones pueden sugerir, tal vez, hasta qué punto ha llegado la hora de llevar a cabo esta «reformulación». J. Marmor, presidente de la American Academy of Psychoanalysis, escribe: «En los últimos diez años, el prestigio del psicoanálisis en nuestro país dentro de los círculos académicos y científicos parece haber descendido significativamente» (Marmor 1968, p. 131). Y el editor de la revista *American Journal of Psychoanalysis*, Harold Kelman, confrontó a la American Psychiatric Association con los siguientes hechos: en 1945, prácticamente todos los psiquiatras en ciernes deseaban hacer un análisis como parte de su aprendizaje. En 1960, lo deseaba uno de cada siete, y, en 1969, uno de cada veinte (Kelman 1972, p. 8). Del mismo modo que «24 de 31 psicoanalistas norteamericanos informan de una decadencia del interés por el psicoanálisis en su ámbito de observación» (Wittkower y Naiman 1973, p. 220).

Con todo, sigue teniendo vigencia lo que digo en mis libros escritos en inglés y aún no traducidos al alemán:⁵⁶ que el psicoanálisis será la base también para la psicoterapia del futuro,⁵⁷ por más que, como todo cimiento, desaparezca cada vez más de la vista mientras se levanta sobre él el edificio de esta psicoterapia del futuro. Así, la

2007, pp. 33-35 y 50-53. (*N. del T.*)

56. *The Will of Meaning*, Nueva York, New American Library, 1969 [español: *La voluntad de sentido: conferencias escogidas sobre logoterapia*, Barcelona, Herder, 1988, a partir de la versión en alemán: *Der Wille zum Sinn. Ausgewählte Vorträge über Logotherapie*, Berna, Hans Huber, 1982].

57. Edith Weisskopf-Joelson, «Logotherapy: The Psychotherapy of the Future», Simposio sobre logoterapia, Reunión anual de la Psychological Association, Montreal, 1973.

aportación de Freud para la fundación de la psicoterapia es imperecedera, y del mismo modo su logro es también incomparable. Cuando visitamos la sinagoga más antigua del mundo, la Sinagoga Staranová o Sinagoga Vieja-Nueva de Praga (antes llamada Vieja Escuela), el guía nos muestra dos asientos: en uno se sentaba el célebre, legendario rabino Löw (de quien se dice que creó el Golem con un trozo de barro); en el otro se han sentado desde entonces todos los rabinos. Efectivamente, nadie se atrevía a considerarse igual al rabino Löw y a ocupar su asiento. De ese modo, el asiento del rabino Löw ha quedado desocupado a lo largo de los siglos. Creo que con Freud nos pasa algo semejante: nadie podrá medirse jamás con él.

PARTE TEÓRICA

El respeto por la grandeza es sin duda una de las mejores cualidades de la naturaleza humana. Pero debe ceder ante el respeto por los hechos reales. No hay que reparar en pronunciarse cuando la adhesión a una autoridad queda relegada por el propio juicio adquirido en el estudio de los hechos.

(S. Freud, Viena, 1889)

FUNDAMENTOS DEL ANÁLISIS EXISTENCIAL Y DE LA LOGOTERAPIA

En primer lugar hay que prevenir malentendidos: análisis existencial y logoterapia son propiamente lo mismo —por lo menos, lo son en cuanto cada una de ellas representa un lado de la misma teoría—. Frente a ello, las expresiones alemanas *Existenzanalyse* y *Daseinsanalyse* no son menos que idénticas. Las traducciones al español, inglés y francés de los nombres de ambas escuelas son iguales [análisis existencial]. También en la medida en que ambas orientaciones se esfuerzan por un esclarecimiento existencial (Karl Jaspers), la escuela de la *Daseinsanalyse* —como ha podido demostrar Paul Polak en un estudio comparativo sobre la *Daseinsanalyse* de Ludwig Binswanger y la *Existenzanalyse*— coloca el acento en un esclarecimiento existencial entendido en el sentido de esclarecimiento del ser, mientras que el análisis existencial, yendo más allá de todo esclarecimiento del ser, arriesga el paso adelante hacia un esclarecimiento del sentido, de modo que el acento se desplaza del esclarecimiento de realidades del ser en dirección al esclarecimiento de posibilidades de sentido. Será por ello que el análisis existencial va más allá de todo mero análisis y terapia, y representa, justamente, una logo-terapia, a diferencia de la *Daseinsanalyse*, que —por lo menos según las propias definiciones de los principales analistas que la aplican— no representa en sí y en cuanto tal una (psico)terapia en el sentido propio de la palabra.

Realmente, «logos» significa ante todo el sentido, y «logoterapia», una psicoterapia orientada en el sentido —y que re-orienta al paciente a partir del sentido—.

Pero el análisis existencial no quiere ser solamente un análisis de la persona concreta, es decir, un análisis en el sentido óptico, sino también un análisis en el sentido ontológico, a saber, un análisis, una explicación, un desarrollo de lo esencial de la existencia personal —donde se deja fuera de consideración el autodesarrollo de la existencia personal, tal como acontece ya en el ámbito de la biografía—.

Ahora bien, una característica de la existencia humana es su trascendencia. Y el ser humano no trasciende solamente su entorno saliendo hacia un mundo, hacia el mundo, sino que trasciende también su ser hacia un deber-ser. Y cada vez que se trasciende a sí mismo de ese modo, se eleva por encima de su propia realidad psicofísica, abandona el plano de lo somático y de lo psíquico y entra en el espacio de lo propiamente humano, que está constituido por una dimensión nueva, por la dimensión noética, la dimensión de lo espiritual. En efecto, ni lo somático ni lo psíquico solos constituyen lo propiamente humano. Antes bien, ambos no representan más que dos caras del ser humano, y además, dos caras en las que los resultados no raras veces se contradicen, de modo que para nada puede hablarse de un paralelismo en el sentido del dualismo o de una identidad en el sentido del monismo. No obstante, a pesar de toda la multiplicidad ontológica de lo somático, lo psíquico y lo noético, se puede preservar la unidad antropológica y la integridad de la esencia del hombre tan pronto como pasamos del análisis existencial a una ontología dimensional. En efecto, los resultados son contradictorios en todas partes: cada vez que abrimos el libro de la realidad, esta se proyecta en cada página de forma diferente (fig. 5) y las diversas ilustraciones de las distintas páginas no se pueden hacer coincidir ni siquiera cuando volvemos las hojas (fig. 6). Solo cuando incorporamos la dimensión inmediatamente superior, es decir, cuando levantamos la hoja con la ilustración de la izquierda y la colocamos de forma perpendicular al plano del libro abierto o de la ilustración de la derecha (fig. 7), se muestra la posibilidad de una superación de las contradicciones y las mismas contradicciones demuestran ser necesarias, pues se pone

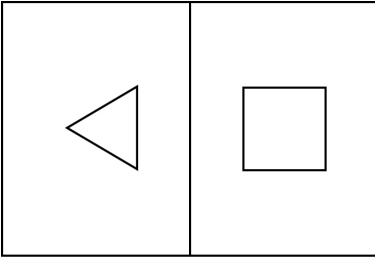


Figura 5

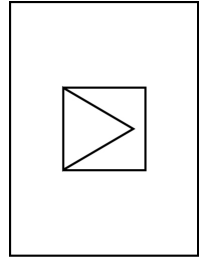


Figura 6

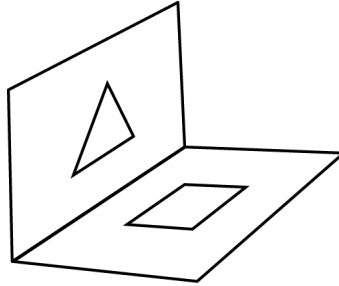


Figura 7

de manifiesto que la ilustración de la izquierda y la de la derecha, el triángulo y el cuadrado, son, cada una de ellas, una proyección de una pirámide desde el espacio hacia dos planos diferentes (fig. 8). Pero no puede decirse que una pirámide se componga o que esté formada por un triángulo y un cuadrado, pues, dimensionalmente, es más que eso.

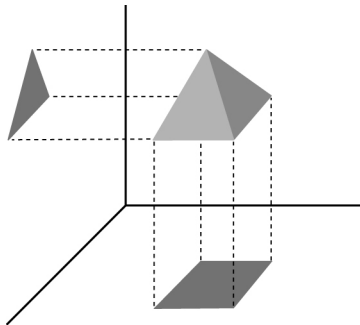


Figura 8

Tampoco puede decirse que el ser humano se componga o consista de cuerpo y alma. Antes bien, la esencia del hombre no se agota en el cuerpo ni en el alma y no se pierde en el plano de lo somático ni en el de lo psíquico. Por el contrario, solo a la fuerza se deja arrastrar y proyectarse desde el espacio de lo propiamente humano hacia esos planos.

Hasta cierto punto y en cierto sentido es inherente a la ciencia realizar tales proyecciones hacia una determinada dimensión, y eso significa que, por principio y método, deja de lado la plena dimensionalidad de la realidad y se atiene a la ficción de un mundo unidimensional. Este es el destino y la tarea de la ciencia, y a este respecto no puede detenerse tampoco frente al hombre, sino que también tiene que proyectarlo del ámbito noológico al biológico o al psicológico, según sea el caso. Por ejemplo, si tengo que examinar neurológicamente a un paciente que me derivan a causa de un tumor cerebral, es evidente que tengo que amortiguar la visión de la realidad del hombre concreto en cuanto a la totalidad de sus dimensiones y hacer como si fuese un sistema cerrado de reflejos más o menos condicionados. Pero tan pronto como dejo el martillo de reflejos, vuelvo a abrir mi visión y puedo percibir de nuevo la humanidad del paciente que había dejado fuera de consideración.

Del mismo modo podrá ser legítimo proyectar al ser humano del ámbito noológico que le corresponde, no al plano fisiológico, como en el caso del examen neurológico, sino al psicológico: esto sucede, por ejemplo, en el marco de la investigación psicodinámica. Pero si esto no acontece con plena conciencia del método, puede muy bien llevarme a error. Sobre todo tendría que tener presente en cada ocasión qué es lo que está dejando fuera el filtro que utilizo. Puesto que, en el sistema de coordenadas de una consideración unilateral y exclusivamente psicodinámica, no puedo alcanzar a ver del ser humano otra cosa más que un ser aparentemente impulsado por sus instintos, o que satisface sus instintos. En un sistema de referencias semejante, lo propiamente humano se representa por tanto única y necesariamente de forma distorsionada. Más aún, ciertos fenómenos humanos se me escapan por completo. Pensemos solamente en algo como el sentido y los valores: estos tienen que desaparecer de mi campo visual tan

pronto como otorgo validez únicamente a los instintos e impulsos. ¡Y tienen que desaparecer por la sencilla razón de que los valores no me impulsan, sino que me atraen! Y entre ambos existe una enorme diferencia, que hemos de reconocer si, en el sentido de un análisis fenomenológico, buscamos un acceso a la realidad total, íntegra, del ser humano.¹

O bien, para considerar otro ejemplo: parece necesariamente dudoso si es lícito hablar de un instinto moral en el mismo sentido que de un instinto sexual, o de un instinto religioso «como de un instinto de agresión» (H. Bänziger). En efecto, ello nos llevaría a tener que ver la esencia de la moralidad en la satisfacción de un instinto moral —o bien en el apaciguamiento del superyó, o bien en la tranquilización de la conciencia—. Pero una buena persona no es buena en nombre de una buena conciencia, sino en nombre de una causa —la «buena» causa— o por amor a una persona —o bien, a Dios—. Si una buena persona lo fuese solamente para tener una conciencia limpia, estaríamos simplemente frente a un caso de fariseísmo. Tener una conciencia limpia no puede ser nunca la razón para que yo sea bueno, sino solo su consecuencia. Del mismo modo, difícilmente puede suponerse que los santos habrían llegado a ser santos si su motivación hubiese sido llegar a serlo. En ese caso se hubieran vuelto perfeccionistas, y el perfeccionismo es ciertamente uno de los impedimentos típicos en el camino a la perfección. No cabe duda de que, como reza el adagio, una conciencia limpia es la mejor almohada. Pero hemos de precavernos de hacer de la moral un somnífero y del *ethos*, un tranquilizante.

Lo que subyace en última instancia y propiamente a todo esto es la concepción o, mejor dicho, la errónea interpretación de la psique humana como algo dominado esencialmente por un principio de compensación y equilibrio; en una palabra: la estipulación del principio de homeostasis como un mecanismo de regulación. Pero el principio de

1. Se trata de la diferencia entre la psicodinámica y una noodinámica, como yo querría llamarla. Esta última no es, como la primera, una psicomecánica: que me deje «atraer» por valores presupone la libertad de aceptar o rechazar una oferta de valores, de realizar o frustrar una posibilidad de valor.

homeostasis no rige de manera absoluta ni siquiera en el ámbito de la biología —algo de lo que ha advertido últimamente Charlotte Bühler, concretamente siguiendo a L. von Bertalanffy—, ni mucho menos en el ámbito de la psicología —a lo que ha hecho referencia Gordon W. Allport, entre otros—. Sin embargo, dicha concepción antropológica hace como si el alma humana se tratara de un sistema cerrado, y como si el mismo ser humano tuviese puesto su interés en establecer o restablecer estados intrapsíquicos, por ejemplo mediante la conciliación y satisfacción de las exigencias de los instintos, del ello y del superyó. De ese modo, sin embargo, la antropología se desliza hacia una monadología, pues al ser humano real no le importan unos estados cualesquiera de su alma, sino los objetos del mundo: está estructurado y orientado primariamente hacia ellos, y solo el hombre neurótico deja de estar orientado hacia los objetos —como lo está el hombre normal—, para orientarse hacia los estados del alma. Pero una psicoterapia que solo reconociera la vigencia del principio de homeostasis y se dejara guiar por una imagen monadológica del hombre solo lo confinaría al «espacio interior de lo psíquico» (Philipp Lersch) y reforzaría su escapismo.

En este contexto no podemos dejar de hacer una observación crítica, en concreto sobre el tópico de moda de la autorrealización: es imposible que la autorrealización sea la meta última de la vida o el fin último del hombre. Por el contrario, cuanto más se dirige a ella, menos la encuentra. En esto le sucede al hombre como en el caso de toda orientación hacia estados anímicos: por ejemplo, el «estado afectivo» o «sentimiento de estado» (Max Scheler) del placer: cuanto más se centra el hombre en la obtención del placer, tanto más se le escapa, y no son pocas las neurosis sexuales a las que subyace etiológicamente este principio. La caza de la felicidad ahuyenta la felicidad.

Ahora bien, lo que realmente importa al ser humano no es autorrealizarse, sino realizar sentido y valores. Y solo en la medida en que realice el sentido concreto y personal de su existencia, se realizará también a sí mismo. Pero, en ese caso, la propia plenitud se instala por sí sola: no *per intentionem*, sino *per effectum*.

Pero ¿cuándo está el hombre tan atento a su propia autorrealización? ¿Cuándo está, en ese sentido, en reflexión sobre sí mismo?

¿No es así que esta reflexión sobre sí mismo expresa el fracaso de una intención de sentido? ¿No revela la aspiración forzada a la autorrealización una frustrada aspiración a la realización de un sentido? A modo de analogía se me ocurre en este contexto el bumerán, cuya finalidad se considera, en general, la de regresar al cazador que lo lanzó. Pero eso no es cierto, pues el único bumerán que regresa al cazador es el que erró su blanco, la presa. Del mismo modo, el único hombre que regresa siempre de nuevo a sí mismo y centra su atención en su propio estado anímico —sea que quiera tener una conciencia limpia, sea que quiera conseguir placer y tranquilidad—, el único, digo, que, en ese sentido, tiene centrada su atención en sí mismo y en los estados de su alma, es quien ha olvidado que fuera, en el mundo, lo está esperando un sentido concreto y personal, que fuera hay una tarea que espera ser cumplida por él y solo por él. Pues el ser humano solo puede estar realmente «en sí mismo» en la medida en que esté junto a las cosas en el mundo, en la medida en que esté en el mundo —y en la medida en que salga airoso en ese estar en el mundo—.

Recordemos, pues: solo si se yerra y fracasa en la orientación primaria hacia las cosas se llega al interés en el propio estado anímico que tanto caracteriza la existencia neurótica. La aspiración a la autorrealización no es, por tanto, en modo alguno tan primaria: antes bien, vemos en ella una modalidad deficiente de la existencia humana, puesto que lo que primariamente interesa al ser humano no es la realización de sí mismo, sino la realización de un sentido. En la logoterapia hablamos aquí de una voluntad de sentido, con lo cual designamos la aspiración del ser humano a cumplir el máximo sentido posible en su existencia, a realizar el máximo posible de valores en su vida; de la voluntad de sentido, colocándola junto a la voluntad de placer —el «principio del placer» del psicoanálisis— y también junto al «afán de notoriedad» de la psicología individual, o sea, la voluntad de poder.

Todo esto queda en un punto ciego en el marco de la visión del ser humano de la psicología dinámica: proyectado desde la dimensión noológica, característica del ser humano, hacia el plano meramente psicológico, ya no puede verse reflejado. En el sistema cerrado de un «aparato psíquico» (Freud) dominado por el principio del placer no

hay lugar para la voluntad de sentido, que hace saltar los límites del «espacio interior de lo psíquico» ordenando y orientando al hombre hacia el mundo, hacia un mundo ordenado —un cosmos— de sentido y de valores. Frente a ello, el principio del placer, es decir, la lucha por el placer o contra el displacer (la lucha por la nivelación o contra todas las excitaciones y tensiones que perturban el equilibrio), no es algo primario, sino secundario, algo derivado: una mera fase de resignación, de tal modo que primero hace falta una frustración de la voluntad de sentido —que es lo originario y lo propio en ser humano— para que se llegue a formar una voluntad de placer.

El reemplazo de la orientación hacia los objetos de sentido y de valor por el interés en los estados de placer y displacer es algo constitutivo de la neurosis. En particular en casos de neurosis sexual se pone de manifiesto que la lucha por el sentido y los valores es reemplazada por la lucha por el placer o contra el displacer. Los pacientes en cuestión hablan espontáneamente de un «onanismo con la mujer». Se refieren con ello a un acto sexual que representa un mero medio para un fin, el de la descarga o desahogo sexual: el «objeto del instinto» sirve a esa «meta del instinto» (Freud). Instintivamente consideran el auténtico acto sexual un acto en el cual están orientados hacia la pareja, entregados a ella en el amor, y en el que —en la medida en que no centran la atención en el acto o el placer— son capaces de realizar el acto sin perturbación alguna y de disfrutar del placer libres de toda inhibición. Pero cuanto más interesados estén en la satisfacción del instinto, tanto menos lo estarán en el objeto del instinto en cuanto tal: por el contrario, solo están interesados en él como objeto en la medida en que es medio para el fin de (r)establecer un estado. Ahora bien, si es así, deja de tener importancia que el estado de equilibrio se (r)establezca por medio del verdadero objeto o de un suceso de índole masturbatoria. Solo que este último camino no pasa por el mundo, sino que, justamente eludiéndolo, representa un cortocircuito intrapsíquico. Los objetos intramundanos solo sirven ya como medios para el fin de (r)establecer estados intrapsíquicos. En el marco de esta inversión de un fin —encuentro con el mundo y con sus objetos— en un medio —satisfacción del instinto al servicio de su apaciguamiento—, el relieve del valor del mundo se funde para

quedarse en el nivel de lo indiferente, de lo insignificante. De ese modo, los objetos del mundo en cuanto pertenecientes a un mundo del sentido y de los valores se convierten en medios indiferentes e insignificantes al servicio del principio de placer.²

Así pues, la voluntad de sentido es algo originario, algo propio, algo auténtico, y, en cuanto tal, debería ser tomado también en serio por la psicoterapia. Sin embargo, una psicología que se autodenomina «desenmascaradora» pretende desenmascarar tal voluntad, por ejemplo entendiendo la pretensión del hombre por una existencia lo más llena de sentido posible como un disfraz que oculta deseos instintivos inconscientes y tildándola de mera «racionalización». Lo que aquí hace falta, diría yo, es desenmascarar, poner en evidencia a los desenmascaradores. En efecto, la tendencia a desenmascarar de-

2. El principio del placer sirve a un principio universal de compensación que tiende a equilibrar toda tensión. «Algo parecido a esto conoce, en efecto, la física, en su teoría de la entropía, como el estado final cósmico previsto. Podríamos contraponer así a la “muerte térmica” el estado de nirvana como un correlativo psicológico. La nivelación de toda tensión anímica mediante la liberación de toda sensación desagradable constituiría, así, en cierto modo, un equivalente microcósmico de la entropía macrocósmica, el *nirvana* vendría a ser algo así como *la entropía vista desde dentro*. Pero el principio mismo de nivelación representaría lo antagónico del “principio de individuación”, es decir, del principio que tendería a conservar todo ser como un ser individualizado, como un ser-otro» (*Psicoanálisis y existencialismo*, México, FCE, 2010 [ed. electrónica], p. 37). (Von Schrödinger presenta una teoría análoga no sobre el ser, sino sobre la vida.) «Podríamos perfilar [...] la posición preferente que el hombre ocupa dentro del campo del ser, el específico modo de ser humano, apoyándonos en nuestra tesis anterior, según la cual “ser” equivale a “ser-otro”» (*ibid.*, p. 63), mediante la siguiente frase: «Ser persona (existencia humana, Existencia) quiere decir ser-otro absolutamente. En efecto, la esencial y valiosa peculiaridad de cada ser humano no significa sino que este es otro que todos los demás» (*ibid.*). En cuanto cada hombre, frente a todos los demás, es «absolutamente otro», en lo que se refiere a su existencia, es único. Al mismo tiempo, cada ser humano, en lo que se refiere a su existencia, es irrepetible, y así, también el sentido de cada existencia es único e irrepetible.

bería detenerse frente a lo auténtico; si no lo hace, entonces detrás de la tendencia a desenmascarar se encuentra la propia tendencia desvalorizadora del psicólogo «desenmascarador».

Lo que menos puede permitirse la psicoterapia es ignorar la voluntad de sentido, en lugar de apelar a ella. Esta voluntad es un recurso psicoterapéutico de primer orden, y, dado el caso, apelar a ella puede llevar no solo, por ejemplo, a conservar la salud psíquica o hasta física, sino hasta a salvar la vida. A este respecto se cuenta con experiencias y observaciones no solo clínicas, sino también de otros ámbitos, pero no por ello menos empíricas y prácticas: en el *experimentum crucis* de los campos de prisioneros y de los campos de concentración se ha demostrado que no hay casi nada en el mundo que haga al hombre capaz de sobrevivir a todas estas «situaciones límite» (Karl Jaspers) como el saber que uno tiene una tarea en la vida. Se han confirmado así las palabras de Friedrich W. Nietzsche: «Quien tiene un porqué para vivir, puede soportar casi cualquier cómo». Pero si estas palabras son ciertas, entonces no se trata, por supuesto, solamente de una tarea de vida cualquiera, sino de una tarea única e irrepetible, cuyo carácter único e irrepetible corresponda al hecho de que cada vida humana es en su existencia, irrepetible, y en su modo de ser, única.³

Ahora bien, la voluntad del sentido también puede frustrarse, y en la logoterapia hablamos entonces de una frustración existencial, ya que parece justificado designar como existencial todo lo que esté en relación con el sentido de la vida o con la voluntad de sentido. Al parecer, el sentimiento de que el propio ser carece de sentido domina al hombre corriente de la actualidad por lo menos tanto como el sentimiento de tener menos valor que otros, es decir, tanto como el sentimiento de inferioridad, tan mencionado en la psicología indivi-

3. Por supuesto, no basta con recetar a nuestros pacientes, en relación con el sentido de la existencia, el *hobby* tan citado en este contexto: que alguien en su país sea el coleccionista de sellos postales número equis o número equis más uno será ciertamente irrelevante desde el punto de vista existencial. Antes bien, se trata del sentido concreto y personal de la vida de cada uno, cuyo cumplimiento se exige y está encomendado a cada uno individualmente: este es el sentido que tiene dignidad terapéutica.

dual. Pero, al igual que el sentimiento de inferioridad, tampoco este sentimiento de falta de sentido —que prevalece actualmente por sobre el sentimiento de inferioridad— representa algo patológico: es algo humano, más aún, lo más humano que puede haber, y no algo «demasiado humano», patológico. Y tenemos que aprender a distinguir entre lo humano y lo patológico si no queremos confundir dos cosas esencialmente distintas, a saber, la dificultad o necesidad noética y la enfermedad psíquica. En sí, la frustración existencial no es nada patológico.⁴

Hoy en día la frustración existencial desempeña un papel más importante que nunca. Basta con pensar en cuánto sufre el hombre actualmente no solo por una progresiva pérdida de instinto, sino también por una pérdida de tradiciones: en la dimensión vital, son los instintos los que asignan las tareas vitales, y, en la dimensión social, las tradiciones. Pero al ser humano al que los instintos expulsaron del paraíso de la protección y la seguridad, y especialmente al ser humano actual, que, más allá de esa pérdida de instintos, ha quedado abandonado a sí mismo por la pérdida de las tradiciones, ni los instintos le sugieren lo que *tiene* que hacer, ni las tradiciones lo que *debe* hacer: en virtud de su voluntad de sentido sabe todavía que *quiere deber*. Pero muchas veces no sabe ya lo que *deba querer*. Con otras palabras: no sabe más acerca del sentido mismo. Antes bien, se ve confrontado con un fenómeno que en la logoterapia denominamos vacío existencial, o sea, con el vacío interior y la falta de contenidos, con el sentimiento de haber perdido el sentido de la existencia y el contenido de la vida.⁵

4. Conocemos a un paciente, profesor universitario en Viena, que nos fue derivado porque se había torturado con la pregunta por el sentido de su vida. Se constató entonces que sufría de una depresión endógena recidivante. Sin embargo, en modo alguno había cavilado y dudado del sentido de su vida en las fases de su enfermedad psíquica, sino más bien en los intervalos, o sea, en el tiempo en que gozaba de salud psíquica.

5. Una prueba estadística al azar que hicieron mis colaboradores con pacientes psíquicamente sanos y neuróticos de nuestra clínica dio como resultado que no menos del 55 % habían vivido y experimentado en sí mismos el vacío

El vacío existencial puede ponerse de manifiesto como también permanecer latente. Se pone de manifiesto en el estado de hastío, y cuando Arthur Schopenhauer dijo en una ocasión que, al parecer, el destino de la humanidad era oscilar constantemente entre los dos extremos, el de la miseria [*Not*] y el hastío, no solo tenía razón, sino que se puede decir, de forma consecuyente, que a los psiquiatras el hastío nos da ya más trabajo que la miseria, no excluyendo, sino incluyendo aquí el ámbito sexual. Vivimos en una época de incipiente automatización, y esta otorga al ser humano cada vez más tiempo libre. Pero el hombre casi no sabe qué hacer con ese tiempo libre. Y no solo el final de la jornada en la vida cotidiana, una vez acabado el horario de trabajo, sino también la etapa final de la vida colocan al hombre ante la pregunta de cómo ha de llenar su tiempo: también el envejecimiento de la población lo confronta, a menudo arrancado abruptamente de su trabajo profesional, con su vacío existencial. Al fin y al cabo, no solo en la vejez, sino también en la juventud podemos ver muchas veces cuánto se frustra la voluntad de sentido. En efecto, la decadencia de la juventud probablemente puede atribuirse solo en parte a la aceleración corporal: la frustración espiritual que se da simultáneamente es, como se reconoce cada vez más, igualmente decisiva.

Nos encontramos con formas latentes de frustración existencial bajo el cuadro clínico de la enfermedad de los ejecutivos, así como

existencial. Es evidente que, entre las personas que se entregan a una tarea, digamos, al estudio de la medicina, animadas por la voluntad de ayudar a sus semejantes, el porcentaje promedio de las que se sienten existencialmente frustradas será más bajo que en un grupo de una composición corriente. Y así es comprensible que, en ocasión de una prueba estadística al azar elaborada sobre la base de cuestionarios, se haya constatado que, entre los oyentes de mis clases en alemán sobre teoría y terapia de las neurosis, es decir, entre estudiantes centroeuropeos de medicina y de otras carreras, el resultado fue de algo más del 40%. Tanto más asombroso fue el resultado de una encuesta análoga realizada con los oyentes de mis clases en inglés sobre logoterapia, según el cual entre estos estudiantes estadounidenses se pudo constatar que, en un porcentaje de no menos del doble, habían vivido y experimentado en sí mismos algo así como una carencia última y abismal de sentido en su vida.

en el alcoholismo, que prolifera cada vez más en la gran masa social. En el caso de la enfermedad de los ejecutivos, la frustrada voluntad de sentido es compensada de forma vicaria por la forzada voluntad de poder, mientras que, en el caso del alcoholismo, cede ante la exagerada voluntad de placer. Por supuesto, en el primer caso se trata de la manifestación más primitiva de la voluntad de poder, es decir, de la voluntad de dinero, y en el otro, de una voluntad de placer «negativo» (así llamada por Arthur Schopenhauer), en la que, a diferencia del llamado placer «positivo», se trata meramente de no sufrir displacer.

Ahora bien, la frustración existencial puede llevar también a enfermedades neuróticas. En la logoterapia hablamos entonces de neurosis noógenas, que entendemos como aquellas neurosis que, original y propiamente, han sido causadas por un problema noético, un conflicto de conciencia o una crisis existencial. Y, heurísticamente, contraponemos la neurosis noógena a la neurosis *sensu stricto*, que, por definición, es una enfermedad psicógena.

Es evidente que la terapia específica de neurosis noógenas solo puede ser una psicoterapia que acompañe al ser humano y también al enfermo hasta la dimensión noética. La logoterapia, pues, se comprende a sí misma como una terapia que se arriesga a entrar en la dimensión noética, también en lo tocante a la etiología de las enfermedades neuróticas. Y aquí «Logos» no significa ya únicamente el sentido (cf. *supra*), sino también lo noético.⁶ Evidentemente, esta contraposición entre psicoterapia en el sentido estricto de la palabra y logoterapia es puramente heurística.

Pero una terapia noética no está indicada solamente para casos de neurosis noógena. Antes bien, a menudo se pone de manifiesto que una neurosis psicógena representa la proliferación psíquica que se extiende en el interior de un vacío en la dimensión noética, de modo que su psicoterapia solo puede completarse si se llena el vacío

6. La voluntad de sentido está en el orden de lo noético subjetivo, y el sentido mismo en el orden de lo noético objetivo. Por lo menos es objetivo en cuanto se trata de «encontrarlo», y en modo alguno de «darlo». Del mismo modo, el hecho de que haya que descubrirlo y no pueda inventarse solo puede provenir de la objetividad del sentido.

existencial o se reduce la frustración existencial. Y más aún, nosotros mismos hemos podido mostrar que existen también (pseudo)neurosis somatógenas, de las que se han podido evidenciar tres grupos, que hemos descrito como grupo basedowide, addisonoide y tetanoide. También hemos podido señalar cómo tales (pseudo)neurosis responden a un tratamiento farmacológico específico: a la administración, según sea el caso, de sulfonato de dihidroergotamina, de acetato de desoxicorticosterona o de éter o-metoxifenil gliceril. Pero tampoco esto es suficiente si no osamos entrar en la dimensión noética.

En todos estos casos —tanto en las neurosis psicógenas como en las (pseudo)neurosis somatógenas—, la logoterapia no actúa ya como una terapia específica, sino inespecífica. En cuanto tal, se ocupa menos del síntoma que de la actitud del paciente frente al síntoma. En efecto, muy a menudo, lo propiamente patógeno es una actitud errónea. La logoterapia distingue aquí diferentes patrones de actitud e intenta provocar un cambio de actitud en el paciente. Con otras palabras, es una verdadera terapia de modificación de actitud. En este sentido, la logoterapia dispone de un método y una técnica específicos; me limitaré a señalar aquí los métodos de la derreflexión y de la intención paradójica.

En cualquier caso, sea como terapia específica, sea como inespecífica, la logoterapia procura orientar al paciente hacia un sentido concreto y personal. Pero no está para dar un sentido a la existencia del paciente: a fin de cuentas, nadie esperará ni, menos aún, exigirá del psicoanálisis —que tanto se ocupa de la sexualidad— que concierte matrimonios, o de la psicología individual —que tanto se ocupa de la sociedad— que proporcione puestos de trabajo. Pues bien, tampoco la logoterapia proporciona valores. No se trata, en efecto, de que demos al paciente un sentido para su existencia, sino única y exclusivamente de que lo pongamos en condiciones de encontrar el sentido de su existencia, de que, por así decirlo, amplíemos su campo visual, de modo que se percate del espectro completo de posibilidades personales y concretas de sentido y de valor.

Pero si el paciente ha de tomar conciencia de un posible sentido, es en primer lugar el mismo médico quien tiene que haber conservado la conciencia de todas las posibilidades de sentido, y eso significa que es

especialmente importante que sepa acerca del sentido del sufrimiento, es decir, del sufrimiento a causa de un destino que ha sido inevitable o ineludible, por ejemplo, el sufrimiento a causa de una enfermedad incurable. Porque un dolor semejante abriga en sí no solamente una o la última posibilidad de realización de sentido y de valor, sino la posibilidad de realizar el sentido más profundo y el valor más elevado, con lo cual la vida no deja de tener sentido hasta el último momento. Por tanto, la logoterapia no se interesará solamente por la recuperación de la capacidad de trabajo, de disfrute y de vivencia del paciente, sino también por establecer y reforzar la capacidad de sufrimiento, o sea, la capacidad de realizar el posible sentido del sufrimiento.

Pero entre las cosas que parecen arrebatarse a la vida humana su sentido se cuenta no solo el sufrir, sino también el morir, no solo la miseria y el dolor, sino también la muerte. Por tanto, no debemos cansarnos de señalar y recordar que, en realidad, solo las posibilidades son percederas: tan pronto como se las ha realizado, las habremos salvado en nuestro pasado, donde quedan preservadas de la transitoriedad. En efecto, en el pasado, en lo que ha sido, no se pierde nada de forma irrecuperable; antes bien, todo queda recogido y guardado de tal manera que ya no puede perderse. De modo que la transitoriedad de nuestra existencia no hace en absoluto que carezca de sentido. Esta transitoriedad constituye de hecho nuestra responsabilidad. Puesto que ahora se trata, justamente, de realizar las (transitorias) posibilidades. Y así entendemos también el imperativo categórico de la logoterapia, que reza: «Vive como si ya vivieses por segunda vez y en la primera hubieses hecho todo tan mal como estás a punto de hacerlo». Este lema, a nuestro entender, es el que mejor puede llevar al ser humano a tomar conciencia de su responsabilidad.

A todo esto, no corresponde al hombre preguntar por el sentido de su vida. En realidad, es el hombre quien debería comprenderse a sí mismo como destinatario de la pregunta; es la vida misma la que se la plantea, y él tiene que dar respuesta, responder responsablemente de su vida. Realmente, el análisis existencial ve en la responsabilidad la esencia de la existencia humana, la esencia de la existencia.

Ahora bien, ser responsable significa más que el mero ser libre: el ser humano es libre de algo, mientras que es responsable de algo

y ante algo. Pero lo único que hace la logoterapia es hacer que el paciente tome conciencia de su responsabilidad, dejándolo decidir a él mismo cómo interpretar y descifrar su propia existencia en cuanto ser responsable: de qué se siente responsable y ante qué, o, en general, si ante algo (la conciencia ética o la sociedad) o ante alguien (Dios).

En cualquier caso, el logoterapeuta será el último que le quite la responsabilidad al paciente con respecto a una decisión semejante, o que permita siquiera que el paciente descargue su responsabilidad sobre el psicoterapeuta.

La logoterapia está pensada, en general, como un complemento, y no como un sustituto de la psicoterapia en sentido estricto. Pero, puesto que así es, la logoterapia quisiera contribuir también a complementar la imagen que la psicoterapia tiene del hombre, contribuir a una imagen del ser humano «completo», del ser humano en todas sus dimensiones, a una imagen que incluya también lo propiamente humano, la dimensión noética.

Antes se habló de la frustración existencial; es como un nihilismo vivido. Junto a ella se puede colocar el nihilismo erudito, y podemos decir: solo podrá enfrentarse a la vivencia del nihilismo y superarla una psicoterapia que se mantenga libre —y se libere— del nihilismo erudito, es decir, de aquella antropología implícita que no ve en el hombre otra cosa más que la resultante de un paralelogramo de fuerzas cuyos componentes están representados en cada caso por las condiciones biológicas, psicológicas o sociológicas. En el marco de esta imagen del hombre se lo presenta como el mero producto de instintos, herencia y medio ambiente. Pero el hombre no es en absoluto un producto. Lo que es producto todavía no es el hombre, sino solo el homúnculo. Y el homunculismo es un signo del espíritu de la época (*Zeitgeist*). Si la psicoterapia ha de seguir siendo una terapia y no se ha de tornar en un síntoma de la patología del espíritu de los tiempos, entonces necesita una imagen correcta del ser humano, y la necesita por lo menos tanto como necesita un método y una técnica precisos.⁷ El médico que sobrevalora e idolatra el método y

7. Puede ser que la logoterapia conceda poca importancia al método y a la técnica. Lo decisivo, en general en psicoterapia, es la relación humana, el

la técnica y entiende su papel como el de un *médecin technicien* no haría más que demostrar que ve en el ser humano un mecanismo y una máquina —«L'homme machine» (Julien O. de La Mettrie)—, y no, detrás del enfermo, a un ser humano.

El sueño del último medio siglo se ha acabado: a saber, el sueño de una mecánica del alma y de una técnica de la psiquiatría —o, con otras palabras, de una explicación de la vida psíquica sobre la base de mecanismos y de un tratamiento de los males psíquicos por medio de tecnicismos—. Pero lo que comienza a insinuarse en el nuevo amanecer no son los contornos de una medicina psicologizada, sino los de una psiquiatría humanizada.

RESUMEN

Al ser humano le importa primariamente no el (r)establecimiento de estados intrapsíquicos cualesquiera, como por ejemplo, la satisfacción de los instintos y la conciliación de las exigencias del ello y del superyó, sino que le importan los objetos que están en el mundo, en un mundo de sentido y de valores, en un mundo que no solo está dado, sino que también le está encomendado como tarea. Solo si se yerra y fracasa en cuanto a la orientación primaria del hombre hacia objetos, en cuanto a su estar-orientado-hacia-algo, a la trascendencia de la existencia, solo entonces se suscita un interés por los estados anímicos como el que tanto caracteriza la existencia neurótica. Lo que importa al ser humano es cumplir un sentido y realizar valores. En la logoterapia hablamos aquí de una voluntad de sentido. Así, tampoco la aspiración a la autorrealización es en absoluto algo de orden primario. El ser humano se autorrealiza solo en la medida en que cumple el sentido concreto y personal de su existencia. Ahora

encuentro entre el médico y el enfermo. Pero también el modo y la manera de este encuentro puede enseñarse y aprenderse. Podemos enseñarlos a través del modelo, del ejemplo que damos, y el buen ejemplo desata una reacción en cadena por la que se otorga a cada uno una oportunidad única: la oportunidad de ser el primero que vaya adelante con el buen ejemplo.

bien, la voluntad de sentido del hombre puede también frustrarse, y en la logoterapia hablamos en ese caso de un vacío existencial. Este vacío existencial puede conducir también a enfermedades neuróticas. En la logoterapia hablamos al respecto de neurosis noógenas, y la logoterapia se considera a sí misma como su terapia específica. Pero no se trata de dar al paciente un sentido de la existencia, sino de ponerlo en condiciones de encontrar el sentido de la existencia, de ampliar, por así decirlo, su campo visual, de modo que se percate del espectro entero de las posibilidades personales y concretas de sentido y de valor. Así pues, no compete propiamente al hombre preguntar por el sentido de la vida. En realidad, es el hombre quien debería comprenderse a sí mismo como destinatario de la pregunta, y es la vida misma la que se la plantea, y él tiene que dar respuesta, responder responsablemente de su vida. Realmente, el análisis existencial ve en la responsabilidad la esencia de la existencia humana, la esencia de la existencia.

PARTE DIAGNÓSTICA

EL DIAGNÓSTICO NEUROLÓGICO DIFERENCIAL «ORGÁNICO-FUNCIONAL»

Ante todo tendremos que preguntarnos con qué razón se habla particularmente de diagnóstico neurológico diferencial entre los trastornos orgánicos y los denominados funcionales. ¿No incumbe también este diagnóstico diferencial en igual medida a las demás disciplinas médicas? Por ejemplo, el especialista en medicina interna, ¿no se enfrenta por lo menos tan a menudo y en igual medida a la cuestión del diagnóstico diferencial? Es posible que así sea, pero, *de facto* —aunque difícilmente *de iure*—, es el neurólogo el que más a menudo se encuentra ante la pregunta de si, en un caso concreto, hay que pensar en un trastorno funcional y por qué. Ya el mismo concepto de funcional conduce al ámbito de lo psicógeno, y este concepto lleva a su vez al ámbito de lo neurótico y, consecuentemente, al dominio de la neuropsiquiatría.

Ya en este punto tendríamos que insertar una observación crítica preliminar. En efecto, debemos preguntarnos si los conceptos de «funcional» y «neurótico» coinciden por completo o si, tal vez, solamente se solapan, y en qué medida. Para decidir acerca de esta pregunta tenemos que pasar primeramente revista a las posibles alternativas que se contraponen al concepto de «enfermedad funcional». Preguntémonos, pues: ¿en oposición a qué se utiliza correctamente la expresión «funcional»? ¿Qué cosas han de excluirse cuando calificamos algún cuadro clínico como funcional?

Veamos: ante todo se entiende por «funcional» un estado acerca del cual queremos afirmar que, según nuestra opinión, no es de origen orgánico, no tiene base somática, o sea, no es «fisiógeno» (Gerstmann). Ya en este punto habría que observar que el ámbito de la causalidad orgánica no puede fijarse de una vez para siempre. Por el contrario, en todas partes, en todas las especialidades puede observarse que las fronteras de lo que llamamos fisiógeno se han desplazado muy ampliamente en el curso de la historia de la investigación médica, y no solo a favor de una psicogénesis que se ha definido recientemente de una forma clara, sino también a favor de la recientemente descubierta fisiogénesis. ¡Cuántas cosas no se consideraban en otro tiempo como funcionales por la simple razón de que, hasta ese momento, se desconocía su base orgánica! Pensemos solamente en patologías otrora llamadas «enfermedades neurológicas funcionales» o incluso «neurosis», como la epilepsia. Pero también en el ámbito de la medicina interna, especialmente desde los trabajos específicos de G. V. Bergmann, se tiende a comprender que muchas cosas que hoy en día siguen considerándose como funcionales demostrarán algún día su base y etiología orgánicas. Por supuesto, tal base orgánica no tiene por qué consistir en una modificación estructural morfológica demostrable y en una desviación de la norma, ni mucho menos. Por el contrario, muchas veces, los «trastornos funcionales» del organismo descritos por Bergmann solo conllevarán modificaciones orgánicas sustanciales después de una persistencia más o menos prolongada, es decir, solo «con el tiempo». Pues así como la función «construye» el órgano, así también el trastorno funcional —vale decir, el trastorno originariamente solo funcional— degrada el órgano.

Así pues, en este primer sentido, funcional significa ante todo no fisiógeno; después, significa fisiogénicamente no demostrable; y, por último, no primariamente fisiógeno (aunque —facultativamente— conduzca por cierto a modificaciones orgánicas secundarias). Como vemos, este concepto de «funcionalidad» coincide incidentalmente con lo que se califica en el uso general, tradicional y corriente del lenguaje como «nervioso», aunque solo en la medida en que se hace referencia a «síntomas nerviosos» y no a un «carácter nervioso» (A. Adler) —o sea, a una cualificación psicológica de la persona que

produce el síntoma en cuestión—. Y con esto habríamos llegado ya al segundo punto, en el que tendríamos que contraponer el concepto de «funcional» a un concepto opuesto más amplio: el concepto de psicógeno. En efecto, hay algo que no debemos perder de vista: al presentar un trastorno cualquiera como funcional en el sentido que se acaba de esbozar no se afirma en absoluto que estemos considerando positivamente tal trastorno —de carácter «no fisiógeno»— como psicógeno. Todo aquello que no tenga una causa orgánica, o cuya causa orgánica todavía desconozcamos, no tiene por qué tener, por ese solo hecho, una causa psíquica. A partir de un diagnóstico orgánico negativo probable o confirmado no puede inferirse en absoluto directamente que se trate de una psicogénesis. Por el contrario, la psicogénesis tiene también que demostrarse o, por lo menos, resultar probable, poder verificarse diagnósticamente como ha sido el caso con la fisiogénesis. Es decir que la psicogénesis no puede ni debe diagnosticarse nunca simplemente *per exclusionem*. Tendremos que hablar todavía del efecto devastador que se genera cuando el médico, a falta de resultados diagnósticos positivos, extrae como conclusión la existencia de una presunta psicogénesis —y hasta lo «declara» frente al paciente—: es posible incluso que sea este proceder equívoco y equivocado del médico el que empuje al paciente a asumir una postura de protesta neurótica.

En resumen, hemos constatado que el concepto de funcional puede designar tanto lo no-fisiógeno como también, positivamente, lo psicógeno, aunque hay todavía dos cosas que hemos de tener en cuenta: primero, «neurótico» designa una cualificación de un ser humano, o sea, del portador de un síntoma; neurótica solo puede ser la estructura psicológica, a menudo incluso caracterológica de una persona, y solo a partir de tal cualificación de la persona que «tiene» un determinado síntoma se puede calificar también el síntoma mismo como neurótico. Con esta caracterización del síntoma se emite siempre al mismo tiempo un juicio sobre la importancia que este reviste en la estructura total de la personalidad como conjunto. Segundo, habría que diferenciar el concepto de «reactivo» del de «psicógeno»: sin duda, hay síntomas reactivos, como por ejemplo un estado de depresión reactiva, que son psicógenos; pero no todo lo psicógeno

tiene por qué haberse desencadenado reactivamente; antes bien, existen trastornos psicógenos que surgen también con independencia de acontecimientos externos, por pura tendencia interna al conflicto.

De todo lo dicho queremos retener esta conclusión: es evidente y comprensible que el neuropsiquiatra ha de ocuparse específicamente del diagnóstico diferencial entre «orgánico» y «funcional». Puesto que a continuación se van a considerar elementos que pueden ayudar a tal diferenciación, conviene empezar con las posibilidades que nos ofrece la anamnesis.

En este sentido podemos entender, por ejemplo, la indicación de que un determinado síntoma se haya presentado asociado a un estado de nerviosismo o claramente a consecuencia de este. Solo que sería apresurado inferir inmediatamente a partir de una indicación semejante la presencia de un trastorno psicógeno. Pensemos, por ejemplo, en la —un tanto problemática— llamada epilepsia afectiva. También los accesos que se presentan en esta enfermedad, de origen orgánico sin lugar a dudas, suelen ser desencadenados por alteraciones nerviosas, o sea, justamente por emociones psíquicas, por afectos. La emoción adquiere, por tanto, un significado causal, pero no desempeña el papel de una auténtica causa primaria, sino únicamente de un desencadenante. Por tanto, sería un gran error y un peligro diagnosticar en este caso a partir de la anamnesis un acceso de histeria, por ejemplo, en lugar de una epilepsia (afectiva). Es evidente que, para el diagnóstico diferencial entre accesos epilépticos e histéricos —en la medida en que no podemos ver al mismo paciente en el momento de su acceso—, tenemos que estar atentos en la anamnesis y explorar si el paciente se muerde la lengua o si se le escapan involuntariamente orina o heces. Señalaremos, como comentario adicional, que, debido a la dificultad para diagnosticar el carácter orgánico de los «pequeños» accesos que se dan frecuentemente en los niños (crisis de ausencia; picnolepsia), es útil e importante preguntar a los familiares que han observado personalmente tales ataques por si han observado también un llamativo enrojecimiento o palidamiento del rostro o bien un súbito cambio en la irrigación sanguínea —hecho que remite al «pequeño mal»—.

Por cierto, hoy en día es improbable que exista como una auténtica entidad nosológica algo parecido a la otrora tan mentada

«histeroepilepsia». Cuando se utiliza todavía en la actualidad esta expresión, se trata, en general, de un diagnóstico de compromiso. Y en cada caso individual tendremos que esforzarnos por decidir si nos encontramos ante una u otra de las enfermedades. No cabe duda de que la modificación epiléptica del carácter predispone también a ciertos mecanismos psicógenos, pero incluso estos mecanismos están orientados en otra dirección que los de la histeria. No obstante, por improbable que sea que la combinación y la sucesión de síntomas orgánicos con mecanismos histéricos conduzca precisamente a una formación híbrida como la que representaría la llamada histeroepilepsia, sigue vigente el antiguo axioma de los médicos generalistas según el cual un carácter histérico auténtico y verificado no inmuniza al paciente frente a la posibilidad de enfermar, además, de algún otro trastorno orgánico.

Al considerar el procedimiento exploratorio que ha de posibilitarnos el diagnóstico diferencial entre síndromes orgánicos y funcionales veremos cuánto y en qué medida el mismo examen es capaz, por sí solo, de producir realmente síntomas aparentes. Baste ahora con señalar que, en determinadas circunstancias, la misma anamnesis puede tener este efecto. Justamente en el caso de un enfermo de por sí neurótico, plantearle preguntas de forma poco hábil puede llevarle a generar ideas hipocondríacas de máxima gravedad. En efecto, es fundamental restarle importancia e incidencia a tales ideas aclarando al paciente la importancia y el significado que tienen sus respuestas. Por ejemplo, si ante la pregunta por antecedentes de patología entre los familiares (en la anamnesis familiar) el paciente informa sobre enfermedades en las que no se contempla el factor genético, tenemos la obligación de decirle de inmediato que no existe conexión alguna con ellos, y cerrar así el paso a cualquier temor hipocondríaco y ansiedad anticipatoria. Debemos ser especialmente cautelosos en el sentido de prevenir pensamientos hipocondríacos o el desarrollo y la persistencia de consideraciones hipocondríacas suscitadas en el enfermo por nuestras preguntas cuando, en la anamnesis familiar, aparezcan casos de trastorno mental. En efecto, hay pocas ideas hipocondríacas que posean tanta continuidad, sean tan difíciles de eliminar y, de ese modo, puedan perjudicar tanto la vida del afectado como el temor

a sufrir una enfermedad psicótica, un temor que, a menudo, se basa justamente en la mera aparición de tales patologías entre los parientes, y que puede escalar hasta llegar a una fobia declarada.

A menudo, estas y otras fobias semejantes de contenido hipocondríaco se llegan a generar a partir de una anamnesis involuntariamente torpe. Se incluyen en el ámbito de las neurosis iatrogénicas, es decir, las que son generadas por la acción del médico. Por supuesto, el peligro de generar neurosis iatrogénicas se presenta de forma ubicua. Pero es más posible prevenirlo si el médico es consciente de dicho peligro. Desde luego, ni la información mejor intencionada que pueda dar el médico está exenta de esa posibilidad; más aún, justamente tal información requiere de una metodología especialmente cuidadosa si es que no quiere caer en el peligro que lleva asociado. Naturalmente, los médicos siempre preferiremos que, por ejemplo a raíz de una amplia campaña informativa sobre las enfermedades venéreas, acudan a nuestra consulta diez personas con sifilofobia a quienes tengamos que tranquilizar, si de ese modo llega a nosotros un solo caso real de sífilis que pueda ser tratado a tiempo.

Un capítulo aparte merecen en este contexto los «complejos» hipocondríaco-fóbicos, que deben su surgimiento a un diagnóstico realizado «a cualquier precio», como a menudo sucede. Nos referimos, por ejemplo, al otrora tan frecuente diagnóstico de «enteroptosis» (descenso del colon transversal), que, a falta de otro diagnóstico orgánico positivo, se solía comunicar a los pacientes que, por algún motivo cualquiera, tal vez psíquico, simplemente habían adelgazado. El enfermo, que obviamente no puede saber la relativa validez que cabe otorgar en general a la «ptosis», como diagnóstico, se sentirá sabe Dios cuán enfermo por el mero hecho del diagnóstico. No obstante, diagnósticos mucho más inofensivos aún han dado ocasión a grandes conclusiones erróneas hipocondríacas.

Está claro que la anamnesis nos proporciona ya indicios para el diagnóstico diferencial entre trastornos orgánico-cerebrales y funcionales. Este es el caso, por ejemplo, cuando sospechamos una base orgánica (aunque reducida) para las molestias aparentemente funcionales del enfermo, pero que, justamente por ser reducida, apenas puede confirmarse en el examen físico. Por ejemplo, cuando pode-

mos constatar en la anamnesis, en el caso de una hipotética cefalea posconmocional, que los dolores de cabeza aparecen sobre todo al inclinarse hacia abajo, para desaparecer después de la forma más rápida, o cuando, en el caso de una hipotética neuritis, aparte de los dolores, se nos indican también parestesias, estos datos anamnésicos señalan hacia lo orgánico; solo tenemos que precavernos de que, por así decirlo, un mal planteamiento a la hora de hacer las preguntas acabe sugiriendo al paciente las respuestas positivas correspondientes. Por el contrario, daremos prioridad a las preguntas de tipo retórico en negativo, es decir, para excluir el carácter funcional de su enfermedad preguntaremos al enfermo más bien: «¿No es verdad que tiene dolores, verdaderos dolores, y no una especie de insensibilidad, un hormigueo, o algo parecido?».

Es sabido que los trastornos verdaderamente funcionales o incluso de condición histérica se delatan a veces a sí mismos por el modo en que son descritos durante la anamnesis. El histérico suele ponerse tan vehemente y ostentativo en la exposición de sus molestias ya en la anamnesis que su explicación pasa a ser rápidamente una exhibición. Allers menciona el caso de una parálisis histérica en la que la enferma se quejaba de su incapacidad de levantar el brazo izquierdo diciendo: «Créame, no puedo ni siquiera hacer *así*», mientras, al decir esas palabras, levantaba el brazo hasta la posición horizontal...

Después de haber considerado en esta introducción la cuestión de en qué medida la anamnesis puede darnos indicios para nuestro objetivo diagnóstico, centrémonos ahora en la siguiente cuestión: ¿qué es lo que hemos de tener principalmente en cuenta en la exploración de síntomas orgánicos, es decir, en el examen somático del enfermo, si queremos diferenciar entre los trastornos orgánicos y los funcionales? Sobre todo cuando se trata de confirmar los síntomas aparecidos a consecuencia de traumas, habría que distinguir las siguientes posibilidades fundamentales:

1. Lesión directa del órgano afectado —digamos, por ejemplo, del cerebro— por el trauma, aunque no se desarrolla un síndrome orgánico, sino neurasténico, que, al haber surgido sobre una base orgánica, designamos como pseudoneurasténico. Precisamente el

ya mencionado síndrome posconmocional da a veces la impresión de ser neurasténico (concretamente cuando no puede constatarse ningún resultado somático patológico).

2. Hay que distinguir las neurosis de accidente propiamente dichas de estos síndromes pseudoneurasténicos (o pseudoneurosis, como podría llamárselos, en realidad). En este caso estamos ante auténticas neurosis que surgen sobre la base de una estructura de la personalidad neurótica y que se ponen en funcionamiento, por así decirlo, a partir del trauma. En tales casos, hay una predisposición previa a la neurosis —puesto que hay una estructura de personalidad en la base— y el trauma se incorpora posteriormente de forma secundaria, como un condicionante, un desencadenante. Ha sido ampliamente demostrado que determinados tipos de personalidad sobresalen entre las estructuras de personalidad neurótica por una especial avidez de traumas, es decir, por una fuerte tendencia a sufrir traumas. Nos limitamos a recordar aquí los pertinentes trabajos de Alexandra Adler, que ha seguido la pista de las relaciones psicológicas entre personalidad neurótica y accidentes de trabajo, como también las publicaciones de Erwin Straus, que se ha esforzado en demostrar el significado representativo y simbólico que tiene el trauma para la persona afectada de neurosis de accidente.
3. Hay que distinguir la histeria o neurosis de renta de la neurosis de accidente en el sentido descrito. En efecto, mientras que, en el caso de una neurosis de accidente, la vivencia del trauma y su ulterior elaboración psíquica es puramente expresiva —en cuanto el accidente sale de alguna manera al encuentro de tendencias neuróticas del afectado—, en la histeria o neurosis de renta las molestias no son expresión de una neurosis agudizada por un trauma, sino que son un medio para un fin, un medio al servicio de aspiraciones histéricas para sacar provecho de un accidente o asegurarse una vida en lo posible libre de preocupaciones.
4. Hay que tener presente, no obstante, que, en los casos de histeria o neurosis de la renta, el hecho de que los síntomas sean un medio

para un fin queda tapado y oculto en el inconsciente. En cambio, en los casos de simulación, el enfermo es consciente de la intención con que aparece el síntoma que presenta.

En resumen, podría decirse que, en principio, tenemos que distinguir claramente entre pseudoneurastenia postraumática, neurosis de accidente, histeria o neurosis de renta y simulación. La pseudoneurastenia postraumática es un trastorno orgánico. Los otros tres trastornos son funcionales: la neurosis de accidente representa la expresión de una actitud neurótica; la histeria o neurosis de renta es un medio al servicio de una tendencia histérica o del afán por lograr una renta, tendencia que no es consciente como tal; mientras que, en el caso de la simulación, se persigue conscientemente.

A menudo, cuando el paciente relata sus dolencias es su mismo relato el que puede guiarnos en el diagnóstico diferencial. El médico está acostumbrado, con razón, a reaccionar con escepticismo, por ejemplo, ante la afirmación de que el enfermo siente dolor simplemente en todas partes. Si queremos excluir un proceso (poli)neurítico o neurálgico, es aconsejable llevar a cabo el examen físico de modo que, ante la sospecha de la presencia de un síndrome funcional, no empecemos examinando los diversos puntos de Valleix, sino que presionemos primero justamente aquellos puntos por donde no pasan troncos nerviosos y donde no hay puntos de salida de los nervios, prestando atención a las manifestaciones de dolor del paciente. Si el enfermo se queja ya en este momento del dolor que le causa la presión, tratamos de conversar con él para desviar su atención y a continuación, cuando no esté prestando atención, presionamos en los puntos clave.

Hay que advertir en contra del examen físico, superado ya hace mucho tiempo, que busca aquellas manifestaciones de dolor supuestamente características de la histeria, designadas como *clavus*, *mammariæ*, etc. Se ha demostrado hace ya mucho tiempo que son dispositivos sugestivos, y los resultados obtenidos no son reales, sino el producto artificial de una técnica exploratoria errónea. En efecto, cada vez que preguntamos en forma afirmativa a un paciente histérico si tal o cual presión en tal o cual lugar le duele, recibiremos siempre

una respuesta positiva. En los casos en que sea conveniente, estaremos dispuestos incluso a provocar una «glabella» o una «xifoidia»,¹ u otra sintomatología semejante. Por ello, en caso de duda se aconseja siempre hacer presión en un punto típico de enfermedades orgánicas, acompañando la prueba con la pregunta formulada en negativo: «Aquí no le duele, ¿verdad?».

Al pasar, a continuación, a hablar de la exploración de los nervios craneales no entraremos a considerar en detalle las finezas del examen funcional del primero y noveno par, es decir, la cuestión de la auténtica anosmia o ageusia, como tampoco la técnica con cuya ayuda pueden desenmascarse trastornos visuales o afonías de índole funcional o histérica. Todo ello supondría un capítulo aparte, que, además, pertenecería al ámbito de la otorrinolaringología o de la oftalmología y, por tanto, respondería poco a las necesidades del médico generalista. En cambio, en lo tocante a los nervios craneales, el examen de las pupilas adquiere especial relevancia, precisamente para la diferenciación entre síndromes orgánicos y funcionales. En primer lugar, es indispensable para constatar una posible parálisis progresiva como base orgánica de un síndrome o pródromo pseudo-neurasténico. En segundo lugar, el examen pupilar es especialmente importante para elucidar si un trastorno neurasténico postraumático tiene una base orgánica, es decir, si hay verdadero síndrome posconmocional (en cuyo caso consideraremos fundamental la presencia de una mera anisocoria). En la minuciosa exploración de las pupilas, de su forma, amplitud y reacción desempeña un papel muy impor-

1. El autor refiere aquí la utilización sugestiva de una técnica diagnóstica ya hace mucho tiempo superada (constatación de dolor a la presión) presionando con el dedo sobre la glabella (lugar del hueso frontal donde convergen los arcos superciliares) y sobre la xifoides (apófisis en el extremo inferior del esternón). Una respuesta positiva a la pregunta por el dolor a la presión es síntoma de histeria. Los nombres (en alemán: *Glabbellie* y *Xiphoidie*) han sido creados por Frankl utilizando la misma desinencia de la palabra «histeria» (*Hysterie*) aplicada a las denominaciones anatómicas arriba mencionadas. Véase K. H. Biller y M. de Lourdes Stiegeler, *Wörterbuch der Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor E. Frankl*, Viena-Colonia-Weimar, Böhlau, 2008, pp. 800 y 973. (*N. del T.*)

tante la circunstancia de que los trastornos pupilares no pueden imitarse intencionalmente de ningún modo. Es cierto que O. Bumke ha constatado en una ocasión no solo un caso de ptosis psicógena, sino también —como lo han hecho también otros autores— ocasionalmente un caso de rigidez pupilar histérica. Pero esta rigidez pupilar había aparecido durante un acceso de histeria, y el mismo Bumke lo atribuyó al efecto tetanizante de la hiperventilación. Estas conexiones patogénicas han sido puestas de relieve también por J. Lange y E. Guttmann. Ambos autores sostienen la posibilidad de que, en caso de tener la disposición epiléptica correspondiente, se produzca la transición efectiva de un acceso histérico a uno epiléptico, puesto que la hiperventilación puede elevar suficientemente la disposición orgánica a las convulsiones para que estas se produzcan.

Si consideramos ahora la exploración neurológica de la sensibilidad, deberemos tener en cuenta lo siguiente con vistas a un eventual diagnóstico diferencial entre síndromes orgánicos y funcionales: 1) en el examen de la función sensible del trigémino tenemos que prestar atención al reflejo corneal. No obstante, actualmente hemos de rechazar la afirmación, en otro tiempo tan frecuente, de que la falta de reflejo corneal o faríngeo deba valorarse como estigma histérico. A veces, el reflejo corneal no puede producirse en ambos ojos tampoco en personas normales. Solo es importante la disminución unilateral del reflejo corneal. Este síntoma es en cualquier caso significativo si aparece de forma constante. Baste recordar la importancia de dicha constatación en los casos en que la presencia de mareos u otras vagas molestias subjetivas obligan a sospechar, a pesar de los escasos datos de origen orgánico, un tumor del ángulo pontocerebeloso.

En el examen de la sensibilidad superficial del cuerpo, en los casos en que se haya dado una hemianestesia daremos la mayor importancia a determinar la delimitación medial. Sabemos, en efecto, que las hipoestesias funcionales o histéricas de la sensibilidad superficial están estrictamente limitadas al plano medial, mientras que las hemianestesias de base orgánica pasan ya en el nivel paramedial a la sensibilidad normal. Del mismo modo se sabe que, en la mayoría de los casos, los trastornos psicógenos de la sensibilidad en las extremidades aparecen en los miembros y no observan ni el esquema de

inervación periférica ni los límites metamerales. Aunque no hay que olvidar que lairingomielia también puede conducir a pérdidas de sensibilidad en los miembros, y que otro trastorno de la sensibilidad de base orgánica —el trastorno de la sensibilidad que parte de un foco cortical— puede también traer consigo pérdidas de sensibilidad en los miembros, típicamente en los dedos.

Sería erróneo valorar de antemano los datos contradictorios que los pacientes nos proporcionan con cierta frecuencia durante el examen de sensibilidad para diagnosticar un trastorno funcional. Pues ya se sabe que durante la exploración de la sensibilidad se producen desplazamientos de los valores umbrales que pueden considerarse como manifestaciones de cansancio. Por ello, un examen apropiado de la sensibilidad requiere no poca paciencia por parte de los médicos, y, en este sentido, puede decirse que el examen de sensibilidad del paciente termina siendo con mucha frecuencia una prueba de paciencia para el médico. Si tenemos la sospecha de mecanismos histéricos o de una simulación evidente, procederemos de la siguiente manera: invitaremos al enfermo —que, por supuesto, ha de mantener los ojos cerrados— a que nos avise de inmediato si ha percibido o no los estímulos táctiles y punzantes que le producimos, en lo posible con frecuencia regular, unas veces en áreas anestésicas y otras, fuera de ellas. Ahora bien, mientras que, al comienzo, le preguntamos expresamente cada vez: «¿Siente esto, sí o no?», predisponiendo así al paciente a responder siempre con sí o no, dejamos pronto de reiterar cada vez la pregunta y a producir los estímulos en sucesión arrítmica, de modo que pueda excluirse que esté a la expectativa y trate de adivinar y acertar. A pesar de nuestro cambio de proceder, el histérico o simulador responderá todavía una que otra vez con un no, con lo cual se pondrá en evidencia.

Al considerar ahora el examen de las funciones motoras quisiéramos comenzar por las del habla. No nos referimos aquí a la función del lenguaje —cuyo examen desembocaría en una exploración en busca de una afasia—, sino al examen de una eventual disartria. Si tenemos la impresión de que, en determinadas palabras-estímulo, el enfermo muestra una ataxia silábica, hagámosle repetir varias veces la palabra-estímulo en cuestión: si la pronunciación va mejorando cada

vez, se trata probablemente de un trastorno neurótico que, concretamente en sifilóforos, proviene del temor hipocondríaco de sufrir una parálisis, o sea, de la ansiedad anticipatoria frente a la ataxia silábica. Ahora bien, así como, en tales casos, el ejercicio mejora visiblemente la función del habla, del mismo modo, en los casos de parálisis real la repetición de la palabra-estímulo produce cansancio, que aumenta la ataxia silábica. Por lo demás, quisiéramos señalar que en reiteradas ocasiones hemos podido observar que el demente neurosifilítico se pone en evidencia incluso antes de que hayamos llegado a decirle la palabra-estímulo. En efecto, según hemos observado, ciertos dementes neurosifilíticos no nos dejan siquiera llegar a decir la palabra-estímulo, sino que nos interrumpen con su característica y jovial buena disposición, intentando pronunciar esa palabra (de una cierta longitud y dificultad) aun antes de haberla oído por completo.

Es evidente que, en el examen de la función del habla, en aquellos casos en los que existe la sospecha de parálisis hay que prestar atención a una presencia excesiva de sincinesias de imitación, breves y bruscas, «en relámpago». Aunque nunca debemos fiarnos demasiado de este síntoma, pues, en primer lugar, también los neuróticos tienden a manifestaciones motrices semejantes y, en segundo lugar, también en los esquizofrénicos existe un fenómeno análogo a las contracciones «en relámpago» que se da específicamente en el área de la primera rama del nervio facial. Nosotros mismos hemos descrito estos movimientos, que se dan sobre todo en los músculos corrugadores superciliares, descritos como síntoma frecuente en el estadio inicial de los brotes esquizofrénicos y denominados «fenómeno del *corrugator*» (Frankl 1935, p. 162).

Si pasamos ahora al examen de la motricidad en las extremidades, cabría mencionar que, ante todo, deberemos observar siempre con atención si el enfermo cumple lo que se le indica con una verdadera inervación. Por supuesto, hace falta una cierta experiencia personal para notar de inmediato si realmente se ha producido o no una inervación voluntaria. No hay que olvidar, por supuesto, que también puede producirse una falta de inervación debido a una simple inhibición a causa de dolor, como, por ejemplo, en procesos orgánicos como neuritis, artritis, u otros semejantes. Por lo demás, en afecciones nerviosas periféricas hemos de fijar nuestra principal

atención en constatar si las deficiencias motoras son características. Por ejemplo, en caso de una posible lesión del nervio radial, buscaremos, recurriendo a los test habituales, las deficiencias motoras típicas de tales lesiones. Si tenemos la sospecha de que, específicamente, la paresia motora unilateral de una extremidad es de carácter funcional, hacemos que el paciente, acostado, mueva primeramente la pierna sana y, después, para comparar, la pierna supuestamente enferma. Si esta última se levanta a menor altura, nos ponemos a trabajar con el pie como quien no quiere la cosa, haciendo como si nos hubiese llamado la atención de forma casual que en la planta del pie o en el talón apareciera alguna alteración patológica, y lo levantamos pasivamente con la aparente intención de inspeccionar más de cerca la zona en cuestión. Orientando nuestra atención hacia una zona localizada se distrae la atención del enfermo de sus capacidades motoras y se la dirige hacia la supuesta presencia de señales anómalas que aparecen en su talón. El efecto —en el caso de una paresia motora meramente funcional— será que la pierna supuestamente parésica se mantiene a la misma altura que la pierna sana cuando ya no la sostenemos y la abandonamos a su propia motilidad activa.

Como es sabido, según Gierlich, a través de la exploración pueden demostrarse con bastante seguridad grados más leves de hemiparesia o verificarse como paresias orgánicas. Aquí hemos de prestar especial atención al hecho de que, en el verdadero fenómeno de Gierlich, al mantener la mano parésica (con los ojos cerrados) durante un tiempo con la palma hacia arriba, no solo desciende enseguida, sino que —y esto es esencial— muestra al descender una clara tendencia a la pronación.

Por supuesto, en caso de duda, para la clarificación del diagnóstico diferencial entre paresia orgánica y funcional se cuenta también con la exploración electrodiagnóstica de los nervios periféricos, así como de la musculatura. Pero ya antes de recurrir a ella extraeremos nuestras propias conclusiones a partir de eventuales trastornos tróficos, así como vasomotores, que podemos suponer al menos en el caso de afecciones de mayor duración de la neurona periférica.

En el examen de la funcionalidad de la motilidad pasiva se puede distinguir el auténtico signo de Lasègue del falso de la siguiente ma-

nera: sostenemos la pierna en cuestión tan flexionada en la articulación de la cadera y, al mismo tiempo, tan extendida en la articulación de la rodilla que, en un determinado ángulo de flexión, el paciente indica claramente que le duele; entonces procuramos rotar la pierna hacia el interior y hacia el exterior manteniendo el ángulo: si el dolor crece en la rotación hacia dentro y decrece en la rotación hacia fuera, se trata de un indicio de auténtico Lasègue. (Las circunstancias inversas hablarían a favor de una dolencia en el ámbito de la cadera, es decir, en cualquier caso a favor de un pseudo-Lasègue, pero no en todos los casos de una enfermedad funcional.)

El examen de la motilidad incluye también el examen de las manifestaciones patológicas de hipermotilidad. Naturalmente, aquí se trata sobre todo de síntomas como el temblor y otros semejantes, y de si tienen un origen orgánico. Tenderemos a considerar todo temblor no característico e irregular como funcional, mientras que es evidente el carácter orgánico del temblor rápido y delicado de los dedos, característico del hipertiroidismo, como también del lento y fuerte temblor de las manos, característico de los procesos extrapiramidales. Está claro que, en casos de duda, esta última forma de temblor puede diagnosticarse con tanto mayor facilidad si tenemos indicios de una génesis estriaria. En el diagnóstico diferencial podrá servirnos de guía tanto el típico movimiento de «hacer píldoras» como el denominado «fenómeno de la rueda dentada», que puede encontrarse a menudo también en aquellos casos en los que casi no se ha advertido un aumento de la tonicidad. Pero aunque el temblor sea poco característico, no tiene por qué ser necesariamente funcional. En casos semejantes, cuando el temblor representa un síntoma aislado tenemos que pensar más bien en el llamado temblor esencial o familiar y hacer las preguntas correspondientes en la anamnesis.

El temblor intencional merece, por su importancia para el diagnóstico, un capítulo aparte. Más aún, una prueba clara y correcta de este síntoma permite hacer nada más y nada menos que el grave diagnóstico de una esclerosis múltiple: concretamente, en casos de la enfermedad que, de otro modo, son oligosintomáticos. Ahora bien, hemos podido observar que puede diferenciarse muy fácilmente la naturaleza orgánica o funcional de los errores claramente graves en

la prueba dedo-nariz. En efecto, ante errores graves en la prueba solo tenemos que prestar atención al modo en que el enfermo se comporta en el momento en que la punta de su dedo índice (con los ojos cerrados) se posa más o menos lejos de la punta de la nariz: si lo corrige de inmediato, es decir, si, por medio de una sensibilidad superficial no afectada, se dirige tanteando de inmediato a la punta de la nariz, el error de puntería de la prueba dedo-nariz es de base orgánica; mientras que, por el contrario, el paciente neurótico, histérico o simulador —justamente con intención demostrativa, ostentativa— seguirá tocando con el dedo el lugar erróneo.

Si queremos saber si los movimientos coreicos —otra manifestación extrapiramidal de hipermotilidad— corresponden a meros movimientos fútiles de un paciente niño o joven, o bien constituyen ya un síntoma propiamente estriario, es necesario desviar la atención del paciente haciéndole realizar, por ejemplo, cálculos mentales: forma parte esencial de la auténtica hipermotilidad coreiforme el hecho que esta aumente en estos casos.

La exploración neurológica implica también el examen de la diadococinesia. Si queremos valorar su deficiencia mediante el diagnóstico diferencial tenemos que pensar que, en las personas diestras, resulta relativamente menos lograda del lado izquierdo por meras razones fisiológicas. Por lo demás, cabe señalar aquí que, en casos de la llamada hemiparesia latente, a menudo se diagnostica antes una clara hipodiadococinesia —por ejemplo, como residuo mínimo y último después de un ictus— que el fenómeno de Gierlich, que es ya un indicador sensible.

Para la constatación de eventuales enfermedades orgánicas del sistema nervioso o para confirmar sin reservas el diagnóstico diferencial también es importante la exploración del tono muscular. En este punto tenemos que precavernos sobre todo de no confundir tensiones voluntarias o una relajación deficitaria con un incremento del tono muscular. En efecto, el simple consejo de relajarse no es suficiente en todos los pacientes; por el contrario, no raras veces, en especial en personas neuróticas, vemos que justamente entonces se «contraen», dirigiendo su «tensa» atención exactamente al miembro que quieren relajar. Por eso preferimos producir nosotros mismos la relajación a

través de movimientos pasivos, solo que tales movimientos pasivos deben ser lo más arrítmicos posible, porque de otro modo el paciente interviene con su propia inervación.

Como se sabe, la distensión es un requisito indispensable también en el examen riguroso de los reflejos, más cuanto, en general, hemos de tener en cuenta mucho menos la medida absoluta del efecto motriz que la relativa igualdad o diferencia lateral. Esta es ya en grados leves un indicador de la presencia de un síndrome orgánico, siempre que sea constante. En cuanto al examen del reflejo rotuliano, se aconseja llevarlo a cabo en el paciente sentado sin que tenga las piernas cruzadas, sino que ha de apoyar ambas plantas de los pies en el suelo. Colocaremos nuestra mano izquierda —mientras la derecha maneja el martillo de reflejos— sobre el cuádriceps correspondiente. Por supuesto, de esta manera perseguimos una doble intención: no solo poder controlar la distensión del músculo, sino también, en aquellos casos en los que resulta difícil producir el reflejo rotular, y no se da un efecto motor, poder observar por lo menos la contracción del músculo por palpación. Si, aun así, el reflejo sigue sin poder producirse con seguridad, invitamos al enfermo a presionar la punta del pie contra el suelo —con lo cual hacemos que se produzca una excitación de los antagonistas y, así, de la forma más sencilla, obligamos indirectamente al cuádriceps a que se relaje lo más posible. De este modo de proceder puede esperarse, en la mayoría de los casos, más que de la célebre maniobra de Jendrassik. Por otra parte, en el examen del reflejo aquileo intentamos alcanzar el mayor grado posible de relajamiento haciendo arrodillar al paciente sobre un soporte blando. De ese modo, evitamos que el paciente observe la prueba. Además, flexionamos el pie alternativamente en dirección plantar y dorsal arrítmicamente, pues ese es probablemente el modo más seguro de obtener una relajación completa.

La prueba del importante reflejo de Babinski hay que llevarla a cabo de modo que el reflejo se presente de la forma más «clásica» posible. La deficiencia de este reflejo se puede llamar «clásica» cuando, en primer lugar, la reflexión dorsal del pulgar del pie se da de forma tónica y, en segundo lugar, los restantes dedos del pie están flexionados al mismo tiempo en sentido plantar. A menudo, para poder producir

de forma tan clásica un auténtico Babinski positivo es preciso «encauzarlo», lo que se logra de la forma más sencilla rozando primero varias veces el borde lateral exterior del pie. Por lo demás, señalamos que hay, dentro de márgenes relativamente amplios, verdaderas transiciones de la mera «sospecha», pasando por un Babinski dudoso, hasta llegar al Babinski de expresión clásica. Además, habría que tener en cuenta que, en última instancia, son raras las veces en que un Babinski aparece «de la noche a la mañana». Por eso, en casos de duda, es decir, de enfermedades orgánicas incipientes, tendremos que limitarnos y contentarnos con retener de forma puramente descriptiva las reacciones motoras que podamos constatar en la «prueba del reflejo de Babinski». De esta manera evitaremos en el futuro sorpresas vergonzosas, lo que resulta sumamente importante debido a que ciertas esclerosis múltiples comienzan, por un lado, con molestias aparentemente funcionales predominantemente subjetivas, pero, por el otro, presentan al inicio como único síntoma orgánico aislado la insinuación de un Babinski o —más típicamente aún— de un Rossolimo.

Al acabar el examen neurológico se examina habitualmente la estática y la locomoción. Aquí se trata de examinar sobre todo el signo de Romberg. Pero también aquí hay señales que permiten fácilmente diferenciar un Romberg orgánico de uno funcional. Como se sabe, en el auténtico Romberg la inseguridad al juntar los pies aumenta cerrando los ojos. Nosotros solemos realizar este examen de la siguiente manera: primero hacemos que el paciente junte solamente los pies, y esperamos a que se mantenga en pie con calma. Solo entonces le damos la instrucción de cerrar los ojos. Pero, en los casos en que esperamos un Romberg meramente funcional, añadimos a la instrucción la sugerencia de que seguramente al cerrar los ojos se incrementará la seguridad de su postura erguida. De este modo se logra realmente demostrar el Romberg funcional en la mayoría de los casos debido a que en estos casos podemos presuponer con razón un incremento de la sugestionabilidad.

Para el examen de la marcha difícilmente pueden darse puntos de referencia generales para diferenciar trastornos orgánicos y funcionales. Aquí, tan pronto como aparece algún trastorno no característico de la marcha que no parezca típicamente funcional, el neuropsiquiatra

depende totalmente de su experiencia y de sus impresiones. En efecto, la fórmula habitual en una abasia aparentemente histérica —dejar que el enfermo caiga al suelo solo para poder demostrar que no se hace daño al caer— nos parece a fin de cuentas excesivamente heroica. De todos modos, en los casos en los que hay aparentemente una parestia funcional de una extremidad inferior se puede reconocer fácilmente el carácter funcional del trastorno en la posición erguida y en marcha procediendo de la siguiente manera: invitamos al enfermo a mostrar primeramente hasta dónde puede levantar la pierna supuestamente enferma estando de pie; después, hacemos que haga lo propio con la pierna sana y el enfermo levantará más la pierna sana, sin advertir, tomado por sorpresa, que está exigiendo más a la pierna supuestamente enferma como pierna de apoyo.

Para acabar esta exposición sobre el procedimiento exploratorio neurológico teniendo en cuenta especialmente el diagnóstico diferencial entre síndromes orgánicos y funcionales, no queremos dejar de señalar el efecto psicoterapéutico que tiene haber hecho una exploración orgánica exhaustiva en casos de enfermedad funcional. En primer lugar, una parte no desdeñable del tratamiento psicoterapéutico consiste en una detallada anamnesis (el mero hecho de que el enfermo pueda desahogarse a fondo, de que se le permita tomar la palabra, ya lo alivia y descarga de forma significativa) y, en segundo lugar, buena parte de la psicoterapia consiste en la confrontación del paciente con un diagnóstico orgánico negativo —siempre que este diagnóstico haya sido elaborado con suficiente rigor como para hacer creíble al paciente su resultado negativo—.

Después de haber tratado anteriormente las posibilidades de un diagnóstico diferencial «orgánico-funcional» sobre la base, primero, de la anamnesis y, segundo, de la exploración, nos quedaría por considerar solamente la tercera posibilidad: el diagnóstico diferencial *ex iuvantibus*, es decir, el diagnóstico diferencial sobre la base del éxito o el fracaso de una terapia. De ese modo se podrán demostrar trastornos funcionales por el hecho de que podemos eliminarlos mediante una terapia de orientación puramente psíquica. Pero, por otra parte, nunca se insistirá lo suficiente en que del éxito de una psicoterapia no debemos inferir directamente la psicogénesis de la enfermedad

tratada: del mismo modo que el diagnóstico negativo en lo orgánico no significa, ni mucho menos, que se trate positivamente de una patología neurótica, tampoco el efecto positivo del tratamiento permite concluir de forma inequívoca, en el diagnóstico diferencial, que se trata de un trastorno psicógeno. Por el contrario, aún hemos de ver cuánta validez tiene la frase con la que concluimos esta parte diagnóstica: en cuanto a la psicogénesis no existe un diagnóstico *per exclusionem* ni un diagnóstico *ex iuvantibus*.

PARTE TERAPÉUTICA

COMBINACIÓN DE FARMACOTERAPIA Y PSICOTERAPIA

Este no es un tema particularmente gratificante. En efecto, por muy popular que pueda ser el uso de tranquilizantes (el consumo en los Estados Unidos ascendió en el año 1957 a cuatro mil millones de chelines austríacos), sigue siendo impopular, actualmente, no tanto tomarlos como abogar por ellos. Y eso es precisamente lo que estoy dispuesto a hacer. Pues creo que, cuando se trata del bienestar de nuestros pacientes, deberíamos estar dispuestos a asumir el estigma que pesa sobre la psicofarmacología: me refiero al estigma del materialismo. Un estigma semejante —por supuesto, no el del materialismo, sino más bien el del mecanicismo— sigue pesando todavía sobre otro método psiquiátrico: el *electroshock*. Así, en el Informe preliminar sobre la Conferencia McGill sobre Depresión y Estados Asociados, celebrada en Montreal en 1959, podía encontrarse el siguiente párrafo: «Varios ponentes señalaron el gran peligro, asociado a los tratamientos con *electroshocks* y con medicamentos, de que se mecanice el tratamiento médico y el paciente deje de ser visto como una persona». Personalmente considero que semejante preocupación es sumamente ingenua. A mi modo de ver, un psiquiatra puede aplicar *electroshocks* sin que afecte lo más mínimo la dignidad del paciente; por otra parte, conozco suficientes casos de terapeutas de la psicología profunda que, aparentando esforzarse por desenmascarar asociaciones inconscientes, en realidad están desplegando su necesidad de desvalorizar lo más

elevado del ser humano: ignorando una «psicología de lo elevado», su «psicología de lo profundo» les sirve como pretexto para el cinismo al que han sucumbido.

Y no olvidemos tampoco que la metodología y las técnicas son esenciales en el tratamiento médico, y que no hay que considerar menos grave el error de condenarlas globalmente que el de idolatrarlas. Debemos tratar de evitar tanto lo uno como lo otro. Lo que se requiere de nosotros es conservar el justo medio entre ambos extremos, o bien, de forma más general, el justo medio entre materialismo y espiritualismo.

Estaríamos cayendo en el espiritualismo si rechazáramos a priori la posibilidad de influir terapéuticamente en el estado psíquico de un paciente con la ayuda de tranquilizantes. El argumento con el que se nos suele replicar en estos casos es más o menos el siguiente: las neurosis son enfermedades psicógenas y, como tales, tienen que ser tratadas exclusivamente de forma psicoterapéutica. Sin embargo, ante esta interpretación me veo obligado a señalar que la presencia de una psicogénesis no implica necesariamente una indicación de psicoterapia. Si bien hay estados que son manifiestamente psicógenos, en los que está claramente indicado un abordaje psicoterapéutico, por otro lado, hay circunstancias en las cuales, a pesar de tratarse de un caso de enfermedad psicógena, tenemos que prescindir conscientemente de cualquier medida de tratamiento psicoterapéutico. En estos casos es frecuente que el tratamiento farmacológico tenga éxito, y además que este éxito sea duradero.

A todo esto se agrega el hecho de que el concepto de neurosis suele ampliarse de forma incorrecta y desmesurada. Actualmente se tiende a interpretar la enfermedad humana en un sentido unilateralmente espiritualista en la medida en que, en última instancia, solo se le reconoce raíz y fundamento psíquico. Sin embargo, tal cosa es un flagrante espiritualismo, al que se añade también un monismo, al declarar que lo somático y lo psíquico son la misma cosa.

El error que subyace a todo ello se hará patente de inmediato al elaborar un esquema que permita clasificar los procesos patológicos humanos, por una parte, según su origen, y, por la otra, según su manifestación, en enfermedades somatógenas, psicógenas, fenosomáticas

y fenopsíquicas (fig. 9). Dicho esquema muestra que el espiritualismo —que, en última instancia, solo reconoce la psicogénesis— niega la línea divisoria horizontal de la figura que marca nuestros dos principios de clasificación, mientras que el monismo, al pasar por alto los límites entre lo (feno)somático y lo (feno)psíquico, ignora la línea divisoria vertical. O bien, para formularlo de otro modo: mientras que, para el espiritualismo clínico, todo es psicógeno, para el monismo clínico todo (lo somático y lo psíquico) es lo mismo.

	Fenosomático	Fenopsíquico
Psicógeno	Neurosis orgánica	Psiconeurosis
Somatógeno	Enfermedad en el sentido banal del término	Psicosis

Figura 9

Creo que fueron los antiguos escolásticos los que dijeron: *qui bene distinguit, bene docet*,¹ y considero que los clínicos modernos harían bien en atenerse a una variación de esas mismas palabras: *qui bene distinguit, bene curat*.² No es nada nuevo afirmar que solo obtendremos éxito terapéutico si antes hemos hecho el esfuerzo de un diagnóstico diferencial exacto. Quisiera enfatizar, sin embargo, que todo ello se refiere también a la diferenciación entre somatógeno y psicógeno. Quien arroja por la borda esta diferenciación bloquea la posibilidad de una terapia causal y específica. Por supuesto que v. Baeyer (1959a) está en lo cierto cuando designa como «cuestionable y solo parcialmente válida la contraposición entre tratamiento causal y sintomático, por lo menos en el ámbito de la psiquiatría». Quienes deben escuchar en primer lugar estas palabras son los detractores de los tranquilizantes, cuya prescripción tachan de meramente sintomática

1. Quien distingue bien enseña bien. (*N. del T.*)
2. Quien distingue bien cura bien. (*N. del T.*)

y paliativa y que la rechazan por ello. Y lo hacen injustamente, puesto que, casualmente, el mismo v. Baeyer, a quien acabamos de mencionar (1959b) —por citar a una de las fuentes principales, y anticipando también las conclusiones de nuestras propias experiencias—, admite que «la somatoterapia clínica de estados no psicóticos puede lograr un cambio relativamente duradero, mejorar cuadros depresivos, ansiosos, hipocondríacos y, en ocasiones, también neurosis obsesivas, de forma que el paciente puede superar el momento agudo de su enfermedad y, a la larga, regresar a la vida normal, sin haber pasado necesariamente por una psicoterapia aplicada metodológicamente».

En lo que se refiere a mis experiencias personales con la administración de tranquilizantes, se basan en un conocimiento —me atrevería a decir, incluso, en un conocimiento profundo— de nueve años con un medicamento que constituye en realidad el primer tranquilizante reconocido como tal en la Europa continental: me refiero al éter guayacol gliceril, que, bajo el nombre comercial de Myoscain E, había sido empleado originalmente como relajante muscular y, en dosis más bajas, como expectorante, hasta que, en el año 1952, descubrí (Frankl 1952, p. 535) que se trataba verdaderamente de un medicamento específico contra la ansiedad. A diferencia de sus predecesores angloamericanos, químicamente emparentados —el Myanesin y el Tolserol—, el Myoscain E austriaco no es un éter cresol gliceril, sino un éter metoxifenil gliceril; aunque tampoco a los autores que habían trabajado con el Myanesin y el Tolserol (Schlan y Unna 1949, p. 672; Wortis 1951, p. 519; Freudenberg 1950, p. 751) se les había escapado su capacidad para reducir la ansiedad. El medicamento austriaco tiene la ventaja añadida de que no tiene prácticamente ningún efecto hemolítico. Los sucesores del Myoscain E en Alemania occidental y oriental, a saber, Reorganin y Neuroton, son químicamente idénticos. No obstante, los tranquilizantes que han llegado a ser más conocidos pertenecen a un grupo totalmente distinto: los llamados meprobamatos, es decir, derivados del dicarbamato. El más célebre entre ellos es el Miltaun, que es químicamente idéntico a todo un grupo de otros medicamentos: Biobamat, Cyrpon, Diveron, Epikur, Equanil, Pertranquil, Quaname, Restenil, Sedapon y Tranquisan. Los derivados de la piperazina conocidos como Atarax, Soikon y Suavitol

forman un grupo propio. A los que hay que añadir, por último, el Oblivon, que, químicamente, es un metilpentinol.

Ahora bien, lo que podríamos considerar como denominador común que caracteriza todos estos medicamentos es su capacidad de interrumpir y bloquear las vías polisinápticas. Y lo hacen sin actuar sobre los centros vegetativos (cosa que en cambio sí hacen, por ejemplo, los neurolépticos y timolépticos), y sin causar tampoco un efecto depresor diencefálico inmediato, que sí causan en cambio los hipnóticos.

No es tan importante a cuál de estos preparados demos preferencia, pues el que utilicemos es, en la práctica, secundario. Lo fundamental es sobre todo cómo lo aplicamos; es decir, que la medicación esté integrada e inserta en una psicoterapia que se desarrolle simultáneamente.

Vivimos en un tiempo en el que comienza a insinuarse algo que me gustaría llamar el retorno de la psicoterapia hacia la medicina. La somatoterapia y la psicoterapia se están acercando cada vez más, y en este estadio del desarrollo histórico de la medicina estaría fuera de lugar creernos demasiado buenos como para combinar métodos somáticos y psíquicos (Frankl 1939a, p. 23; Kocourek 1955, p. 12). Menos que nunca podemos permitirnoslo cuando nos enfrentamos a las que he denominado pseudoneurosis somatógenas (Frankl 1956a, p. 280). Entre ellas encontramos tres grupos que merecen nuestra especial atención: las pseudoneurosis basedowoides, las addisonoides y las tetanoides. El grupo addisonoide se presenta acompañado de la tríada psicodinámica que hemos descrito como «síndrome de despersonalización-incapacidad de concentración-déficit de memoria» (Frankl 1949d, p. 735). En estos casos, el tratamiento con barbitúricos, utilizado en no pocas ocasiones, tiene, bajo ciertas condiciones, efectos deletéreos, puesto que intensifica la ya existente «hipotonía de la conciencia» (J. Berze). Mientras que, como hemos señalado (Frankl 1956b, p. 1139), el grupo de pseudoneurosis basedowoides conduce a la agorafobia en el sentido de un monosíntoma psíquico, el grupo tetanoide se caracteriza a menudo por la claustrofobia, es decir, por lo contrario de la agorafobia: la fobia a los lugares cerrados, estrechos. Además, las quejas típicas de los pacientes afectados giran en torno a molestias que se malinterpretan en general como

globus «hystericus», pero también como un trastorno de la respiración profunda. Se ha constatado que las pseudoneurosis tetanoides reaccionan especialmente bien a la medicación con tranquilizantes del grupo del éter guayaacol gliceril.

Ahora bien, mis consideraciones no deberían dar la impresión de que, en el caso de las pseudoneurosis somatógenas, nos encontramos ante los efectos psíquicos inmediatos de la base somática correspondiente. Antes bien, estas pseudoneurosis son enfermedades de carácter somatógeno únicamente en primera instancia, es decir, lo somatógeno en ellas no es más que una mera disposición a la ansiedad. Pero para que llegue a conformarse plenamente una neurosis, es decir, según el caso, una agorafobia o una claustrofobia, tiene que agregarse, como una psicogénesis secundaria, un mecanismo patógeno ya conocido por el médico clínico: el *circulus vitiosus* de la ansiedad anticipatoria. Supongamos, por ejemplo, que un paciente tiene accesos de palpitaciones: después de un par de accesos, comenzará a temer el acceso siguiente. Ese temor, sin embargo, no basta para desencadenar por sí solo las palpitaciones; con otras palabras, un síntoma genera la fobia correspondiente, la fobia refuerza el síntoma y, finalmente, el síntoma, que se hace recurrente, no hace más que reafirmar al paciente en su fobia (fig. 10).

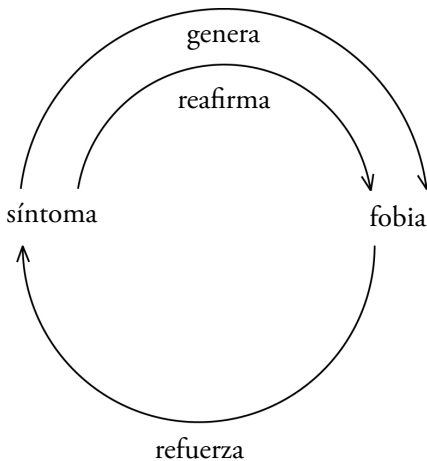


Figura 10

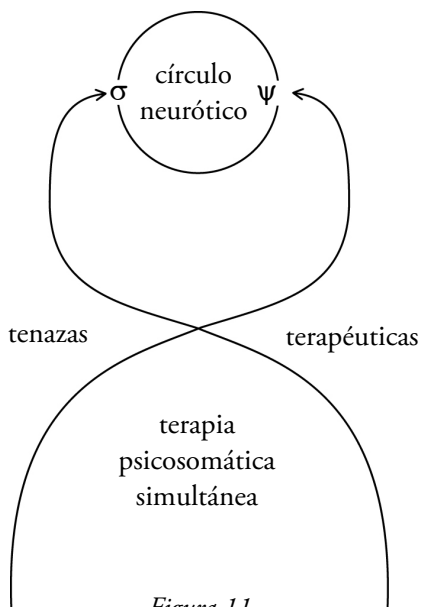


Figura 11

Tan pronto como un paciente ha caído en este círculo vicioso de la ansiedad anticipatoria, tan pronto como lo psíquico ha cubierto y se ha superpuesto a su pseudoneurosis, primariamente somatógena, es aconsejable interrumpir el círculo vicioso tanto en su polo somático como, en lo posible simultáneamente, en su polo psíquico. De este modo, el círculo neurótico es apresado por unas tenazas terapéuticas (fig. 11). Nuestra terapia tiene entonces que aplicar al mismo tiempo una palanca en el polo somático y en el polo psíquico de ese círculo. Lo primero acontece, como corresponde, mediante el uso de tranquilizantes, precisamente debido al progreso que representan tales preparados, consistente en no dificultar en modo alguno una psicoterapia simultánea puesto que, a diferencia, por ejemplo, de los barbitúricos, no tienen ningún efecto secundario en el estado de vigilia del paciente —estado que es condición y requisito de cualquier proceso psicoterapéutico definido—. Hay que añadir que muchas veces se trata de casos de neurosis de angustia más o menos aguda, como la ansiedad ante los exámenes o el miedo escénico, y, en tales casos, el paciente debe conservar plenamente su estado de vigilia y atención para lograr

el rendimiento exigido. Baste pensar en aquellos pacientes que se encuentran ante la defensa de su tesis doctoral o ante su debut en escena, es decir, casos cuyas neurosis de angustia surgen a partir de circunstancias puntuales pero que, por eso mismo, requieren una terapia tanto más urgente, urgencia que por sí misma hace recomendable la combinación simultánea de ambos procedimientos: el somático y el psíquico.

En lo tocante al segundo de dichos procedimientos, en casos de ansiedad anticipatoria se aconseja combinar la prescripción de tranquilizantes con la intención paradójica que yo mismo he introducido (Frankl 1939a, p. 23; Frankl 1947). En el marco de esta última se indica al paciente desear y proponerse —aunque, por supuesto, solo por unos instantes— precisamente aquello que hasta ese momento tanto temor le ha producido; por ejemplo, un paciente que sufre de agorafobia tiene que decirse: «Hoy voy a salir para que me dé un ataque cardíaco». De ese modo se le corta las alas a la ansiedad, se le quita el sustento. El efecto terapéutico de la intención paradójica depende de que el médico tenga también el coraje de mostrarle al paciente cómo funciona.³ Al hacerlo, el paciente sonreirá, después volverá a tener que sonreír al aplicar la intención paradójica en la situación concreta de un acceso de ansiedad, y, finalmente, aprenderá a reírse de la ansiedad cara a cara y, de ese modo, a distanciarse cada vez más de ella. G. W. Allport (1956), el psicólogo de Harvard, fue quien afirmó en una ocasión que el neurótico que pueda sonreír alguna vez con ganas sobre sí mismo ya se encuentra en el camino de su curación. Parecería que deberíamos ver en el método de la intención paradójica la verificación clínica de esta aguda observación de Allport.

La combinación de tratamiento farmacológico con tranquilizantes y psicoterapia, además de conservar el estado de vigilia del paciente, está también indicada para relajar a través de la medicación el ánimo de un paciente y así preparar y allanar el camino a la psicoterapia. Puesto que, frente a la angustia paroxística de un trastorno de pánico, si lo tratamos únicamente con la intención paradójica estaremos chocando contra una pared.

3. La terapia conductual reconoce la importancia de tal proceder al acuñar para él incluso una expresión ad hoc cuando habla de *modeling* [modelación].

El siguiente caso puede ilustrar cómo se presenta en la práctica concreta lo que hemos visto:

El paciente, Josef M., contable de profesión, de 41 años (Prot. amb. n.º 438 ex 1959), había recibido durante meses tratamiento de varios médicos y en varias clínicas sin efecto terapéutico alguno. Acudió a nosotros en un estado de extrema desesperación y, según reconoció, cercano al suicidio. Desde hacía años sufría un grafoespasmo que se había agravado tanto últimamente que corría peligro de perder su trabajo, a no ser que un tratamiento breve lograra cambiar radicalmente el curso de las cosas en el último momento. El paciente fue derivado para su tratamiento a la asistente del departamento, quien le aconsejó hacer exactamente lo contrario de lo que había estado haciendo hasta ese momento (intentar escribir lo más legiblemente posible), es decir, ponerse simplemente a garabatear. «A estos les voy a garabatear unas cuantas cosas», era la consigna. Al mismo tiempo, el paciente tomaba tres veces al día dos grageas de Myoscain E. Pues bien, antes de 48 horas el paciente se había liberado —y así sigue hasta el día de hoy— de su ansiedad anticipatoria, y, justamente por eso, también de su grafoespasmo: «Intenté garabatear, pero no resultó», dijo; «puedo escribir de nuevo —puedo trabajar de nuevo y mantener a mi familia—, soy más feliz de lo que puedo llegar a expresar».⁴

Ahora tenemos que preguntarnos en qué medida, en casos de este tipo, hay factores sugestivos que, consciente o inconscientemente, intervienen en el éxito del tratamiento. En principio no habría tampoco nada que objetar a que, en el caso de la combinación de tratamiento psicoterapéutico y farmacológico, se recurriera a medidas de índole sugestiva como método psicoterapéutico. La disposición caracterológica del pa-

4. Dos años más tarde, el paciente fue invitado a informar acerca de su estado en ese momento: «Estoy contento. Tengo aún más capacidad de rendimiento que antes de enfermar. En estos dos años no he estado ni un solo día de baja por enfermedad, a pesar de que, en realidad, estoy en una oficina que es como un caldero de brujas».

ciente, por ejemplo, podría requerir y justificar un proceder semejante. En los casos en que no creamos que los pacientes vayan a reaccionar a la intención paradójica es a menudo suficiente (para generar una sugestión verbal implícita) que, al escribir la receta del tranquilizante, dejemos caer la observación de que, en principio, así se corregirá y eliminará desde lo somático la disposición a la ansiedad, para añadir, finalmente: «Pero no le digo nada más al respecto, no sea que acabe usted creyendo que quiero sugestionarlo». Así se dará realmente la sugestión.

Sin embargo, uno se encuentra a cada paso con la afirmación de que todos los efectos terapéuticos de los tranquilizantes son en sí mismos de naturaleza meramente sugestiva. Por mi parte quisiera cuestionar decididamente que el papel que desempeña la sugestión en el efecto producido por el tranquilizante sea, digamos, no adicional, sino exclusivo. Lamentablemente, en el marco de las presentes consideraciones no puedo permitirme tratar ampliamente la problemática de los ensayos con placebo. Quisiera advertir solamente acerca de un hecho que demasiado a menudo perdemos de vista y llegamos a olvidar: tal como sucede en los ensayos con placebo, lo somático demuestra responder a la sugestión implícita en igual medida que lo psíquico.

Una vez tuve ocasión de ser testigo de cómo dolores causados por una metástasis cancerosa podían ser calmados inmediatamente no solo mediante inyecciones de morfina, sino también mediante inyecciones de suero fisiológico, hecho que me causó gran impresión. Ahora bien, a nadie se le ocurrirá considerar por ese motivo que la acción calmante de la morfina es un mero efecto sugestivo, o calificar los dolores en un caso como el mencionado de meramente psicógenos.

En general tendríamos que pensar que ya ha pasado la época en que la sugestión se consideraba algo deshonesto. Demasiado bien sabemos hoy en día que la sugestión representa la articulación de una relación entre seres humanos como la que, en última instancia, subyace a toda psicoterapia, de tal modo que el mutuo encuentro entre médico y enfermo permite a este último recuperar una confianza primordial en la existencia (Frankl 1959) que es decisiva y fundamental para el éxito de la terapia, por divergentes que sean las escuelas y orientaciones en que se base. Ya desde la publicación que al respecto hicieron Frank, Gliedmann, Imber, Stine y Nash (1959, p. 961) se

sabe que, no raras veces, el giro positivo empieza y se perfila a partir de las primeras sesiones, y ello incluso en el curso de psicoanálisis que se prolongan durante largos años.

Otra cosa es cuando, por motivos de precisión científica, se quiere distinguir con claridad si se está ante un efecto psicoterapéutico larvado o ante un auténtico efecto psicofarmacéutico. Posiblemente, la delimitación no sea siempre fácil, y los mismos límites pueden ser difusos. Pero hemos de aferrarnos a la convicción de que los efectos psicofarmacéuticos existen verdaderamente. A fin de cuentas, los resultados inequívocos de las investigaciones experimentales con animales señalan en esa dirección. A este respecto quisiera remitir al trabajo de D. Müller (1959, p. 58), que informa acerca de la acción del éter guayacol gliceril en el comportamiento de los peces denominados luchadores de Siam y de los peces de cardumen y ha podido constatar que el medicamento utilizado es un verdadero tranquilizante o atarácico. Basándose en los ensayos de D. Müller, A. Müller-Settele (1960, p. 65) ha estudiado el comportamiento de diez luchadores de Siam macho en soluciones de diferentes tranquilizantes (Myoscain E., Reorganin, Neuroton, Stoikon y Miltaun).

Permítanme decir todavía unas palabras finales sobre los efectos y sobre el origen de la hoy tan difundida moda de los tranquilizantes. En cuanto a sus efectos, en general se sobreestima el peligro de adicción. En tal sentido estoy de acuerdo con C. Riebeling (1958, p. 245), que resume de la siguiente manera su propia opinión con respecto a este problema: «Creemos que el uso de un inofensivo tranquilizante en lugar del recurso al vaso de aguardiente, para calmar el susto, o al cigarrillo fumado a toda prisa es una ganancia mayor que los peligros que pueda llegar a ocasionar el tranquilizante».

Ahora bien, en lo tocante a la causa, al fundamento, al trasfondo de la moda de los tranquilizantes, es cierto que no hay que ver en ella solamente la tentativa de una terapia, sino también el síntoma de una neurosis. Aunque no habría que olvidar que no se trata de una neurosis individual, sino más bien colectiva, que podemos identificar sin más con la incapacidad, tan específica y característica de nuestro tiempo, de soportar tensiones emocionales: la intolerancia emocional —así quisiera llamarla— es verdaderamente un signo característico

de nuestro tiempo. Pero no nos podemos enfrentar a esta actual incapacidad neurótica colectiva de soportar el sufrimiento, ni podemos manejarla con los medios de la psicoterapia antigua y tradicional: lo que aquí se requiere es más bien superar el interés primario en el placer y el displeacer, que caracteriza toda existencia neurótica, y, más concretamente, superarlo mediante una reorientación a partir del sentido y los valores cuyo amplio horizonte incluya también el sentido del sufrimiento inmanente a la existencia.

PSICOTERAPIA GENERAL

Profilaxis de las neurosis iatrógenas

La psicoterapia «general» coincide aproximadamente con el sector de la psicoterapia que se practica también de facto (ya sea de forma intencional o de forma inconsciente) en la clínica general. Sin embargo, esta psicoterapia del médico clínico tiene que partir del precepto supremo del *primum nil nocere*.⁵ En efecto, los especialistas en psicoterapia saben demasiado bien cuántas neurosis que les llegan para su tratamiento están relacionadas particularmente con el desconocimiento o los malentendidos que se dan en su propia especialidad. Más aún, hay neurosis cuya verdadera etiología hay que atribuir a observaciones desatinadas e irreflexivas de los médicos. Por ese motivo, se ha acuñado un término propio para estas neurosis. A aquellos fenómenos patológicos (sobre todo neuróticos, justamente) en los que posteriormente se demuestra que ha sido el médico —*iatros*— el que ha aportado el factor patógeno los denominamos «iatrógenos».

Esta patogénesis que parte del médico se basa esencialmente en un «mecanismo» psíquico que los psicoterapeutas conocen bastante bien: la ansiedad anticipatoria. En el ámbito de la etiología de las enfermedades psicógenas vemos repetidamente lo funestos que son los efectos de dicho mecanismo. Se trata de un auténtico círculo vicioso. En efecto, se da siempre que un síntoma produce temor, el temor

5. Lo primero es no hacer daño. (*N. del T.*)

refuerza, por su parte, el síntoma, y, finalmente, el síntoma reforzado reafirma al paciente en sus temores. Los experimentos propios en los que J. H. Schulz basó su método terapéutico han sido en particular los que han mostrado hasta qué punto la mera orientación de la atención hacia sí misma, es decir, la autoobservación forzada, puede hacer conscientes sensaciones subliminales. Veamos un ejemplo sencillo:

Una persona con una disposición natural a la labilidad vegetativa experimenta, un día, un fuerte acceso de sudoración justo en el momento menos oportuno, por ejemplo, al ir a dar la mano a un superior. El acceso de sudoración que le sobreviene, presumiblemente causado por la experiencia embarazosa, produce a su vez más embarazo. De ese modo puede entenderse muy bien que, la siguiente vez que se produzca una situación similar, se suscite la expectativa de un acceso de sudoración semejante, y esa ansiedad anticipatoria será, entonces, la que haga brotar el sudor por los poros del paciente (fig. 12).

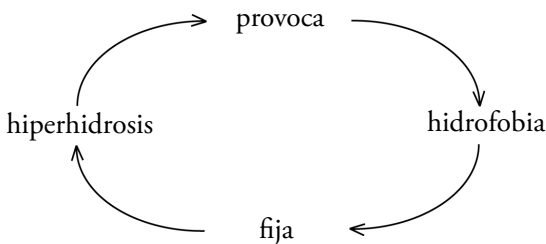


Figura 12

Vemos cómo el síntoma produce la fobia correspondiente, la fobia refuerza a su vez el síntoma, y el síntoma así reforzado reafirma, por último, al paciente en su fobia. Con ello se cierra el círculo vicioso, o más bien es el paciente el que se encierra en él, para —en el caso de una enfermedad neurótica— involucrase cada vez más como una oruga en su capullo.

Si, como dice el proverbio, el deseo es el padre del pensamiento, entonces la ansiedad es la madre del suceso, a saber, del curso de la enfermedad. Una vez que se ha generado la ansiedad, el funesto círculo vicioso del que acabamos de hablar se apodera también de ella:

así se llega a lo que llamamos el miedo al miedo o la ansiedad frente a la ansiedad, o sea, una ansiedad potenciada y, al mismo tiempo, potenciadora de un eventual síntoma somático (a menudo es la hiperventilación producida por esta ansiedad la que tanto refuerza el síntoma somático). En última instancia, es la ansiedad anticipatoria la que, en muchos casos, aporta el factor propiamente patógeno en una enfermedad neurótica. Por lo menos esto es lo que sucede cuando la ansiedad anticipatoria fija el síntoma correspondiente.

Una frase de F. D. Roosevelt —aunque expresada en un contexto totalmente distinto— vale también en el presente contexto: a nada hemos de temer tanto como al mismo temor. Más aun, difícilmente haya algo a lo que debamos temer más que a aquellos médicos cuyas desatinadas o irreflexivas observaciones frente a los pacientes han suscitado en ellos neurosis iatrógenas y que han conseguido, podríamos decir, una maestría que hace que podamos hablar de ellos como «iatrogenios». En cuanto a la cuestión de una posible profilaxis de las neurosis iatrógenas, revisaremos a continuación perspectivas generales, principios y máximas de la psicoterapia que, recapitulando elementos ya tratados y anticipando los que quedan por tratar, resumen brevemente lo más importante para la práctica clínica general.

El primer deber del médico desde el punto de vista de la psicoterapia y de la psicohigiene sería, para empezar, dejar que el enfermo se desahogue a fondo, dejar que tome la palabra, que se exprese. En efecto, en la mayoría de los casos el enfermo no puede saber a ciencia cierta cuáles de las cosas que va a exponer serán esenciales a los ojos del médico y cuáles no. El paciente se sentirá, en cualquier caso, comprendido y aliviado; y es muy frecuente que al objetivar sus dolencias durante la conversación, ya pueda establecer una distancia liberadora respecto de sus síntomas. Tan solo el desahogarse a fondo puede ayudarlo a relajarse y a aliviar la presión psíquica. En efecto, no solamente la pena «compartida», sino ya la pena «comunicada» es media pena, y si hiciera falta una prueba de ello, podría aportarla el siguiente episodio:

Un día viene a verme una estudiante estadounidense para confiarme sus penas. Sin embargo, se expresa en el peor de los argots,

por lo que, pese a mis esfuerzos, no le entiendo una sola palabra. No obstante, se desahoga y, para que no note la embarazosa situación en la que me ha puesto, resuelvo remitirla a uno de mis colegas que es compatriota suyo, esgrimiendo la excusa de que tiene que hacerse un electrocardiograma antes de poder citarla de nuevo. Sin embargo, ella no acude a ver al colega ni tampoco a mí. Nos encontramos tiempo después en la calle, y resultó que la entrevista conmigo había bastado para sacarla de una situación conflictiva concreta. Y, hasta hoy, sigo sin tener ni la menor idea de qué fue lo que la trajo hasta mí.

El segundo deber consistiría en un examen orgánico exhaustivo, que debería ser exhaustivamente informativo. Especialmente en el caso de un resultado negativo, el examen debe mostrar al enfermo de forma clara y convincente que realmente no tiene por qué temer la presencia de una base orgánica grave de su enfermedad.

El tercer deber: en el examen orgánico hay que evitar a toda costa documentar con algún término diagnóstico un resultado orgánico negativo, puesto que la vivencia del paciente podría hipostasiarlo. Por ejemplo, en la expresión «neurosis cardíaca», el paciente podría ver un fantasma hipocondríaco tanto como en la *angina pectoris*. (De modo que, tal vez, Karl Kraus no estaba tan equivocado cuando dijo en una ocasión: «Una de las enfermedades más extendidas es el diagnóstico».)

El cuarto deber: tan perjudicial como hablar en exceso puede ser, en determinadas circunstancias, guardar silencio. Por ejemplo, cuando el médico se comporta con secretismo y, aunque sea con buena intención, pasa por alto un resultado negativo y lo silencia por completo. En ese caso, el enfermo no sabrá a qué atenerse y, posiblemente, tenderá a suponer más bien algo malo. Por eso es aconsejable, cuando hay un resultado negativo, comunicárselo así al paciente, y explicárselo de forma explícita. En general hay que cuidarse de entregar al paciente un resultado sin darle la información correspondiente. Por el contrario, es nuestro deber comentar cualquier resultado, aunque solo sea con pocas palabras. (Sabemos del caso de una enferma que, cuando trataron de minimizar y presentar como inofensiva su en-

fermedad, respondió diciendo que sabía que no era así: sabía muy bien que no la podían ayudar de ninguna manera, y también cuál era la grave enfermedad que sufría, pues ella misma lo había leído en los resultados, donde decía que padecía un «corpulmo»⁶ —aunque también respondió afirmativamente a la pregunta de si, después de esa expresión, se encontraba la indicación «s. h.»—.)⁷

El quinto deber: al comunicar al paciente el resultado negativo de la exploración orgánica hay que evitar mortificarlo reprochándole que lo que le sucede es de índole nerviosa, o, peor aún, que todo es fruto de su imaginación. No resolveremos nada desestimando de este modo las sensaciones del paciente, que, aunque subjetivas, son reales. A lo sumo lograríamos inducir al paciente a asumir una postura de protesta que no haría más que agravar (aún más) sus trastornos —aunque fuera solo para demostrarnos que su enfermedad no es tan inofensiva como la presentamos—. En casos así solemos comunicar al paciente que, felizmente, el minucioso examen realizado ha dado resultados normales, pero que, seguramente, lo suyo no es mero fruto de la imaginación: lo que él siente es creíble pero, afortunadamente, no hay detrás ninguna enfermedad orgánica. Con lo cual, su dolencia es desagradable, pero no peligrosa, cosa que a fin de cuentas es mejor que a la inversa, es decir, si sufriera una enfermedad que pusiese en peligro su vida pero cuyo desarrollo fuese latente, de modo que no lo notara.

PSICOTERAPIA ESPECIAL

Trastornos de la potencia

Por muchas razones, empezamos la discusión sobre los diferentes tipos de neurosis y su psicoterapia hablando de las neurosis sexuales y, dentro de ellas, de los trastornos de la potencia. Quien haya tratado

6. La expresión, en el informe del estudio referido, significaba «corazón y pulmón». (*N. del T.*)

7. «Sin hallazgos» (en alemán: «o. B.» [ohne Befund]). (*N. del T.*)

psicoterapéuticamente este tipo de trastornos tendrá que admitir que es difícil encontrar casos en que las personas afectadas estén tan agradecidas por un éxito terapéutico como aquellas que, precisamente, acuden a nosotros por trastornos de esta índole.

Pero antes de dirigir nuestra atención hacia la psicoterapia de los trastornos psicógenos de la potencia tenemos que cerciorarnos primero de que efectivamente se trate de un trastorno psicógeno. Mejor dicho: no solo tenemos que cerciorarnos nosotros, sino también el paciente, de que el trastorno en cuestión es de origen psíquico. En efecto, el enfermo solo se dejará convencer del origen psicógeno de su dolencia si tiene la sensación de que también nosotros estamos realmente convencidos de ello: el enfermo tiene en general una especie de instinto muy sensible para percibir si el propio médico está realmente convencido acerca del diagnóstico y pronóstico comunicado al paciente. Ahora bien, el convencimiento del paciente acerca de la etiología esencialmente psíquica de su enfermedad es un requisito indispensable para su tratamiento psicoterapéutico, puesto que la psicoterapia se basa desde el comienzo en un cierto grado de confianza hacia el médico que le trata, y esa confianza se basa a su vez en la convicción de que el diagnóstico, el pronóstico y la terapia indicados por el médico están bien fundados, es decir, que fueron precedidos por una exploración exhaustiva.

Una exploración exhaustiva semejante tendrá que ocuparse en primer lugar de excluir todos los aspectos orgánicos que entren en consideración, que —por lo menos en el sentido de componentes somáticos— podrían intervenir en la patogénesis de un trastorno de la potencia. Por ese motivo, en todos los casos —y por eso también en el de un trastorno de la potencia presuntamente psicógeno— examinaremos siempre, en primer lugar, los genitales, palpando en particular los testículos (para ver si hay dolor fisiológico como respuesta a la presión), comprobaremos en segundo lugar las reacciones pupilares y los reflejos tendinosos (concretamente, el reflejo del tendón de Aquiles), y analizaremos en tercer lugar la orina en busca de la presencia de azúcar. Con la segunda comprobación queremos descartar la posibilidad de un proceso espinal como causa de la patología, y, con el último análisis, la presencia de *diabetes mellitus*, con la que,

como es sabido, no raras veces se producen trastornos de la potencia; por su parte, el examen de los genitales se hace principalmente con intención demostrativa, pues no somos tanto nosotros los que esperamos que el examen aporte informaciones significativas acerca de un posible factor fisiógeno sino el enfermo el que tiene curiosidad por saber si «encontramos algo», si podemos constatar alguna anomalía. Por eso, incluso en los casos en que constatemos alguna condición que no responda por completo a la norma, no le daremos demasiada importancia y, sobre todo, no haremos grandes aspavientos. Bien sabemos lo irrelevante que es, relativamente, el hallazgo de hipogenitalismos morfológicos para el normal funcionamiento del aparato genital. Sumamente instructivo en este contexto y memorable en nuestro recuerdo es el caso que relatara en una ocasión Oswald Schwarz: se trataba de un paciente varón cuyo examen permitió constatar testículos del tamaño de judías. No obstante, el trastorno de la potencia, por el cual el enfermo quería hacerse tratar, había aparecido justamente después de que, al acudir a bañarse en una piscina descubierta, se diera cuenta en los vestuarios que otros hombres tenían testículos más grandes. Hasta ese momento, la potencia había sido plenamente normal. De ese modo, tampoco en aquellos casos en que haya peculiaridades o desviaciones morfológicas orgánicas, o incluso pronunciadas anomalías, el médico tiene derecho a abandonar el procedimiento psicoterapéutico tal como estaba planeado inicialmente. Antes bien, en todos los casos de esa índole tenemos que atenernos al principio heurístico de Rudolf Allers según el cual hay que hacer, de forma tentativa, como si nada tuviese origen orgánico y todo fuese psicógeno, pues solo entonces llegaremos realmente hasta el límite de las posibilidades psicoterapéuticas. En efecto, solo alcanzamos este límite cuando, por razones heurísticas, lo ignoramos.

Aparte de la exploración somática del paciente, una recogida minuciosa y hábil de datos en la anamnesis es también un requisito indispensable para la psicoterapia (de los casos psicógenos). La «habilidad» en una anamnesis consiste, por así decirlo, en hacerla de manera encauzada, es decir, plantear las preguntas de tal modo que solo tengamos que incorporar las respuestas en la impresión global de conjunto (que tenemos del paciente), para obtener una noción clara de la enfermedad

y de su proceso. En efecto, una y otra vez se pone de manifiesto que la orientación del camino terapéutico a seguir en cada caso es y tiene que ser dictada por algún detalle que el paciente indique en su anamnesis. Si preparamos las preguntas con cierta habilidad, las respuestas nos indicarán el camino. Más aún, a menudo se tiene la sensación de que el mismo enfermo sabe, de forma inconsciente e involuntaria, cuál es la salida a su problema y qué dirección debe seguir la terapia, y que nosotros solo tenemos la tarea de ser suficientemente perspicaces como para hacer un uso terapéutico de su conocimiento.

Por otro lado, la anamnesis correspondiente nos da también indicaciones acerca de los errores y malentendidos que podrían haber causado el surgimiento o, por lo menos, la fijación de los síntomas neuróticos. Pensamos aquí sobre todo en las tan difundidas supersticiones que se dan en el ámbito sexual. En parte se trata de opiniones erróneas y anticuadas, aunque todavía extendidas, pero también, con cierta frecuencia, se trata de teorías erróneamente interpretadas, expuestas a veces de manera vulgar, tal como aparecen en los llamados folletos de «educación sexual». Muchas veces podemos constatar que los razonamientos hipocondríacos en materia sexual tienen su origen en afirmaciones descuidadas e inescrupulosas que el paciente ha oído en alguna conferencia «de divulgación» médica y ha asumido como suyas. Cuando estas semillas caen en el suelo fértil de una disposición hipocondríaca, pueden surgir las peores hipocondrías neuróticas; pues no solo existen las neurosis iatrógenas sin más, es decir, las neurosis paradójicamente causadas por exteriorizaciones irreflexivas de los médicos, sino que existe, al parecer, también una iatrogénesis colectiva, y este es el peligro que acecha detrás de los intentos de proporcionar una educación sexual colectiva. Por eso no debemos olvidar nunca que, necesariamente, todo intento de educación sexual colectiva está condenado de antemano al fracaso, puesto que la información que se proporciona es necesariamente esquemática y, *eo ipso*, no puede ser individualizada. Efectivamente, en cualquier conferencia de información general, colectiva, habremos dicho a unos demasiado y a otros demasiado poco. Mientras que alguno considera que estamos exponiendo trivialidades, poniéndonos en ridículo, a otro le generamos nuevos problemas y, de esa manera, hacemos de él un hipocondríaco iatrógeno.

Los razonamientos hipocondríacos que tratamos aquí y con los que nos encontraremos todavía reiteradas veces posteriormente giran principalmente en torno a la masturbación, a las poluciones y al *coitus interruptus*. De la cuestión de la masturbación tendremos que ocuparnos todavía con más detalle. En lo tocante a las poluciones se aconseja preguntarle explícitamente al paciente durante la exploración. Y ello por dos motivos: uno negativo y el otro positivo. El motivo negativo pretende eliminar los temores hipocondríacos asociados a las poluciones y sus efectos. En efecto, no son raros los casos en que nuestros pacientes indican «sufrir» de poluciones y se refieren al hecho de las poluciones nocturnas durante el sueño directamente como un signo de enfermedad. En ese momento tenemos que intervenir terapéuticamente a fin de aclararle al paciente que la polución de ninguna manera los debilita —como a menudo temen— ni les hace perder las fuerzas. A todo esto no debemos perder de vista las ideas que han suscitado la argumentación de nuestro paciente hipocondríaco sexual: en efecto, habitualmente identifican el esperma con una sustancia rodeada por un halo mitológico, que en su imaginación representa una especie de portador de fuerza vital (¡la suya, y no la de su descendencia!).

Ahora bien, el motivo positivo por el cual tenemos que enfrentar enérgica e inmediatamente la hipocondría de las poluciones ya durante la anamnesis es que un breve comentario al respecto puede tener ya un efecto en la psicoterapia subsiguiente. Basta señalar que las poluciones no solamente no constituyen signo alguno de enfermedad, sino que, por el contrario, representan una cierta prueba de salud sexual. Asumiremos frente al paciente el punto de vista de que las poluciones representan una válvula natural que, evidentemente, solo funciona cuando un organismo normal desde el punto de vista endocrino y genital lo necesita. Las poluciones deben verse como una prueba de esa normalidad, pues, justamente, si el organismo no dispusiera de un excedente, no necesitaría tampoco poner en funcionamiento la mencionada «válvula». De modo que las poluciones son una prueba de rendimiento sexual, o, para decirlo tautológicamente: de potencia facultativa. Pero, al margen de la intención terapéutica que asociamos a la pregunta por las poluciones, la respuesta es importante para nosotros desde el punto de vista de la anamnesis. En efecto, en general, por lo

menos en el caso de varones jóvenes sexualmente abstinentes, deberemos presuponer, como prueba de una supuesta normalidad endocrina, que se produzcan poluciones en intervalos más o menos periódicos.

En cuanto a la referencia sobre el *coitus interruptus* podemos afirmar que es errónea la concepción que se tenía antiguamente y que todavía puede encontrarse en más de un manual. Nos referimos a la concepción según la cual el *coitus interruptus* puede generar por sí mismo una neurosis o, por lo menos, favorecerla. Si consideramos la cuestión desde un punto de vista crítico, no resulta para nada evidente cómo podría producirse esta influencia perjudicial. Evidentemente, le quitamos importancia al *coitus interruptus* exclusivamente desde la perspectiva del integrante masculino de la pareja. Pues, en relación con la mujer, esta forma de relación sexual, sobre todo si se la practica de manera verdaderamente «crónica», puede traer consigo daños funcionales. No hay que olvidar que la mujer (cuya reacción orgásmica es de promedio más lenta), en el momento de interrumpir la relación sexual, no habrá llegado, por lo general, al clímax de la excitación. Y como este estadio de excitación va seguramente acompañado de una considerable congestión pélvica, es comprensible que esta manera fisiológicamente anómala de acabar el acto sexual, pueda llevar a la larga a procesos crónicos de congestión, por no mencionar los efectos negativos en lo vivencial, así como el daño psíquico y emocional para la mujer. Pero, volviendo a los hombres que practican el *coitus interruptus*, y teniendo en cuenta que nuestra idea es tratar de trivializar su importancia, en la anamnesis de trastornos de la potencia lo mejor será que no planteemos la pregunta por el *coitus interruptus*, sino que empecemos a hablar de ello (quitándole importancia) únicamente si el enfermo mismo ha puesto la cuestión sobre la mesa.

A continuación hablaremos de un grupo de trastornos sexuales funcionales que queremos destacar porque deben su origen a una serie de patrones de reacción patógenos bien caracterizados y porque demuestran responder a un tratamiento psicoterapéutico breve que tenga en cuenta esta etiología.⁸ El denominador común de este patrón

8. Véase Frankl y Marksteiner (1959, p. 547). Uno de nosotros (M.) utilizó esta técnica como recurso suficiente para prácticamente todos los enfermos de

de reacción es la ansiedad anticipatoria. Como saben los médicos clínicos, la ansiedad anticipatoria es con frecuencia lo propiamente patógeno dentro de la etiología de las neurosis: la ansiedad fija un síntoma fugaz y en principio inofensivo, centrandó en él la atención del paciente. El síntoma genera la fobia correspondiente, esta fobia refuerza el síntoma, y el síntoma así reforzado reafirma al paciente aún más en su temor ante una reaparición del síntoma.

Pero la ansiedad anticipatoria no solamente existe en este sentido general, sino también en sentido específico. En sentido específico distinguimos, primeramente, el miedo al miedo—como lo encontramos en primer lugar en las neurosis de angustia— y, en segundo lugar, el miedo a uno mismo, como se presenta especialmente en las neurosis obsesivas (Frankl 1975b). También en las neurosis sexuales encontraremos la ansiedad anticipatoria, tanto en su forma general como en su forma específica. En lo tocante a la primera, vemos una y otra vez cómo nuestros pacientes varones, frente a una deficiencia sexual puntual, por no decir casual —como se presenta también en varones sanos— se tornan inseguros acerca de su capacidad de rendimiento sexual. Y una vez que se han vuelto inseguros, se apodera de ellos la ansiedad anticipatoria frente a la posibilidad de que se repita el trastorno. Con frecuencia es este el momento en el que verdaderamente nace su neurosis sexual, debido a que la ansiedad anticipatoria fija el trastorno de la potencia o, dicho con otras palabras, fija el fracaso puntual, y lo convierte así en el primero (de una serie de) fracasos.

Ahora tendríamos que preguntarnos por la causa de la ansiedad anticipatoria general que fija el trastorno de la potencia sexual. La respuesta sería: la ansiedad anticipatoria específica del que sufre dicho trastorno. Esta ansiedad consiste, típicamente, en la expectativa ansiosa porque se espera o exige algo de él. Concretamente, lo que tanto teme es que se le exija alcanzar un resultado —el coito—, y justamente ese carácter de exigencia es el que tiene un efecto tan patógeno.

Por supuesto, el hecho de que la exigencia pueda ejercer tanta presión, se haga así patógena y entonces el fallo pueda hacerse tan opresivo para el paciente solo puede explicarse, en última instancia,

la policlínica que padecían trastornos de la potencia.

por la estructura sociológica de un mundo en el que tantas cosas —entre ellas también el éxito sexual— se convierten en una cuestión de prestigio personal.

La exigencia que, en el caso de la neurosis sexual, está asociada al coito suele partir de las siguientes tres instancias (Frankl 1952, p. 128):

- 1) de la pareja sexual;
- 2) de la situación;
- 3) y del mismo paciente que se propone realizar el acto sexual —en especial porque se lo propone con demasiada intensidad—.

1) La exigencia por parte de la pareja sexual: Frente a una pareja sexualmente exigente, «fogosa», el neurótico sexual teme no estar a la altura de estas exigencias. También es típico que ese temor aparezca cuando el paciente es mucho mayor que su pareja, en cuyo caso se siente sobreexigido en cuanto a su rendimiento sexual; o bien, si ella es mayor que él, se siente en inferioridad, pues supone que ella es sexualmente experimentada y teme que comparará su rendimiento sexual con el de una pareja anterior.⁹

2) La exigencia por parte de la situación: El neurótico sexual no tolera ponerse en situaciones que impliquen una exigencia en el sentido sexual, es decir, si se le permite decirlo de este modo, en situaciones que se parezcan al: «Hic Rhodus, hic salta». De modo que el neurótico sexual suele fracasar, típicamente, cada vez que acude a un «meublé» o un hotel de citas, o si responde a una invitación que lleva implícito un requerimiento sexual, mientras que

9. En algunos casos la exigencia de rendimiento sexual no parte propiamente de la pareja, sino de terceros. En ese sentido, se cuenta que, entre los judíos yemenitas de Israel, los padres de la esposa permanecen aguardando y escuchando en la antecámara nupcial durante la noche de bodas en espera de que la esposa les entregue las sábanas manchadas de sangre tras la desfloración: causa suficiente para que el marido se sienta tan patológicamente cohibido que —como nos relatan médicos israelitas— la impotencia nupcial sea frecuente entre los recién casados yemenitas.

si el mismo paciente tiene la posibilidad de improvisar el coito, no presenta ningún trastorno funcional.

- 3) La exigencia del propio yo. No solo el «hic», por tanto, el aquí, sino también el ahora —«hic et nunc»— desempeña un papel importante, como vimos al hablar de que nuestros pacientes con trastornos de la potencia sexual se caracterizan por el hecho de «proponerse» el coito: en una palabra, que el coito está, por así decirlo, «programado». Consideremos, por ejemplo, la situación que se da en un hotel de citas: allí rige un *carpe*, pero no *diem*, sino *horam*. Para el tipo neurótico que estamos considerando, el tiempo es oro, pero ese oro tiene que tornarse placer. Freud acuñó la expresión «economía del placer». Una y otra vez nos encontramos con el tipo neurótico que, de alguna manera, quiere que cuadren las cuentas de la economía del placer: quiere recuperar lo que ha invertido, lo que ha puesto —por ejemplo, el alquiler de una «habitación por horas»—. Pero ha olvidado que lo que ha invertido es básicamente irrecuperable, incobrable. Ha hecho la cuenta sin el dueño, es decir que cuanto más se preocupa uno del placer, más se le escapa, hasta que finalmente desaparece por completo.

A continuación se documenta y explica lo dicho anteriormente a partir de la casuística:

(Caso 1) El enfermo, de 40 años de edad, nos es derivado por su médico a causa de su impotencia. Según él mismo indica, la erección falló por primera vez en una ocasión determinada, cuando su pareja claramente «esperaba algo» de él. No iremos desencaminados si sospechamos que en ese momento, a la leve y casi trivial inseguridad *in sexualibus* se agregó un aspecto particularmente psicógeno condicionado por la situación, al ser especialmente consciente de su inseguridad frente a la actitud claramente «exigente» de su pareja. En efecto, siempre que una persona se enfrenta a la exigencia manifiesta de lograr un rendimiento, se sentirá especialmente insegura de su capacidad para alcanzarlo. Ahora bien,

no debemos pensar que esta «acentuación» de la exigencia tenga que ser directa: puede darse también perfectamente de forma casi implícita, cuando la persona cree poder inferir a partir del comportamiento, del carácter, de la tipología o de la «fogosidad» de su pareja sexual que su pareja le está exigiendo un rendimiento sexual determinado. Y seguramente puede entenderse también en este sentido la explicación de nuestro paciente, según la cual, después del primer fracaso, los problemas de erección aparecían cada vez que se relacionaba con parejas «fogosas».

Hemos constatado, pues, cómo una inseguridad general que tiene una causa concreta puede conducir a dificultades con la potencia sexual, en primer lugar, por la experiencia real de «exigencia por parte de la pareja». Escuchemos ahora cuál es el segundo aspecto que conduce o empuja en la misma dirección:

Nuestro paciente refiere que, finalmente, su trastorno de la potencia se presentaba cada vez que —con la pareja que fuese— se colocaba en una situación que tuviese algo así como un «carácter de exigencia». Concretamente, siempre que acudía a un «picadero» improvisado.

Vemos, pues, que la inseguridad original relativa al rendimiento sexual puede intensificarse típicamente de manera neurótica debido a la exigencia (de tal rendimiento) por parte de la pareja y también debido a una situación que la persona siente que le exige un rendimiento. Pero todavía no hemos considerado el tercer y último aspecto, que, a nuestro juicio, se encuentra de manera muy típica en la patogénesis de trastornos psicógenos de la potencia sexual: la exigencia proveniente del propio yo.

(Caso 2) El paciente, de 26 años de edad, acude a nosotros totalmente desesperado: quisiera casarse, pero hasta el momento no ha podido consumir ni una sola vez el acto sexual. La anamnesis revela en primer lugar que, hace menos de un año, el paciente había sido operado de una dolorosa fimosis. Queda claro que en

ese hecho reside el factor primario que dirigió la atención del joven a lo genital o a la función genital de un modo que fácilmente podía generar cierta inseguridad respecto de su aptitud funcional. En este caso, lo que llevó el problema de la potencia al punto de cristalización no fue una situación, como en el primer caso, sino un hecho somático. Esto nos llevó de inmediato a efectuar un detallado examen orgánico del enfermo y, sobre todo, a mostrarle enfáticamente los resultados negativos.

El paciente nos relató entonces que su novia carecía de toda experiencia sexual, con lo cual, no parecía haber «presión» alguna por su parte. Al quedar fuera de consideración la «exigencia» de la pareja, el caso es especialmente favorable en cuanto al pronóstico y al curso terapéutico. En efecto, el paciente no tendrá por qué tener dificultades en su rendimiento sexual debido a una «ansiedad anticipatoria»: su mujer no solo no tendrá unas expectativas determinadas respecto a su rendimiento sexual, sino que tampoco podrá juzgarlo, ya que no podrá compararlo con el de otros hombres. Así, nuestro paciente no tendría «nada que temer» en este sentido: por lo menos en este aspecto, no habría motivo para la ansiedad anticipatoria. Pero hay algo más: el paciente menciona que, en general, su novia no le da tanta prioridad al «cuerpo» sino que valora sobre todo el «alma». Podemos decir por tanto que la situación interna de nuestro paciente no está en absoluto afectada negativamente por una actitud «exigente» de su pareja.

¡Pero es él mismo el que se exige el rendimiento sexual!

Y justamente esta exigencia que parte de él mismo, esta ansia impaciente, esta exigencia constante y creciente de lograr, por fin, el acto sexual, es lo que necesariamente disminuye de inmediato su capacidad para lograrlo. Pues, como todo procedimiento cuyo curso sea normalmente automático, también la función sexual se ve amenazada muy especialmente cuando lo que tiene que ser un acto espontáneo es objeto de una búsqueda consciente e intencional. Todo acto, y así también el acto sexual, se ve amenazado en su realización por la fijación intencional de la atención, por ser objeto de la voluntad: toda conciencia, toda intencionalidad parece conducir a una interferencia

con la espontaneidad originaria de un acto. El rendimiento sexual en general depende totalmente de la inmediatez, de la espontaneidad con la que se da el acto sexual. Por eso se entiende que la autoobservación forzada, la reflexión focalizada en la atención, en la intención, tiene que dificultar *eo ipso* la realización del acto. Simplemente, el ser humano no puede entregarse en el amor, es decir, estar entregado como amante en el amor a otra persona, al objeto de su amor, y, orientar así su intención hacia el objeto de su amor y, simultáneamente, orientar su intencionalidad hacia sí mismo, hacia el sujeto y hacia la consumación del propio acto. Cuanto más se observa a sí mismo el amante, menos queda espontáneamente absorto en la entrega a la persona amada. ¿Dónde se origina en el ser humano, en la vida sexual humana —que solo es humana, es decir, digna del ser humano, en la medida en que está vinculada al amor—, de dónde ha de venir, pregunto, la capacidad física para el amor, si no de la intención del amor?

La presión interna que produce la autoobservación, y más aún la autoobservación ansiosa, proviene siempre de aquella leve inseguridad original de la que ya hemos hablado. Por tanto, los tres factores de la «exigencia» que hemos enumerado son los que desvían la intención de la pareja hacia el mismo paciente. Una vez que, por alguna razón, el enfermo se ha vuelto inseguro de su capacidad de rendimiento, su inseguridad se hará más fuerte a causa de uno de los tres factores mencionados, porque la capacidad de rendimiento se cuestiona más cuanto mayor es la exigencia. Es ahora cuando interviene el mecanismo de la llamada ansiedad anticipatoria: tan pronto como la pareja, o la situación, o el paciente mismo esperan un rendimiento sexual, la ansiedad anticipatoria, es decir, la expectativa ansiosa de un fracaso, se pone de manifiesto de manera muy especial.

¿Cómo sucede esto en la práctica? Típicamente, después del primer fracaso, el enfermo tiene todavía la vaga esperanza de que, la segunda vez, no vuelva a suceder. Pero, tras fallar por segunda vez, teme que la tercera vez sea también un fracaso; por fin, al tercer fallo, está ya convencido de que cada intento que haga en el futuro será un fracaso. Con ello se habrá cerrado ya el desdichado *circulus vitiosus*: el temor genera lo que teme, a saber, que suceda lo temido, y al hacerse realidad lo temido aumenta cada vez más el temor. Así surge en el enfermo

la convicción fatalista de que su enfermedad es irresoluble, y todos sus fracasos parecen confirmar aún más esa convicción. Al médico le corresponde la tarea de romper ese círculo vicioso, una tarea difícil, aunque útil y beneficiosa.

Esto puede suceder de diferentes maneras. En principio existe la posibilidad de seguir un procedimiento que trate lo orgánico, por ejemplo, farmacológicamente, y cuya intención sea lograr que, por medio de un súbito aumento de la libido sexual, el enfermo tenga la experiencia de superar por una vez su inseguridad sexual, de tal modo que, más tarde, liberado de su ansiedad anticipatoria, recupere su rendimiento sexual también sin ayuda farmacológica. Otro posible camino que podría recorrerse sería romper el círculo vicioso con medidas de tratamiento de índole sugestiva. Mientras que optaremos por la primera posibilidad cuando se trate de personas más simples, cuya anamnesis no ofrezca factores psicogenéticos dignos de mencionarse y, con ello, tampoco puntos de partida para la psicoterapia, tomaremos las medidas sugestivas cuando la psicogénesis esté en primer plano, pero no pueda presuponerse que el enfermo comprenda suficiente y adecuadamente un proceso psicoterapéutico en este sentido. La terapia sugestiva puede realizarse bien mediante sugerencias verbales, bien mediante hipnosis, o también de forma implícita, concretamente con ayuda de las llamadas sugerencias adicionales que se incorporan en los procedimientos, es decir, la administración de medicación o de inyecciones inocuas.

Sin embargo, en los casos en los que parezca posible llevar a cabo una verdadera psicoterapia hemos de concentrar nuestra atención en romper la cadena que, como se ha expuesto más arriba, tiene en la ansiedad anticipatoria tanto el eslabón de su causa como el de su efecto, y que constituye, como ya se ha expuesto, un círculo cerrado en sí mismo. ¿Cómo podemos y debemos romper ese círculo? Nuestra respuesta es la siguiente: primero tenemos que mostrar al enfermo las pruebas que evidencian la psicogénesis y, con ello, también la posibilidad de una psicoterapia. Ya hemos hablado anteriormente de ello, al referirnos al examen orgánico. Segundo, tenemos que poner al descubierto el origen de la inseguridad primaria y señalárselo al enfermo. Y, tercero, no solo tenemos que aclararle el mecanismo de

su ansiedad anticipatoria, sino presentarla como una manifestación totalmente comprensible desde el punto de vista humano, y no solo como algo patológico. En la mayoría de los casos lograremos que el paciente se libere del sentimiento de que su trastorno corresponde a una «debilidad» o a una deficiencia, sea en sentido somático o psíquico. Más aún, ya no tendrá necesidad de sentirse en realidad como un «enfermo», sino que tendrá claro que también un hombre sano y plenamente válido desde el punto de vista psicofísico podría padecer los mismos trastornos que él si hubiera tenido las mismas vivencias o si hubiese reaccionado ante ellas de la misma manera, es decir, con ansiedad anticipatoria. Ello explica que, en estos casos, después de haber hecho los exámenes y la anamnesis, iniciemos la psicoterapia propiamente dicha que corresponde a la etapa final del proceso explicándole al paciente que no es «impotente» en absoluto sino que, debido a las experiencias vividas, y de una forma enteramente comprensible desde el punto de vista humano, es su potencia la que sufre un trastorno. No se trata aquí solamente de un juego de palabras. Ciertamente se trata de matices, de una *façon de parler*, pero, en determinadas circunstancias, el tratamiento de las neurosis depende de este tipo de cosas. Tampoco debe subestimarse el éxito sugestivo de esta distinción. Y lo admitimos abiertamente: incluso en una psicoterapia cuya orientación general sea cualquier cosa menos sugestiva, no tendremos reparo alguno en introducir conscientemente factores sugestivos.¹⁰ En última instancia, se recurre a una sugestión

10. También en el psicoanálisis y en la terapia conductual se introducen factores sugestivos, aunque solo sea de forma inconsciente. J. Berze («Psychotherapie von Vernunft zu Vernunft», en Hubert J. Urban [ed.], *Festschrift zum 70. Geburtstag von Otto Pötzl*, Innsbruck, Universitätsverlag Wagner, 1949) llega incluso a opinar que, cuando el psicoanálisis es efectivo terapéuticamente, lo es «en el fondo, como terapia de sugestión». Y en lo tocante a la terapia conductual, N. H. Klein, A. T. Bittman, M. R. Parloff y M. W. Gill («Behavior Therapy», en *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 33 [1969], p. 259) observaron durante cinco días a dos terapeutas conductuales de primera línea y quedaron asombrados de la medida en que intervenía la sugestión y de la forma autoritaria en que los terapeutas conductuales trataban a sus pacientes.

de este tipo para compensar una autosugestión previa. Y estas auto-sugestiones se dan con frecuencia en estos pacientes. En cualquier caso, la mayoría de ellos están convencidos de lo patológico de su trastorno, así como de su propia deficiencia, en un grado que no se corresponde con la situación real.

Regresemos ahora a nuestro caso. ¿Qué medidas tomaremos para suprimir por completo la ansiedad anticipatoria de nuestro paciente, esa ansiedad que, en estos casos, tiene que ver con que (por lo menos desde la propia vivencia) la pareja «espera algo» de él?

Indicamos simplemente al enfermo que le dijera a su novia que el médico le había asegurado que todo estaba en orden desde el punto de vista orgánico (lo que, para empezar, la tranquilizaría en cierta medida). Le dijimos asimismo que podía trivializar ante ella el fallo puntual o inicial explicando que nosotros lo relacionamos con una intoxicación gastrointestinal que, casualmente, padecía en ese momento. Por lo demás, debía decirle que el trastorno sexual, presentado como funcional, sin duda respondería bien al tratamiento. Pero lo más importante: debía informar a su novia que los médicos le habían impuesto una estricta prohibición de coito, que tendría que observar «hasta nuevo aviso».

¿Qué queremos lograr con una medida semejante en casos como este? Con este único movimiento logramos, nada menos, que, ahora, la pareja «no espere nada» del enfermo. De ese modo, en todos los casos semejantes lograremos eliminar la presión experimentada por el paciente frente a una posible exigencia de su pareja. Y con ello hemos despejado al mismo tiempo el camino para que su «potencia facultativa» se despliegue en lo posible sin inhibiciones —es decir, sin ansiedad anticipatoria—. En efecto, ahora el enfermo puede, por decirlo así, «tomarse su tiempo». Ya no hay nada que lo presione, nadie que lo apremie. Y, al mismo tiempo, ha de dejar de tener como objetivo, intencionalmente, el rendimiento sexual. Por el contrario, indicaremos al enfermo que vaya llegando progresivamente a la convicción, tomándose su tiempo y aproximándose paulatinamente más y más a su objetivo pulsional, de que la erección no falla ni tampoco

declina cuando ha estado ya muy cerca de un coito consumado.¹¹ Precisamente cuando el paciente está ya en un momento en que se atreve a consumir el coito, continuamos recomendándole esperar todavía, pues se trata justamente de que no lo «quiera», de que el coito se dé por sí solo, es decir, de que, un día, el enfermo se encuentre frente al coito como un *fait accompli*. Será en ese momento cuando se habrá logrado eliminar toda intencionalidad en el acto.

Seguramente, de ese modo lograremos, en todos los casos similares, hacer entender al paciente que lo consideramos «facultativamente potente» en cuanto consideramos que lo único que lo ha inhibido hasta ahora ha sido su más que comprensible inseguridad en cuestiones sexuales. Pero es la prohibición del coito la que anticipa el éxito pleno de nuestro procedimiento, una prohibición que, en realidad, y como hemos expuesto, no está planteada para que se cumpla, sino más bien como un apoyo para el enfermo. Pues tan pronto como ha comunicado a su pareja la prohibición médica sucederá que, dado el caso, ella rehusará el coito y le recordará la prohibición, sin pretender llegar al coito. Tanto mayor será la grata sorpresa de ambos —y lo sabemos a partir de la experiencia de muchos casos— el día que, estando en postura y actitud sexuales, absortos y extasiados por las caricias que en principio iban a ser un mero juego, el paciente y su pareja se encuentren frente al hecho consumado de un coito plenamente realizado que se ha dado sin que el paciente haya pensado demasiado en él ni, menos aún, lo haya «querido».

(Caso 3) El paciente, R., tiene 45 años. Mientras que en las relaciones con su mujer tiene una potencia sexual normal, en sus relaciones con su amante la potencia sexual deja que desear. *Quoad personam* le preguntamos si su amante espera de él un determinado

11. Es evidente que esta aproximación gradual al acto sexual normal tiene que darse con la misma pareja, y no con otra o, menos aún, con varias mujeres. Queda claro, después de todo lo dicho y de lo que queda aún por decir, que el consejo que solían dar frecuentemente médicos de cabecera bienintencionados de la vieja escuela, es decir, acudir a prostitutas para una suerte de «entrenamiento», debe producir necesariamente un resultado paradójico, pero no terapéutico.

rendimiento sexual, a lo que responde: «¡Qué va a “esperarlo”! Me lo exige». *Quoad situationem* resulta que el «hotel de citas» al que tiene que dirigirse en esas ocasiones lo coloca bajo presión ya de antemano. Y, *quoad patientem*, admite que dicho lugar le cuesta «una fortuna». Por último, relata que, durante una semana de vacaciones que pasó con su amante, tuvo más tiempo y, cuando tuvo claro que el coito iba a acabar saliendo bien antes o después, la potencia sexual volvió a ser normal desde el comienzo. Podríamos decir: *quod erat demonstrandum*.

Ya hemos escuchado reiteradas veces que el mecanismo de la ansiedad anticipatoria se inserta en alguna situación casual de índole sexual. Empieza a partir de una vivencia relacionada con un fallo o fracaso puntual. Desde el punto de vista patogénico, este fallo es algo totalmente inespecífico: algún factor intercurrente lleva puntualmente —o, mejor dicho, inicialmente— a un fracaso. Se trata de algo inespecífico en la medida en que puede estar basado en una indisposición fisiológica (véase más arriba la intoxicación gastrointestinal) o en una «disposición» psicológica. En efecto, el primer fracaso puede darse a causa de un estado somático transitorio y también a causa de una actitud psíquica habitual. Como es obvio, en tales casos hemos de representarnos el surgimiento de la neurosis sexual como un proceso secundario que tiene como base primaria una neurosis; en concreto, una actitud neurótica ante la vida en general, o por lo menos ante la vida amorosa, frente al otro sexo, y no solo una actitud neurótica con relación al rendimiento sexual en cuanto tal. En los dos casos siguientes se mostrará cómo un hábito neurótico previamente existente puede conducir, en determinadas circunstancias, a que se produzca un fallo puntual o inicial al que más tarde se aferrará el mecanismo de la ansiedad anticipatoria, en el que después se insertará la neurosis sexual propiamente dicha. Hay que tener en cuenta desde un principio que se pueden distinguir dos modalidades fundamentales de síntomas neuróticos según la importancia que asuman en el sistema psíquico: o bien un síntoma es expresión inmediata de una determinada actitud o posicionamiento mental (neurótico) del individuo, o bien es un medio para un fin, un medio al servicio de alguna tendencia neurótica

(Frankl 1926). Para empezar, el siguiente caso nos mostrará cómo el fallo «casual», originario, puntual o inicial puede ser expresión de una actitud neurótica en general. Aunque, después de hacer esta constatación, ya no podremos afirmar que el fallo original haya sido «casual».

(Caso 4) El paciente, un oficial de 32 años, acude al médico por un trastorno de la potencia sexual. Desde el principio señala que, por lo menos en sueños, es bisexual. Sin dar demasiada importancia a ese hecho (y, menos aún, delante del enfermo), seguimos la pista y nos enteramos de que el enfermo recuerda haber orinado, a la edad de 11 años y no sin cierto placer, sobre otro muchacho (más joven). Sus sueños van acompañados de poluciones. (Por supuesto, aprovechamos de inmediato esta información para demostrar al enfermo su «potencia facultativa».) No fue hasta los 20 años, continúa relatando el paciente, cuando tuvo por vez primera una relación sexual, concretamente con una prostituta. Y, en este caso, fracasó: primero se produjo una *ejaculatio praecox* y, después, impotencia completa.

¿Qué podemos inferir inmediatamente a partir de tales indicaciones? Que huye del verdadero erotismo, del erotismo humano y digno, y por tanto huye de las chicas, buscando refugio en la prostituta. Tras este comportamiento subyace una profunda falta de contacto humano, una falta de la que el mismo enfermo comenzó enseguida a hablar espontáneamente. De modo que sufre de una incapacidad para relacionarse con otras personas y todo su trastorno de la potencia sexual es, precisamente, expresión de esa incapacidad para relacionarse. Es sexualmente «incapaz» porque, en general, es incapaz de amar. No es de extrañar que su actitud conduzca a un trastorno de la potencia, pues en toda su «vida amorosa» no le importa para nada el amor, sino solo el placer, en el sentido de una búsqueda egoísta de placer.

Él mismo admite que son muy pocas y raras las ocasiones en que «invierte sus sentimientos» en las relaciones. Que no lo hiciera con la prostituta es comprensible. Pero tampoco lo hizo después, ni

siquiera cuando ya había dejado de ver a la prostituta y se había decidido por fin a «comenzar a tener algo» con chicas. ¿Qué sucedía? Él mismo nos contó que, una y otra vez, se llevaba a chicas vírgenes «a la cama», pero, tan pronto como estas empezaban a llorar y a resistirse, se apartaba de ellas y perdía la erección. En este contexto, comentó espontáneamente que tenía mucho temor a la responsabilidad, siempre temía tener que casarse. En cualquier caso, la responsabilidad era para él una carga.

¿Por qué, nos preguntaremos, se relaciona solo con mujeres vírgenes? Simplemente porque, aparte de su profundo recelo ante la responsabilidad, está discapacitado también en el sentido de su abismal egoísmo, el egoísmo que no quiere «dar» nada a la pareja, que no quiere entregarse, que solo busca el placer y solo lo busca para sí mismo. Esta circunstancia lo empujó hacia las prostitutas. Sin embargo, el fracaso con ellas lo desconcertó y lo volvió inseguro, y a partir de esa inseguridad ahora solo se atreve a relacionarse con chicas sin experiencia. Pero, frente a ellas, vuelve a aparecer su incapacidad para relacionarse (que le impide implicarse emocionalmente, «invertir sentimientos»), así como su recelo ante la responsabilidad (que lo lleva a evitar de inmediato cualquier expresión de sentimiento).

¿En qué debería consistir la terapia de este caso?

Tuvimos que enseñar al enfermo a ir superando ante todo su incapacidad para relacionarse, a través del autoconocimiento y la autoeducación. Tuvimos que advertirle de que solo una vida amorosa digna era en realidad digna de él. Y, por último, tuvimos que dejarle claro que recuperar su potencia sexual no solo era imposible, sino también innecesario mientras no fuese capaz de amar (en sentido estricto). Pues, y así tuvimos que decírselo, en última instancia el médico no está para enseñarle, por así decirlo, a practicar el coito; nuestra tarea consiste más bien en señalarle y allanarle el camino hacia una vida amorosa apropiada, y a partir de aquí —y solo a partir de aquí—, también, y de forma automática, hacia una vida sexual normal.

En tal sentido rechazamos estrictamente el tratamiento a base de inyecciones que el enfermo había pedido originalmente. Lo que necesitaba, le dijimos, era más bien comprender: entender el contexto general en el que estaba inserto su problema de potencia sexual como mero fenómeno parcial; entender también la relación de dicho trastorno con su actitud general ante la vida. Y, por más que se haya repetido a sí mismo ideas parecidas reiteradamente, tiene que oírsele decir a alguien de fuera, desde una posición objetiva. De forma que no debe contar con librarse de su trastorno de la potencia si antes no está en condiciones de amar realmente a una pareja.

A continuación queremos hablar de un caso en el que, si bien también intervino un factor psíquico la primera vez que apareció el trastorno de la potencia, este aspecto no era expresión de una actitud interior habitual, sino un medio al servicio de una determinada actitud hacia la pareja.

(Caso 5) El paciente, ingeniero de 24 años, se queja de una falta de erección que persiste desde hace nueve meses. Desde hace dos años está prometido. Hasta el momento en que, de forma totalmente repentina, apareció el trastorno, había podido mantener relaciones normales, y también con frecuencia normal, con su prometida —al igual que con otras mujeres—. A nuestra pregunta acerca de si él mismo podía explicarse el trastorno repentino, responde negativamente. Entonces le preguntamos, directamente, si ama realmente a su prometida. Responde afirmativamente. ¿Tal vez la amaba más antes? También tiene que admitirlo. Empezamos a explorar, tratando de averiguar si ha engañado a su prometida. Pero la respuesta a la pregunta por remordimientos de conciencia o sentimientos de culpa es negativa. Entonces seguimos la pista en sentido inverso y preguntamos al enfermo si inmediatamente antes de la aparición del trastorno tuvo, tal vez, la sospecha de que su prometida lo engañaba. Y la respuesta inmediata es un sí llamativamente cargado de afectividad. Preguntamos si ese hecho lo aflige. «¡Oh, sí!». Y, por último, le preguntamos si «le agrada» recordarlo. «¡No!», responde muy emotivamente. Si bien su prometida no se ha vuelto a ver con el hombre en cuestión desde

hace seis meses, de forma que no ha vuelto a sospechar de ella, le afecta lo sucedido anteriormente: le afecta «inconscientemente», pero no por eso menos, sino de hecho aún más.

Esta sería, pues, nuestra interpretación del primer fallo: el trastorno primario de la potencia, el primer fallo de la erección, representa un sabotaje al rendimiento sexual, un sabotaje al mero «desear» por parte del auténtico «no querer», más profundo. Por así decirlo, el «inconsciente» del enfermo «hace huelga», y la hace porque su «ello» —o, mejor dicho en este lugar, su «persona profunda»— se rebela contra la demostración de amor a su prometida, a la chica que lo ha engañado. Con ello vemos que tras ese primer fallo sexual subyace un resentimiento, en esa ocasión, un rencor interno y profundo; simplemente no «quiso» participar, no quiso dar nada de sí, absolutamente nada, y menos aún darse a sí mismo —dejando al margen el deseo sexual de «tomar» a la pareja, el puro placer sexual: nuestro paciente solo «deseaba» el placer sexual, pero no «quería» el acto sexual—. Así, su fallo sexual significa en última instancia en realidad una renuncia, la negación de su amor a su prometida. Y en este sentido podemos afirmar que el caso muestra cómo el primer fallo, en la medida en que es de naturaleza psicógena, puede ser no solamente «expresión» de una actitud neurótica habitual, sino también un «medio» al servicio de una tendencia neurótica actual.

Pero veamos a continuación cómo, partiendo del problema puntual de la potencia, surge la fijación del trastorno, es decir, cómo el problema puntual se convierte en problema inicial. Podemos prever que el mecanismo de la ansiedad anticipatoria, que ya conocemos suficientemente, será el que fije el trastorno para hacer de la neurosis actual una neurosis crónica. Así pues, a la psicogénesis primaria —que es como entendemos el resentimiento actual— se agrega una psicogénesis secundaria.

En efecto, el paciente menciona, en respuesta a nuestras preguntas, que ya en la relación que mantuvieron después de la primera aparición del problema tuvo miedo de que se repitiera el fallo. Más aún, admite que fue la idea de ser impotente la que lo llevó a serlo realmente (mientras que, por el contrario, nunca fue realmente

consciente de que la causa originaria del trastorno fuera el rencor reprimido hacia su prometida por la presunta infidelidad).

Pasemos ahora brevemente a la terapia de este caso concreto:

El enfermo es sometido a un examen orgánico completo y se le informa insistentemente de que los resultados en el plano somático son negativos. Se le aclara que, por tanto, es «facultativamente potente», pero que su potencia no ha podido actualizarse desde entonces debido a la actitud de rencor que tuvo en su momento hacia su pareja. Se le explica también que este hecho, y la posterior fijación del trastorno por la ansiedad anticipatoria que se había agregado a partir de las siguientes ocasiones, son totalmente normales, y no propiamente patológicos, sino fácilmente comprensibles ya desde el punto de vista puramente humano; que a cualquiera, también al más normal de los hombres, podría sucederle ocasionalmente lo mismo y que, seguramente, cualquier hombre con cierta sensibilidad emocional había tenido alguna vez esa misma experiencia. De esta forma sabría no solamente de dónde proviene el trastorno, sino también que hubiera podido sucederle, o incluso hubiera debido sucederle lo mismo a cualquier otro. Ahora bien, en cuanto a la ansiedad anticipatoria, la reducimos o prevenimos su persistencia indicándole al enfermo nuestra habitual prohibición estricta de coito, insistiéndole, por supuesto, que se atenga durante un tiempo a esa prohibición, aunque en realidad lo hagamos para que se vaya convenciendo poco a poco de que las erecciones no solamente se producen cuando corresponde, sino que también se mantienen. No obstante, cuando esté suficientemente convencido de ello no debe intentar todavía el coito, debe seguir posponiéndolo todo el tiempo que se requiera, hasta que un día lo haga de forma tan impulsiva que su tendencia a la excesiva autoobservación y, por tanto, a la dificultad para que se produzca un automatismo, haya sido eliminada de una vez por todas.

Vemos, pues, que no hubiera sido suficiente si únicamente hubiéramos puesto al descubierto la etiología del primer fallo como un

«complejo», tampoco en aquellos casos en que el trastorno originario es realmente psicógeno (como en los dos últimos casos citados). En efecto, una y otra vez se hace evidente que el trastorno propiamente dicho comienza en el momento en que se inicia la ansiedad anticipatoria y se pone en movimiento su mecanismo; sin dicha ansiedad, en la mayoría de los casos no se produciría una verdadera neurosis sexual, sino que el trastorno puntual de la potencia, justamente por ser puntual, podría superarse totalmente por sí solo. Es el *circulus vitiosus* de la ansiedad anticipatoria el que enreda al enfermo en una neurosis sexual ya constituida, plenamente desarrollada; los pacientes, atrapados en este círculo vicioso, acaban cayendo cada vez más en los graves trastornos de los que, a menudo, ni siquiera un prolongado y penoso tratamiento de «psicología profunda» es capaz de sacarlos, de arrancarlos, sin enormes dificultades. Una vez que se ha llegado tan lejos que el enfermo padece un acusado y pronunciado «miedo a ir a la cama» —de forma muy semejante a lo que les sucede a las personas con trastornos graves del sueño—, es decir, cuando la erección se mantiene justo hasta que «llega el momento» (como el insomne que tiene sueño justo hasta que llega el momento de ir a la cama), el simple descubrimiento de la psicogénesis primaria ya casi no resulta de ayuda. Lo que sí es necesario y muy a menudo resulta de inmediato es poner al descubierto el mecanismo de la ansiedad anticipatoria, especialmente cuando logramos poner de relieve con toda claridad que este mecanismo es algo humano y comprensible. Está claro que, seguramente, de este modo lograremos llevar a cabo en algunas ocasiones un tratamiento breve eficaz de los trastornos de la potencia sexual.

El siguiente caso es paradigmático de esta forma breve de psicoterapia y nos permitirá, al mismo tiempo, pasar a tratar la cuestión de la masturbación.

(Caso 6) El paciente, de 25 años, acude a nosotros por un trastorno de la potencia e indica al mismo tiempo que se masturba desde hace diez años y hasta la actualidad. Respondiendo a nuestras preguntas nos relata que desde siempre ha sido especialmente tímido y cohibido, especialmente en su relación con las chicas.

Nos informa de que, en ese momento, tiene una novia a la que ama verdaderamente. Con ella intentó el coito, intento que, sin embargo, fracasó. Una breve exploración da por resultado que ya hace varios años leyó un libro de «educación sexual» en el que se decía que los onanistas, tan pronto como comienzan a mantener relaciones sexuales regulares, sufren, por lo menos las primeras veces, trastornos de la potencia.

Queda claro que se había preparado un terreno fértil para la ansiedad anticipatoria, cuya esencial influencia patogénica hemos tratado ampliamente. A lo que hay que añadir que, además, nuestro paciente se encontraba en un estado interno de ansiedad anticipatoria especialmente extrema puesto que él y su pareja se habían puesto a planificar el primer coito y habían fijado con dos semanas de antelación la fecha exacta. De este modo, había hecho precisamente lo que prohibimos expresamente a nuestros pacientes neuróticos sexuales en el marco del tratamiento: una programación del coito, con lo que no hizo más que proponerse con demasiada intencionalidad el acto sexual. O en cualquier caso, lo hizo de forma que, dado su natural tímido e inseguro, y debido a la vaga ansiedad anticipatoria que se añadió más tarde, necesariamente el efecto iba a resultar nefasto. Privó de este modo a la actividad sexual de su base emocional, tan necesaria para una auténtica espontaneidad. Pero no bastó con eso: justo en el lapso de esas dos semanas de tensa y ansiosa expectativa se acordó de aquel pasaje del mencionado libro que fatalmente recordaba. Después de todo lo que hemos escuchado hasta ahora tendremos que decir, ciertamente, que hubiese sido del todo asombroso, incluso en un individuo que no padeciese neurosis ni trastorno orgánico alguno, que reaccionara con una potencia sexual normal, siendo así que se presentaban los tres aspectos expuestos: timidez, vaga ansiedad anticipatoria (iatrógena), y excesivas expectativas ante la fecha establecida.

No es preciso que le digamos más a nuestro paciente. No deberíamos aclararle nada más que el contexto en el que se producen estas interrelaciones, y aclarar también que deben ser entendidas como fenómenos humanos y no solo patológicos. A propósito de

la epicrisis de este caso queremos señalar ahora que fue presentado en el marco de una clase práctica psicoterapéutica sin que antes se hubiese conversado con él de nada importante, limitándose el contacto previo a algunas formalidades. Fue en la clase práctica, *coram publico*, cuando se inició la «psicoterapia». Y no pasó de ahí, pues, una vez concluida la breve exploración que dio por resultado el conocimiento de los aspectos etiológicos arriba expuestos, el paciente, todavía en el aula, fue citado al «verdadero» tratamiento psicoterapéutico la semana siguiente en el ambulatorio. Seis días después se presentó allí y afirmó riendo nada más empezar: «Ya lo he superado todo». A nuestra pregunta acerca de cómo lo había logrado —pregunta que en tales casos nunca dejamos de plantear a los pacientes, pues siempre es de sus respuestas de lo que más aprendemos— respondió que precisamente lo que más le había ayudado había sido el hecho de ser examinado ante un auditorio: justamente esta circunstancia fue, al parecer, la que hizo posible la máxima objetivación de su estado (un efecto que, por supuesto, ya habíamos calculado conscientemente, contando con su contribución al proceso psicoterapéutico).

Así pues, se habría demostrado lo siguiente: ante todo que hay que quitarle al coito el carácter de exigencia; respecto de la exigencia que parte del mismo paciente, hay que inducirle a que no se proponga el acto sexual de forma programática, sino que se dé por satisfecho con caricias que no lleguen hasta el final, por ejemplo, un preludeo sexual mutuo. Entonces el coito se da por sí solo, el paciente se encuentra frente a un hecho consumado. Finalmente, respecto de la pareja sexual y de su exigencia, nos puede ayudar un truco: inducimos al paciente a decirle a su pareja que, por de pronto, hemos prohibido estrictamente el coito. En realidad, no se puede hablar en este contexto de una prohibición seria; tarde o temprano, el paciente no debe atenerse más a ella, sino que, aliviado de la presión que ejercía hasta ese momento la exigencia sexual de su pareja, se acercará progresivamente al objetivo del impulso sexual, a riesgo de ser rechazado por la pareja, que podría alegar precisamente la supuesta prohibición sexual. Cuanto más sea rechazado, más éxito estará alcanzando.

¿Cuál es nuestra posición en la cuestión de la masturbación en general (y no únicamente la masturbación prolongada en adultos, como en el caso anterior)? Sobre todo tenemos que advertir claramente a nuestros pacientes de que los temores hipocondríacos relacionados con la masturbación que suelen tener, y a veces verbalizar, son infundados. La masturbación no es una enfermedad ni el síntoma de una enfermedad, y no es tampoco la consecuencia ni la causa de una enfermedad. Es un fenómeno natural hasta el punto que, como es sabido, lo encontramos también en los animales. Es, a fin de cuentas, un hecho importante que no se dé en los animales, por ejemplo, el suicidio (en contra de lo difundido por algunas afirmaciones puntuales), pero sí, ciertamente, la masturbación. Para reforzar la estrategia inicial de restarle totalmente importancia a este fenómeno ante nuestros pacientes, solemos citar también aquella frase de un gran médico vienés que dijo: todo ser humano se masturba alguna vez en su vida, y quien no lo admita es que sigue masturbándose en la actualidad. Es inútil preguntarse qué porcentaje de jóvenes se masturba en la pubertad; pero es probable —y así se desprende de los estudios estadísticos que se han publicado hasta el momento, y que oscilan en torno a esta cifra— que sea de entre un 90 y un 99 %. Tampoco debemos olvidar que no todo acto masturbatorio que, interpretado desde fuera como tal (es decir, de forma puramente descriptiva), representa en sentido fenomenológico, es decir, en cuanto a su intención vivencial, realmente un acto de «autosatisfacción». Oswald Schwarz advierte en este contexto que la calificación de un acto como masturbatorio se basa en que el objeto de la excitación no sea el mismo que el objeto de la satisfacción. Por tanto rechazamos, de acuerdo con este autor, denominar en general como onanismo la masturbación mutua de dos miembros de una pareja dentro de una auténtica relación amorosa. Por otro lado, en cambio, tendríamos derecho a calificar como masturbatorio el coito aparentemente normal de un hombre con su mujer si el hombre no se orienta amorosamente hacia su mujer, es decir, si no piensa en ella sino que la utiliza únicamente para su propia satisfacción mientras piensa, durante el acto sexual, en otra mujer. La mujer en la que piensa

es la que, aunque solo sea en su imaginación, lo excita. Su mujer, en cambio, es aquella «con» la que se satisface «a sí mismo», con la que se masturba. De esta forma nos hemos aproximado en gran medida a las profundas raíces psíquicas del acto de masturbación. Pues ¿qué es, en última instancia, la masturbación, sino una sexualidad vaciada de todo amor (lo que también es válido para la prostitución), y, en general, de toda intencionalidad? En el acto masturbatorio, la sexualidad humana queda privada de su intencionalidad dirigida hacia un objeto pulsional normal y también de su intencionalidad orientada hacia una meta pulsional normal.

El objeto pulsional adecuado en una sexualidad plenamente madura es siempre la persona amada. Si la sexualidad humana pierde este único objeto adecuado, le queda por lo menos su tendencia hacia la meta pulsional «adecuada al ser humano», es decir, el acto sexual normal, aunque ya solo sea una orientación inespecífica, impersonal. La vida sexual queda entonces despojada de una orientación definida hacia una persona del otro sexo «elegida» como pareja sexual desde una tendencia amorosa. De una tendencia sexual verdaderamente humana, digna del ser humano, una tendencia dirigida hacia una persona determinada (justamente, la persona amada), solo queda el impulso sexual como un deseo instintivo de satisfacción sexual en forma de coito normal, pero totalmente separado de toda «cuestión personal», o sea, totalmente desligado del amor y, por tanto, en total ignorancia de la persona de la pareja. Sería la sexualidad humana vaciada de su auténtico sentido, privada de su intención propia —que remite más allá de sí misma, que se trasciende a sí misma— (Frankl 1975a).

Pero en el caso de la masturbación ha ocurrido aún algo más. Si dejamos de lado la llamada masturbación por necesidad [*Notonanie*], a la que se ven forzados a recurrir como mera válvula de escape y sucedáneo, por ejemplo, los internos que permanecen durante años en prisión, encontramos que, en el acto masturbatorio, de los dos componentes que forman la pulsión sexual según el esquema introducido por A. Moll en la sexología —la pulsión de contrectación o toma de contacto con un objeto y la de detumescencia—, solo se manifiesta o se satisface esta última. Mientras que la primera anhela el contacto íntimo, la «fusión» con una persona del otro sexo, en el

caso de la pulsión de detumescencia se trata solamente de descargar la energía sexual «sobrante», de aliviar la tensión y liberar el esperma «sobrante». De ese modo, no solo se renuncia aquí a la intencionalidad orientada hacia la pareja sexual objeto de amor, intencionalidad que es la propia del ser humano, sino también a la relación de pareja en general.

De este modo vemos en qué medida el acto masturbatorio contradice el sentido de toda sexualidad, pero ante todo el sentido de una vida sexual auténticamente humana, digna del ser humano. A pesar de ello, en el marco del tratamiento psicoterapéutico tenemos que trivializar ante el enfermo la importancia de las cuestiones relacionadas con la masturbación. Pues, tal como se mostrará en las consideraciones sobre los impulsos de la neurosis obsesiva, es precisamente la lucha forzada, el arremeter exageradamente contra lo que se procura combatir, lo que lleva al paciente a enredarse cada vez más en el círculo vicioso. A ello se agrega la lucha constante del impulso contra la propia conciencia, y las derrotas repetidas de esta, que solo sirven para intensificar los complejos de inferioridad que ya se encuentran por lo general de forma desmesurada entre los masturbadores. En ese sentido, de alguna manera procuramos quitar crispación a la actitud y postura general del paciente frente a la cuestión de la masturbación: confrontamos decididamente todos sus temores hipocondríacos, le hacemos comprender la masturbación como un signo externo de un profundo aislamiento interior, como una forma de vida sexual del ser humano aislado, para ayudarlo también, finalmente, a salir de su aislamiento. Esto significaría, sin embargo, que tenemos que apartar su interés erótico de lo burdamente sexual y orientarlo hacia lo erótico en el sentido estricto de la palabra. Tenemos que restaurar el primado de lo erótico frente a la sexualidad (primado que normalmente se establece en la pubertad) y desplazar el acento del deseo de una mera descarga o satisfacción del instinto al deseo de la pareja amada del otro sexo. Y veremos a menudo cómo en el momento en el que, por ejemplo, el joven masturbador que ha logrado establecer una relación sexual en el sentido arriba indicado se «enamora» un día de una chica, desaparece rápidamente toda la denominada «emergencia o necesidad sexual». Pues esa penuria sexual no es de ningún

modo irremediable, en el sentido de que la abstinencia sexual del joven tenga que ir necesariamente acompañada de una experiencia de penuria; antes bien, proviene simplemente de que los pensamientos de la persona psicológicamente (y no solo sexualmente) aislada giran constantemente en torno a la pulsión sexual (insatisfecha), con la que esa persona se ha quedado a solas.

Una vez que se ha logrado este brusco desplazamiento de acento de lo burdamente sexual a lo auténticamente erótico, estos jóvenes nos relatan habitualmente que, un día, se olvidan literalmente de masturbarse. Por supuesto que, tarde o temprano, también en estos casos volverán a presentarse los impulsos del instinto sexual, pero, previsiblemente, por entonces se habrá alcanzado aquella síntesis cuyo logro constituye el verdadero objetivo de toda tarea de prevención o de psicohigiene sexual consciente de su responsabilidad, y particularmente de toda pedagogía sexual: la síntesis de erotismo y sexualidad. En nuestra opinión, estos dos aspectos no están en absoluto entrelazados de antemano, sino que están todavía separados al comienzo del desarrollo psicosexual del ser humano, y es este desarrollo el que los hace converger con el tiempo, hasta que el objeto del impulso amoroso confluye con la pulsión sexual, llegando a ser ambos congruentes al final del desarrollo normal. Entonces se habrá alcanzado lo que debe alcanzarse: que el ser humano desee sexualmente solamente lo que ama. Solo esto asegura una vida sexual digna del ser humano. Y corresponde a la psicoterapia hacerlo posible también cuando el desarrollo y la maduración no han llegado aún tan lejos, es decir, en casos de una inhibición neurótica del desarrollo sexual.

En la medida en que, como se ha señalado, la neurosis sexual actual surge sobre la base de una actitud y una postura frente a la vida neurótica generalizada, de la cual la neurosis sexual es, según el caso, expresión o medio, queda claro que en esa actitud neurótica general de la persona entrarán también elementos que en un principio no permiten una valoración psicopatológica: se trata menos de actitudes propiamente psíquicas que de una actitud noética global. En ese sentido, un ser humano no está simplemente sano o enfermo, pero, aun así, queda en manos del médico indicarle el camino por el cual, por así decirlo, ese hombre puede realizar por sí mismo y en sí mismo la

«terapia (causal) de la elección»: el tratamiento radical —en el mejor sentido de la palabra— de su sufrimiento, abordando la raíz que, por supuesto, no se encuentra en el estrato de lo meramente psicológico, sino más hondo, en el núcleo de la persona como persona noética.

La verdadera naturaleza del ser humano es su cultura; mientras que cada animal tiene un entorno propio (de su especie), el hombre tiene acceso al mundo como realidad única, como mundo de sentido; en una palabra, el hombre llega hasta la dimensión noética.

Pero de ello resulta también que no hay para el ser humano una naturaleza «pura», «inocente». O, como lo dijo Novalis: en el camino de su evolución hacia arriba se le ha caído a la humanidad la escalera con la que subía: no es posible una vuelta atrás a una existencia meramente animal. En otras palabras: lo «puramente» natural sería para el ser humano *eo ipso* lo más antinatural.

De ello resulta de nuevo que lo que va en contra de la dimensión noética en el ser humano se encuentra en contradicción esencial con la existencia humana. Así, y solo así, puede entenderse que lo antinoético, la pérdida de la orientación al sentido, se venga en el ser humano en forma de enfermedad neurótica.

Por supuesto que no queremos decir con esto que lo antinoético o, incluso, la falta de creencias, deba atribuirse a una enfermedad, como a menudo quiere hacerlo creer una teología psicologizada. Tampoco queremos decir que lo noético esté de antemano en contraposición con la parte biológica de la naturaleza humana.¹² Por el contrario, justamente, la naturaleza humana está a priori penetrada totalmente de lo noético, y cuando no lo está es porque ha caído a posteriori en lo antinoético, en la pérdida de la orientación al sentido, que, como se

12. La «capacidad de obstinación de la dimensión noética» que caracteriza al ser humano —frente a los condicionamientos biológicos, psicológicos y sociológicos— es un poder «facultativo», es decir, se puede, pero no se tiene que recurrir necesariamente a él. Por supuesto, solo se lo puede medir en la superación de resistencias —a semejanza de la afirmación de Scheler de que la realidad se manifiesta en la resistencia que ofrece, también aquí podría decirse: la moralidad se demuestra solo cuando es puesta a prueba, cuando se expone a la tentación—, pero no se agota en ello.

ha dicho, no debe confundirse con la carencia de dimensión noética en los animales.

Con el siguiente caso exponemos cómo resulta todo ello en la praxis:

(Caso 7) El enfermo, de 34 años, entrega una biografía escrita de varias páginas. En ella informa no solamente sobre su grave depresión actual y su desesperación, que lo ha llevado al punto de tener intenciones suicidas, sino también sobre la causa: un grave trastorno de la potencia. Sobre su historia previa nos explica que su educación fue siempre estricta; siempre había cosas que estaban prohibidas. Pero, por otro lado, su madre tenía un amante con el que salía ante la vista del paciente; un hecho, sin embargo, del cual el padre no debía enterarse. De ese modo, se vio obligado a compartir prematuramente un secreto que giraba en torno a lo erótico o sexual. El paciente describe, además, cómo ya en sus juegos infantiles se puso de manifiesto que le gustaba especialmente desempeñar un papel de espectador, pasivo. Tanto menos nos sorprende luego leer que, después de entrar en la pubertad, sus relaciones sexuales se limitaron durante largo tiempo a tocamientos y manoseo a las chicas así como al «juego» con sus genitales, mientras que siempre eludió una relación sexual en toda regla. La culpa de esa circunstancia, afirma, la tuvo el miedo al compromiso. Por eso, en lugar de relaciones completas, su forma de actividad sexual derivó en un tipo de relación meramente cuantitativa. Y a continuación, en la biografía del paciente sigue una descripción llamativamente detallada de todas las diversas aventuras que tuvo; con un orgullo visible aunque ciertamente inconsciente describe en detalle cómo, por ejemplo, un día, viajando en el tranvía, se insinuó a una chica que viajaba habitualmente con él pero a la que no conocía, y cómo se jactó de ello ante sus compañeros de viaje; o cómo, en otra ocasión, tocó (presuntamente) los genitales de una chica sentada a su lado en la oscuridad del cine, y lo orgulloso que estaba de que el acompañante de la joven no advirtiera nada.

Según comenta espontánea y explícitamente, su impotencia era siempre completa cuando «sentía la menor presión por parte

de una chica» o, también de forma típica, cuando acudía con una chica a un hotel por horas. (Ya hemos tratado de ambos aspectos a menudo —el de la exigencia por parte de la pareja como el de la exigencia proveniente de la situación—.) Después de que un tratamiento con inyecciones y un tratamiento psicoterapéutico por parte de un especialista no tuvieran éxito juró finalmente casarse de inmediato con aquella mujer con la que fuera potente la primera vez. Y así fue. Pero, pronto, su potencia mermó. En la actualidad solo es medianamente potente cuando, durante la relación sexual con su mujer, piensa en sus juegos sexuales con otras chicas.

El paciente se refiere constantemente a asuntos como «pulsiones, hábitos, voluntad débil», y en un principio debemos hacer un gran esfuerzo psicoterapéutico para aclararle de forma enfática y decidida que todas esas cosas no son más que construcciones fatalistas que tienen por cometido hacer que la vida tenga una apariencia trágica ante sus propios ojos. Pero, en realidad, no hay nada verdaderamente trágico. Lo que debería hacer es más bien decidirse: decidirse por su mujer —a la que reconoce o supone amar, aunque «solo humanamente» —, o decidirse por esa sexualidad insuficiente e incompleta. Pero si se decide por su mujer, tendrá que asumir esa decisión, y eso significa que no solo deberá declararse a su mujer con palabras, sino estar también dispuesto a hacer sacrificios —renunciar a ceder ante sus «inclinaciones polígamas»—. Si realmente la ama, entonces se sentirá casi apremiado a hacer dicho sacrificio.

Lo que intentamos lograr con ello es una superación de la errónea actitud psíquica general (y no solo sexual) del paciente, que se manifiesta en su manera de ser pasivo o de quedarse a mitad del camino, y también en su miedo a la responsabilidad y al compromiso, al que subyace el miedo a perderse. Sin embargo, todo el desarrollo psíquico —y especialmente el desarrollo sexual— de nuestro paciente era tan «confuso y errado» que parecía que el trastorno sexual resultante solo podía superarse a través de una suerte de reposicionamiento noético: un reposicionamiento de la persona en toda la profundidad de su persona noética y en la totalidad de sus relaciones personales. Solo se puede esperar una reconstruc-

ción de la capacidad de entrega sexual desde la reconstrucción de capacidad de entrega humana. Mientras no fuera capaz de ir al encuentro de su mujer como un ser humano que va al encuentro de otro ser humano, no estaría en condiciones de ir al encuentro de su mujer como marido; pero en cuanto hubiera comprendido plenamente la indignidad humana de su sexualidad incompleta e insuficiente y hubiera arreglado la relación con su mujer en el plano humano, tarde o temprano recuperaría automáticamente la potencia normal.

Ejaculatio præcox

En los casos de trastorno de la potencia expuestos hasta ahora solo hemos considerado los que presentan debilidad de la erección. A continuación hablaremos de aquellos trastornos en los que el mecanismo de erección está o estaría esencialmente intacto, pero en los que hay un trastorno del proceso de eyaculación. Nos referimos a los casos de la denominada *ejaculatio præcox*. Hay que aclarar ya desde el principio que el tratamiento (y no solo el psicoterapéutico) de la eyaculación precoz suele resultar en general mucho más difícil que el de la falta de erección. Al parecer interviene aquí también una cierta disposición, por lo menos en relación con la facilitación neuronal del reflejo de eyaculación. Tampoco debemos olvidar que, en ocasiones, este trastorno debe comprenderse como algo enteramente fisiológico, y que aparece de forma pasajera también en hombres totalmente normales cada vez que, después de un período más o menos prolongado de abstinencia sexual, se reanudan las relaciones sexuales. La eyaculación precoz no debe considerarse en tales casos como inusual o de pronóstico desfavorable, por lo menos no cuando no interviene ningún mecanismo neurótico de ansiedad anticipatoria. Cuando oigamos hablar de tales trastornos como algo puntual, nos cuidaremos de diagnosticarlos en general como patológicos. En efecto, por una parte, el excedente de «carga» sexual conduce normalmente a una eyaculación anticipada; por la otra, ambos miembros de la pareja suelen necesitar en estas situaciones aquella acomodación del ritmo que la sexología denomina

con tanto acierto el «baile de calentamiento» [*Sich-eintanzen*].¹³ El hombre normal, por lo menos el hombre relativamente joven, superará generalmente estos escollos. Pues, debido a su capacidad para el *coitus repetitus* (al que, por supuesto, tendrá que arriesgarse), recuperará rápidamente la confianza en su capacidad sexual.

Las cosas son diferentes en el hombre que, por algún motivo, se ha vuelto inseguro *in sexualibus*. Aquí interviene no pocas veces la ansiedad anticipatoria, y esta disposición neurótica general se apodera del fracaso sexual puntual, que, en realidad, no es neurótico por no ser todavía patológico. Entonces se llega, desde el plano psíquico, al *circulus vitiosus* de la ansiedad anticipatoria que ya conocemos, al que más tarde se agrega también el proceso fisiológico de la creciente facilitación refleja. Así pues, ya no habrá de extrañarnos cuando oigamos decir a autores psicoterapeutas que, a menudo, la *ejaculatio praecox* constituye una verdadera cruz. Nosotros, sin embargo, solo la consideramos de pronóstico desfavorable y terapéuticamente difícil en aquellos casos en que, sea por la edad del enfermo o por otras razones, no se logra un *coitus repetitus* o cuando, a pesar de haberlo logrado, la eyaculación sigue siendo precoz.

En estos casos se recomienda terapéuticamente forzar el *coitus repetitus*, aunque sea a costa de un correspondiente *doping* farmacológico. (De ello deducimos lo erróneo que sería prescribir sedantes en estos casos.) En cuanto se logra con el *coitus repetitus* una eyaculación por lo menos relativamente retardada, aunque solo sea a causa de una sugestión farmacológica larvada o verbal que apunte en esa misma dirección, se interrumpe la facilitación del suceso reflejo acelerado, y

13. También es una superstición pensar que la fuerza del instinto sexual viene dada a cada uno en una medida diferente, pero determinada. En realidad, alguien que suele practicar el coito a diario está sexualmente excitado tras un intervalo de dos días, mientras que alguien que solo suele practicarlo una vez a la semana estaría sexualmente excitado solo pasadas dos semanas. Además, hay que agregar que los intervalos se pueden prolongar sin dificultad si uno cree tener motivos para ello, de modo que un tiempo de completa abstinencia sexual no tiene por qué resultar necesariamente difícil. Nuestro punto de vista está confirmado por material de observaciones obtenido de fuentes independientes.

la ansiedad anticipatoria queda sin objeto. Además, habría que especificar aquellas reglas que proporcionamos conscientemente a nuestros pacientes desde una perspectiva intencionalmente «técnica». Pensamos aquí en primer lugar en las diversas posibilidades de reprimir el impulso eyaculatorio limitando o amortiguando el torrente de estímulos sexuales. En ese sentido, recomendando por ejemplo el *coitus condomatus*, se logra a menudo eliminar inmediatamente el trastorno y, de ese modo se logra también eliminar en el futuro cualquier motivo de ansiedad anticipatoria en las relaciones sexuales habituales. Por no mencionar las vulgares recomendaciones que apuntan a distraer la atención de la pareja sexual en el momento crítico mediante algún truco, y orientarla a cosas de lo más irrelevantes desde el punto de vista afectivo. Si, de la manera que sea, el enfermo logra dominar aunque solo sea una vez la tendencia a la eyaculación precoz, notará pronto que, con un cierto entrenamiento, ese dominio puede ampliarse lo suficiente como para que la erección se quede de alguna manera «enganchada», es decir, que se sostenga prácticamente todo el tiempo que se quiera sin que se llegue a la eyaculación, salvo que se quiera expresamente.

No obstante, es posible que, en la mayoría de los casos, tengamos que ahondar más y poner al descubierto la verdadera psicogénesis de la *ejaculatio praecox*. En la mayoría de los casos de este tipo se pone de manifiesto que, en última instancia, el trastorno debe atribuirse —para servirnos una vez más de la distinción conceptual de A. Moll— a que el interés del hombre por la detumescencia predomina sobre el interés por la contractación. Muchas veces, estos pacientes reconocerán abiertamente que el intento de relación sexual tiene para ellos el mismo valor que el «onanismo con una mujer», como a veces ellos mismos lo designan espontáneamente. Por lo tanto, no nos sorprenderemos al encontrar en la *ejaculatio praecox* el mismo primado del instinto de detumescencia frente al de contractación que hemos encontrado en la masturbación.

Este estado interno que hemos perfilado —a partir del que se llega necesariamente, desde un punto de vista psicológico, a la *ejaculatio praecox*— se caracteriza también por una situación externa que aparece repetidamente en las anamnesis; el intento de relación sexual se produce típicamente «deprisa y corriendo». Pues estos hombres

no le dan importancia, en consonancia con su actitud sexual general (detrás de la que, por supuesto, está su actitud humana), a buscar una situación normal de entrega sexual: no quieren entregarse sexualmente, no quieren entregar absolutamente nada, lo único que desean es, justamente, la detumescencia, «desahogar» su tensión y su energía sexual acumulada. Así pues, resulta típico lo que relata uno de estos pacientes: primero, que la compañera sexual en cuestión le atraía físicamente (para nada podría haberse hablado de amor), y, segundo que, por determinadas razones, «todo tenía que darse deprisa y corriendo». Otro de nuestros pacientes relata que intentó infructuosamente la relación sexual tras remar con su pareja en un pequeño lago de montaña; sucedió que primero lo intentó en la barca y, tras el primer fracaso, en una pequeña isla, donde detrás de la mayoría de los arbustos había también otras parejas.

Está claro que aquí, de nuevo, solo puede alcanzar su objetivo psicoterapéutico un seguimiento del trastorno que se remonte hasta el ámbito en el que el trastorno ya no es una cuestión de valoraciones psicopatológicas, sino una cuestión de actitud humana. Nosotros, sin embargo, no dudamos en admitir, en virtud de nuestras experiencias con los propios pacientes, que no tememos entrar con nuestros pacientes en ese espacio de encuentro específicamente humano desde la dimensión noética. No depende de nosotros, en efecto, que debamos observar y seguir la pista de las neurosis sexuales (en especial los trastornos de la potencia) tanto en lo patogénico como en lo psicoterapéutico más allá de su psicogénesis para llegar hasta sus bases humanas y noéticas, hasta su noogénesis. Se debe más bien a la sencilla razón de que toda capacidad sexual-corporal se basa, en última instancia, en la capacidad psíquica y noética para amar.

Amar significa poder decir «tú» a alguien; pero amar no significa solamente decir «tú» a una persona, sino también algo más: significa decir sí a esa persona. Es decir, significa no solamente captar a un ser humano en su esencia, en su unicidad y singularidad, sino también decirle sí en su valor. Por tanto, es ver a una persona no solo en su «ser así y no de otro modo», sino ver todavía más: verla también en su «poder ser» y «deber ser», es decir, no solo como es realmente, sino también todo lo que puede o debe llegar a ser. El verdadero amor

hace al ser humano clarividente, lo hace hasta «visionario», puesto que ver las posibilidades de valor del ser amado significa ver lo que es mera posibilidad, lo que todavía no es realidad, lo que todavía no se ha realizado sino que debe aún realizarse.

La capacidad de amar orienta la pulsión y la ordena no solo hacia un «objetivo», sino hacia un «objeto», a saber, hacia la persona de la pareja que se ama. Solo en la medida en que la pulsión está orientada de ese modo y dirigida hacia la persona del otro, del ser amado, solo en esa medida es posible que la propia persona ordene y coloque a la pulsión donde le corresponde. Solo un yo que tiende a un tú puede integrar el ello.

*Perversiones (homosexualidad)*¹⁴

A partir de la *Psychopatia sexualis* de Krafft-Ebing se despertó el interés científico por las perversiones, pero cuando se ha despertado verdaderamente ha sido a partir del psicoanálisis de Freud, que, al principio de su desarrollo, había llamado la atención sobre la latente disposición perversa presente también en el hombre normal. Freud habló del niño como un «perverso polimorfo». Por supuesto, el psicoanálisis entiende por esta sexualidad infantil —con la que siempre se topa la investigación analítica— algo enteramente distinto de lo que acostumbramos a comprender generalmente como sexualidad, es decir, la sexualidad de los adultos. Pues, para servirnos de una tesis psicoanalítica, la sexualidad de la persona adulta se encuentra normalmente bajo lo que Freud denomina el primado genital, que, presuponiendo un desarrollo normal, se establece en la pubertad. Actualmente, apenas se puede plantear duda alguna sobre la validez de las observaciones de la escuela freudiana respecto de la sexualidad infantil. Sin embargo, que dichas observaciones se hayan interpretado correctamente o no ya es otra cuestión.

14. Hay que entender la visión de Frankl sobre la homosexualidad en su contexto histórico, y por ello también su clasificación como «perversión». (*N. de la E.*)

Sería un lugar común afirmar que los límites entre lo normal y lo anormal, especialmente en el campo de la sexualidad, o sea, con relación a las perversiones, son totalmente difusos. Y, en caso que pudiéramos indicar un criterio que justificara hablar acerca de lo que todavía es normal o de lo que ya es anormal, sería, en cualquier caso, en mayor o menor medida, externo y arbitrario. Lo más sencillo sería atenerse en esta cuestión al punto de vista de Oswald Schwarz, que formula su opinión diciendo que solo tenemos derecho a designar como perverso un afecto sexual «anormal» cuando la persona no está en condiciones de llegar a la vivencia de un orgasmo en toda regla sin satisfacer esas inclinaciones y deseos anormales. Por lo tanto, solo deberíamos hablar de perversión cuando la satisfacción de pulsiones anormales (donde, evidentemente, solo se considera la orientación hacia objetivos pulsionales anormales y no a objetos pulsionales anormales) se ha convertido en una *conditio sine qua non* en relación con el orgasmo. Todo lo demás podríamos considerarlo como una tonalidad personal de la sexualidad. Queda claro que personas más distinguidas, sobre todo naturalezas más cultivadas, con una vida sentimental más sutil, se inclinan de entrada a ceder a sus impulsos sexuales no del todo normales, percibidos también como tales: sea por afán de originalidad, por avidez de sensaciones o esnobismo, o porque buscan «cultivar» los instintos sexuales, todas estas personas darán curso más libre a sus instintos que el hombre «burgués» promedio.

Y sin embargo, es precisamente en esta clase de personas «formales», «virtuosas», «caseras», donde también podremos encontrar con frecuencia inclinaciones anormales o incluso perversas. Sobre todo cuando, ya a una edad relativamente avanzada, las inclinaciones perversas se escondan detrás de una disminución de la potencia sexual.

Entre los perversos, los que más a menudo acuden al médico en busca de consejo y ayuda son los homosexuales. Debemos distinguir de entrada entre la llamada homosexualidad originaria y la meramente neurótica. Naturalmente, esta distinción no resultará fácil en todos los casos, y ello porque, en ciertos casos límite, no existe la posibilidad de distinguirlos rigurosamente. La única posibilidad que nos queda al respecto surge a partir de una exploración que, en una minuciosa anamnesis, procure establecer si alguna vez, ya sea en la infancia, en

la juventud o bien en sueños, el paciente se ha sentido heterosexual. Si este es el caso, tendremos bastante razón para hablar de una homosexualidad neurótica, que no tiene por qué estar arraigada en la predisposición de la persona. Más bien, deberíamos representarnos la cuestión patogénica de la siguiente manera: el ser humano tiene una predisposición bisexual no solo en sentido biológico, sino también en el sentido de una psicología del desarrollo ontogenético. Ahora bien, mientras que en el individuo normal el componente pulsional homosexual desaparece por completo a lo largo de su desarrollo, como muy tarde en la época de madurez (es decir, desde la aparición del «primado genital»), en otros casos el curso del desarrollo puede estar perturbado y la homosexualidad prepuberal, que en general es latente o se ha vuelto latente, permanece en el primer plano de la conciencia.

En algunos casos la persona hasta ese momento normal puede quedar fijada en este homoerotismo. Según nuestra experiencia, esta fijación en la pulsión homoerótica aparece preponderantemente cuando un acontecimiento traumático, es decir, un «trauma psíquico», ha orientado en un momento dado la atención de la persona —o, también podríamos decir, la pulsión sexual— hacia parejas del mismo sexo. Los factores traumatizantes son en este sentido sobre todo situaciones en las que hay una seducción de adolescentes por parte de homosexuales adultos. Pero basta con que, por ejemplo, la tan frecuente masturbación mutua impulse a la pulsión hacia la homosexualidad, sin que los actos masturbatorios hayan tenido una intención original homosexual. Sin embargo, en esos casos se habrá establecido una cierta fijación a una pareja del mismo género —o, mejor dicho, al órgano sexual del mismo género— como posible fuente de placer libidinoso.

Pero hay un paso más en el que podemos seguir al psicoanálisis. Pues podemos reconocer, sin más, que, aparte del momento de la fijación, también la «regresión» puede desempeñar un papel como factor desencadenante de un desarrollo en dirección hacia la homosexualidad. Pues la experiencia muestra continuamente que, también en fases más tardías del desarrollo, se recurre a la orientación pulsional homosexual «olvidada hace tiempo». Pensamos aquí en los casos de personas relativamente jóvenes, o sea, todavía psíquicamente

«plásticas», que son impulsadas a recurrir a las relaciones homosexuales por una situación exterior de «renuncia forzada del instinto», es decir, por una abstinencia forzada de la satisfacción normal del instinto. Pensemos solamente en situaciones como la de los presos u otras semejantes.

Ahora bien, en cuanto al tratamiento de los casos de homosexualidad neurótica vale una vez más lo que ya hemos mencionado con frecuencia en otros contextos. Se tratará sobre todo de señalarle al enfermo el proceso de su «perversión» aparentemente condicionada por su predisposición, y por tanto solo aparentemente irreversible, de forma que los nexos etiológicos se presenten como algo enteramente comprensible desde el punto de vista humano, y de ningún modo solo desde un punto de vista patológico. De esta manera el paciente se liberará desde un principio de la conciencia opresiva de encontrarse indefenso frente a sus pulsiones perversas como ante un poder «demoníaco» inevitable, como ante una «pulsión ineludible». No hemos de tener reparos en manifestar abiertamente al paciente, es más, debemos subrayarlo una y otra vez, que cada ser humano, también el más normal, debe considerarse, en el sentido del psicoanálisis, «perverso polimorfo», y que, por ejemplo, la disposición bisexual —que está marcada más claramente en unos y menos claramente en otros— solo puede superarse más tarde, en la pubertad, y solo si se dan circunstancias normales, de modo que también la persona que bajo circunstancias anómalas se ve empujada hacia un desarrollo anómalo, no tiene por qué considerarse ni mucho menos estigmatizada.

A continuación queremos discutir un caso concreto que permite mostrar de forma especialmente ilustrativa las circunstancias que están aquí en cuestión, en cuanto muestra, en la concurrencia de diferentes factores genéticos, cómo una serie de casualidades de la biografía de nuestro paciente no solo determina sus perversiones, sino que—muy en el sentido de Freud— las sobredetermina.

(Caso 8) El paciente, universitario de 22 años, viene a vernos a causa de su «homosexualidad» e impotencia. La anamnesis aporta los siguientes datos: a la edad de cuatro años, el enfermo vio un día, estando casualmente acostado en la cama junto a su relativa-

mente joven madrastra, que ella, mientras dormía, había dejado al desnudo la zona glútea. Entonces —lo recuerda todavía exactamente— se puso a toquetear con los dedos el ano de la madrastra, hasta que ella despertó y le apartó la mano de una palmada.

Al parecer, ni nuestro paciente ni su madrastra habían dado en su momento la más mínima importancia a este incidente. De todos modos, bastó para atraer de alguna manera la atención lúdico-pulsional del niño hacia la región anal y para fijarla allí. Escuchemos a continuación lo que nos indica el paciente en la anamnesis: años más tarde le hicieron a menudo enemas, y era precisamente su madrastra quien se los hacía. No vamos desencaminados si presumimos que este hecho supone un paso más en el desarrollo que señala en dirección hacia una fijación pulsional a lo «erótico anal». Aunque esta vez ya no hacia la zona anal de una «pareja», sino hacia el propio ano como posible fuente de placer. Y la anamnesis continúa.

Al comienzo de la pubertad, explica nuestro paciente, comenzó a masturbarse analmente.

Una vez descubierta como fuente de placer, la región anal ya estaba predispuesta para, en la etapa de la irrupción de la sexualidad, ponerse al servicio de la pulsión sexual todavía amorfa (por no decir: polimorfa). No obstante, para nosotros está claro que esta tercera etapa, la de la masturbación anal, después de las dos anteriores —por un lado, la experiencia con la madrastra y, por el otro, los reiterados enemas— debió llevar a una mayor fijación en el mismo sentido.

Un día, nuestro paciente se enteró de oídas que los homosexuales practican el sexo anal. Y, a partir de ese momento —continúa su relato—, se introdujeron contenidos homosexuales en las fantasías que acompañaban sus actos de masturbación (anal).

También después de que el paciente, como explica más adelante, hubiera dejado de masturbarse, su interés sexual no solo continuó triplemente fijado a lo anal como objetivo pulsional, sino también a objetos pulsionales homosexuales (aunque solo en sus fantasías). Por último, el paciente señala lo siguiente:

Debido a su desesperación porque era, como afirma, totalmente perverso, se «examina» continuamente, se observa para detectar si

siente placer cuando se representa en sus fantasías, por ejemplo, que un hombre está «detrás de él», etc.

Vemos por lo tanto cómo el miedo a ser perverso lleva al enfermo a seducirse de algún modo a sí mismo, es decir, a poner a prueba constantemente su reacción instintiva, precisamente por el miedo de constatar su perversidad «abismal e irremediable». ¿A quién le sorprende que también aquí se introduzca una especie de mecanismo de ansiedad anticipatoria, y que de esta manera se genere —de un modo experimental— precisamente el resultado que tanto teme hallar nuestro paciente en sus experimentos? Una vez más se ha dado así el paso que conduce necesariamente a la fijación en lo homoerótico. Y se ha dado de forma experimental en una medida que nos autoriza a atrevernos a afirmar frente al enfermo que, después de todo lo sucedido anteriormente y de su propio proceder (ponerse a prueba), incluso el hombre con la disposición más normal se habría visto finalmente empujado, externa e internamente, hacia una homosexualidad semejante, solo en apariencia irreversible.

En lo que respecta a la patogénesis de la perversión homosexual en este caso, han quedado clarificados el contexto y los nexos causales, y ahora hay que aclararle al paciente, con intención terapéutica, que desde el punto de vista teórico en realidad cualquier hombre, también el más sano, habría derivado exactamente hacia la misma dirección en el desarrollo de su sexualidad si hubiese tenido las mismas experiencias que apuntaban casualmente en la misma dirección y que se acumulaban a lo largo del tiempo.

Con esta aclaración se logra un comprensible alivio psíquico, pues ahora nuestro paciente no necesita sentirse frente a su perversión como frente a un hecho ineludible y estigmatizador. Pero, más allá de eso, a la terapia le corresponde una tarea positiva. En efecto, no solamente queremos liberarlo de la presión, de la pesadilla de su condición de pervertido, sino guiarlo también hacia una sexualidad normal, a la sexualidad normal que le corresponde. No obstante, una sexualidad humana normal —la única sexualidad adecuada al ser humano— es

siempre una vida sexual capaz de expresarse, de expresar un sentimiento amoroso.

Así, se trataría no tanto de que el paciente llegue a lograr una potencia sexual normal como a educarlo para que sea capaz de amar. Por lo tanto debemos recomendarle encarecidamente que se busque una pareja a la que pueda amar. Se dan los requisitos para poder hacer esta recomendación —felizmente, en este caso se da esta constelación favorable—, pues el enfermo relata que en sus sueños aparecen también contenidos sexuales normales; más aún, que también en estado de vigilia puede percibir su interés por las chicas. No obstante, en todos los intentos que ha hecho en este sentido se ha mostrado siempre impotente. Por supuesto que los intentos los había emprendido principalmente con prostitutas. Precisamente por eso le exigimos ahora al paciente desistir de todos los intentos sexuales en la medida que no tengan un valor anímico propio: a saber, el de ser expresión corporal de amor.

Sin embargo, en el sentido del alivio psicológico expuesto más arriba se habrá ganado algo más: ¡tiempo!

En efecto, el enfermo, que en la actualidad está desesperado y por tanto está extremadamente tenso en toda su actitud mental, se queja, entre otras cosas, de su actual incapacidad de dedicarse al estudio. Sus pensamientos giran constantemente en torno a lo que él ve de manera fatalista como el *fatum* de ser un hombre completamente pervertido. Ahora, sin embargo, se le exige que espere hasta que haya encontrado a una chica a la que pueda amar. ¿No se ha ganado tiempo con ello —acaso no necesita tomarse el tiempo necesario para encontrarla—? Y, habiéndole quitado a su perversión su supuesto carácter irreversible, ¿no puede él dedicarse ahora a estudiar «sin cargos de conciencia» y por tanto, «con toda tranquilidad»?

Pero hay todavía algunas otras cosas que tenemos que recomendarle a nuestro paciente. Pues no debemos olvidar que se trata de una persona que se ha vuelto totalmente insegura en su sexualidad.

Por tanto, al consejo de esperar y estudiar —y, mientras tanto, de seguir atento a la posibilidad de una pareja afectiva— deberíamos agregar el siguiente: elegir, en lo posible, a una pareja sexualmente inexperta. Pues de ese modo le será posible reducir al mínimo su inseguridad, que, dado el caso, se convertiría en inhibición. La pareja tampoco debería ser alguien que le exigiese algún tipo de actividad sexual, o siquiera iniciativa sexual. Pues también eso sería suficiente para inhibir, si no el incipiente sentimiento afectivo, sí el impulso sexual que lo expresara. Pero si logra las condiciones favorables requeridas, entonces —y esto podemos predecírselo tranquilamente al enfermo— el impulso afectivo llevará automáticamente a una potencia normal y con ello a una vida sexual normal, esa vida sexual que, hasta ahora, no pudo lograrse por la fuerza sin verdadero amor, ni tampoco con una voluntad tan crispada.

Al principio se ha hecho referencia a la necesidad de distinguir entre homosexualidad neurótica y originaria. Ahora queremos preguntarnos qué posición hemos de asumir como psicoterapeutas ante aquellos casos en los que la homosexualidad, por lo que parece, es originaria, es decir, corresponde a una predisposición y, por tanto, es irreversible. Por fortuna, estos casos son los más infrecuentes. Además, este tipo de personas acuden solo raras veces a consultar al especialista o al médico. Pues, en general, estas personas no tienen necesidad alguna de hacerse tratar. Por eso mismo, no viven su perturbación como algo esencialmente patológico: por el contrario, se sabe que, muy a semejanza de los adictos, tienen la tendencia a hacer una suerte de propaganda de la «belleza» o hasta del valor cultural de sus vivencias sexuales y a hacer «proselitismo» (y este es el aspecto peligroso en el sentido de la psicohigiene colectiva).

No obstante, incluimos aquí un caso que corresponde a esta categoría para exponer cómo ha de comportarse el psicoterapeuta ante una circunstancia irreversible.

(Caso 9) El enfermo en cuestión tiene 50 años y una elevada posición profesional. Afirma que hace veinte años estuvo durante dos

años en tratamiento psicoanalítico regular, el cual, sin embargo, no tuvo ningún efecto. Es interesante destacar que, tampoco entonces —como en esta ocasión—, consultó al médico por su homosexualidad, sino por ciertas dificultades en su trabajo profesional. Se sintió desde siempre homosexual: nunca en su vida, ni siquiera en un solo sueño que él recuerde, se sintió heterosexual. Tampoco en las fantasías que acompañaban los actos masturbatorios que se iniciaron en la pubertad aparecieron nunca contenidos que no fuesen homosexuales. En el pasado había tenido relaciones sexuales duraderas con dos adolescentes varones. Ahora, «a su edad», la sexualidad ya no representa problema alguno para él. Acude al médico más bien por dispersión o incapacidad de concentrarse. Ahora bien, esta dispersión existe desde su infancia, sin que se hayan observado diferencias entre distintas fases del proceso gradual de su desarrollo.

Por lo tanto podemos suponer que esta dispersión está en concordancia con la homosexualidad del paciente en el sentido de que ambas manifestaciones deben interpretarse como dos caras de una constitución idéntica. Sin embargo, debemos considerar esta constitución previa como un hecho inevitable, e indicárselo así al paciente. Pero él tiene la tarea de reducir ese hecho irreversible a un mínimo inevitable precisamente tomando distancia de la lucha ciega y crispada contra ello. Pues en este caso concreto se puso rápidamente de manifiesto que la dispersión, y en general las dificultades de nuestro paciente en su trabajo profesional, no deben interpretarse como un síntoma neurótico, sino como manifestaciones parciales de su propia constitución.

A este paciente le está igualmente vedado, en última instancia, el segundo aspecto importante de la existencia, a partir del cual el ser humano puede obtener la plenitud existencial: la vida afectiva. Al igual que en la profesión, también le está vedada la satisfacción última en el amor. ¡Cuán limitadas han de quedar con ello las posibilidades existenciales! Pero una psicoterapia, y toda psicoterapia, precisamente en los casos en los que el enfermo parece confrontado con un destino inevitable, debe darle al paciente la posibilidad de encontrar una salida, encontrar un camino hacia un sentido personal en la propia vida y, con ello, hacia la plenitud existencial.

Así, de forma puramente improvisada e inesperada planteamos a nuestro paciente la pregunta: ¿qué es lo que realmente le da más alegría en la vida? A esta pregunta nos contestó rápidamente: «El arte, la literatura, y las relaciones amistosas e intelectualmente estimulantes con otras personas». De ahí surgió el punto de partida para la ulterior psicoterapia, que a partir de ese momento podía encarar la cuestión de dónde, ya que no en la vida profesional ni en la afectiva, podía descubrirse un sentido a esta existencia humana. El punto de partida resultó ser el siguiente: el paciente indicó que, en lo relativo a sus inclinaciones culturales, la dispersión no lo molestaba lo más mínimo. Mientras que hacía mucho tiempo que se había llegado a reconciliar con su homosexualidad, faltaba todavía que, simplemente, se hiciera cargo de sus limitaciones en su trabajo profesional y que las asumiera.

Sin embargo, estaríamos interpretando erróneamente el principio a partir del cual tenemos la intención de sugerir una reconciliación del enfermo con su «facticidad» si pensáramos que le estamos haciendo el juego al fatalismo neurótico. ¡Todo lo contrario! Basándonos en nuestra experiencia, esperamos más bien que las limitaciones en el trabajo podrán reducirse al mínimo inevitable precisamente solo si el enfermo deja de rebelarse una y otra vez contra ello, es decir, como se ha dicho antes, si deja de luchar crispadamente contra ello. Pues también aquí, como tan a menudo en otros casos, se genera a partir de esa lucha un *circulus vitiosus* cuando la atención del paciente se concentra precisamente en aquello de lo que quiere liberarse. Nos encontramos aquí con un típico giro neurótico que en cierto modo podría denominarse subjetivista, por no decir psicologista.

En el caso de nuestro paciente, que sufre de dispersión o falta de concentración, sucede lo siguiente—y él lo admite en cuanto se lo decimos directamente—: cuando trabaja, en lugar de concentrarse en su trabajo, ¡se concentra en su propia capacidad de concentración! ¿No es verdad —le preguntamos— que usted piensa todo el tiempo: «tengo que concentrarme», «tengo que concentrarme», «tengo que concentrarme», y en cambio ha dejado

de pensar hace ya mucho en aquello en lo que realmente debía concentrarse? Y, como si se hubiera liberado de un error fundamental que ha ido cometiendo a lo largo de su vida, el paciente responde afirmativamente.

Sin embargo, este error ya no es un destino inevitable o algo que no se pueda remediar. Pero ahora entendemos también cuándo se podrá remediar este error: cuando nuestro paciente admita, simplemente, que pertenece a un tipo de persona que tiende a tener dificultades para concentrarse, y en cuanto deje de luchar encarnizada y continuamente contra la parte esencial e inevitable de su sufrimiento. Por supuesto que la deseada reconciliación con ese destino —justamente para reducirlo a una mínima medida ineludible— fue fácil de lograr en este caso porque, como se ha dicho, lo esencial, lo que llenaba la vida de nuestro paciente estaba más allá de todo lo invalidado por su incapacidad para concentrarse.

Así como el *circulus vitiosus* descrito más arriba es perfectamente comprensible desde el punto de vista humano, es decir, representa una forma de reaccionar humanamente comprensible y no debe interpretarse como un mecanismo patológico, así en el presente caso fue interesante observar el fundamento emocional por el que nuestro paciente tendía a sobrevalorar la cuestión de su dificultad para concentrarse (pues queda claro que solo una sobrevaloración de las limitaciones en el trabajo profesional lo llevó a luchar contra ellas de una forma tan exagerada durante toda su vida).

Cuando, a modo de resumen, se explicó al enfermo que tenía que trivializar su vida profesional (al igual que su vida afectiva) tanto como se lo permitiera la necesidad de mantener un cierto estándar de vida, y que debía buscar la plenitud en su vida privada, concretamente en el ámbito cultural, pudimos percibir de repente una especie de resistencia, y, vehementemente y con resentimiento, el paciente replicó: «Pero gente mucho más primitiva que yo da la talla en esas cosas que usted acaba de trivializar con tanta razón como mero trabajo menestral».

De ese modo se puso de manifiesto cómo la exagerada lucha librada por nuestro paciente a lo largo de su vida por su capacidad de concentración —una lucha que, justamente por exagerada, exacerbaba necesariamente sus dificultades de concentración— tenía, en realidad, una raíz afectiva, y se mostró al mismo tiempo que su base emocional no era otra cosa que rivalidad. Una rivalidad para la que, tal como pudimos afirmar al enfermo, tenía muy pocos motivos; pues no tenía por qué envidiar a los otros, a los que tenían más éxito en su vida profesional, por algo que estaba para nada en su propia línea de plenitud existencial.

Neurosis sexuales en las mujeres

Junto al análisis de los trastornos de la potencia debemos ocuparnos de las neurosis sexuales análogas en la mujer. En realidad, deberíamos analizar la frigidez o dispareunia.¹⁵ Pero las analogías psicológicas son tan evidentes que nos parece innecesario tratar en detalle el correlato femenino del trastorno de la potencia, más aún considerando que la psicología de la frigidez es menos grave por no tratarse de trastornos notorios de la función orgánica, sino de trastornos de la capacidad de vivencia sexual, de trastornos del proceso psíquico del acto sexual hasta la plena satisfacción, hasta el orgasmo.

Lo que en definitiva le importa al paciente que sufre *ejaculatio præcox* es liberarse de su esperma y descargar la tensión. En una palabra, se trata de la libertad del displacer —el placer negativo de esa liberación—. Por el contrario, la persona con problemas de impotencia busca el placer positivo. En efecto, ya habíamos dicho que es precisamente por importarle tanto este placer que se le escapa. En suma, el principio del placer fracasa en sí mismo: se obstaculiza a sí mismo.

15. En este contexto cabe advertir aquí que las neurosis sexuales en el varón pueden tener como consecuencia neurosis en la mujer, de modo que podría hablarse de neurosis sexuales femeninas «androgénicas». Así, la *ejaculatio præcox* de una parte puede llevar a una dispareunia de la otra, o la masturbación mutua puede conducir a una fijación al llamado erotismo clitoriano.

El placer forma parte de aquellas cosas que tienen que ser siempre un efecto, y no pueden ser intencionales, como sucede con el sueño, del cual dijo Dubois que era una paloma que se escapa volando cuando tratamos de atraparla. También el placer es un efecto que no consiente que se lo «atrape». Análogamente dijo Kierkegaard que la puerta hacia la felicidad se abre hacia fuera, y que se nos cierra más cuanto mayor es nuestro empeño por penetrar en ella. Podríamos decir que si tratamos de cazar la felicidad la espantamos; también la lucha por el placer lo espanta. La lucha por el placer es característica del patrón de reacción neurótico sexual. Se trata de una intención forzada del placer sexual y del orgasmo, a la que se suma una reflexión forzada. Ambas son patógenas: tanto un exceso de atención como un exceso de intención.

(Caso 10) La señorita S. acude a nosotros por frigidez. La paciente fue abusada sexualmente por su padre en su infancia. No obstante, trabajamos heurísticamente haciendo como si no existiese un trauma psicosexual y, preguntando a la paciente si tenía la expectativa de haber sido dañada por el incesto, se confirma nuestra suposición: menciona que estaba influida por un libro de divulgación que incluía una interpretación vulgar del psicoanálisis y que la llevó a la convicción de que «esto (el incesto) tiene que traer sus consecuencias». En una palabra, se estableció una ansiedad anticipatoria bibliógena que aprisionaba a la paciente y que estaba «al acecho» cada vez que se presentaba la ocasión de tener relaciones sexuales con su pareja, de modo que su atención estaba dividida entre su pareja y ella misma. Todo ello hacía fracasar el orgasmo, pues cuanto más atención se presta al acto sexual tanto menor es la capacidad de entrega. Con otras palabras: el centro de la atención lo ocupa el acto sexual y no el objeto del amor. En el caso de la paciente, la ansiedad anticipatoria bibliógena no solo provocó una reflexión forzada del acto sexual, sino también una intención forzada del placer sexual —la intención forzada del orgasmo, pues la paciente quería probar y confirmar por fin su femineidad—. La terapia se focalizó en la intención y la reflexión forzadas. En ese sentido, y partiendo del citado símil de Dubois, aclaramos a la paciente que lo que es válido para conciliar el sueño vale también

para la relación sexual. «A semejanza del sueño», le explicamos, «la felicidad en el amor, a la que usted aspira de forma tan forzada, es como un pájaro que escapa volando cuando su mano intenta apresarlo. No piense en el orgasmo, y cuanto menos se preocupe por él, antes vendrá por sí solo». Después convencí a mi paciente de que, en ese momento, no tenía tiempo de hacerme cargo del tratamiento, y la cité para dos meses después. Pero le recomendé que, mientras tanto, no se preocupara más de su capacidad de lograr o no el orgasmo, sino que, durante la relación sexual, fijara la atención en su pareja. Lo que sucedió luego me dio la razón. Ocurrió lo que secretamente yo había esperado. La paciente no regresó a los dos meses, sino a los dos días, curada.

Desviar la atención respecto de sí misma, de su propia capacidad o incapacidad para llegar al orgasmo —es decir, la derreflexión— y la entrega más despreocupada y espontánea a la pareja habían bastado para que llegara por primera vez al orgasmo.

Se sabe que también un porcentaje relativamente elevado de «mujeres felizmente casadas» demuestran ser, si se observa más de cerca, al menos parcialmente frígidas. Etiológicamente puede deberse a las causas psíquicas más variadas. En primer lugar habría que citar las influencias de la educación, es decir, las que provienen de un medio donde impera una mentalidad moral y sexual que propicia, por un lado, la mojigatería y, por el otro, por desquite, una actitud errónea, forzada, inhibida con respecto a la sexualidad. Así, las muchachas y mujeres jóvenes desarrollan una tendencia a un tipo de sexualidad insuficiente e incompleta, que incluye la masturbación mutua. Esta incide en la patogénesis de determinadas formas de frigidez relativa. En efecto, la masturbación mutua provoca en la mujer una fijación de la disposición al orgasmo en el clítoris. Hará falta en el matrimonio mucha paciencia por parte de ambos cónyuges para pasar del llamado erotismo clitoriano a la posibilidad de desencadenar fisiológicamente el orgasmo por la vía normal, a través del coito normal, es decir, por reflejo desde la profundidad de la vagina.

Es evidente que, en la anamnesis, desde la psicología profunda de muchos casos de este tipo podrán constatarse traumas psíquicos.

En primer lugar habría que mencionar los intentos de violación o las violaciones consumadas, así como desfloraciones brutales y desconsideradas. Por supuesto, también aquí la persona sufrirá la ansiedad anticipatoria respecto del suceso traumatizante originario, estableciendo de nuevo el círculo vicioso que hemos encontrado frecuentemente en la exploración de los hombres con trastornos de la potencia. Es evidente que el rechazo instintivo reflejo suscitado por traumas primigenios de ese tipo no permanece, dado el caso, en la esfera vivencial, sino que se traduce en manifestaciones somáticas, la más destacada de las cuales es el vaginismo. Se entiende que este trastorno sexual, que constituye la expresión corporal de una actitud psíquica, puede ser el punto de partida de un mecanismo de ansiedad anticipatoria.

La actitud psíquica básica que da origen a trastornos como el vaginismo podría describirse acertadamente como el miedo a ser dominado sexualmente. La siguiente experiencia casuística arroja luz sobre el sentido en que deberá orientarse la psicoterapia de este tipo de trastornos:

Una paciente que sufría desde hacía muchos años una forma grave de vaginismo recibió la indicación médica de realizar la *inmissio membri* literalmente con sus propias manos, *digitis propriis*. De ese modo, de forma simbólica —y, por eso, vivencial—, debía descartarse radicalmente todo aspecto de atropello y, por otra parte, encontrar una expresión simbólica para la propia iniciativa, a partir de la cual podría darse la entrega amorosa y totalmente espontánea. Llorando de felicidad, la enferma relató en la siguiente sesión el éxito inmediato y pleno que había tenido esa simple medida.

En el límite de las neurosis sexuales se encuentran aquellos casos de enfermedad neurótica en los que no se trata, o se trata en menor medida, de un trastorno sexual propiamente dicho, sino más bien de una actitud y posicionamiento neurótico general frente a la vida amorosa en su conjunto, aunque la neurosis general se manifieste también de forma secundaria en síntomas puntuales. Un caso de este tipo sería el siguiente:

(Caso 11) La enferma, de 27 años, nos es derivada por un neumólogo. Padece tuberculosis pulmonar y ha tenido que someterse a tratamientos de neumotórax artificial. En su sintomatología destacan frecuentes vómitos que no pueden asociarse a la tuberculosis y que el neumólogo atribuye a una neurosis gástrica. La paciente admite que últimamente ha estado muy nerviosa, aunque no tanto por su enfermedad pulmonar como por el problema actual de su boda: en un primer momento su prometido parecía que había querido posponerla, aparentemente por haberse enterado de su enfermedad pulmonar. La paciente señala que, a consecuencia de eso, había sido ella la que había decidido postergar la boda con el deseo de vengarse de alguna manera de su prometido. Le preguntamos si lo ama, y contesta: «Realmente no tanto; más bien pienso que me podría ir muy bien como enferma crónica ya que él me cuidaría, y, tal vez, el amor venga después por sí solo». Para no asustarlo no quiere decirle toda la verdad acerca de su enfermedad, pues no sabe con certeza si él la quiere suficientemente; tiene la sospecha de que solo quiera casarse con ella por su dinero.

Vemos, pues, cómo en esta cuestión matrimonial se entrelazan factores muy diversos que en cualquier caso poco tienen que ver con el amor. No está claro hasta qué punto el prometido solo quiere casarse con ella por su dinero, y, por otra parte, tampoco está claro hasta qué punto la enferma querría casarse con él solo para tener a alguien que la cuide. Con esta finalidad está dispuesta a empezar su matrimonio con una mentira. Por lo demás, también le interesa forzar la boda para demostrarse a sí misma, a su prometido y a todos los demás que, pese las vacilaciones del novio, logró finalmente que le pidiera matrimonio: casi parecería que quisiera casarse para infligir un castigo al novio indeciso.

Ante esta situación, se le aclara a la enferma que tiene la obligación de confrontar a su prometido con la realidad de su enfermedad y confrontarse ella misma con la decisión a favor o en contra de la boda, pues no tiene sentido empezar su matrimonio con una mentira, es decir, con falsos motivos, que tarde o temprano tendría también sus consecuencias. Si lo ama realmente lo suficiente, por su bien tiene que decirle con valentía la verdad. Y

si el amor del prometido no es suficiente para casarse con ella a pesar de su enfermedad, y solo quiere casarse con ella por interés material pero sin asumir el coste de su enfermedad, el pronóstico del matrimonio resulta de todos modos desfavorable.

Se señala a la paciente la conveniencia de enfrentar todos estos problemas, reflexionar sobre el conflicto y no eludir la decisión (como ha hecho hasta el momento) refugiándose en la enfermedad, pues lo que en última instancia subyace a su neurosis gástrica no es más que su indecisión frente a la problemática de su matrimonio. Esta problemática es en realidad la que «le pesa en el estómago»; su conflicto interno no está siendo «digerido», porque no lo está elaborando de forma adecuada.¹⁶

Las expresiones de la paciente al hablar sobre su problemática matrimonial corroboran esta interpretación. Dijo literalmente: «Esto es lo que me pone tan enferma. Todo eso me da vueltas en la cabeza. Basta que comience a hablar de eso para que me vengan mareos y dolor de estómago».

Por supuesto que tomar decisiones de este tipo o eludir las no siempre lleva necesariamente a una neurosis. Al contrario, se puede sufrir el conflicto y vivirlo conscientemente como una situación aparentemente irresoluble. Se trataría entonces de una psiconeurosis. Es obvio que no es ni podrá ser nunca asunto del médico hacerse cargo de la decisión del enfermo, ni mucho menos. Por el contrario, el deber del médico es guiar al paciente de modo que este pueda tomar la decisión por sí mismo con plena conciencia de su propia responsabilidad.

16. Según von Weizsäcker, el neurótico intenta resolver un problema de su existencia en un plano diferente, inferior respecto del plano en que está planteado. Tratar los trastornos genuinamente psicógenos con una terapia meramente farmacológica significaría colocarse también como terapeuta en ese plano inferior, inadecuado, del plano de lo somático.

En el ámbito de las enfermedades neuróticas del climaterio, el factor psicógeno se presenta sobre todo por lo que podríamos denominar el «miedo a perder el último tren». Alguien dijo que toda angustia es, en última instancia, miedo a la muerte. Nos atrevemos a completar esa tesis añadiendo que todo miedo a la muerte en realidad es un miedo de la conciencia —son remordimientos de conciencia—. Solo que este miedo de la conciencia, por lo menos en el contexto de la psicogénesis de las neurosis climatéricas, es un miedo negativo. En otras palabras, en la medida en que es válido el adagio anglosajón *commission is better than omission*, este miedo negativo de conciencia se refiere a las *omissions*, es decir, a las oportunidades perdidas, a las ocasiones desperdiciadas de una persona, a las posibilidades que han quedado sin realizar y a un yo que no ha podido alcanzar la plenitud. En una palabra: se trata de aquello que la psiquiatría anglosajona contemporánea ha denominado *frustration*. Pero la frustración no es solamente sexual, como supone esta psiquiatría, es decir, no significa solamente insatisfacción sexual. Nosotros la entendemos en primer lugar como una frustración existencial, la no realización de un ser humano en relación con el sentido de su vida.

Es indudable que, para la mujer, una de las posibilidades de dar sentido a su existencia es siendo esposa y madre. Pero cuidado si ve en esta la única posibilidad de hallar sentido en su vida, en otras palabras, si esta posibilidad, que constituye indudablemente un valor positivo, no es vista en su carácter relativo, sino que se absolutiza o, en una palabra, se idolatra. Pues, como todo acto de idolatría, también este tiene consecuencias negativas que llevan a la desesperación (Frankl 1975a).

La mujer soltera y sin hijos escapa a esta desesperación haciendo una renuncia consciente. El mismo lenguaje nos dice que la renuncia es algo que se ha de lograr. Ya Goethe sabía que «para resignarse hace falta tener carácter».

La renuncia, este «logro» que la vida exige a algunas mujeres, solo es posible si revertimos el acto de idolatría, si podemos convencerlas de que la felicidad del amor y la maternidad son una posibilidad de dar un sentido a la vida, pero de ningún modo la única. Un antiguo

proverbio chino dice que todo hombre debería plantar un árbol, escribir un libro y engendrar un hijo en su vida. Pero, si nos atuviéramos al proverbio, la mayoría de los hombres se desesperarían y pondrían fin a su vida al no poder darle sentido alguno. Lo mismo pasa con la visión de la vida que idolatra no ya la paternidad, sino la maternidad: ¡qué pobre sería la vida si, aparte de ser padre o madre, no admitiese ninguna otra posibilidad de realizar sentido! ¿Qué vida sería aquella cuyo sentido se agotara en casarse y tener hijos, plantar árboles y escribir libros? En realidad, semejante limitación de las posibilidades de sentido desemboca en una desvalorización de la vida y en una degradación de la mujer.

Pero no solamente se idolatra la maternidad, sino también la juventud: la divisa del espíritu de la época es tener un aspecto juvenil a toda costa. Es evidente que el esfuerzo frenético por lograrlo acabará por tener efectos patológicos.

No menos patógenos que esas dos idolatrías (la de la maternidad y la de la juventud) son dos malentendidos en relación con el climateo. Primero, la confusión entre «madurar» y «envejecer». Como han demostrado las investigaciones de la psicóloga Charlotte Bühler, al confundir ambos términos se olvida que el ser humano ha iniciado hace tiempo la decadencia biológica en el momento en que, biográficamente, se está acercando al momento cumbre vital.

No saber que madurar no significa ni mucho menos envejecer es uno de los motivos para sentir el «miedo a que se vaya el último tren». La persona afectada por este miedo ve solamente que se le marcha el tren, que se le cierra una puerta, pero pierde de vista que, al mismo tiempo, se le abren puertas nuevas, nuevas posibilidades.

¿Y qué sucede con las «viejas» posibilidades, las ya realizadas? Todo lo que se ha realizado, por transitorio que parezca, tan pronto como ha entrado en el pasado es preservado, justamente por eso, de su carácter provisional: queda conservado en el pasado, queda rescatado en el pasado. Nada se ha perdido de manera irrecuperable en el pasado, todo está resguardado en él de manera que no puede perderse. Nadie lo ha dicho más bellamente que Lao-Tsé: «Haber cumplido una tarea significa ser eterno». Esto no vale únicamente con relación a lo que hemos creado, a las obras que hemos hecho y que dejamos en el

mundo y que no se pueden hacer «desaparecer» de él, sino que vale en igual medida para todo lo que hemos vivido, amado y sufrido. Dice el poeta: «Ningún poder de la tierra podrá arrebatarte lo que has vivido». Pensemos qué significa, por ejemplo, poder hacerle entender a una viuda que ya nada podrá borrar los días de felicidad que vivió con su marido, que esos días han quedado rescatados para siempre en el pasado y allí quedan resguardados.

La persona en la fase del climaterio está dominada por un sentimiento vital como el que transmite Rilke en su poesía, en el que debe despedirse constantemente. Pero ahora sabemos que su desesperación frente a lo transitorio de la existencia humana no está justificada, puesto que se basa en una ilusión óptica: solo ve los rastrojos de la transitoriedad y pasa por alto los graneros colmados del pasado, de lo vivido. Y quien está atrapado por el miedo a perder el último tren, a que se le cierre la última puerta, ha olvidado que la puerta que amenaza con cerrarse es justamente la de un granero lleno...

Y no presta oídos al consuelo y la sabiduría que resuenan en las palabras: «Bajarás al sepulcro bien maduro, como las gavillas sazonadas a su tiempo» (Job 5,26).

Neurosis de angustia

Con las consideraciones acerca de las neurosis de angustia y de las neurosis obsesivas, así como de las fobias, que ocupan una especie de posición intermedia entre ambas, entramos en el terreno de las formas más frecuentes de neurosis. Esto deja de sorprendernos tan pronto como consideramos los componentes constitucionales de la mayoría de las neurosis. En efecto, si dejamos de lado las graves neurosis obsesivas o la histeria grave —todas ellas tienen como base constitucional una forma especial de psicopatía—,¹⁷ se puede afirmar con razón que

17. Frankl usa los términos «psicopatía» y «psicópata» en las acepciones que tenían en su época. Así, «psicopatía» sería un término general para las enfermedades mentales y «psicópata» sería la persona afectada de psiconeurosis. A pesar de que en muchos otros casos el lenguaje médico que utiliza Frankl

las neurosis de angustia más destacadas tienen en la base una cierta constitución neuropática. Como ya se sabe gracias a las investigaciones realizadas al respecto por Wexberg, este sustrato neuropático constitucional de las neurosis de angustia viene dado en particular por una predisposición somática condicionada por el sistema vegetativo. La angustia, ese sentimiento primigenio arraigado en lo más hondo de la «personalidad profunda» vegetativa (Kraus), esa reacción de alarma biológica primitiva, se encuentra por naturaleza en las personas «vegetativamente estigmatizadas» (Bergmann), es decir, está especialmente facilitada por el propio modo de ser. Se sobreentiende que esta predisposición pueda ser también de índole no constitucional, sino en cierto modo accidental, concretamente, en el caso en que se la adquiera *intra vitam*.¹⁸ Nos encontramos con casos de este tipo cuando, por ejemplo, ante una enfermedad cardíaca orgánica, por leve que sea, la «sensación orgánica» específica del corazón —como la designa acertadamente Ludwig Braun— predispone a la alarma. Por este motivo es comprensible que, por ejemplo, haya neurosis de angustia que se «injerter» de forma secundaria en lesiones del miocardio u ocupen el primer plano en la sintomatología clínica de enfermedades cardíacas leves o iniciales, como, por ejemplo, la estenocardia o angina de pecho en su fase inicial. Así pues, ante la más leve sospecha diagnóstica en este sentido, antes de un eventual tratamiento psicoterapéutico nos parecerá tanto más importante realizar un examen cardíaco exhaustivo (que incluya un electrocardiograma), y no solamente para excluir, ante nuestra conciencia médica, la presencia o la existencia subyacente de un desorden orgánico (bajo el cuadro funcional), sino también con la intención de basar la misma psicoterapia en el eventual resultado negativo de la exploración. En efecto, «lo que se tiene negro sobre blanco puede llevarse tranquilamente a casa» —dice el *Fausto*, y nuestros

está anticuado u obsoleto, en este caso hemos querido aclararlo para evitar la confusión con la acepción actual más extendida de ambos términos, asociados a trastornos mentales de carácter antisocial. (*N. de la E.*)

18. La íntima relación existente entre la psique y lo vegetativo ha sido estudiada por Kauders, en la frecuencia de cuadros patológicos de índole vegetativa durante los años de la guerra y la posguerra.

pacientes, que en su neurosis de angustia con rasgos hipocóndricos temen con frecuencia especialmente las lesiones cardíacas y el ataque cardíaco, podrán llevarse sin duda «tranquilamente» a casa el resultado positivo de la exploración correspondiente, con la conciencia de haber sido examinados exhaustivamente y de no haber sido despachados a la ligera con palabras tranquilizadoras.

Considerando que los sistemas vegetativo y endocrino están íntimamente relacionados, tal como aparece con frecuencia en los ámbitos de la fisiología y la clínica, puede comprenderse fácilmente que también se nos presenten trastornos, disfunciones o hiperfunciones endocrinas como sustrato orgánico en la subestructura orgánica de las neurosis de angustia, sea como factores constitucionales o dispositionales. Aquí habría que mencionar en primer lugar la hiperfunción de la glándula tiroides. Al tratar casos de una forma de neurosis de angustia muy frecuente, denominada agorafobia, pudimos constatar repetidamente que puede encontrarse asociado un incremento del metabolismo basal junto con otras manifestaciones, también clínicas, de hipertiroidismo. Nada de esto nos sorprende si consideramos la confluencia entre tono simpático elevado e hipertiroidismo, así como también entre dicho tono y la predisposición a la ansiedad. Huelga insistir aquí en que, en todos los casos en que aparezcan simultáneamente sentimientos de angustia y una particular excitabilidad del sistema vegetativo (ese conocido conmutador entre *soma* y *psyche*), así como marcas endocrinas, también la terapia tendrá que discurrir por diversas vías. Por eso haremos bien en introducir una medicación sedante del sistema vegetativo en combinación con el tratamiento psicoterapéutico. Pero pasemos ahora a la casuística:

(Caso 12) La paciente, de 38 años, acude al médico por agorafobia. Según relata, tiene palpitaciones con frecuencia, sobre todo en la calle, cuando tiene que ir sola y teme, precisamente, el hecho de estar sola. Siente un enorme temor de sufrir un día un ataque cardíaco y de que pueda desplomarse en plena calle. Al preguntarle al respecto, indica que ya se le ha practicado un electrocardiograma y que su resultado fue normal, pero ese hecho no ha podido tranquilizarla especialmente, pues ha leído a menudo en

las novelas que incluso personas sanas del corazón pueden sufrir un ataque cardíaco simplemente por estar nerviosas, y ella sin duda lo está, debido a su ansiedad. Aquí introducimos un intento de persuasión, explicando a la paciente que, seguramente, las novelas que cita llevarían razón en caso de personas que solo aparentemente tienen el corazón sano; que, en realidad, solamente si hay una dolencia cardíaca real, aunque haya permanecido oculta, esta puede conducir, en casos de gran excitación nerviosa, a la muerte. Y que una dolencia semejante hubiera aparecido años antes en el electrocardiograma. En su caso, y debido al resultado totalmente negativo del examen cardíaco al que se sometió en su momento, no hay peligro alguno de que esto pueda suceder.

Para empezar, con esto habríamos logrado que la paciente ya no tenga motivos racionales para temer la ansiedad. Y, en realidad, esto no es poco, pues en todos estos casos lo principal no es tanto la ansiedad en sí misma sino más bien el tristemente célebre miedo al miedo, el miedo a la ansiedad. En el caso de nuestra paciente este miedo se nutría de la «información» tomada de las novelas, que le hacía suponer que algún día moriría de un paroxismo de ansiedad. En este capítulo de la patología neurótica vemos una vez más cómo actúa un *circulus vitiosus*: la ansiedad genera palpitaciones —que son su expresión orgánica natural—, y las palpitaciones hacen crecer a su vez la ansiedad, pues hacen que esta persona tema tener una afección cardíaca y también sus posibles consecuencias. Una vez más hay que romper en algún punto el *circulus vitiosus*. Esto podría realizarse terapéuticamente de diferentes maneras, en diferentes puntos del círculo. Basta con cortar el mecanismo por el lado somático, desde lo orgánico, mediante una medicación eficaz, por ejemplo prescribiendo sedantes del sistema vegetativo. Pero estos actuarían de forma temporal si lo hicieran solos. Por eso, de forma complementaria, trataremos de romper el círculo de la ansiedad anticipatoria también desde lo psíquico; por ejemplo, en el caso mencionado, señalando que el miedo a la ansiedad es algo total y absolutamente infundado.

Ahora bien, existe un método muy sencillo para suprimir la tendencia de los pacientes con neurosis de angustia a tomar tan en serio

su ansiedad y a cerrar, de ese modo, el círculo:¹⁹ se trata de educarlos, precisamente, a proponerse aquello mismo que temen. En efecto, tan pronto como les hemos demostrado objetivamente lo injustificado de ese temor, podemos permitirnos este proceder paradójico.

¿Qué forma puede tomar esto en la práctica? Pues bien: a nuestra paciente con agorafobia le aconsejamos que, cuando tuviese «un día más o menos mejor», al salir se dijera interiormente: «¿Así que tengo ansiedad, tengo miedo a las palpitaciones? Pues hoy saldré justamente con la intención de hacer que me den palpitaciones. Hasta ahora, cada vez que salía me daban una o dos veces. ¡Hoy quiero que me den tres veces! Aunque ya sé que mi electrocardiograma es normal y que en realidad no tengo nada que temer, no solamente tengo un electrocardiograma normal, sino también quiero ser el primer caso de la historia que, a pesar de eso, sucumbe a un ataque cardíaco y se muere de puros nervios». Mientras decimos a la paciente con desenvoltura e ironía lo que debe decirse en estas situaciones, e incluso le mostramos cómo hacerlo, la paciente sonríe. Y en ese mismo momento le indicamos que debe sonreírse a sí misma, sonreír sobre sí misma y sobre sus temores en el momento en que ensaye el comportamiento que le hemos indicado para hacer frente a su neurosis. Y podemos prometerle con la conciencia tranquila que, el día en que logre sonreír

19. En el momento en que se prepara la segunda edición de esta obra, debo agradecer a Rudolf Dreikurs el haberme puesto en conocimiento de un «truco» descrito por él ya en 1932 (Dreikurs 1932) e incluso antes por Erwin Wexberg, quien acuñó ad hoc la expresión «antisugestión». También acabo de recibir la información de que H. von Hattingberg hace referencia a una experiencia análoga: «Si una persona logra, por ejemplo, desear conscientemente la aparición de un síntoma nervioso contra el cual se había resistido hasta ese momento, por esa actitud voluntaria puede hacer desaparecer la ansiedad y, finalmente, también el síntoma. Por tanto, es posible expulsar al diablo por medio de Belcebú. Por supuesto, solo algunos pueden alcanzar en la práctica una experiencia semejante. Pero difícilmente haya una experiencia que pueda ser más aleccionadora para el que se encuentra psíquicamente inhibido» (Hattingberg 1940, p. 129).

plenamente como acaba de hacerlo, se verá libre de su ansiedad y de todas sus molestias cardíacas.

Pocas cosas hay en la existencia humana que hagan posible tomar distancia tanto como el humor. Por eso no perdemos nunca la ocasión de trabajar de forma metódica y consciente en ese sentido y procuramos llevar al paciente a enfrentarse internamente a sus síntomas, en especial a los temores hipocondríacos propios de las neurosis de angustia, con formulaciones que creen esa distancia llena de humor. El humor hace que el enfermo pueda establecer la distancia que le permite llegar a objetivar adecuadamente el síntoma y toda la neurosis.

Y esta objetivación es de máxima importancia en la terapia de la neurosis de angustia, y también de la neurosis en general. Pues, mientras el enfermo no haya objetivado en sí mismo la ansiedad tanto como para hablar de «la ansiedad» y de «la neurosis», y continúe hablando de sí mismo como de alguien que teme alguna cosa, identificándose con la ansiedad neurótica, no se podrá alcanzar un efecto terapéutico con la persuasión. Con nuestro método de la formulación humorística —que, por supuesto, debe ir precedido por una información objetiva—, puede alcanzarse en un tiempo sorprendentemente breve un saludable distanciamiento y una objetivación del síntoma —presuponiendo, como es obvio, que el enfermo tenga la inteligencia suficiente para ello—.

Como veremos claramente a continuación, el modo arriba descrito de romper el *circulus vitiosus* del mecanismo de ansiedad anticipatoria haciendo que el enfermo se proponga de forma intencional precisamente lo que teme se apoya en los dos factores siguientes: reducimos *ad absurdum* la ansiedad del paciente y le cortamos las alas, le quitamos el sustento. Esto se ilustra claramente en los casos en que la ansiedad, vaga e indeterminada en un primer momento, se fija (de forma secundaria) en un objeto concreto cuando se concentra en él (pudiendo demostrarse que el objeto concreto tiene una cierta significación representativa simbólica); es decir, cuando la ansiedad de alguna manera se condensa, asumiendo formas concretas, precisamente, formas fóbicas. Un caso así sería el siguiente:

(Caso 13) El paciente, de 33 años, director de escuela, aduce que, desde hace meses, sufre fuertes accesos de sudoración, hasta el punto de que los teme por anticipado. Primero siente solo una sensación de calor en el rostro.

En este punto, es decir, ya durante la anamnesis, empiezan las aclaraciones psicoterapéuticas al enfermo: le hacemos notar que los accesos de sudoración en sí mismos no llaman tanto la atención del entorno, sino que, en su origen, se trata más bien de un hecho meramente subjetivo, una vivencia propia. Sobre ese hecho meramente subjetivo se abalanza de alguna manera la ansiedad anticipatoria, de forma que es precisamente el temor ante el acceso de sudoración el que hace brotar el sudor por los poros.

Ahora bien, la situación que tanto teme, típica de su enfermedad, es la siguiente: entra a clase y se presenta ante sus alumnos, y en ese momento comienza a transpirar o, por lo menos, así lo cree. En cualquier caso, es lo que en ese momento teme que le suceda, y lo teme ya antes de entrar en el aula. Recomendamos al paciente que, cuando se encuentre en la situación descrita, no se comporte como hasta ahora, que no se diga a sí mismo: «¡Por Dios, ahora no debo ponerme a sudar otra vez!» (es decir, lo que él mismo confirma que suele pensar), sino, por ejemplo, lo siguiente: «Ahora no voy a exponer algo a los alumnos en clase, sino que voy a sudar para ellos. Y ¿qué puede sucederme? Como mucho que me encierren por ello... ¿o a lo mejor ni eso?». El paciente sonríe comprensivamente, y es evidente que ha captado cómo debe distanciarse del síntoma formulando en lo posible frases que tengan un tono humorístico para romper así el círculo de la ansiedad anticipatoria. Después de la entrevista, parece estar convencido de que podrá liberarse de su dolencia en poco tiempo. Sin embargo, además de abordar el mecanismo propiamente patógeno de la ansiedad anticipatoria, quisimos influir también desde lo orgánico en su tendencia a la transpiración, para lo cual le recetamos un preparado de salvia, «asumiendo el riesgo» de que este tratamiento somático tuviera efectos meramente sugestivos, pasando a ser así un componente adicional de la psicoterapia.

Pocos meses después de esta entrevista el enfermo acude de nuevo y nos informa que no ha tenido molestias a lo largo de varias semanas. Después, al notar una leve recaída, había intentado «psicoanalizarse» a sí mismo, y se le ocurrió lo siguiente: el año anterior había hecho una visita a una joven que estaba enferma. Había entrado totalmente acalorado en una habitación con la calefacción al máximo. La joven le preguntó entonces: «¿Está resfriado? Es que está transpirando» (el paciente reconoce que en aquella época sentía una cierta atracción erótica por la joven). El paciente nos pregunta a continuación por qué el reconocimiento del «origen» de su fobia no ha tenido ningún efecto terapéutico, y agrega que está muy sorprendido ya que se había imaginado que el descubrimiento del origen de su miedo exagerado a sudar (que intensificaba a su vez el síntoma) eliminaría la fobia. Le explicamos entonces al paciente que el *circulus vitiosus* seguía subsistiendo como factor propiamente patogénico. Pues la verdadera terapia empieza en realidad después de haberse aclarado las circunstancias, las interrelaciones y los mecanismos en cuestión, focalizándose entonces precisamente en el *circulus vitiosus* de la ansiedad anticipatoria, para poderlo romper. Y romper el mecanismo de la ansiedad anticipatoria —que es el propiamente patógeno, por ser el factor que fija el síntoma— solo es posible por la vía de la intención paradójica, que hemos tratado de exponer más arriba.

Si ni la situación ni la vivencia originarias suelen ser lo propiamente patógeno, sino más bien la fijación de la reacción neurótica puntual a través del mecanismo patógeno de la ansiedad anticipatoria, es evidente que el mero descubrimiento de la causa primaria no tiene por qué constituir ni mucho menos la terapia causal. No podemos menos que preguntarnos, entonces, por el efecto terapéutico del tratamiento psicoanalítico, cuyo principio es justamente desvelar tales circunstancias. Nosotros pensamos, sin embargo, que tampoco un auténtico psicoanálisis (y no uno supuestamente efectuado por el paciente mismo, como en este caso) actúa como análisis, es decir, mediante la toma de conciencia y el esclarecimiento de las condiciones en que se generó la neurosis; probablemente, también el psicoanálisis actúa

indirectamente, a través de un cambio en el posicionamiento (existencial) del paciente frente a la situación. De modo que su efectividad no tiene que ver con el conocimiento y la toma de conciencia sino con lo humano, o, mejor dicho, con la interacción entre seres humanos, es decir, con la educación. Lo que significaría que la efectividad del psicoanálisis radica probablemente en lo humano: el médico psicoanalista en cuanto ser humano. Y el médico psicoanalista también es efectivo en cuanto ser humano. Es evidente que el hecho de que un método psicoterapéutico actúe exclusiva o principalmente a través de lo humano, de la personalidad del terapeuta, habla en cierto modo contra del método, pero, eso sí, ¡a favor del psicoterapeuta!

Uno de los psicólogos más destacados, Carl R. Rogers, se pronuncia en la misma línea cuando afirma: «La transformación de la personalidad se hace viable principalmente por la postura del terapeuta y no tanto por la técnica que aplique en cada caso. La esencia de la transformación terapéutica la constituye una nueva manera de vivenciar las cosas y no tanto la elaboración de la relación de transferencia. Solo en la medida en que el terapeuta se entregue humanamente podrá conectarse con lo humano en el paciente, con su capacidad de ser persona. En esto estriba, a mi juicio, la esencia de la curación y maduración psicoterapéuticas» (Rogers 1961, pp. 27-45).

En lo que respecta a la «elaboración de la relación de transferencia», Rudolf Dreikurs da un paso más afirmando que «la suposición de que la transferencia es el verdadero agente de la psicoterapia coloca al terapeuta en una posición elevada desde la que manipula al paciente mediante su formación y su esquema terapéutico» (Dreikurs 1960, pp. 187-206).

Lo que hemos dicho anteriormente acerca de la insignificancia relativa de la vivencia original del enfermo para el desarrollo de su neurosis puede ilustrarse ahora desde otra perspectiva: como es sabido, la neurosis puede interpretarse también en cierto sentido y con cierta razón como un mecanismo reflejo condicionado. De ahí que todos los métodos de tratamiento psicoterapéutico de orientación predominantemente analítica se ocupen de esclarecer desde la conciencia las condiciones primigenias en que surgió el «reflejo condicionado», es decir, las circunstancias externas e internas en que surgió el síntoma

neurótico. Pero, según nuestro modo de ver, la neurosis propiamente dicha —la manifiesta, que ya se ha fijado— no se origina solo por su condicionamiento primario, sino por su encauzamiento (secundario). Lo que encauza el reflejo condicionado —y como tal tratamos de interpretar el síntoma neurótico— es el *circulus vitiosus* de la ansiedad anticipatoria. Por tanto, si queremos, por así decirlo, desencauzar un reflejo que ya se ha fijado, será preciso eliminar en cualquier caso la ansiedad anticipatoria, y hacerlo siguiendo el principio que hemos expuesto de la intención paradójica.

Nuestro paciente nos plantea ahora otra pregunta que tiene cierta relevancia teórica, como la referente a las causas últimas del fracaso terapéutico de sus esfuerzos presuntamente «autoanalíticos». Con toda ingenuidad, nos pregunta si no sería posible eliminar el trastorno simplemente pasándolo por alto, dejando de observarlo, ya que no es posible hacerlo descubriendo su origen. Para llegar a esta conclusión se sirve de su propio precedente, ya que hace muchos años estuvo con nosotros siguiendo un tratamiento psicoterapéutico breve por neurosis obsesiva. En su momento le indicamos que no interfiriera el curso normal de procesos regulados automáticamente observándolos ni concentrando su atención en ellos.

Este consejo lo mencionamos ya en el capítulo sobre los trastornos sexuales. En ese contexto ya hicimos alusión al hecho de que, por ejemplo, el acto sexual normal —que se desarrolla normalmente sin reflexionar sobre él— y la potencia sexual se ven especialmente perturbados cuando, debido a una inseguridad interna, se focaliza la intención en ellos. En esos casos, decíamos, es preciso suspender toda intención consciente, desviar la atención y recuperar la capacidad de consumir el acto de la forma más irreflexiva posible. Lo necesario, por tanto, en tales casos, es la derreflexión. Por el contrario, en las fobias se trata de algo esencialmente distinto, en cierto modo de algo opuesto. En efecto, en la fobia no estamos ante un proceso normal, sino que la fobia, en sus diferentes variantes, supone un proceso anómalo: no se dirige a algo que el enfermo desea, sino hacia algo

que teme. Por ello, no se trata de derreflexionar; al contrario, se trata de provocar la intención del proceso anómalo no deseado. Así pues, en el caso mencionado más arriba el paciente debía procurar intencionalmente la sudoración para desactivar el temor exagerado ante ella. Por supuesto, al desactivar del temor debería desaparecer también la sudoración misma.

De ese modo comprenderemos ahora plenamente cuál es el propósito principal que subyace a todas nuestras recomendaciones: reducir la ansiedad *ad absurdum*, cortarle las alas y quitarle el sustento a la ansiedad, e incluso proponerse paradójicamente lo mismo que se teme, etc. Nuestro objetivo es utilizar terapéuticamente la influencia perturbadora de la intención sobre la función en el caso de funciones neuróticas anormales de la misma forma que procuramos desactivarla en el caso de funciones normales. He aquí la diferencia fundamental y también las semejanzas entre las neurosis sexuales y las fobias: el efecto —patogénico en un caso y terapéutico en el otro— de la intención en la realización del acto. Pues si yo «quiero», por ejemplo, el acto sexual, lo hago imposible precisamente por ser lo «querido»; por el contrario, si «quiero» —por ejemplo, en el caso de la agorafobia— «que me dé un ataque cardíaco», o —por ejemplo, en el caso del último paciente mencionado— si me esfuerzo, en apariencia, por «sudarle a la gente que tengo delante», le estoy quitando el sustento a mi agorafobia o a mi temor a sudar, y, con este aparente deseo de lo temido, a través de esta intención paradójica, «perturbo» la función (indeseada) hasta que desaparece.

Un día, mi asistente me presentó a un paciente en cuya anamnesis había anotado un detalle destacable. Se trataba de un caso grave de tartamudez, y el paciente había expresado con tristeza: «Una sola vez en mi vida no tartamudeé. Una vez, siendo un colegial, me “colé” en el tranvía sin billete. De pronto subió un revisor y me descubrió, y en ese momento pensé que solo había una salida: despertar su compasión. Es decir, hacerle ver que yo era un pobre chico, un chico tartamudo. Pero en el instante en que me esforcé por tartamudear lo más posible, ya no pude hacerlo...».

Si volvemos ahora a nuestro caso 13 (pp. 201 s.), tendríamos que agregar que los mecanismos que se manifiestan en el paciente se encuentran sobre todo en la denominada eritrofobia, una neurosis fóbica frecuente que, en realidad, casi nunca se somete a un tratamiento específico, sino que es superada espontáneamente por los afectados en la mayoría de los casos. Las personas que sufren esta neurosis temen de forma patológicamente exagerada sonrojarse, y ya este mismo temor exagerado los hace enrojecer. Suele suceder en estos casos también que, en alguna ocasión, los pacientes fueron objeto de burlas por sonrojarse, y de esta forma fueron conscientes de algo en lo que apenas habían reparado. Es evidente que en tales pacientes interviene habitualmente una labilidad vasomotora como «complacencia somática» (Freud) constitucional. No obstante, terapéuticamente habrá que proceder también aquí en el sentido arriba descrito, aunque en estos casos tendríamos que dirigir más la atención del enfermo hacia el hecho de que percibe subjetivamente su enrojecimiento (a través de la sensación de calor en el rostro o de otras manifestaciones) mucho antes de que se perciba objetivamente, y que por tanto aparece objetivamente cuando ya hace tiempo que ha entrado en juego la ansiedad anticipatoria.

A continuación nos referimos a un caso que trató el doctor Kurt Kocourek, que fue asistente en el servicio de neurología de la policlínica de la ciudad de Viena y es actualmente el director de su ambulatorio neurológico.

Oskar S. (Prot. amb. n.º 943 ex 1960) sufre graves accesos de ansiedad y, en los últimos meses, no ha sido capaz de salir a la calle solo, sin la compañía de su mujer. Tampoco se atreve a viajar en tranvía, pues lo tortura el miedo constante a que pueda desplomarse y morir. Cuando el doctor Kocourek lo examina por primera vez, el paciente se encuentra en un estado de suma excitación ansiosa acompañada de abundante sudoración. Se le prescribe en primer lugar un tranquilizante, a fin de poder mantener al paciente a flote hasta la fecha prevista de su internamiento en nuestra unidad. Se aprovecha el tiempo de espera invitando al paciente a un par de sesiones psicoterapéuticas ambulantes de unos diez minutos

de duración cada una, en las que el colega Kocourek lo introduce en el manejo de la intención paradójica. En la tercera sesión, el paciente informa que ya está en condiciones de tomar el tranvía. Resulta significativo que la administración de tranquilizantes por sí sola no había surtido efecto; el efecto terapéutico se debía más bien a la intención paradójica. Cuando el paciente se presenta a la cuarta sesión del tratamiento, yo mismo le pregunto cómo se siente, y dice: «Siguiendo el consejo del doctor Kocourek, empecé a decirme: ahora saldré a la calle para sufrir un colapso. Después de la segunda sesión había llegado a lograr ver por televisión el partido de fútbol entre nuestra selección nacional y la de Hungría. Fue sumamente excitante, ¡imagínese!, estuve sentado en una cafetería repleta de gente. En el primer tiempo del partido sentí de nuevo un poco de ansiedad, pero me dije: ahora quiero desplomarme, y no pasó nada, y durante la segunda parte ya no tuve más ansiedad. Actualmente ya lo he superado». Cuarta sesión (12 días después de la primera): el paciente informa al colega Kocourek que ya se «olvida» de aplicar la intención paradójica —tan escasa es la ansiedad que tiene todavía—. Diez días más tarde relata que volvió a la escuela un día de entrevistas con los padres—«lo peor que puede haber para mí: el nerviosismo, las largas esperas, los ambientes con excesiva calefacción, la gran cantidad de gente...». Antes, se encontraba mal solo de pensar en ello. Pero esa vez se sintió totalmente normal. Por la mañana sintió una leve ansiedad y se dijo: «Ahora iré a morir a la escuela, los voy a fastidiar bien fastidiados; seré un bonito cadáver». Tan pronto como entró en la escuela, se sintió completamente normal. El mismo día fue a la sede de la sociedad de previsión, «para que me dé un ataque al corazón y tenga una intoxicación por el humo», pues el aire allí es siempre muy asfixiante. El paciente relata cómo la intención paradójica le ayuda a superar los restos de ansiedad que le quedan: «Es realmente efectiva, es divertido», comenta mientras ríe francamente.

Se prescinde del internamiento en nuestra unidad, ya que durante el tiempo de espera y gracias al tratamiento ambulatorio el paciente ya no sufre la neurosis de angustia.

En el análisis del tratamiento de los casos de neurosis de angustia y de su manifestación fóbica podemos incluir una selección de casuística de neurosis obsesivas, no tanto por la patogenia como por los principios necesarios para una posible psicoterapia. Por supuesto, no hemos de olvidar que, clínicamente —o, mejor dicho, nosológicamente—, los límites entre la fobia y la neurosis obsesiva declarada son difusos. En efecto, por un lado, las fobias que se ubican en el ámbito de la neurosis de angustia se aproximan a la sintomatología de la neurosis obsesiva, mientras que, por el otro, el grupo destacado de los llamados temores obsesivos, en el ámbito de las neurosis obsesivas, puede ubicarse fácilmente en la sintomatología de las fobias.²⁰

El hecho de que otras formas de neurosis obsesiva se alejen esencialmente de las neurosis de angustia se debe a que muchas neurosis obsesivas, y especialmente las más graves y extremas, no son propiamente neurosis en el sentido estricto de la palabra, sino que deben clasificarse como formas especiales de psicopatía, principalmente la llamada psicopatía anancástica. Más adelante nos referiremos a casos de este tipo. Dejaremos al margen el hecho de que ciertas neurosis obsesivas no representan ni una auténtica neurosis ni una verdadera psicopatía, sino formas larvadas de depresión endógena. Se las desmascara como tales a partir de su evolución, que, de forma muy análoga a las depresiones endógenas, muestra fases muy marcadas, más o menos independientes de las vivencias del mundo exterior;

20. Nada resulta más irrisorio que la excesiva clasificación y el establecimiento de subgrupos dentro de las formas principales de la neurosis en la medida en que se hace para descubrir unidades nosológicas independientes. En tal sentido, tanto la agorafobia como sus equivalentes (que no contrarios), la claustrofobia, acrofobia, misofobia, aritmomanía, etc., no son enfermedades sino síntomas, y nos parece ingenuo que, en otro tiempo, se hicieran esfuerzos y se creyera oportuno inventar a toda costa un nombre propio —y, además, en lo posible griego— para cada síntoma, al igual que para cada enfermedad. Esto tenía que llevar, por supuesto, a acuñar las palabras más extrañas y curiosas: baste recordar el engendro léxico «siderodromofobia» = miedo a los trenes.

pero también por las características de las ideas obsesivas, cuyo contenido es predominantemente escrupuloso. Por último cabe mencionar que, también entre las formas graves, hay algunas que no pueden clasificarse fácilmente dentro de la categoría nosológica, pero que muestran una evolución claramente procesual. A menos que se trate de esquizofrenias mal diagnosticadas por ser encubiertas, no características, para estos casos se utiliza la denominación (carente de prejuicios diagnósticos) de «enfermedad obsesiva». Veamos ahora un caso concreto:

(Caso 14) La paciente, de 43 años, señala que su madre era exageradamente meticulosa, al igual que su hermano mayor (que al parecer padece una marcada compulsión a la repetición). A partir de ello podemos inferir una cierta carga hereditaria que habla de antemano en contra de una pura neurosis obsesiva y a favor de que nuestra paciente sufra de un tipo de constitución psicopático-anancástica.²¹ Ya en su infancia la paciente tuvo algunos síntomas obsesivos, lo que confirma el factor constitucional. En el momento de la entrevista padece una grave compulsión a la repetición, que se manifiesta en primer lugar como compulsión a lavarse. Según indica, a pesar de haberse sometido en reiteradas ocasiones a diversos tratamientos, también psicoterapéuticos, su estado empeoró progresivamente hasta el punto de pensar en suicidarse. La tortura la sensación constante de no haber acabado del todo alguna cosa: «Tengo que volver a hacerlo, a pesar de que sé perfectamente

21. En el caso de neurosis obsesivas, el electroencefalograma presenta anormalidades, según Silvermann en el 48,4 % de los casos, según Leonardo en el 53 %, según Hill y Waterson en el 75 % y, en psicopatías anancásticas, según Rockwell y Simons (*Archives of Neurology & Psychiatry* 57 [1947], p. 71), en el 100 % de los casos. Por otra parte, Dytfurti, en su estudio sobre las relaciones entre neurosis obsesivas y tronco encefálico, confirmó afirmaciones formuladas por otros autores. Además, Peter Hays («Determination of the Obsessional Personality», en *American Journal of Psychiatry* 129 [1972], p. 217) sostiene que también incide un aspecto hereditario: «Genetic predisposition is almost a sine qua non» [«La predisposición genética es casi una condición *sine qua non*»].

que está bien hecho». Siente siempre que ha quedado un resto pendiente.

En primer lugar, nos esforzaremos por enseñar a la paciente a distinguir entre los impulsos neuróticos compulsivos y las intenciones sanas, de manera que llegue a ser capaz, para empezar, de distanciarse del elemento obsesivo neurótico. Cuando analizamos las neurosis de angustia fóbicas vimos que ese distanciamiento respecto del síntoma lo objetiviza de alguna manera y, de ese modo, al enfermo le es más fácil poder superarlo. Pero también en este caso correspondía aplicar el método de la intención paradójica: se le indica a la paciente que, a partir del distanciamiento logrado respecto del síntoma, reduzca *ad absurdum* las ocurrencias obsesivas y, de ese modo, les quite el sustento.

En concreto, se trataba de que enfrentara, por ejemplo, su temor obsesivo de tener las manos sucias con un pensamiento formulado de la siguiente manera: «¿Cómo que tengo miedo de que mis manos sigan (después de tanto lavarlas) sin estar lo suficientemente limpias? Pues supongamos que están incluso muy, muy sucias, y que quiero que lleguen a estar mucho más sucias todavía». También se indica a la paciente que no luche nunca contra los impulsos neuróticos, pues la presión suele generar una presión en contra, y a menudo es precisamente esta lucha contra las ideas obsesivas la que las hace tan insoportables. Se le sugiere a la paciente, en este sentido, exagerar conscientemente los temores obsesivos recurriendo a fórmulas lo más humorísticas posible para poder superarlos. Y en efecto, la enferma logra pronto «superarse a sí misma y al problema», como ella misma lo expresa: «Ya no considero que la neurosis obsesiva esté por encima, sino por debajo de mí», dice; «mientras que, hasta ahora, la neurosis tenía, por decirlo así, autoridad sobre mí, ahora me he vuelto insolente con ella».

Como hemos visto, la paciente ya ha podido crear el «distanciamiento por medio del humor». Queremos dejar claro que ha sido siempre preguntando abiertamente a nuestros pacientes sobre cómo lograron el éxito como más hemos aprendido. Así, a nuestra pregunta sobre qué pensaba cuando intentaba distanciarse

del síntoma, respondió: «Aquí estoy yo, allá está la idea obsesiva; ella me plantea exigencias, pero yo no tengo por qué aceptarlas. La idea obsesiva, pensaba yo entonces, no puede lavarse las manos por sí sola, soy yo quien debe hacerlo, pero yo soy también quien no lo hago».

Así es como en el curso del tratamiento la paciente logró aprovechar bien el margen de maniobra que sigue habiendo incluso en una enfermedad obsesiva como la suya, es decir, también en un caso que tiene indudablemente una base hereditaria que la condiciona. En estos casos, la tarea esencial de la psicoterapia es reducir la neurosis obsesiva manifiesta a este núcleo inevitable que condiciona al paciente y que no se puede modificar, al menos desde el plano psíquico. Por supuesto, hay que tener en cuenta que la sintomatología que genere este resto inevitable no tiene por qué perturbar de manera significativa al paciente. Si logramos llevarlo al punto en que ya no padezca más que este trastorno básico inevitable, por lo menos habrá llegado a estar en condiciones de ejercer su profesión. Más aún, la disposición de carácter innata que está latente, el tipo de constitución psíquica del que surge la neurosis obsesiva manifiesta, no implica necesariamente una inferioridad —si lo valoramos desde el punto de vista social—. Por el contrario, este tipo de carácter (el psicoanálisis lo denomina, como es sabido, «carácter anal») tiene ciertos rasgos positivos desde el punto de vista social, como la minuciosidad, el ser ordenado y metódico, el dar importancia a la higiene, etc. Y todo individuo con esta constitución de carácter tiene la libertad de resguardarse de estas exageraciones y excesos o bien, si ya se han desarrollado, de deshabituarse a ellos mediante la educación, la autoeducación o la reeducación. Siempre les recalamos también a los pacientes que disponen de este margen de maniobra dentro del cual pueden asumir una actitud u otra ante la neurosis obsesiva, y que pueden modificar esa actitud si quieren. Les aclaramos que no son responsables de las ideas obsesivas que les invaden, pero que sí lo son, en cambio, del modo en que se comportan frente a ellas, es decir, de si las fomentan y continúan cavilando sobre ellas o bien, en el sentido de nuestra propuesta terapéutica, las objetivan y se distancian de ellas con humor.

Hay que tener en cuenta aún otra cosa: la peculiar actitud mental general, la «cosmovisión», podríamos decir, del neurótico obsesivo. Esta actitud mental está determinada por una aspiración muy característica al ciento por ciento, al absoluto. Lo que busca es la seguridad absoluta y en todo: tanto en el conocimiento como en las decisiones. Es una especie de impulso fáustico que se apodera de él y lo anima, intenta obstinadamente eliminar el carácter incidental y provisional inherente a todo conocimiento y decisión humanos. Procura ignorar y saltarse lo condicionado, lo fragmentario que conlleva toda condición humana, pero es como intentar perseguir su propia sombra. El ser humano no puede conocer ni decidir con seguridad absoluta. En lugar de comprenderlo y asumirlo, el neurótico obsesivo se rebela contra ello, se subleva contra la imperfección, contra la incertidumbre de toda decisión de la conciencia humana y contra la inseguridad última del conocimiento humano. Pero si nos preguntamos por qué precisamente él reacciona de forma hipersensible frente a la inseguridad existencial, podremos encontrar en la estructura de carácter de los pacientes neuróticos obsesivos datos que nos den una respuesta. En efecto, parece que en la base de la tendencia a buscar lo absoluto que caracteriza sus actos de conocimiento y decisión, en la base de la intolerancia frente al resto irracional que permanece en todos esos actos (que intenta compensar con un acentuado racionalismo), subyace una insuficiencia específica del sentimiento de evidencia (en los actos de conocimiento) o una inseguridad instintiva específica (en los actos de decisión). Así, el fundamento —que probablemente hunde sus raíces en el estrato fisiológico— de la mencionada «cosmovisión neurótica obsesiva del ciento por ciento» se encuentra en la «timopsique» (Stransky), concretamente en la obstrucción de las fuentes esencialmente inconscientes que alimentan los actos de conocimiento y de decisión del ser humano normal: por un lado, el sentimiento de evidencia, y, por el otro, la seguridad instintiva que funciona en el ámbito de lo ético como conciencia. Ambos, tanto la evidencia como el instinto ético, actúan desde un estrato noético, aunque inconsciente (o sea, no reflexionado), que no puede reconstruir ninguna racionalización «secundaria» posterior. La tragedia del neurótico obsesivo es intentarlo, a pesar de todo: su

«impulso fáustico» fracasa al tratar de racionalizar por la fuerza lo que es esencialmente irracional.

Pero a este aspecto trágico se agrega el tragicómico, que permite distinguir lo auténticamente fáustico de lo meramente obsesivo. Pues, ¿qué hace el neurótico obsesivo tan pronto como se da cuenta de que «nada humano llega a ser perfecto»? Como el absoluto que anhela no es realizable, lo restringe a ciertos ámbitos parciales de su existencia. Como no todo puede ser absolutamente seguro en su vida, como le está negado cualquier conocimiento y cualquier decisión absolutamente correctos, verdaderos y buenos, trata al menos de preservar o salvar lo absoluto y la totalidad en algún ámbito particular de su vida. De ahí que nuestra paciente, como buena ama de casa, restrinja su aspiración obsesiva a la totalidad a sus tareas como ama de casa y, de ese modo, pueda ser «total y completa» por lo menos en algo: puede tener completamente limpia su casa, completamente limpias sus manos. Por eso es necesario un cambio existencial de la persona en su dimensión noética que tendría que culminar en aceptación del «carácter fragmentario de la vida» (Simmel) y del «coraje para ser imperfecto» que Sofie Lazarsfeld planteó como exigencia terapéutica en oposición al «afán de parecerse a Dios» (Adler) del neurótico.

En este caso hemos visto de forma paradigmática lo importante que es en psicoterapia no limitarse a hacer conscientes los complejos inconscientes (en sentido psicoanalítico), sino también las actitudes noéticas inconscientes. Lo patógeno, es decir, lo que genera neurosis, no es solamente el impulso inconsciente que Freud designara como el «ello», sino también lo noético inconsciente que también puede llevar a actitudes erróneas de índole neurótica, que afecten a la actitud noética del ser humano de forma primaria (por ejemplo, en trastornos sexuales como trastornos de la capacidad para el auténtico amor) o solo secundaria (como en el caso de un neurótico constitucional anancástico). En la medida en que la base esencial de la existencia noética del ser humano consiste en actos no reflexivos —o, dicho de otro modo, en la medida que «sucede» siempre de forma inconsciente—, también lo noético en el ser humano es, en última instancia, inconsciente. Pero como esta dimensión noética no reflexiva, tal como

aparece en todos los actos espontáneos de conocimiento, así como en las decisiones espontáneas de conciencia, se denomina «existencia», puede decirse que un análisis dirigido hacia ella, o sea, un análisis existencial (Frankl 1938b, p. 33), se distingue del psicoanálisis por el hecho de que, a diferencia de este último, no hace consciente lo inconsciente instintivo sino lo inconsciente noético (Frankl 1974). Consecuentemente, en lo terapéutico el análisis existencial se centra menos en actuar dentro de lo psíquico (por ejemplo, como el psicoanálisis, dentro de la dinámica de los afectos), sino que su intención es oponerse al modo de ser neurótico con los recursos noéticos—con las armas del *Logos*—: es logoterapia.

Si volvemos ahora al caso concreto de nuestra paciente, tendríamos que mencionar todavía el siguiente episodio de su tratamiento psicoterapéutico:

Un día la paciente declaró espontáneamente que tenía la sospecha de estar utilizando su neurosis también como excusa y, en ciertas situaciones, como arma en contra de su marido. Se pudo comprobar fácilmente que, con el tiempo, se había aprovechado, en efecto, de los mecanismos neuróticos obsesivos. Pero hay que subrayar que esto sucedió sobre todo de forma secundaria.

Había que interpretarlo, por tanto, en el sentido de la conocida concepción psicoanalítica de la «motivación patológica secundaria» o de la denominada «ganancia» de la enfermedad. Estas motivaciones, que se agregan de forma secundaria al suceso patológico originario y propio, no son nunca la causa real de los síntomas obsesivos, sino solo la causa de la fijación sostenida de dichos síntomas. Pero cuando estas motivaciones secundarias, que fijan o amplían la neurosis, tienen relevancia realmente patogénica en algunos casos concretos, preferimos que el paciente exprese espontáneamente sus sospechas, que tome conciencia por sí mismo de sus motivaciones, a imponerle una interpretación a la fuerza.

Debido a la multiplicidad de sus aspectos estructurales, la neurosis puede abordarse terapéuticamente en diferentes puntos o niveles: se puede proceder de forma farmacológica, de forma psicológica

y, dentro de esta última posibilidad, interpretar los contenidos del caso concreto según Freud o bien los motivos de la fijación según Adler (dejando fuera de consideración los contenidos concretos); por último, como también hemos visto, se puede enfocar y tratar una neurosis no desde lo corporal ni desde lo psíquico (sea con uno u otro enfoque), sino en ciertas ocasiones también desde lo noético. Así como tenemos que adecuar el método elegido en cada caso a la individualidad del enfermo, debemos adecuarlo también a nuestra propia personalidad. En efecto, la práctica demuestra una y otra vez que la personalidad del médico se adapta con éxito diferente a diferentes métodos. De ello se deduce que la configuración propia de la psicoterapia representa en cada caso una función que depende de dos factores variables y, además, irracionales: tanto de la singularidad del paciente como de la singularidad especial del médico. Lo que muestra, a su vez, que la psicoterapia solo es susceptible de enseñarse o aprenderse de forma relativa.²² Presupone siempre un conocimiento (aunque no explícito) de las capacidades específicas propias del médico y de las posibilidades internas específicas del enfermo. Así, la psicoterapia depende siempre de algo más que de la mera capacidad técnica: siempre es, en gran medida, un arte. Y, frente a la variabilidad de los dos factores irracionales que intervienen siempre en el arte de la psicoterapia, no nos sorprenderá tampoco ver en qué medida la psicoterapia depende de una captación momentánea de la persona concreta en la situación concreta en que se encuentra —y, por tanto, de la improvisación—. Nada puede esquematizarse, nunca se pueden seguir pautas rígidas. Cada caso individual necesita su propio método, y ese método debe improvisarse e inventarse de nuevo en cada caso y para cada caso.

Trataremos todavía brevemente algunas particularidades que demuestran ser necesarias en el tratamiento de las neurosis obsesivas. Veamos nuevamente un caso concreto como punto de partida:

22. En consecuencia, no hay duda de que la psicoterapia como globalidad no puede enseñarse. Pero ¿no es enseñable acaso la individualización, tan necesaria justamente por el mismo motivo?

(Caso 15) El paciente, de 48 años, de profesión ingeniero, acude a la consulta por cavilaciones obsesivas graves: «Todo me parece tan raro en el mundo: toda la gente, todo en general; por ejemplo, también el hecho de ser un ser humano... puras estupideces: que un hombre tenga dos pies, el hecho mismo de que existan seres humanos, esa creación que es el ser humano: qué significa todo esto, y por qué el ser humano tiene el aspecto que tiene y no otro, y para qué se es persona, etc. ¡Temo estar ya como para ir al manicomio!».

Estamos aquí ante un fenómeno muy frecuente entre los neuróticos obsesivos: el temor a la psicosis. Puede llegar a tal extremo y convertirse hasta tal punto en el síntoma dominante que, al final, pasan totalmente a un segundo plano los síntomas que habían originado la neurosis. Estamos, pues, ante un síntoma neurótico obsesivo autónomo *sui generis*: lo llamamos psicotofobia. La autoobservación forzada del neurótico obsesivo hace que caiga cada vez más en un estado de angustia torturante. Pues, ¿quién no hallaría algo anómalo en sí mismo si se observara intensamente durante un tiempo suficientemente prolongado?²³ No tardará en encontrar «un pelo en la sopa», y es comprensible hallar en cualquier ser humano alguna desviación de la norma, pues la norma ideal solo existe sobre el papel. Lo que encuentran, comprueban y fijan mediante la autoobservación aparece después deformado, exagerado, inflado. Rasgos inofensivos en el carácter de una persona, que a lo sumo podrían considerarse «errores estéticos» menores, pasan a ser síntomas o pródromos de enfermedades mentales. Una vez más, interviene el conocido meca-

23. Más aún, la inclinación a la autoobservación y la autorreflexión es considerada por los pacientes como algo patológico y hasta como «escisión de la conciencia», con lo cual se la toma ya como signo de esquizofrenia. Desde el momento en que «esquizofrenia» se traduce como forma de demencia por escisión psíquica —concepto cargado de elementos de la antigua psicología asociativa, lo que es históricamente comprensible—, el término ha contribuido en gran medida a sembrar el pánico entre personas que ni siquiera poseían características esquizoides.

nismo de la ansiedad anticipatoria y se establece un círculo vicioso: lo que el neurótico obsesivo detecta primero, y luego exagera mediante la autoobservación, empieza a temerlo debido a su psicotofobia, y luego empieza a luchar contra lo que teme. Pero esta lucha, este enfrentamiento, este arremeter contra supuestos síntomas psicóticos o contra verdaderos síntomas neuróticos no hace sino potenciarlos y volverlos más recurrentes. El miedo a la psicosis hace que su atención se centre cada vez más en los síntomas en cuestión, que le parecen patológicos, sus pensamientos giran cada vez más en torno a esos síntomas, que cada vez ocupan más espacio en la vida del paciente. Pero basta con hacer una simple tarea de aclaración para romper el círculo vicioso. Es suficiente con explicar claramente al paciente el hecho, tan conocido en el ámbito psiquiátrico, de que precisamente el tipo caracterológico neurótico obsesivo rara vez sufre psicosis, por lo que precisamente el neurótico obsesivo es el que menos motivos debe tener para la psicotofobia. Bastará con exponer adecuadamente la paradoja: el (neurótico obsesivo) psicotofóbico teme algo que, precisamente por ser obsesivo neurótico (psicotofóbico), no tiene motivos para temer.²⁴

Después de esta breve digresión, volvamos a nuestro caso:

Al preguntar al paciente si últimamente —cuando tanto había sufrido por sus cavilaciones obsesivas— había tenido mucho tiempo disponible, nos responde con un «lamentablemente» y señala que, en este momento, está sin trabajo, y que, desde que no tiene nada que hacer, le va mucho peor.

24. Naturalmente, el paciente no deberá malinterpretar todo esto pensando que al desaparecer su temor a la psicosis desaparecerá también la protección, la «inmunidad» frente a la psicosis, es decir, que el fin de la neurosis pueda ser un síntoma de la aparición de la psicosis, como sucede por ejemplo cuando la aparición de la parálisis progresiva hace que desaparezca la fobia a la parálisis. En el caso de la psicotofobia, la situación es diferente puesto que la inmunidad se basa en lo caracterológico y por tanto objetivamente no tiene nada que temer cuando desaparezca el temor neurótico, es decir, la psicotofobia, ya que entonces no solo estará protegido de la psicosis sino también curado de su neurosis.

No pensamos, por supuesto, que sus cavilaciones obsesivas se expliquen simplemente a partir de una especie de pseudohipertrofia del pensamiento, pero no hay duda de que algo parecido está contribuyendo a ellas: basta pensar en los muchos casos en los que neurosis obsesivas graves son, por decirlo así, arrasadas por un afecto que conmociona profundamente toda la personalidad, o que tira por la borda toda la sintomatología neurótica obsesiva en el momento en que el paciente se enfrenta al imperativo externo de realizar una acción o de cumplir una tarea importante y que lo llena interiormente. En general, parece existir una peculiar relación antinómica entre el reino ficticio de las representaciones y los temores neuróticos obsesivos y la realidad: basta que esta se imponga para que la neurosis obsesiva retroceda. Sabemos del caso de un hombre que sufrió durante décadas una de las formas más graves de la tanatofobia —en su presencia no podían mencionarse las palabras «muerte» o «morir», ni siquiera podían hacerse alusiones a esos conceptos, sin que movilizara un ceremonial sumamente complicado para desplazar de su conciencia el pensamiento de la muerte. Un día se le detectó casualmente una tabes oligosintomática, y el paciente debió someterse a una cura para la malaria, lo que hizo, por supuesto, con una ansiedad exagerada. Desgraciadamente surgieron complicaciones tras los primeros accesos de fiebre, y, pese a interrumpirse inmediatamente, como correspondía, el tratamiento contra la malaria (no habiéndose hallado previamente contraindicaciones desde la medicina interna o de otro ámbito), se desarrolló un cuadro séptico grave con caquexia aguda que ya no pudo controlarse. Los médicos quedamos muy impresionados al constatar que, precisamente al presentarse una amenaza real para la vida de nuestro paciente, cesó por primera vez el temor ante la muerte que lo había acompañado casi toda la vida y cedió paso a un estado de ánimo equilibrado, sereno, que no podía explicarse únicamente debido a la euforia séptica.

Pero volvamos al caso de las cavilaciones obsesivas que habíamos empezado a exponer.

Nuestro paciente explica que se «defiende» de sus cavilaciones porque teme que sean la causa de que acabe en un manicomio.

Pero al aclararle, como hemos visto más arriba, la relativa inmunidad del neurótico obsesivo frente a las psicosis, dice, aliviado y contento: «¡Para qué me habré agobiado tanto!».

Así logramos interrumpir la lucha contra el síntoma —que lo reforzaba aún más—, eliminando el motivo de esa lucha, la psicofobia.

Falta todavía dar algunas indicaciones en relación con la técnica específica del tratamiento psicoterapéutico de las neurosis obsesivas. Ante todo, hay que encarar el tratamiento teniendo en cuenta la estructura básica del carácter del neurótico obsesivo —una estructura que no tiene por qué ser en sí misma patológica—. Ya hemos hablado de ella más arriba, destacando su tendencia racional. El neurótico obsesivo suele aferrarse a fórmulas estrictas, y no hay razón para que no aprovechemos terapéuticamente esa misma tendencia: nos esforzaremos por incorporarla en el curso del tratamiento. Esto puede hacerse sencillamente: 1) poniendo de relieve, en la formulación más clara posible, una verdad que ha de representar, en el sentido de la logoterapia, un contrapeso mental a la referida «cosmovisión del ciento por ciento»; 2) procurando argumentar con suficiente pulcritud, es decir: por una parte, desarrollando de forma intachable nuestros argumentos frente a los del paciente y, por la otra, evitando que algo quede oculto o se pase por alto. Debemos escuchar al paciente, dejar que se exprese con tranquilidad y que esgrima toda su larga lista de escrúpulos, dudas y reparos, como en efecto suelen hacer los neuróticos obsesivos en la consulta —pensemos en la acertada descripción francesa de este tipo de «homme à petit papier»—. ²⁵ Así hemos llegado al punto 3) debido a su afán por obtener argumentos demostrados y formulados claramente, será muy efectivo todo lo que se le pueda explicar y dar «negro sobre blanco», y pueda llevarse «tranquilamente a casa» —como el discípulo en *Fausto*—. Considerando esta peculiaridad de su carácter, no tendremos reparos en entregarle un breve y conciso resumen por escrito con todo lo que, a nuestro juicio, debe tener siempre presente. Ilustrémoslo con un ejemplo:

25. «El hombre de la cuartilla» (donde lo anota todo: planes, ideas, acontecimientos). (*N. del T.*)

(Caso 16) La paciente, de 45 años, lleva 13 años sintiéndose acosada por el miedo a dañar a otras personas; piensa que puede hacerlo sin darse cuenta con agujas, astillas o cosas parecidas. Nos dice también que, ya a la edad de 5 o 6 años, padecía de escrúpulos patológicos, lo que nos permite inferir el componente constitucional de la anomalía anancástica de su carácter. Al preguntarle si tiene sentimientos de culpa responde que los sufre constantemente, pero que el temor de haber dañado a alguien con astillas, esquirlas, etc., apareció por primera vez después de haber experimentado un gran sobreesfuerzo físico.

No es infrecuente que las neurosis obsesivas se exacerben en estados de debilidad corporal o de agotamiento psicofísico como por exceso de trabajo, etc. Además, concuerda con nuestra experiencia en el sentido de que la psicoterapia de las neurosis obsesivas en particular puede acelerarse significativamente con el apoyo de un tratamiento farmacológico (cf. Frankl 1939a). También en el síndrome de despersonalización, afín al grupo de las formas anancásticas dentro de las psicopatías, constatamos que las medidas farmacológicas pueden dar excelentes resultados; lo pudimos comprobar concretamente con una terapia hipertensora, en especial con preparados adrenocorticales (Frankl 1975b).

Con relación a esta dependencia psicofisiológica, la enferma menciona también que, por la mañana, cuando está descansada, se siente relativamente bien, pero que en general su estado es verdaderamente insoportable. Así, no hace mucho sucedió que, con gran dificultad y esfuerzo, pudo recuperar finalmente, en la oficina central de correos, una carta que ya había enviado al extranjero, al no poder librarse de las dudas que la atormentaban ante el temor de que la carta pudiera contener alguna astilla de vidrio.

Después de haber hablado exhaustivamente con la paciente de todo lo necesario por primera y única vez, se le entregó un conciso resumen escrito de lo que debía tener siempre presente a partir de entonces: «Mis temores son típicos de la neurosis obsesiva, es decir, patológicos, y, por lo tanto, infundados».

Con ello facilitamos el distanciamiento y hacemos que la paciente objetive la neurosis como algo irracional. «Precisamente por ser neurótica obsesiva, no tengo por qué temer que esto degenerare en una psicosis. Por eso, tampoco tengo que combatir los temores, como venía haciendo hasta ahora, porque esta lucha contra ellos es la que los hace más fuertes». Lo dicho anteriormente hace comprensibles estas recomendaciones. «De alguna manera tengo que jugar al gato y al ratón con mis obsesiones patológicas: tengo que exagerarlas tanto que termine riéndome a gusto de ellas. Por eso, debo decirme incluso a mí misma que tengo la intención de dañar a esta o aquella persona de una u otra forma. Porque así, por lo menos, perderé el miedo a hacerle daño.»

Esta sugerencia que hacemos a la enferma se corresponde con lo que hemos dicho reiteradas veces sobre la intención paradójica y su influencia saludable en los fenómenos de las neurosis de angustia y de las neurosis obsesivas. Pero, en cuanto al resumen escrito, tuvimos que considerar la posibilidad de que, debido a su escrupulosidad patológica, las «consignas» que le dábamos a la paciente incrementarían aún más sus escrúpulos neuróticos. Había que prevenirlo:

«De ningún modo debo temer que sea posible llevar a cabo efectivamente la intención —que, por supuesto, se trata solo de una broma— de dañar a alguien; es decir, no debo temer de ningún modo que pueda realizar estos propósitos y llegar realmente a hacer daño a alguien.»

Quien conozca a neuróticos obsesivos sabrá muy bien, sin embargo, que no se conforman ni con mucho con esta «explicación». Por eso comprenderá que, para terminar, hayamos agregado el siguiente párrafo: «Ahora bien, para no sentir ninguna carga de responsabilidad en relación con este peligro puramente teórico (vinculado a la intención paradójica de dañar algún día realmente a alguien), me declaro conforme con que mi médico asuma la plena responsabilidad en el caso de que, jugando con los temores obsesivos, pueda yo dañar alguna vez seriamente a alguien». Pero

no basta con ello: ante la desmesura patológica del sentimiento de responsabilidad que caracteriza al neurótico obsesivo típico, a este «escrito para el uso de una persona excesivamente escrupulosa» hubo que agregar aún algo más para demostrar plenamente que, en definitiva, ella está obligada a este juego con el «peligro» de que, naturalmente, resulta «imprudente» a sus ojos. Por eso, el escrito que se le entregó concluía con la fórmula: «Esta responsabilidad (de jugar con los temores obsesivos, que tan peligroso le parece a la paciente) debo dejársela al médico, porque solo así puedo llegar a liberarme de las ideas patológicas y también porque esta curación es un deber que tengo ante mis familiares».

A pesar de lo arriesgado que parece a primera vista entrar de este modo en el plano de discusión de la neurosis, este proceder resulta muy eficaz en la práctica. Al fin y al cabo, no significa otra cosa que derrotar a la neurosis con sus propias armas. El acentuado racionalismo que encontramos en los neuróticos obsesivos inteligentes hace absolutamente necesario que luchemos con los medios adecuados, o sea, con argumentos racionales. Este combate no representa más que una adaptación específica de la logoterapia a la neurosis obsesiva.²⁶

Las ideas obsesivas blasfemas requieren un comentario aparte. Probablemente, la mejor manera de enfrentarlas terapéuticamente es utilizar la neurosis obsesiva del paciente, señalándole que comete una blasfemia al temer constantemente blasfemar; pues considerar que Dios no sabe diagnosticar y por tanto es incapaz de diferenciar diag-

26. Incluso el conocido psicoanalista Emil A. Gutheil, editor de la *American Journal of Psychotherapy*, explica en su último artículo publicado con el título de «Problems of Therapy in Obsessive-Compulsive Neurosis»: «New therapeutic means must be introduced. Appeal to reason, fruitless though it may be in other cases, holds promise in cases of obsessive-compulsive neurosis, in which rationalization and intellectualization play so great a part» (*American Journal of Psychotherapy* 13 [1959], p. 793) [«Hay que introducir nuevos recursos terapéuticos. Apelar a la razón, por infructuoso que pueda ser en otros casos, resulta prometedor en casos de neurosis obsesivo-compulsiva, en los que desempeñan un papel tan importante la racionalización y la intelectualización»].

nósticamente entre blasfemia e idea obsesiva constituye ya una blasfemia. En realidad —le aseguramos al paciente—, seguramente Dios no tendrá en cuenta una idea obsesiva blasfema del paciente. Efectivamente, la psicopatía anancástica —que es el sustrato de la neurosis obsesiva— no es atribuible a su persona (noética), sino a su carácter (psíquico). En este sentido, el paciente no es ni libre ni responsable, aunque sí lo es en cuanto a su actitud frente a la idea obsesiva. Y ampliar el espacio de esa libertad, creando distancia entre lo humano en el enfermo y lo humano en el ser humano, es el verdadero objetivo de la intención paradójica.

Pero la intención paradójica puede adaptarse también a otras formas de neurosis, e incluso a ciertas psicosis, en la medida en que sean accesibles a la psicoterapia.

Recordamos, así, el caso de un jurista muy destacado que padecía una depresión endógena larvada que cursaba bajo el cuadro de escrúpulos neuróticos obsesivos. Estos escrúpulos se referían a la posibilidad, puramente teórica, de haberse afiliado a un determinado partido político, haberlo olvidado, y, al no declararlo, transgredir la ley. La situación degeneró hasta llegar a intentos de suicidio, y, al final, el enfermo estaba profundamente inquieto y no podía conciliar el sueño. Pero no era esto lo único que amenazaba su capacidad de trabajar y, con ello, su carrera, sino también los reiterados intentos de denunciarse a sí mismo por este hecho ante las autoridades, aunque hay que mencionar que siempre, en todas partes, y con toda la razón, era conocido como opositor a dicho partido, habiéndose llegado a exponer públicamente como tal. A pesar de la base endógena y por tanto permanente de su dolencia, se pudo lograr rápidamente un alivio decisivo, pero, sobre todo, eliminar la amenaza contra sí mismo —contra su vida (por suicidio) y contra su carrera—: el paciente se llevó a casa una explicación por escrito del médico que, teniendo en cuenta su cualidad de jurista, culminaba con la afirmación de que el médico, como psiquiatra, respondía de que cualquier autoacusación del enfermo al respecto carecía de toda base real. A partir de ese momento, el estado de depresión se redujo al mínimo inevitable considerando su carácter endógeno.

Ya mencionamos anteriormente esta reducción del fenómeno psicopatológico al mínimo inevitable. Basándonos en un caso de neurosis obsesiva grave, queremos demostrar nuevamente el efecto terapéutico positivo del enfoque psicoterapéutico que indica al paciente que acepte el núcleo inevitable de su neurosis obsesiva justamente como un hecho ineludible, en lugar de fomentarla agregándole cada vez más síntomas innecesarios en su intento fallido de luchar contra ella.

(Caso 17) El enfermo, un importante industrial de 41 años, se encuentra desde hace algunos meses en la ciudad, a la que había llegado desde el extranjero para someterse a un tratamiento psicoanalítico. En el primer plano de su trastorno neurótico obsesivo se encuentra una grave «obsesión blasfema» que hace de su vida una tortura desde hace 15 años, siendo como es un hombre profundamente religioso. El análisis le había proporcionado al comienzo un pequeño alivio, pero, en definitiva, no le había ayudado (teniendo en cuenta el poco tiempo de que dispone, difícilmente hubiese podido ser de otro modo —ha tenido que tomarse unas vacaciones ad hoc—). Hace unos días experimentó una grave recaída, llegando a tal punto su desesperación que ahora tiene verdaderas intenciones de suicidio: lleva incluso en la cartera la carta de despedida a su mujer. Sin embargo, los amigos, que habían notado su profunda depresión, le hicieron prometer que haría todavía un último intento para curarse. Así llegó a nosotros, sin la posibilidad de permanecer aquí más que unos pocos días.

Llama la atención la causa inmediata de su desesperación actual. Hace poco acudió de nuevo, como cada día, a la sesión psicoanalítica, y explicó, contento, que «gracias a Dios» ese día se sentía un poco mejor. El médico le insistió en que la mejoría no se la debía agradecer a Dios, sino exclusivamente a algún movimiento o cambio en su inconsciente. Nuestro paciente se sintió muy afectado debido a su concepción religiosa de la vida.

Ahora bien, nadie, y mucho menos un médico, tiene el derecho de oponerse al carácter religioso de la concepción de un enfermo acerca de las causas últimas de su enfermedad o de su curación.

Por el contrario, debe respetarla sin reservas. Como médicos no nos compete criticar el lugar que ocupa la enfermedad y la curación en un orden más elevado. En nuestro fuero interno podremos pensar de un modo o de otro acerca de esas cosas, pero, mientras actuemos como médicos, no tenemos derecho a imponer al enfermo nuestra opinión sobre la religión, ya sea positiva o negativa, ni tampoco a criticar despectivamente su opinión, positiva o negativa, sobre la religión.

Más aún, no solo es conveniente respetar y valorar la actitud religiosa del enfermo, sino también incorporarla como un factor positivo —como, en efecto, lo es— en nuestro plan terapéutico.

En el caso que acabamos de comentar, por ejemplo, esto no solo fue posible, sino que fue, en definitiva, la piedra angular de toda la terapia, como se demostraría rápidamente. Como por motivos externos no era posible llevar a cabo una psicoterapia propiamente dicha, por ejemplo en el sentido de un análisis exhaustivo de las ideas obsesivas, era aún más necesario ocuparse en primer lugar de la actitud del paciente hacia la enfermedad, en vez de procurar un tratamiento de los síntomas (que se hubiera centrado en el estudio detallado de los síntomas y de su génesis). La actitud frente a su enfermedad había sido hasta entonces totalmente crispada, y también lo había sido la lucha del enfermo contra la enfermedad obsesiva: luchaba constantemente contra sus ocurrencias blasfemas, y aumentaba así su «poder» y su propio tormento. Era preciso aflojar la crispación, aliviar la tensión y la carga. El enfermo debía aprender, por así decirlo, a soltar las riendas.

De forma análoga a los casos ya mencionados, en los que el combate y la embestida contra las ideas obsesivas eran consecuencia de una psicotofobia y estaban alimentados por ella, y en los que la eliminación de esa fobia había resultado un alivio importante, en el caso que nos ocupa se debía lograr una mayor y saludable soltura respecto a la enfermedad desde lo religioso. Se trataba de llevar al enfermo a una especie de reconciliación con su neurosis obsesiva, una reconciliación que, por supuesto, no debía equipararse en modo alguno a un nihilismo o fatalismo terapéutico. Por el contrario, justamente a través de una reconciliación con esa enfermedad como un destino inevitable debía detener por fin la lucha frustrante con las ideas obsesivas —y era esa lucha la que las había convertido verdaderamente en un obstáculo en su vida—.

«Aquí está mi neurosis obsesiva», así aprendió nuestro paciente a ver las cosas, «y está ante mí, metida en mi vida, exactamente igual que, por ejemplo, mi felicidad familiar, mi carrera profesional o mi éxito en los negocios: todo me lo ha enviado Dios y como tal debo aceptarlo. Dios sabe, sin duda, por lo menos tan bien como yo lo sé ahora, que los pensamientos blasfemos que me asaltan están muy alejados de mi verdadero sentimiento religioso: seguro que no los tomará en serio. Pero a partir de ahora tampoco yo debo ni quiero hacerlo. Quiero pasarlos por alto en mi pensamiento cuando aparezcan, vivir pasando por alto mi neurosis. Así, los ignoraré, como se ignora a un perro que te ladra, pero que te ladra aún más cuando le das una patada, mientras que dejará de ladrar si lo ignoras. Y si desde el principio no presto atención a los ladridos, entonces seguramente ni los oiré (como el tictac de un reloj en la habitación, al que no se le suele prestar atención ninguna)». Y ya al día siguiente el paciente nos informa de que, por primera vez en al menos diez años, ha vivido una hora entera totalmente libre de ideas obsesivas.

El paciente regresó luego a su patria. Semanas más tarde nos comunicó por carta que le iba relativamente bien, incluso a pesar de algunas circunstancias externas desfavorables que se habían presentado. «Por supuesto que alguna idea obsesiva aparece de vez en cuando, pero me enfrento a ella con serenidad y humor, tal como lo he aprendido. Por ejemplo, cuando surge uno de estos pensamientos al despertarme por la mañana, pienso para mis adentros: buenos días, neurosis obsesiva, ¿ya estás aquí?, y sonrío interiormente sobre ello y sobre toda la neurosis, y paso enseguida a mis quehaceres, a mis tareas cotidianas, que realizo por amor a Dios y a mi familia.»

Con este último comentario se alude al giro que debemos dar a toda psicoterapia: esta no tiene solamente una fase o aspecto negativo —desviar la atención del enfermo de su enfermedad (derreflexión, intención paradójica, etc.)—, sino que tiene también una fase o aspecto positivo: orientar al enfermo hacia lo que está más allá de la enfermedad, hacia la existencia personal concreta asumida con plena conciencia de responsabilidad.

Aunque al analizar la psicoterapia de las neurosis obsesivas se habló del enfoque logoterapéutico, ahora se hace evidente cuándo y dónde debemos aplicar el análisis existencial: como análisis de la existencia humana orientado hacia su fundamental ser responsable, en realidad como toma de conciencia de la responsabilidad. Una vez más se hace evidente en qué medida el análisis existencial apunta a una toma de conciencia desde lo noético (y no, como en el psicoanálisis, de lo instintivo): en efecto, el fundamento último de la existencia humana desde lo noético es la responsabilidad.

Pero en el caso que se acaba de exponer se pone de manifiesto al mismo tiempo cuándo y dónde la psicoterapia se convierte en cierto modo en lo que hemos denominado cura médica de almas (*Ärztliche Seelsorge*). En efecto, cuando la psicoterapia propiamente dicha se ha hecho imposible —cuando ya no es viable el tratamiento del síntoma neurótico, y solo es posible una corrección de la actitud del enfermo ante el destino inevitable de la enfermedad— está indicada la cura médica de almas: solo entonces y no antes. Pues mientras la enfermedad o un aspecto esencial de la misma no se presenten realmente como un destino inevitable, mientras sea posible la curación del síntoma neurótico, debe hacerse a través de la psicoterapia. Solo cuando la situación es irremediable, no susceptible de ser configurada ni de abordarse, y por tanto un destino inevitable, puede intentarse que el enfermo se reconcilie con ella, y solo entonces comienza a perfilarse la posibilidad de realizar valores en la actitud frente al destino inevitable, en la aceptación serena, en el sufrimiento recto, digno (erguido).²⁷ Los hemos denominado valores actitudinales, y forman parte de las posibilidades de valor más elevadas que le son dadas al ser humano.

Para concluir, nos referiremos a dos casos que trató el doctor Kocourek, que fue mi asistente en el servicio de neurología de la policlínica de la ciudad de Viena y es actualmente el director de su ambulatorio neurológico. Él mismo redactó las historias.

(Caso 18) Anton R. (n.º de identificación 4 600/60) tiene 21 años. Hace cinco años se iniciaron repentinamente estados de angustia

27. Véase *supra*, p. 23, nota 4. (*N. del T.*)

con tal intensidad que, por miedo a herirse a sí mismo o a otros, empezó a evitar todos los objetos puntiagudos. Sorprendentemente, su temor a herir a alguien no se limita a personas, sino que incluye también a los caballos del establo de la finca paterna, a los que tiene que dar el forraje con la horquilla. No se trata en este caso de las ideas compulsivas suicidas u homicidas típicas, sino de una idea obsesiva «zoocida» —*sit venia verbo*—. Poco después se añadieron otras obsesiones, por ejemplo, la compulsión a la repetición, la compulsión a controlar todo lo que había hecho, etc. Pero en primer plano estaba el temor de precipitarse al subir escaleras o cruzar puentes. Finalmente ni siquiera podía utilizar el cuchillo al comer, y los temores obsesivos se hicieron tan frecuentes e importantes que afectaron negativamente a su rendimiento laboral. Así, por ejemplo, la madre del paciente señaló al médico del trabajo (que, a continuación, indicó un ingreso provisional) que a veces el paciente se quedaba de pie en un lugar, sin moverse durante una hora. En la clínica es sometido a tratamiento con electroshock. Como queda anotado en su historia clínica, el test de Wechsler-Bellvue revela un CI de 80, lo que indicaría «leve deficiencia intelectual» y un «trastorno mental hebefrénico». Más tarde, al ser admitido en el servicio de neurología de la policlínica de la ciudad de Viena, el paciente sufre un alto grado de ansiedad, está deprimido, apenas pronuncia frases congruentes, permanece sentado y temblando, bañado en sudor, con la mirada perdida, y responde siempre a las preguntas diciendo que tiene miedo, que no se atreve a abandonar la habitación porque podría hacer algún disparate. Rechaza cualquier palabra de consuelo. Fracasán los intentos de aplicar la intención paradójica. No responde al tratamiento con Fenotiazina; y el Trofanil le provoca una gran inquietud. Los placebos no surten efecto, lo mismo que R 1647, H 610 y Librium. Solo bajo los efectos de Marplan el paciente se vuelve accesible y, entonces, logra aplicar también la intención paradójica. Cuando tiene que subir la escalera que lleva del servicio de neurología al ambulatorio, la fórmula prescrita por el asistente, doctor Kocourek, es: «Ahora iré junto a la barandilla, aunque ayer ya salté sesenta veces al vacío. Hoy saltaré ciento sesenta veces». El

paciente sonríe por primera vez cuando logra aplicar la intención paradójica. En otra ocasión, el colega Kocourek lo invita a tomar contacto con diferentes tipos de cubiertos, diciéndose, cada vez: «Ayer me clavé diez veces el tenedor: hoy trataré de hacerlo más veces todavía». El paciente se siente ahora como si fuera otra persona, está de buen humor, optimista, y se siente francamente bien. Se relaciona también con los otros pacientes, les ayuda, y ahora es el favorito de la sala por estar siempre dispuesto a ayudar. Cuenta chistes, y lo más interesante para nosotros es que ahora aplica la intención paradójica por iniciativa propia. Para compensar el efecto excesivamente energizante del Marplan, toma Meleril. Por navidades, el paciente vuelve a casa. Después de su reingreso, el padre del paciente informa: «¡Es simplemente un milagro! Mi hijo se ha comportado de forma totalmente normal. Ha comido con tenedor y cuchillo, como hace años. Ha manejado herramientas como antes, cuando estaba totalmente sano: no se le ha notado absolutamente nada. Toda la familia estaba perpleja y no lo podía creer, todos lloraban de alegría. Ahora puedo pensar con tranquilidad en el futuro, pues mi hijo puede hacerse cargo de la finca...». El paciente, sin embargo, relata que cuando regresó a casa tenía todavía sus pensamientos obsesivos, pero que se decía siempre las «frasecillas», y había veces que no los tenía. Cuanto tenía miedo de prender fuego en la finca con el cigarrillo que estaba fumando pensaba, simplemente: «Ayer prendí fuego cien veces a la granja; que hoy sean ciento una, y que quede totalmente destruida por el fuego». Así lograba manejar sus pensamientos obsesivos con ayuda de la intención paradójica. Lo único que todavía le producía algo de inquietud era ver la «enorme» horquilla para el estiércol... Pocas semanas después, y encontrándose bien, es dado de alta. Siguen controles ambulatorios periódicos. Los familiares relatan que el paciente realiza su trabajo de manera normal, pasando desapercibido. Participa por primera vez desde hace años en un desfile festivo. El mismo paciente relata que, aunque ocasionalmente le vienen ideas obsesivas, siempre le resulta fácil aplicar la intención paradójica. Solo le siguen creando dificultades los azadones o los cuchillos muy grandes, y entonces se dice a sí mismo: «Venga con las

herramientas grandes, así puedo hacer daño a toda la vecindad, que los que tengo en la mano son demasiado pequeños para eso; ¡esos daños millonarios serán una diversión de primera!». Afirma que ha vuelto a ir a la iglesia: antes había tenido que salir siempre corriendo, puesto que se le ocurrían blasfemias constantemente. Y si bien las ideas obsesivas no han desaparecido, ya no lo inquietan, porque puede con ellas. «Son pensamientos mucho menos frecuentes.»

(Caso 19) Elfriede G., de 35 años, había estado sana hasta hacía tres años. Pero de sus respuestas a nuestras preguntas se deduce que, desde siempre, ya siendo una niña, había sido extremadamente meticulosa. Los síntomas obsesivos aparecen por primera vez hace tres años, durante su tercer embarazo. Empezó a fregar varias veces el suelo para evitar que sus hijos sufrieran infecciones. Los síntomas de su neurosis obsesiva aumentaron tanto a lo largo de estos años que, finalmente, la paciente no podía salir más de casa ni recibir visitas por miedo a que se introdujera en la casa una enfermedad. No contrataba a ninguna empleada de servicio doméstico, ya que ninguna era lo suficientemente limpia para ella. Al final, la paciente tenía que lavarse las manos cientos de veces al día. En su casa se retiraba a un cuarto al que no dejaba entrar a nadie, pues era el único espacio que consideraba limpio. Su marido no podía tocarla a ella ni a los niños, pues podría infectarlos. La paciente fue internada temporalmente en un psiquiátrico (tras haber intentado arrojarse bajo un tren y abrirse las venas), donde fue sometida a una cura de insulina, pero sin resultados significativos.

Según la historia clínica elaborada por el doctor Kocourek, el primer día de su estancia en el servicio de neurología de la policlínica de la ciudad de Viena, el caso de la paciente es presentado ante los estudiantes, y el profesor F. le sugiere que, «para variar», no tema a las bacterias sino, por el contrario, desee infectarse, y que piense para sus adentros: «Hoy no hay bacterias suficientes para mí», «quiero ensuciarme lo máximo posible; nada me parece más simpático que las bacterias». Las cosas continúan en este tono de broma hasta que el profesor F. coge a la paciente de la mano, la

lleva a las primeras filas del aula y la invita a hacer lo mismo que él: pasar la mano por el suelo y, después, frotarse la suciedad en la cara, y, para asombro de los estudiantes —y de ella misma—, la paciente lo hace.

De regreso a la sala común, ese día la enferma solo se lava las manos —que se había ensuciado en el aula— una vez, antes de la cena, y, de manera improvisada y en el sentido de la intención paradójica, les pregunta a las compañeras: «¿No habrá nadie que pueda suministrarme bacterias?».

Al día siguiente parece otra persona. Por la falta crónica de camas de nuestro servicio, ocupa una cama en una habitación del servicio de otorrinolaringología, en medio de pacientes recién operados, con cánulas traqueales y otros dispositivos semejantes; pero, sin prestar atención a su anterior bacteriofobia, se dedica voluntariamente al cuidado de estos enfermos, los lava y les da de comer. Según dice, se ha «reconciliado» con las bacterias.

Cinco días después de su admisión dice que le va un 90 % mejor. Cuida abnegadamente de los casos recién operados sin lavarse las manos más que tres veces al día. Respecto a las bacterias dice, simplemente: «Quiero relacionarme lo máximo posible con ellas y conocerlas bien: ya no me las quiero sacar de encima lavándome, sino que dejo vivir a esos pobres bichitos». Y, al reírse de su propio comentario bromista, se da palmadas en los muslos.

Al sexto día, la paciente abandona un par de horas el hospital. Primero va a comprar lana para tejerle un jersey a su hijo más pequeño «en ese ambiente infectado» del hospital. «En cada punto ha de haber bacterias.» Al duodécimo día, siguiendo el consejo del doctor Kocourek, puede saludar a sus hijos, que acuden a visitarla, sin haberse lavado las manos. Aplicando la intención paradójica, se dice: «Ahora transmitiré a mis hijos todo el cultivo bacteriano bien fresco. Que se infecten bien, para que la visita al hospital valga la pena. Al final, con tanta infección, se volverán inmunes». Y realmente, la paciente abraza a sus hijos en cuanto llegan, les acaricia el rostro y va con ellos y con su marido a unos grandes almacenes —a pesar de ser el cuarto domingo de Adviento, el anterior a la Navidad, en el momento de máxima afluencia de gente.

Durante todo el día lleva en brazos a su hijo querido «atravesando el ambiente infectado», como ella misma formula con intención paradójica. Nuevamente en el hospital, se constata que es el primer día vivido con normalidad desde hace años, libre de ataques de ansiedad o de impulsos compulsivos: «Todo ha sido tan natural», comenta, y «soy la persona más feliz del mundo». En los días sucesivos, la paciente se comportó de forma absolutamente normal. Ahora admite que había pensado incluso en pedir el divorcio para que el marido y los hijos pudieran ser felices y no tuviesen que sufrir más a causa de su neurosis obsesiva, tan graves eran las dificultades que generaba su neurosis a toda la familia. En la segunda semana se permite a la paciente por primera vez irse a casa, donde reina «un desorden terrible». Pero, a diferencia de lo que sucedía en el pasado, ahora la paciente «puede» con ese desorden, y eso sin tener que lavarse las manos más que un par de veces. Según ella misma relata, todo es como antes de su enfermedad, y ya no es necesario aplicar la intención paradójica. Pocas semanas más tarde, tras varias salidas, la paciente es dada de alta. En el curso de los meses siguientes nos visita reiteradas veces para informar periódicamente de su estado, que es excelente. De los informes de sus familiares se desprende que la paciente se comporta de forma totalmente normal y que toda la familia comienza a revivir. Cuando se le pregunta por la obsesión por la higiene declara: «Me da risa. Y hasta me parece totalmente impensable que haya tenido eso». A las 10 de la mañana ha terminado de ordenar la casa y se va a pasear con sus hijos. Se levanta a las 6 de la mañana: «Antes me levantaba a las 3, y al llegar la noche no había hecho nada de tanto lavarme las manos».

Una vez, la paciente trae a su hijo pequeño al ambulatorio, donde el niño se arrastra por el suelo hasta ensuciarse por completo. Pero la paciente lo ve, se limita a sonreír, y es el doctor Kocourek quien tiene que sugerirle asear un poco al niño: a ella no se le habría ocurrido. Después, la paciente estuvo libre de todo síntoma y ha seguido así en los cinco años que han pasado desde entonces.

Uno de los trastornos que, considerándolo bien, deberían formar parte del ámbito de la psicoterapia, pero que en la práctica suele tratar a menudo el médico generalista, es el insomnio. Nosotros preferimos llamarlo trastorno del sueño, pues sabemos que el organismo no soportaría un insomnio real, o sea total, más que unos pocos días o noches. Por otro lado, sabemos también que el ser humano, cualquier ser humano, está expuesto necesariamente (y también sabemos los motivos) a grandes autoengaños en la percepción que tiene de cuestiones como el insomnio o el trastorno del sueño, de modo que, subjetivamente, las quejas frecuentes ante la falta total de sueño no tienen por qué ser exageradas, ni menos aún deben tener una motivación histérica. En general se hacen por convicción, de buena fe. De manera análoga se da el fenómeno igualmente frecuente de que los pacientes afirman no soñar nunca (cosa que sería muy inconveniente en el marco de la psicoterapia, debido a la ocasional necesidad de analizar los sueños). Es cierto que hay personas que duermen sin soñar nada en absoluto, pero, en general, la suposición subjetiva de que se duerme sin soñar se basa en el olvido inmediato de los sueños al despertar. Esto puede modificarse fácilmente si es necesario, con un cierto entrenamiento. Por ejemplo, se indica a los pacientes que, inmediatamente después de despertarse, pongan su atención y su interés, en lo posible con los ojos todavía cerrados, en los sueños o en los restos de los sueños que acaban de tener, y después de esta especie de recapitulación interior del contenido que todavía recuerdan, los anoten por escrito.

Es posible que los trastornos del sueño sean debidos en ocasiones y de forma prioritaria a causas, por decirlo así, banales, como algún dolor físico. Prescindiremos de estos trastornos. Cabe mencionar también diversos trastornos específicos condicionados por procesos de encefalitis o residuos de postencefalitis. Tampoco nos ocuparemos de ellos. En tercer lugar, hay trastornos de origen orgánico que se manifiestan exclusivamente en casos de arteriosclerosis cerebral. Las mencionamos aparte simplemente para poner de relieve algo que es poco conocido: en estos casos da muy buen resultado el tratamiento farmacológico con ácido acetilsalicílico, mientras que, en cambio, los

barbitúricos pueden incluso llevar a estados paradójicos de excitación. (Nos parece además haber observado que el ácido acetilsalicílico, también en condiciones normales, tiene un efecto euforizante en el contenido de los sueños.)

Por motivos didácticos nos centraremos en un caso concreto que muestra un trastorno grave del sueño y nos permite mostrar de forma paradigmática las medidas psicoterapéuticas que se han de llevar a cabo.

(Caso 20) La paciente, una mujer muy inteligente y de mediana edad, se dedica intensamente a su trabajo intelectual (es autora de escritos filosóficos y docente). Según sus indicaciones, que resultan creíbles, realmente duerme solo pocas horas cada noche. Esto le supone grandes dificultades, como es natural para una persona que desarrolla un trabajo intelectual. Por eso debe tomar varias dosis al día de Pervitin y por la noche, para dormir esas pocas horas, necesita por lo menos dos tabletas de Phanodorm.

Debido a la dependencia del paciente a los somníferos, la primera tarea del médico en casos semejantes consiste en interrumpir su consumo, si es posible bruscamente. No significa que por principio estemos en contra de la utilización de somníferos dentro de ciertos límites. Por el contrario, en trastornos leves del sueño, es decir, en el caso del insomnio *in statu nascendi*, recomendamos incluso la utilización de hipnóticos suaves durante un breve período de tiempo, para cortar de raíz el surgimiento de la ansiedad anticipatoria. En la medida en que esta terapia farmacológica tiene, cuando menos, un efecto sugestivo, constituye a fin de cuentas una forma —larvada— de tratamiento psicoterapéutico breve. Después de tomar durante unos pocos días los somníferos, solemos aconsejar a nuestros pacientes que se limiten a tener el medicamento preparado, al alcance de la mano, en la mesita de noche. El paciente consigue así una cierta sensación de seguridad: podría tomar el medicamento si fuera absolutamente necesario. El efecto tranquilizador de esta medida es por todos conocido, y sabiéndolo, sugerimos precisamente que el truco de tener el somnífero a mano actuará de forma sugestiva.

Sin embargo, en el caso que estamos analizando, tuvimos que suspender por completo el uso de somníferos debido su carácter crónico. Al mismo tiempo le pedimos a la paciente que se levantara cada día bastante temprano, y sobre todo, siguiendo un horario regular. Éramos conscientes de que los primeros días de este régimen de sueño serían difíciles, pero había que mantenerlo hasta que se restableciera de nuevo el ritmo normal y automático del sueño.

Ese ritmo del sueño, ese automatismo normal está como obstruido por una práctica y habituación erróneas así como por una superestructura neurótica de ansiedad anticipatoria. Para lograr que el enfermo vuelva a recuperar el automatismo del sueño que está actualmente obstruido se requiere un importante trabajo psicoterapéutico previo: el paciente tiene que recuperar la confianza en el automatismo del sueño «latente» en el organismo. Hemos de suscitar en él tanta confianza en el propio organismo como para que se convenza de que este se procura necesariamente el sueño que le es imprescindible.

Naturalmente, esta cantidad indispensable necesaria de sueño varía en cada individuo. Esto es bien sabido, igual que lo es el hecho de que ya no consideremos lo más importante la duración del sueño nocturno, sino la cantidad de sueño. La cantidad de sueño es el producto de la duración por la profundidad del sueño. Se sabe que el punto máximo de profundidad del sueño varía según la persona. En tal sentido se conocen dos tipos principales de «curva del sueño»: el tipo normal, en el que la mayor profundidad del sueño se alcanza antes de la medianoche, y el otro, en el que el máximo se da en la mañana. Las personas que pertenecen a este último tipo tienen su verdadero sueño por la mañana. Es especialmente desagradable para ellos cuando se los despierta temprano de madrugada: un déficit de una a dos horas de sueño matutino equivale casi a no haber dormido nada para ellos, mientras que, para el primer tipo, solo representa una pequeña pérdida de cantidad de sueño, ya que en su caso el sueño matutino es «superficial», ya que el sueño empieza a disminuir por la mañana, después haber obtenido la cantidad principal antes de la medianoche.

La confianza en cierto modo teórica frente a nuestra afirmación de que el organismo será capaz en cualquier caso de procurarse la cantidad de sueño indispensable y necesaria no basta en absoluto para tranquilizar lo suficiente a nuestros pacientes con trastornos del sueño como para evitar las complicaciones que genera la ansiedad anticipatoria, que es la que constituye propiamente el trastorno neurótico del sueño. Así pues, tenemos que indicar a estos enfermos que, durante el tiempo en que no puedan conciliar el sueño, se comporten de la forma apropiada: deben relajarse al máximo, pues ya el mero relajamiento actúa como una especie de sueño (aunque sea más breve o más superficial). Con esta indicación eliminamos la expectativa ansiosa de que el insomnio debido a la supresión total y repentina de los somníferos pudiese resultar peligroso para el enfermo.

Como se ha remarcado reiteradamente, la ansiedad anticipatoria desempeña un papel predominante en la aparición de los trastornos del sueño. En casos puntuales puede aumentar hasta convertirse en el típico «miedo a ir a la cama». La persona que sufre el trastorno de sueño se siente cansada durante todo el día, pero apenas llega la hora de irse a la cama, y justamente al verla, le invade el temor a pasar otra noche en vela, se inquieta y se irrita, y esa excitación ya no le deja conciliar el sueño. Lo primero que hay que abordar psicoterapéuticamente es este miedo a ir a la cama, pues induce al enfermo a proponerse conscientemente dormir, y esta intención consciente basta para ahuyentar la conciliación del sueño. En efecto, ahora es cuando el afectado comete el peor error imaginable: aguarda con impaciencia la conciliación del sueño. Con tensa atención observa lo que le sucede, y cuanto más tensa es su atención, menos capaz es de relajarse lo suficiente como para poder dormirse, pues dormir equivale a estar completamente distendido, relajado. Conscientemente se propone dormirse, pero para lograrlo, la persona debe descender a un nivel bajo de conciencia. Y no es posible acceder al inconsciente conscientemente. Por el contrario, la intención deliberada y consciente tiene un efecto contrario, indeseado. Lleva a una tensión y una crispación internas, propensas a impedir la conciliación natural del sueño. Y todo pensamiento acerca del sueño, todo deseo de dormir, atenta contra la posibilidad de dormirse.

Sabemos de un caso en el que la persona se empeñaba tan forzosamente en dormirse que despertaba después de haberse dormido, precisamente por la sensación de haber «deseado algo». Enseguida recordaba lo que tanto anhelaba, y lo que tanto había deseado «hacer o cumplir»: ¡dormirse!

Acertadamente se ha comparado el sueño con una paloma que, tan pronto como se la intenta apresar, se escapa volando, mientras que se posa en nuestra mano siempre que no intentemos apresarla. Tampoco el sueño se deja «apresar» de forma consciente e intencional. Esperar impacientemente a que llegue u observarse ansiosamente esperando que por fin se instale significa necesariamente ahuyentarlo. Por eso tenemos que exhortar a nuestros pacientes ante todo a que, cuando no puedan dormir, piensen en cualquier otra cosa menos en el sueño y en el problema del insomnio. También esta medida es una forma de la derreflexión, cuya importancia psicoterapéutica hemos mencionado reiteradas veces. La sabiduría popular sabe de estas cosas hace mucho tiempo: es conocida aquella fábula del ciempiés al que un día otro animal le preguntó con mala intención el orden en que movía sus «cien» pies, ante lo cual el ciempiés no pudo dar un solo paso más, apurado en su intento de observar su forma de caminar reflexionando conscientemente, y sucumbió de forma miserable.

Le hemos pedido expresamente al enfermo que «piense en cualquier otra cosa» menos en dormir: pero ello no significa exigirle que aparte negativamente su atención de la cuestión del «sueño», sino que la oriente positivamente hacia otros temas de su interés. Esto es importante porque el mero propósito negativo de no pensar para nada en el sueño le haría pensar ya positivamente en él. Le sucedería, entonces, algo semejante a lo que a aquella figura humorística, a quien le habían prometido que podría fabricar oro siempre que se dieran ciertas condiciones, siendo la más importante que no pensara en un camaleón durante diez minutos; después de lo cual el hombre no pudo pensar en otra cosa que en ese animal, en el que no había pensado nunca en toda su vida.

A menudo nos hemos encontrado con la influencia perturbadora que supone el hecho de querer hacer algo de forma consciente, de dirigir la mirada y la intención hacia procesos que pueden regularse

de forma más o menos automática. En especial, hemos remarcado reiteradamente el papel que desempeñan estas interconexiones en relación con el esclarecimiento de la psicogénesis y con la aplicación de la psicoterapia en los trastornos de la potencia sexual. Pero incluso el coito puede realizarse de forma más reflexiva y consciente que la conciliación del sueño. En todo el ámbito de la génesis de las neurosis es válida la afirmación que hizo Karl Jaspers: «Lo que se transforma en objeto se pierde justamente por eso; lo que se transforma en objetivo deliberado no se alcanza justamente por eso».

Así pues, también en la psicoterapia de los trastornos del sueño hay que romper necesariamente el *circulus vitiosus* de la ansiedad anticipatoria y de la intencionalidad consciente derivada de ella. Y, una vez más, la forma más rápida y fácil de hacerlo es utilizar la intención paradójica para quitarle el sustento a esta ansiedad anticipatoria específica, es decir, al miedo a ir la cama. Para ello basta que el paciente, en lugar de proponerse dormir, se proponga simplemente, por ejemplo, hacer ejercicios de relajación o entretenerse recordando cosas bellas del pasado. Cuando no procure dormir, es decir, cuando no lo quiera forzosamente, o cuando quiera aparentemente no dormir, o cuanto menos lo tema, estará en el mejor camino para conciliar el sueño.

Faltaría mencionar algunas indicaciones y pautas de comportamiento que solemos recomendar a nuestros pacientes con trastornos del sueño para que las tengan en cuenta. En primer lugar, les advertimos contra el consejo que se suele dar de que, por la noche, antes de acostarse, no hay que seguir ocupándose de aquellas cosas que durante el día lo hayan puesto a uno nervioso. No estamos de acuerdo, pues creemos que es mucho mejor procurar elaborar todos aquellos «restos del día» que son una molestia y una carga. Toda represión tiene sus consecuencias: los sueños (si es que se llega a tenerlos) se hacen angustiosos, y el sueño se vuelve inquieto y no es reparador. Por eso recomendamos, al contrario, pasar revista precisamente a los sucesos que nos han atormentado y afligido durante el día, y solo después, una vez que han sido apartados mediante una fórmula tranquilizadora, prepararse para dormir.

Hemos hablado hasta aquí sobre la conciliación del sueño. Queremos ahora dar una recomendación sobre el hecho de volver a dormir

después de haber despertado durante la noche: en este punto hay que desaconsejar decididamente el típico comportamiento que suelen tener los enfermos con trastornos del sueño: encender la luz, mirar la hora y comenzar a leer, a reflexionar sobre cualquier problema, etc. En este caso solo podemos hacer una recomendación: tratar de recuperar rápidamente un jirón del último sueño que se ha tenido y enlazar ahí el pensamiento. De ese modo se logra no caer fuera de la atmósfera de ese sueño. Parece que dirigir la atención a los contenidos del sueño que se tenía trae consigo automáticamente la función onírica.

Una última observación sobre el comportamiento adecuado cuando los enfermos se despiertan por algún estímulo externo y desagradable, como vecinos ruidosos o algo semejante: por lo general, suelen entregarse de lleno a su enfado por el hecho de haber sido despertados, lo que provoca que sea imposible recuperar el sueño. Nosotros recomendamos a nuestros pacientes que no se dejen llevar por el enfado ante esa interrupción violenta del sueño, pues suele ser justamente ese enfado la causa de que no puedan volver a dormirse. Pero tampoco se debe hacer de ese enfado un camaleón, proponiéndose no enfadarse, y acabar enfadándose más por el propio enfado. Realmente no hay mejor manera de enfurecer a una persona enfadada que decirle: ¡no te enfades! Lo que puede ayudar a quien ha visto interrumpido su sueño no es entregarse al enfado sino imaginarse que en ese momento, tan temprano en la madrugada, tuviera que levantarse y empezar a realizar algún trabajo desagradable... Si se deja llevar por esa idea, suele invadirle una pereza tremenda y un cansancio especialmente profundo, que hace que pronto vuelva a dormirse.

La medicación paradójica

Como se señaló al comienzo, requerimos de la paciente, de forma implacable, que cortara inmediatamente el uso de somníferos. Como hasta el momento venía tomando dosis relativamente altas de Pervitin y mucha cafeína para poder mantener su capacidad de trabajo intelectual medianamente «a flote» durante el día, no podíamos prohibirle ahora los estimulantes, teniendo en cuenta

que esperábamos que la cantidad de sueño se reduciría aún más al principio.

Pero también hubo otra razón para llegar a recomendarle este «dopaje»: no solamente ayuda a pasar los difíciles primeros días en los que el paciente, si realmente sigue el estricto régimen que se le ha recomendado, tendrá mucho sueño, sino que este *doping* genera durante el día un estado de vigilia marcado por una excitación artificial que se corresponde con un aumento de la necesidad natural de sueño por la noche. Así se aumenta, de alguna manera, la amplitud del margen sueño-vigilia, pero no, como sucede con el consumo habitual de somníferos, por una profundización del tramo negativo, o sea, del sueño, sino por una elevación del tramo positivo. En efecto, la medicación paradójica con estimulantes logra hacer más profundo el sueño nocturno. (Por supuesto, con mayor razón los enfermos deben evitar tomar por la noche ningún somnífero pues sería como fustigar alternativamente al organismo, por así decirlo, en dos direcciones contrarias.)

El principio de la medicación paradójica se ha podido confirmar cada vez más en la práctica (cf. Stenger 1960, pp. 1693 s.). Para ilustrar el carácter novedoso de este principio de tratamiento basta tener presente en qué consistía la terapia farmacológica de los trastornos del sueño practicada hasta ahora. Para ello es útil observar en qué sentido se diferencian la curva sueño-vigilia de la persona normal (fig. 13) de la de la persona que padece trastornos del sueño (fig. 14):

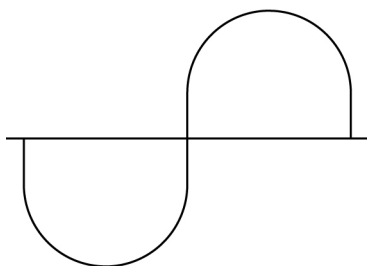


Figura 13

Para decirlo de forma muy esquemática, a partir de la fig. 14 puede inferirse que quien sufre trastorno del sueño no solo duerme más superficialmente durante la noche, sino que por este mismo motivo está también menos fresco y despejado durante el día. En la terapia habitual de los trastornos del sueño se recurre, en lo que toca a la parte farmacológica, a los somníferos. Prescindiendo de que se trata ya de un proceso de algún modo no fisiológico, el sueño forzado de esa manera se ve acompañado de reacciones y efectos secundarios y más o menos pronunciados; en particular, se hacen aún más molestos durante el día el embotamiento y la somnolencia (fig. 15).

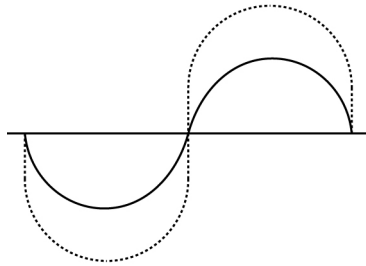


Figura 14

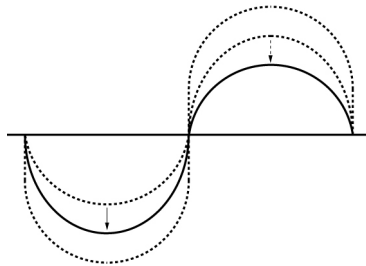


Figura 15

La «paradoja» del nuevo principio terapéutico reside en que, en lugar de los somníferos, se utilizan estimulantes, analépticos y energizantes. En lugar de limitarnos a hacer descender la parte nocturna de la curva sueño-vigilia, nos centramos en elevar la parte diurna, es decir, no tanto a profundizar el sueño nocturno de forma no fisiológica mediante el uso de somníferos como, a la inversa, a elevar la vigilia del paciente durante el día y, de ese modo, profundizar el sueño nocturno

de una forma más fisiológica, renunciando a toda muleta química. Pues es evidente que la necesidad de sueño que sigue a una noche relativamente insomne será mayor si aumenta el estado de vigilia durante el día, de modo que, por esa vía indirecta, se profundiza automáticamente la curva del sueño —o, mejor dicho: se eleva y profundiza simultáneamente la amplitud sueño-vigilia (fig. 16)—.

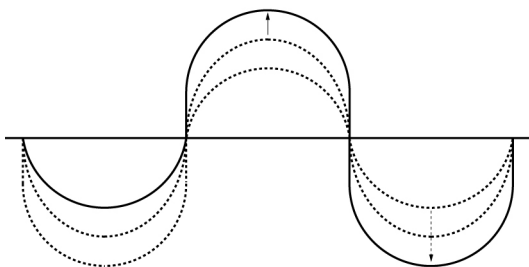


Figura 16

La ventaja de este procedimiento consiste, en primer lugar, en restablecer el ritmo espontáneo sin que haya que recurrir a los somníferos; en segundo lugar, los aspectos desagradables que siguen a una noche en la que se ha dormido mal pueden superarse fácilmente gracias al apoyo farmacológico de estimulantes durante el día; tercero, no se llega a una habituación al medicamento, sino que su dosis puede reducirse pronto, pues al restaurarse el ritmo espontáneo se hace superfluo compensar con medicación la falta de sueño; cuarto, la tan censurada y vilipendiada *drug therapy* no se contradice en absoluto con una psicoterapia simultánea—que por supuesto sigue estando absolutamente indicada—, puesto que la terapia farmacológica demuestra al paciente lo mismo que procura transmitirle la psicoterapia: que puede dormir también sin somníferos y que, además, su temor de que una noche en vela pueda tener consecuencias negativas para su salud es infundado, puesto que una vez que puede mantenerse «a flote» durante el día con una dosis baja de estimulantes, una noche en vela deja de suponer una perturbación tan terrible.

De ese modo, nuestro procedimiento farmacológico paradójico se acopla a los principios de toda psicoterapia de los trastornos del sueño, que apuntan a que el enfermo llegue a la convicción de que

el organismo consigue de uno u otro modo la cantidad de sueño que realmente necesita. Cabe señalar además que, como medida de apoyo, se induce al paciente a levantarse siguiendo un horario regular, más bien temprano, y a renunciar a dormir la siesta, lo que es posible porque, gracias a la medicación estimulante, puede superar con relativa facilidad los primeros días difíciles que tiene que pasar siguiendo este tratamiento paradójico. Así puede entenderse también que podamos suspender bruscamente el uso de somníferos que el paciente tomaba hasta el momento de iniciar la medicación paradójica.

Los resultados del tratamiento con medicación paradójica²⁸ en casos de trastorno crónico del sueño muestran, una vez más, los buenos resultados que puede tener la llamada terapia breve. A ello se agrega que este procedimiento no genera mecanismos circulares, sino que los rompe, y que no violenta ni atrofia el juego de fuerzas de la autorregulación normal, sino que, por el contrario, lo tiene en cuenta y lo pone en movimiento.

Los sueños y su interpretación

A continuación, y enlazando con la psicoterapia de los trastornos del sueño, trataremos brevemente el significado diagnóstico de los sueños. Desde Freud, esta cuestión ha sido tan tratada que podemos permitirnos esbozarla aquí brevemente con el único fin de completar nuestra exposición. Como es sabido, el motivo por el cual el psicoanálisis da por sentado que las pulsiones llegan necesariamente a la conciencia con un disfraz simbólico estriba en que el sueño representa de antemano un «compromiso» entre las exigencias de las pulsiones inconscientes, por un lado, y, por el otro, la conciencia que «censura» los contenidos sexuales infantiles de esas pulsiones y los elabora transformándolos en «contenido onírico manifiesto». Con ello, Freud ha

28. Lamentablemente, no supe hasta 1960 (después de la impresión de mi artículo sobre la medicación paradójica, *Medizinische Klinik* 55 [1960], pp. 19-20 y 25-26) que W. Ernst había recomendado ya en 1941 (*Wiener klinische Wochenschrift* 54 [1941], p. 615) un procedimiento análogo.

concedido a los sueños la importancia biológica fundamental de ser los «guardianes del dormir». Algo análogo vale también acerca de la neurosis cuando se la contempla o interpreta desde el aspecto psicoanalítico: también entonces representa un compromiso entre el «yo» y el «ello». En cambio, el análisis existencial debe tener reparos ante esa concepción: según nuestro parecer, el par de opuestos «yo y ello» es una construcción. Para nosotros, esta suerte de sistema bipartidista que, según la doctrina freudiana, domina el fenómeno psíquico, es errónea desde el principio, dado que el supuesto «ello», la parte instintiva, está formada y configurada por el yo desde el inicio.

En un sentido análogo Medard Boss (1960, pp. 299 s.) advierte que «al pensar en una instancia del yo y una del ello, en una instancia del inconsciente y una del superyó, la psicología se sirve, en el fondo, de la antigua técnica de los cuentos infantiles. También estos suelen aislar los comportamientos de la madre deseados o queridos por el niño de las otras posibilidades, y los condensan en la representación de una instancia independiente, de un hada buena, mientras que personifican en la idea de una bruja los comportamientos desagradables, los que el niño teme y de los no quiere saber nada». Y Boss concluye afirmando: «Así como no se sostiene la creencia en estas figuras de los cuentos, probablemente tampoco podrán sostenerse indefinidamente las representaciones de las instancias psicológicas», más bien «tendremos que abandonar las representaciones psicológicas del yo y del ello». Boss va aún más allá y señala que «no ha habido todavía ningún ser humano que haya podido percibir de forma inmediata algún impulso como algo existente en sí mismo». Según él, la aceptación de la existencia de un «inconsciente» no contribuye a comprender realmente las posibilidades del comportamiento humano (Boss 1961, pp. 130 s.). Antes bien, afirma que Freud parte de presupuestos «filosóficos» como si fueran evidencias incuestionables que determinan de antemano todas las preguntas y respuestas de su ciencia (*ibid.*).

El psicoanálisis ha visto acertadamente que existen conflictos entre los distintos impulsos del ser humano. La teoría de la interpretación de los denominados actos fallidos que introdujo el psicoanálisis muestra hasta qué punto pueden aparecer conflictos entre impulsos dentro

de lo que Freud llamara «psicopatología de la vida cotidiana». Veamos un ejemplo que lo ilustra:

Un joven médico habla con su novia sobre una enfermera del hospital en el que trabaja. El médico menciona que, por determinados motivos —supuestamente inocentes—, desea que esta enfermera lo invite a una reunión en privado con él, pues debe conversar con ella sobre un tema aparentemente neutral y objetivo, e insiste en que de ningún modo tiene la intención de «liarse» con ella. Pero entonces se produce el acto fallido al final de la conversación con su novia: «Haré que la enfermera tal me lée... no, no, quiero decir que me invite, por supuesto». Aquí se pone en evidencia la situación de conflicto entre el supuesto contenido y el contenido real de las intenciones del médico, conflicto que lleva al acto fallido.

El psicoanálisis presenta los sueños, al igual que los actos fallidos, como formaciones de compromiso. Aunque no creamos que tras el disfraz simbólico se oculten siempre pulsiones o complejos sexuales infantiles, podemos asumir que, en el sueño, se da una «regresión» a un lenguaje simbólico primitivo del pensamiento, que opera a través de imágenes. A pesar de que las leyes psicológicas bajo las que se encuentran los pensamientos que se tienen antes de dormir no son en absoluto idénticas a las del pensamiento onírico, en el proceso de la conciliación del sueño se ilustra muy bien cómo el nivel de conciencia, al ir descendiendo, recurre a medios de expresión plásticos, y la mejor manera de mostrarlo es mediante los sueños que Silberer llamó «funcionales», pues su contenido es idéntico a su función, al proceso mismo del soñar y al proceso de conciliación del sueño.²⁹

29. Aquí quisiéramos aportar un ejemplo propio. El sujeto de estudio se despierta por la mañana, pero vuelve a dormirse inmediatamente después. Entonces, sueña que va en su coche, tiene que frenar, pero enseguida prosigue el camino, logrando apenas poner la segunda marcha. Mientras sueña realiza en la realidad el movimiento correspondiente de la mano y se despierta con un estremecimiento. El análisis de este sueño funcional da el siguiente resultado: el sujeto de estudio da mucha importancia al sueño matutino —y, si es posible,

A nuestro juicio, los sueños funcionales pueden explicarse de la siguiente manera: al dormirse se produce una regresión a un nivel de conciencia inferior. Al mismo tiempo disminuye la tendencia a la reflexión. Después, en el sueño, se retira, por así decirlo, la «rama» reflexiva del acto de pensamiento (cf. Frankl 1946, p. 222) y, de alguna manera, el pensamiento deja de pensarse a sí mismo. Este repliegue tiene por efecto que los elementos plásticos de las «representaciones espontáneas, que surgen libremente», puedan desarrollar su juego alucinatorio sin correcciones por parte de la reflexión (*ibid.*). ¿Cómo se da esto en los sueños funcionales? En ellos, el resto que queda de la actividad reflexiva del pensamiento, que aún subsiste en el momento de dormirse y que por consiguiente aún puede observar el mismo proceso de conciliación del sueño, se traduce al lenguaje de imágenes propio del sueño: si bien todavía se reflexiona sobre el soñar, esa misma reflexión ya es soñada. Así pues, el pensamiento ya no se piensa a sí mismo, mientras que el soñar ya se sueña a sí mismo.

Un sueño habitual, aunque no funcional, que nos hace ver el lenguaje de imágenes propio del soñar con clásica sencillez sería, por ejemplo, el siguiente: después del servicio religioso en la víspera de la festividad judía más importante, el día del perdón —en el que se ora por la remisión de los pecados de las almas «manchadas por la culpa»—, alguien sueña que está limpiando una prenda de ropa para quitarle las manchas... Para interpretar el sueño es suficiente volver a traducir el lenguaje concreto del sueño a un lenguaje lo más abstracto posible para encontrar el contenido que da sentido al sueño. No resulta difícil adivinar con qué se relaciona el contenido abstracto de

a volverse a dormir durante un rato. Este segundo descanso es representado en el sueño a través de la segunda marcha que el que sueña apenas logra poner después de que el descanso (en el sueño: el desplazarse, el movimiento) había tenido que interrumpirse (detenerse). El que sueña (el conductor) «prosigue el camino»... es decir, sigue durmiendo. No hemos de olvidar que toda interpretación de un sueño queda siempre inconclusa o incompleta: siempre podrán encontrarse detalles cuya interpretación sería teóricamente posible pero que, en la práctica, no será necesaria.

este sueño y a qué detalles (a su vez concretos, pero de otra índole) de la situación existencial del soñante se refiere.

Veamos ahora la interpretación de un sueño que muestra la tarea de comprensión y condensación ya observada por Freud y que «sobredetermina» el contenido manifiesto del sueño:

El sujeto de estudio sueña con una cámara de filmar y al despertar, solo recuerda que esa cámara significaba para él «su hijo». Un breve análisis indica, primero, que su mujer está embarazada; segundo, que él mismo desea tener una cámara para filmar especialmente al hijo que esperan; y, tercero, que el día anterior al sueño había visitado con su mujer una exposición cinematográfica en la que asistieron a la proyección de una película sobre la historia del cine titulada: «El nacimiento del cine».

O bien: uno de nuestros pacientes nos relata haber soñado que participa en una excursión de montañismo, pero no tiene en su mochila más que botas y cuerda de escalada. Durante la excursión es guiado por un guía famoso, y su hermana acompaña la marcha, mientras que su madre se queda atrás. Asociaciones y restos del día: una semana antes, el paciente había participado de verdad en una excursión de montaña, y el guía había sido justamente el conocido alpinista y expedicionario al Himalaya, Peter Aschenbrenner. Realmente durante esa excursión solo se llevó las botas de alpinismo, mientras que la cuerda había quedado en casa. Por otra parte, la cuerda de escalada había formado parte, años antes, de las escasas pertenencias que encontró el paciente a su regreso del campo de concentración, mientras que de sus familiares no había regresado más que su hermana.

Por tanto, las botas de alpinismo representan «lo que lleva consigo», y la cuerda «lo que le ha quedado todavía». ¿Qué significa la excursión misma? Significa la vida: la madre (que no había regresado) ya no vive, por lo que, a diferencia de la hermana, no se cuenta entre los sobrevivientes (en el sueño, la hermana sigue escalando, mientras que la madre se queda atrás).

¿Y qué significa el guía? En el campo de concentración, cuando de la familia solo quedaban como supervivientes su madre y el mismo paciente, un rabino dijo una vez (para consolarlo): «No olvide que, en última instancia, siempre somos guiados» (en referencia a la Providencia). Según ello, el guía sería Dios. Ahora bien, en virtud de esta asociación, la interpretación parece sobredeterminada en la medida en que Aschenbrenner había ascendido en su momento con una expedición al Himalaya = trono de Dios y, además, Dios es aquel que hace que el ser humano vuelva a ser ceniza; y, por último, la madre de nuestro paciente había terminado en el crematorio de Auschwitz —o sea, convertida en ceniza—. ³⁰ Además, en la víspera del sueño en cuestión, inmediatamente antes de dormirse, nuestro paciente había leído justamente el Salmo 120, donde dice: «Alzo mis ojos hacia las montañas, ¿de qué parte podrá llegar mi ayuda? Mi ayuda viene del Señor...». En el sueño, nuestro paciente había elevado realmente los ojos del espíritu hacia las montañas, y había pensado en la ayuda que él y su hermana habían recibido del Señor.

Sin pretender sobrevalorar la importancia que el análisis de los sueños tiene para la psicoterapia, cabe decir que se puede integrar en cualquier tratamiento psicoterapéutico, sobre todo como test para medir de vez en cuando los progresos de una terapia psicológica profunda o como síntesis de los restos de neurosis que quedan todavía por superar. No obstante, para ello hemos de liberarnos del prejuicio común de que los sueños no son más que la velada voz del inconsciente en el sentido de una instintividad inconsciente. Nuestro punto de vista es más bien que los sueños pueden darnos información también en el sentido del inconsciente noético. Y al hablar de inconsciente noético no nos referimos únicamente a tareas o logros intelectuales —que el inconsciente es a menudo más capaz de realizar que el consciente—; ³¹ a dichas

30. Se trata de un juego de palabras. El apellido del escalador, «Aschenbrenner» contiene la palabra «cenizas» y significa literalmente «el que quema cenizas». (*N. de la E.*)

31. Conocemos a un filósofo contemporáneo a quien la formulación definitiva de su propio «imperativo categórico», finalmente satisfactoria también para él, se le ocurrió en sueños.

realizaciones deben los sueños la fama de poder ser «proféticos». Estos logros intelectuales de los sueños se deben a la capacidad del inconsciente de conservar percepciones o propósitos que han quedado bajo el umbral de la conciencia y, cuando se presenta la ocasión, reproducirlos de forma elaborada en el sueño. Un caso representativo:

Alguien sueña que le han robado un par de zapatos. Por la mañana y, a pesar de cierta resistencia, se siente impelido por ese sueño a revisar el armario: los zapatos están ahí, pero en ese momento se da cuenta de que hay otro par que mandó reparar hace mucho y que todavía no le ha sido devuelto, por lo que es urgente reclamarlos, más aún teniendo en cuenta que ese mismo día iba a despedir a la auxiliar doméstica que había llevado ese par de zapatos a un zapatero que solo ella conocía y por tanto, hasta la intervención del sueño, parecía que todo el asunto iba a quedar olvidado, lo que le permitiría a la auxiliar quedarse con los zapatos —la dirección de su domicilio era también desconocida—. De modo que el sueño actuó verdaderamente como una advertencia.

Antes se habló del inconsciente noético en contraposición al inconsciente instintivo. No vacilamos tampoco en afirmar que, del mismo modo en que existe una sexualidad inconsciente, puede existir también algo así como una religiosidad inconsciente. En qué medida puede reflejarse en los sueños lo ha mostrado tal vez el sueño de la excursión montañista referido más arriba. Sea como fuere, en la interpretación de los sueños debemos tener en cuenta también el inconsciente en este sentido. Nos referimos una vez más al inconsciente noético, que alude a la «persona profunda» existencial, o sea, al estrato profundo de la persona noética, al fundamento de la existencia que —como se ha señalado ya reiteradas veces— consiste incluso esencialmente en actos inconscientes no reflexivos. Las decisiones y experiencias más importantes que llevará a cabo el ser humano están arraigadas, en última instancia, en este estrato fundamental de la existencia humana. En nuestro análisis existencial hemos aprendido a equiparar la existencia humana, el ser persona, al ser responsable. En este sentido, la raíz no reflexiva, no racionalizable de esta responsabilidad está representada por la instancia

que denominamos conciencia ética. Aunque, por supuesto, debemos dejar sin respuesta —en cuanto médicos y psiquiatras— la cuestión de si esta conciencia arraigada representa realmente el último fundamento o bien solo el penúltimo. En tal caso, el verdadero último fundamento estaría representado por otra cosa, por algo que está más allá del ser humano y cuya voz sería la conciencia ética (Frankl 1974).

Al igual que otros contenidos que permanecían inconscientes, también los contenidos de una religiosidad inconsciente pueden ser elevados a la conciencia en la psicosis y a través de ella. Conocemos, en tal sentido, el caso de una joven que sufría un grave trastorno de confusión y agitación maniáca recidivante. En uno de esos accesos, sufrió una profunda transformación de su personalidad, pasando de una actitud erótica superficial extrema a una actitud de afecto y ternura conmovedores. Más aún, un día se la encontró de rodillas en piadosa oración, pocas horas antes de una adinamia que la llevaría a la muerte irremediamente. Así, lo auténtico y originario también puede llegar a manifestarse en la psicosis, mientras que en la normalidad permanece latente, cubierto y oculto por lo común y lo cotidiano. No en vano dice el refrán popular: «Los niños y los locos dicen la verdad». El fundamento sobre el que reposa «la verdad» puede ser evocado también ocasionalmente por un suceso psicótico. Esto podría explicar también que en los pueblos primitivos se trate a los enfermos mentales con cierto respeto sagrado, a diferencia del hombre moderno que, si es lego en la materia, siente una extraña mezcla de miedo y curiosidad: el miedo le hace ver en el enfermo mental a un peligroso animal salvaje al acecho, y la curiosidad lo lleva a contemplar boquiabierto a las personas psicóticas como animales enjaulados o, hasta el siglo pasado, a exhibirlas literalmente enjauladas.

Neurosis orgánicas

La existencia de las neurosis orgánicas no es para nada evidente, sino que constituye en sí misma un problema. En efecto, la problemática patogénica de las neurosis orgánicas nos lleva directamente a la problemática psicofísica aparentemente ilimitada.

No haremos más que referirnos someramente a este conjunto de cuestiones. Pero el problema de la elección del síntoma se nos impone forzosamente, pues es importante para el planteamiento terapéutico. Ahora bien, esta cuestión puede entenderse en dos sentidos: primero, la cuestión de cuándo, en qué casos y por qué razón un enfermo sufre una psiconeurosis, mientras que otro sufre una neurosis orgánica, y, segundo, la cuestión de cuál es el motivo por el que una neurosis orgánica ataca o prefiere un órgano, y otra, otro diferente.

La «elección» de una u otra psiconeurosis debería atribuirse principalmente a causas constitucionales, como vimos en los capítulos correspondientes de este libro. En efecto, en las neurosis obsesivas hemos hablado de la importancia de los tipos caracterológicos anormales hereditarios, en particular de la psicopatía anancástica; y en las neurosis de angustia hemos podido ver el papel que desempeña la forma peculiar de neuropatía que se da en llamar estigmatización vegetativa. Es evidente, pues, que una persona de naturaleza neurovegetativamente lábil, es decir, literalmente *ab origine*, por ejemplo, estará más predispuesta a una neurosis de angustia y, a la inversa, una persona anancástica tenderá más bien a enfermar de una neurosis obsesiva, aún teniendo ambos los mismos conflictos tanto internos como externos.

Pasemos ahora a la segunda cuestión, la que se refiere a la selección específica del órgano, es decir, a la elección del síntoma dentro del ámbito de las neurosis orgánicas. Aquí vemos las siguientes posibilidades teóricas: en primer lugar, hay ámbitos para los que es válido lo que Alfred Adler describió como minusvalía o deficiencia de órgano y cuya importancia destacó en el desarrollo de las neurosis orgánicas (ciertamente después de que Freud destacara la importancia del papel de la «complacencia somática» para la etiología de la neurosis).

En segundo lugar habría que recordar aquí que, también desde Adler, sabemos del llamado «dialeto de los órganos»: más allá de la «propensión somática» de origen orgánico, ciertos órganos poseen, además, una cualidad semántica específica. Esta cualidad es ya una valencia psicológica, razón por la cual caracterizaremos este tipo de «propensión somática» como propensión simbólica. Es conocida, por ejemplo, la especial importancia simbólica que representa el tracto

digestivo en relación con determinadas actitudes psíquicas fundamentales: baste recordar la relación constatada por el psicoanálisis —y más tarde también por otras orientaciones psicoterapéuticas más recientes— entre el estreñimiento y la avaricia, es decir, la actitud interior de no querer entregar o dar nada (como cualificación antropológica, por así decir, como un modo determinado de «estar en el mundo» en general).

En tercer lugar habría que mencionar aquí nuestros conocimientos sobre el sentimiento orgánico específico, tal como nos lo han transmitido fundamentalmente las investigaciones de Ludwig Braun. Como es sabido, este autor interpretó la angustia como sentimiento orgánico propio del corazón. De igual modo, por motivos evidentes podemos considerar la ira como un sentimiento orgánico del estómago. No en vano el lenguaje popular habla, por una parte, de tener «algo que oprime el corazón», así como de que algo «nos ha indigestado». La íntima relación entre un órgano determinado como el corazón y un afecto determinado como el de la angustia resulta evidente ya a partir de dos hechos: que el melancólico ansioso sufra su típica angustia precordial (en la zona del pecho correspondiente al corazón), y que, de forma análoga, la persona que padece una angina de pecho sufra ansiedad con sensación de muerte inminente.

Veamos ahora la cuarta posibilidad de elección de un órgano determinado en el caso de neurosis orgánicas: está claro que en todos los casos en los que el síntoma neurótico se elige con una determinada finalidad, el órgano afectado por la neurosis orgánica será el que, al enfermar, ofrezca la mayor oportunidad de cumplir el objetivo neurótico. Lo que en una determinada constelación de circunstancias puede conseguir la neurosis solo gracias a un trastorno de la vesícula llevará a una neurosis orgánica de la vejiga, aunque no haya una «predisposición somática» en forma de deficiencia orgánica del sistema urinario.

Para redondear estas observaciones deberíamos considerar el sistema nervioso autónomo, vegetativo, como si fuera, de alguna manera, un órgano en sí mismo. La peculiaridad constitucional de ciertos individuos considerados como vegetativamente estigmatizados o lábiles representaría, entonces, una minusvalía o deficiencia

de órgano *sui generis* o, con otras palabras, una forma específica de propensión somática. Es evidente cuáles son las emociones hacia las que tiende el sistema vegetativo orgánicamente deficiente o lábil: serán las emociones o los afectos primordiales que dominan toda la vida emocional como una estructura biológica profunda; ante todo, la angustia, que incluye las conocidas «reacciones de emergencia» asociadas a ella en los diversos ámbitos funcionales. La importancia primordial de este «órgano» —o sea, del sistema vegetativo— para todo el ámbito de las neurosis orgánicas se debe sencillamente a que el sistema nervioso autónomo (incluidos los centros vegetativos del diencéfalo) representa el puente que une la orilla de lo psíquico con la de lo orgánico. Es comprensible, además, que la neurosis cardíaca sea una de las neurosis orgánicas más frecuentes, pues el órgano «corazón» y el sistema vascular son los más próximos a los procesos simpático y parasimpático.

La conclusión que podemos extraer de todo lo dicho en cuanto a las posibilidades terapéuticas es que el abordaje terapéutico en el tratamiento de las neurosis orgánicas deberá ser en igual medida —o simultáneamente— farmacológico y psicológico. Con respecto al primero, daremos prioridad a una medicación sedante del sistema vegetativo; en el segundo, se la daremos a una terapia que incluya el sistema endócrino. (Queremos recordar aquí la estrecha relación entre simpaticotonía e hipertiroidismo, por un lado, y entre neurosis de angustia y simpaticotonía, por otro; finalmente, recordaremos también que según nuestra experiencia, particularmente en casos de agorafobia, puede constatarse con enorme frecuencia un aumento del metabolismo basal [Frankl 1975b: capítulo titulado «Basedowide Pseudoneurosen»].)

Si en algún caso concreto hay motivos para inclinarse por un tratamiento psicológico, se abren ante nosotros múltiples posibilidades para alcanzar una misma meta: desde la psicoterapia en cualquiera de sus formas hasta la logoterapia o el análisis existencial, y, en casos puntuales, también incluso la cura médica de almas. En efecto, como ya se ha señalado, esta última entra en acción cuando el enfermo —y, con él, su médico— se ven ante el hecho inalterable, ante el destino inevitable de una dolencia incurable, crónica, o de una enfermedad

prolongada. Solamente llegado a este extremo —pero, también allí, *in ultimis*— el médico, que ya no puede evitarle la enfermedad ni la muerte al paciente, por lo menos podrá ayudarle a evitar la desesperación extrema. Pero una persona llega a la extrema desesperación no tanto cuando el sufrimiento es irremediable, sino cuando no tiene sentido. Cuando, justamente en el sentido de la cura médica de almas, podemos hacer ver posibilidades de valor incluso en el sufrimiento, concretamente en un recto sufrir, en un sufrir erguido,³² el destino de nuestros pacientes incurables ha adquirido sentido pleno, pleno sentido humano. Y aunque esta situación carezca absolutamente de sentido para nosotros como médicos, al no poder actuar terapéuticamente, nos queda en estos casos una última tarea por cumplir: la cura médica de almas. Por supuesto, en un sentido banal, estos casos —en cuanto «casos»— serían lo que se dice «ingratos»: no se puede obtener ningún resultado terapéutico. Pero tanto más agradecidas estarán las personas que se encuentran detrás de estos casos: agradecidas porque el médico ha podido ayudarles por lo menos en una cosa; cuando ya no pudo salvar la salud ni la vida, preservó, sin embargo, el sentido de la vida y del sufrimiento.

Volvamos a centrarnos en un caso concreto.

(Caso 21) Se trata de una paciente de 29 años, ingresada en el servicio de medicina interna por molestias cardíacas. Una semana atrás había tenido un «ataque cardíaco» que posteriormente se repitió dos veces. El examen médico orgánico, incluido el electrocardiograma, dio resultados negativos. Después de cada uno de los ataques se produjo poliuria, lo que hace pensar en una génesis vegetativa. La enferma describe, además, que durante los ataques siente «que un calor le recorre la espalda». Por lo demás, los ataques van acompañados de sentimientos de angustia, opresión y sensación de muerte inminente. Nos enteramos también de que hace seis meses murió súbitamente el hijo de la paciente, tras lo cual ella estuvo «totalmente fría» emocionalmente. Esto nos da motivos para suponer que la reacción emocional adecuada fue desplazada, de alguna manera,

32. Véase *supra*, p. 23, nota 4. (*N. del T.*)

hacia lo vegetativo. La paciente relata que seis semanas después del fallecimiento de su hijo tuvo que hacerse operar un panadizo, para lo que la anestesiaron con éter. Bajo los efectos del éter «revivió» el funeral. No se descarta que esta recapitulación de la vivencia traumática pueda haber llevado a un desahogo, una descarga como las que se producen, atribuyéndoles un efecto curativo, en la llamada narcosíntesis (Frankl y Strotzka 1949, p. 569).

Habiendo resultado infructuosos en este caso todos los intentos (suficientemente numerosos) efectuados con sedantes del sistema nervioso vegetativo, procedimos a tratar a la paciente con ejercicios de relajación como los que propone J. H. Schultz.

Terapia de relajación

Tanto el método como los objetivos del tratamiento moderno de relajación han sido exhaustivamente elaborados por J. H. Schultz. Según él, se trata, en última instancia, de ampliar la esfera de influencia del yo frente al propio organismo de forma que también las regulaciones inconscientes y, sobre todo, las que se desarrollan automáticamente, puedan subordinarse a la voluntad consciente. Esto significa nada menos que una amplia subordinación de los procesos regulados por el sistema nervioso autónomo vegetativo a la voluntad: o sea, una limitación de la autonomía del sistema nervioso «autónomo».

Sin embargo, lo significativo de este método parece ser que la esfera de poder de la voluntad, la esfera del yo en cuanto conciencia y responsabilidad, se amplía sin que eso signifique una restricción de la propia responsabilidad. Esto marca la diferencia esencial entre la metodología de los ejercicios de relajación y la metodología de la terapia sugestiva. En efecto, en la sugestión y, más aún, en la hipnosis, se reduce sustancial y metódicamente la responsabilidad y la actividad propias del paciente. En particular, la hipnosis «condena» al paciente, aunque temporalmente, a la pasividad por antonomasia. Como veremos, en los ejercicios de relajación, por el contrario, se preserva necesariamente la actividad y la responsabilidad propias del enfermo. Y si ya la hipnosis es, al fin y al cabo, un logro propio, en

cierto sentido, del hipnotizado, al paciente al que se le proponen ejercicios de relajación se le puede aclarar de antemano que cualquier efecto terapéutico que se alcance será exclusivamente mérito suyo.

Schultz califica su método como ejercicios de relajación y concentración, autorrelajación concentrativa o entrenamiento autógeno. Como es sabido, también han surgido métodos semejantes en los países anglosajones. La importancia eminente de la terapia de Schultz estriba en la delimitación nítida y demostrada experimentalmente entre esta y todos los métodos sugestivos, incluida la autosugestión. Es preciso enfatizar este aspecto también ante al paciente en el sentido explicado anteriormente. A diferencia de lo que sucede en la terapia sugestiva, en el entrenamiento según Schultz el enfermo sabe que su autonomía queda preservada, aprende a ver en los efectos curativos de este entrenamiento su propio logro personal, lo alienta y lo anima apoyando y consolidando el efecto terapéutico.

Como es sabido, Schultz indica al principio del tratamiento a sus pacientes que adopten la posición que él denomina «cochero». Nosotros solemos recomendar a los pacientes sentarse (o acostarse) lo más cómodamente posible y, habiendo cerrado los ojos, imaginarse, por ejemplo, que están sentados perezosamente en un banco de un parque un día caluroso de verano. Los brazos reposan relajados y sueltos sobre los muslos, que están levemente separados entre sí, sin que las manos se toquen. En lo posible hay que relajar también la musculatura de la nuca y dejar que la cabeza caiga por su propio peso hacia el pecho (si esto no se logra al principio, hacemos que el paciente se limite a cerrar los ojos). Es importante que, como mínimo, la musculatura de los brazos esté completamente relajada. Es indispensable indicarle al enfermo, sentado frente a él, la postura correcta para la relajación. Al hacerlo levantamos primeramente un poco las manos y, a continuación, las dejamos caer totalmente inertes sobre los muslos. Entonces le pedimos al paciente que levante uno de nuestros brazos por el extremo de la manga y lo suelte de improviso para demostrarle cómo, si se está bien relajado, la mano y el antebrazo vuelven a caer sobre el muslo por su propio peso, y tan relajados que, después de caer, la mano oscila todavía un poco. Solo entonces indicamos al paciente que lo intente él mismo, controlamos la relajación

por palpación —lo que, al mismo tiempo, afloja la tensión—, y la comprobamos también levantando y dejando caer un brazo como se acaba de describir.

A continuación se realiza un ensayo preliminar. Hacemos que el enfermo se concentre unos dos minutos en uno de sus brazos (más exactamente, en el antebrazo y la mano): si el paciente es diestro, el lado derecho, y si es zurdo, el izquierdo. No exigimos del paciente otra cosa que dirigir durante ese período de tiempo toda su atención a la parte del cuerpo correspondiente sin dejarse distraer por estímulos exteriores ni por pensamiento alguno, sino prestando simplemente atención a lo que percibe: debe registrarlo interiormente, retenerlo y no decirnos nada antes de que pasen los dos minutos.

Se ha demostrado que los experimentos colectivos son los más instructivos: la mayoría de los sujetos relata haber percibido una sensación de pesadez en la extremidad correspondiente; un grupo más pequeño percibió también sensaciones de calor, y algunos sujetos refieren haber tenido contracciones o dolores. (Hemos observado que, durante estos procedimientos de relajación pueden manifestarse sensaciones dolorosas que, de otro modo, permanecen latentes, por ejemplo en casos de artritis crónica leve; también hemos visto aparecer contracciones o sensaciones de calambre por una sobrecarga de determinados grupos musculares, en cierta manera en el sentido de neurosis profesionales latentes.)

Hay que tener en cuenta que estos datos coincidentes deben darse de forma independiente. Por ello es aún más importante hacerle al enfermo una aclaración teórica posterior en la que se le deje claro que lo que ha percibido no es en absoluto algo que haya imaginado ni de lo que se haya dejado convencer. Creemos que es de suma importancia explicar en cada caso a nuestros pacientes que lo sucedido no tiene nada que ver con la sugestión ni con la autosugestión. Les explicamos también que, al relajar la musculatura voluntaria, esquelética, es decir, al suprimir la oposición, la fuerza de gravedad puede actuar sin impedimentos, de modo que el propio peso, la pesadez del miembro relajado puede hacerse plenamente consciente (justamente, en forma de sensación de pesadez). La relajación no intencional, sino espontánea, de la musculatura lisa (involuntaria) de las paredes

vasculares, lleva al relajamiento de los vasos sanguíneos, a la dilatación de la luz vascular y, consecuentemente, a un incremento de la irrigación sanguínea local que produce una sensación de calor.

Es interesante observar que precisamente entre los pacientes que tienen más dificultades iniciales para relajarse, suele haber una tensión y por tanto una contracción generalizada, de modo que puede decirse que cuanto más difícil es la distensión más necesaria es. (A la inversa, una y otra vez se pone de manifiesto lo fácil que les resulta llegar a una relajación completa a aquellas personas que practican gimnasia o que tienen aptitudes para el baile.)

Una vez que el paciente ha logrado la sensación de pesadez y de calor en un brazo, lo instamos a que generalice la distensión muscular mediante ejercicios que debe realizar individualmente varias veces al día durante varios minutos; es decir, que extienda la relajación a todo el cuerpo. Debe llegar a sentir una distensión completa en los miembros y las articulaciones y una sensación agradablemente cálida que fluye por todo el cuerpo. El entrenamiento tiene que proseguir en lo posible hasta conseguir, en primer lugar, un cierto grado de relajación en el tiempo más breve posible y, en segundo lugar, que dicha relajación pueda lograrse no solo estando sentado o acostado, sino también de pie o incluso caminando. (Schultz indica a sus enfermos que sobre todo «dejen caer» relajadamente los hombros.) Entonces el enfermo debería estar en condiciones de suprimir más o menos de inmediato toda tensión—y, si no está acostado, al menos toda tensión excesiva—, es decir, de pasar rápidamente a una relajación completa, tan inmediata «como si se apretara un botón».

Pero antes de haber llevado a los pacientes hasta ese punto, debemos ayudarles a que utilicen, por decirlo así, el equivalente psicológico de la relajación muscular: para que puedan experimentar tanto la plena relajación corporal como la relajación psíquica. En este sentido les recomendamos pertinentemente a nuestros pacientes que se entreguen de lleno a una sensación de serenidad y equilibrio interior, es decir, a la relajación psíquica, que se representen la distensión psíquica, que «saboreen» totalmente la relajación y la serenidad.

Para profundizar esta experiencia se aconseja recurrir a la imaginación; algunas representaciones útiles son, por ejemplo, imaginar

que se está contemplando un mar agitado por la borrasca, cuyas olas encrespadas se van aquietando poco a poco hasta que, por fin —al llegar al máximo de la relajación psicofísica— alcanza su máximo efecto sedante la visión interior de la superficie del mar, lisa como un plano horizontal ilimitado. No obstante, es aconsejable que sea el paciente el que escoja libremente sus representaciones preferidas, animándole incluso a inventarlas. La representación elegida por uno mismo es siempre la más efectiva, y cuanto más fantástica, tanto más efectiva suele ser. La representación de una paciente resultó especialmente eficaz: se encontraba tumbada en un prado lleno de flores contemplando el cielo, de un azul profundo, por el que iban pasando las nubes.

A continuación, adaptaremos los ejercicios de relajación a cada necesidad, según nuestra intención terapéutica. Por ejemplo, si estamos tratando una neurosis cardíaca, hacemos que el enfermo se represente vivencialmente la actividad cardíaca que, por ser automática, es rítmica y pausada. La fórmula sería aproximadamente la siguiente: «El corazón late con toda tranquilidad y regularidad: late por sí solo; no tengo que preocuparme de ello ni debo hacerlo». En el caso de una neurosis del tracto digestivo, haremos que el paciente se represente visualmente, por ejemplo, un espasmo, para luego poder representarse la imagen visual de su disolución.

Recordamos el caso de una paciente que sufría gravísimas contracciones espasmódicas del platisma. En los ejercicios de relajación la entrenamos poco a poco para que borrara, por así decirlo, la zona «cuello» de su esquema corporal, o sea, a «escamotearla», lo que no tardó en lograr, y con ello, la total desaparición de sus molestias.

Un escritor que, a consecuencia de una ciática, padecía una grave contractura ya cubierta, superpuesta y fijada desde lo psíquico, hizo un entrenamiento que consistió en imaginarse intensamente que el tronco ciático de la pierna enferma «no existía»: que, a consecuencia de los diferentes ejercicios de relajación y concentración, se había «derretido» por el calor experimentado; el efecto fue una ausencia total de dolor y la recuperación de su capacidad

funcional. (Al comienzo del tratamiento le habíamos mostrado las correspondientes ilustraciones en un atlas de anatomía. De ese modo fue capaz de producir representaciones muy vívidas.)

Vemos aquí que el método de ejercicios indicado por Schultz puede proseguirse de tal modo que el enfermo mismo se halle en condiciones de efectuar por su cuenta las «intervenciones en el esquema corporal». En cierta medida, la desconexión parcial de determinadas regiones del cuerpo respecto del esquema corporal —ya sea como terapia de los trastornos neuróticos o de dolores de etiología orgánica— nos recuerda en cierto sentido a la situación descrita por Pötzl en relación con la anosognosia. Como es sabido, el autor ha intentado explicar el mecanismo de su origen —ciertamente no intencional e inconsciente— recurriendo a la analogía de la autotomía como modelo biológico.

Indudablemente, también las personas sanas pueden practicar los ejercicios de relajación en sentido profiláctico. En especial pueden servir para aprovechar al máximo breves momentos de descanso. Pero, justamente, solo pueden producir este efecto si se tienen debidamente en cuenta dos consejos dados por Schultz: primero, aprovechar los ejercicios de relajación mediante la formulación de propósitos, como serían, por ejemplo: «estoy totalmente tranquilo»; «a pesar de todo, seguiré estando tranquilo»; «no permito que nada me intranquilece, me haga perder la serenidad o me altere», u otros semejantes. Por supuesto, hay un amplio margen para la iniciativa individual. Pero si se tratase de erradicar malos hábitos, o estados de impulsividad en el sentido de adicciones, hay que tener en cuenta en la formulación el fatalismo neurótico, basándonos en el método sugerido en su tiempo por Emil Fröschels. Como se sabe, Fröschels pensaba que la fórmula más eficaz, por ejemplo, para un adicto a la nicotina, sería: «Soy el no fumador». Fröschels prefiere, por tanto, una formulación personal en indicativo presente,³³ en cierto sentido como contrapeso gramatical

33. En el original alemán, la fórmula utilizada es «Ich bin der Nichtrauchende» [«Yo soy el que no fuma»], utilizando el participio presente como contrapeso gramatical al fatalismo. (*N. del T.*)

a la postura fatalista. Nosotros, por el contrario, hemos aconsejado acuñar la fórmula de manera totalmente impersonal, de forma que, para el ejemplo de Fröschels, elegiríamos la fórmula: «No se fuma»; completándola, eso sí, con la frase: «¡y sobre eso no se discute!». Nuestra experiencia demuestra, en efecto, que de este modo se logra reprimir todas las aparentes objeciones que, de otra manera, surgen pronto en el paciente: «no quiero fumar, pero tengo que hacerlo, no puedo evitarlo, no tengo fuerza de voluntad, y, además, fumar es un placer y tampoco me viene de unos años más de vida», etc.

En este punto hay que mencionar también, ampliando lo dicho anteriormente, aunque en pocas palabras, cómo ha de continuar la psicoterapia del abuso de nicotina. Lo más importante es determinar si el enfermo tiene el serio propósito de abandonar el hábito de fumar, es decir, si su voluntad es sincera, o si, con el intento de tratamiento, solo quiere demostrarse a sí mismo y a otros que no es capaz de superarlo. En el primer caso se trata de una voluntad auténtica, mientras que el segundo es un mero deseo. Y en este último caso, una psicoterapia carece de toda expectativa de éxito. Por lo demás, la presencia de una voluntad auténtica o de un mero deseo no solo se reconoce en el éxito o el fracaso de un intento psicoterapéutico, sino también en el de un intento autoformativo. Al abordar psicoterapéuticamente la reducción del hábito de fumar en exceso tenemos que partir del hecho de que el nicotismo no es una adicción en sentido estricto: en los fumadores casi no encontraremos el síndrome de abstinencia que sí se presenta en los morfinómanos al privarles bruscamente de los alcaloides; no encontraremos en la abstinencia de la nicotina síntomas que puedan tener efectos perjudiciales para la salud. Por contra, los síntomas que sí encontraremos pueden dominarse fácilmente, por ejemplo, con dosis de tranquilizantes durante la cura de desintoxicación (es importante pensar en ello ya por el hecho de que quien fuma mucho lo hace, a menudo, menos por placer que «para calmarse los nervios», con lo cual, como se sabe, no hace más que generar un círculo vicioso). En cuanto al procedimiento seguido durante la desintoxicación, solemos hacer que nuestros pacientes escriban en un papel la fórmula «no se fuma más, y sobre ello no se discute», y la coloquen en su tabaquera. De ese modo tienen, por lo menos, la po-

sibilidad de recordar la fórmula en el momento necesario, y no tienen la excusa, ni ante a sí mismos ni ante nosotros, de haberla olvidado justo en el momento decisivo. En general indicamos al enfermo que coloque cada día un cigarrillo menos en la tabaquera, hasta llegar a la cantidad que hemos prefijado de común acuerdo (por ejemplo, un cigarrillo después de cada comida o algo similar). Lo importante es que los enfermos tengan siempre presente que una recaída haría que todos los sacrificios hechos hasta el momento para dominarse perdieran de golpe su sentido. Para concluir, quisiera agregar que, en mi opinión, debe rechazarse plenamente la pretensión de abordar problemas como el de fumar en exceso mediante la gran hipnosis: no queremos en absoluto que, de ese modo, el enfermo se defraude a sí mismo creyendo vivir el triunfo de su propia voluntad, pues es justamente el triunfo de la voluntad el que debe obtener pagando el precio de sacrificar el placer.

El segundo punto importante —junto con la formulación de propósitos— para la terapia de relajación tiene que ver con lo que Schulz denominó «retirada de la relajación». No resulta inofensivo dejar simplemente a los enfermos relajados una vez terminados los ejercicios. Después de haber formulado consignas al estilo de «las energías vuelven a entrar en mí», o de «las nuevas fuerzas se acumulan, se han vuelto disponibles durante el descanso, en el ejercicio de relajación, y ahora se pueden movilizar», hay que indicarles cómo, en el paso siguiente, suprimir de nuevo la relajación: 1) apretar los puños; 2) estirar los brazos en la articulación del codo; 3) estirar la columna y arquear la espalda; 4) espirar primero sacando todo el aire fuera (!), e inspirar, a continuación, profundamente (de forma que primero hayan expulsado el aire residual para introducir a continuación la mayor cantidad posible de aire rico en oxígeno); y, solo entonces, 5) abrir los ojos. En ese momento, y no antes, podemos estar medianamente seguros de que los pacientes quedarán preservados de molestias posteriores (como mareos, centelleo en los ojos, abatimiento físico).

Después de esta digresión sobre la técnica del tratamiento de relajación pasemos de nuevo a nuestra casuística:

La paciente cuyo caso habíamos comenzado a tratar recibió una sesión de entrenamiento según el método de Schultz y continuó practicándolo desde entonces por su cuenta. Al poco tiempo relata que, después de los ejercicios, se siente siempre muy bien y agradablemente descansada. Agrega que también las palpitaciones se han reducido sustancialmente, y en general, después de los ejercicios se siente más fresca y animada. Desde que realiza los ejercicios solo ha sufrido un leve «ataque cardíaco» en una ocasión: después de que cenara tarde y copiosamente (probablemente, en este caso intervino como factor desencadenante la elevación del diafragma).

Para ilustrar lo dicho sobre la importancia de los ejercicios de relajación y sus posibles variaciones quisiéramos presentar a continuación un caso relacionado con un ámbito específico de trastornos que, en definitiva, debemos considerar como neuróticos: el de los trastornos del habla y, principalmente, de la tartamudez.

(Caso 22) El paciente es tartamudo desde la niñez y tiene dos familiares que también son tartamudos. Empezamos el tratamiento informando al paciente de que, en realidad, hablar no es otra cosa que pensar en voz alta. Por tanto, él debe centrarse en el pensar, y «la boca» se encargará después automáticamente del acto de hablar. El paciente no debe prestar atención a cómo habla, sino solamente a qué dice (a los contenidos de pensamiento). Si no fuera así, al prestar atención a la forma de hablar y no al contenido de los pensamientos se produce por una parte una inhibición al hablar y, por otra, también una desconcentración en el pensar. Se le dice también que, por supuesto, él puede y debe compensar su predisposición a sufrir trastornos del habla (seguramente hasta cierto punto predeterminada) mediante un entrenamiento de relajación. En primer lugar le hacemos practicar ejercicios de relajación según el método de Schultz. En una segunda fase del tratamiento le hacemos realizar ejercicios sencillos de respiración —en estado de relajación— para distender la espiración. En otra fase subsiguiente, se le indica que debe espirar de forma audible, a la manera de los ejercicios recomendados por Fröschels, para in-

tentar, ya en la penúltima fase, lo que Fröschels llama «masticación sonora» (producción de una serie sucesiva de sílabas totalmente carentes de sentido, elegidas de forma completamente arbitraria, durante la espiración, apartando estrictamente toda atención de este «hablar», que debe ser lo más suelto y relajado posible). Y solo en la última fase del tratamiento hacemos que, durante los ejercicios de relajación, el enfermo realice ejercicios de dicción propiamente dichos. El paciente realiza también en su propia casa ejercicios según esta misma gradación. Pronto nos informa sobre sus éxitos: ya ha logrado tener la actitud correcta frente al acto de hablar: «Sin que yo lo quisiera, el hablar “se produjo” por sí solo». Según nos relata, él se limita a dejar que los pensamientos «se manifiesten en voz alta» y que la boca hable «como por sí sola». A partir de ahora, el tratamiento psicoterapéutico tiene que centrarse en la timidez general del paciente, que, como es natural, sigue estando presente aunque solo sea porque se originó como consecuencia del trastorno del habla que ha persistido durante demasiado tiempo. Se indica ahora al enfermo que, a pesar de su miedo a hablar y del consecuente miedo a la vida social en general, asista a reuniones sociales y participe lo más posible en las conversaciones.

Así pues, este componente de la psicoterapia sigue el mismo camino que vimos al tratar las neurosis de angustia: «¿Quién ha dicho que esté prohibido hablar con miedo?», es lo que nuestro paciente aprendió a preguntarse cada vez que el miedo al fracaso estaba a punto de impedirle el éxito que podía alcanzar gracias al entrenamiento. Si no hubiese estado dispuesto a arriesgarse a fracasar, nunca hubiera podido tener tampoco un éxito. Y, a la inversa, los primeros pequeños éxitos harían desaparecer de inmediato el miedo; pero antes había que superar ese miedo. Por supuesto, como le decíamos, superar el miedo no es posible sin correr el riesgo de fracasos iniciales. También en la ruleta hay que «poner en juego» la apuesta, si queremos que se multiplique.

En las siguientes sesiones de terapia el paciente se queja por los sentimientos de ansiedad que significativamente lo invaden cada vez que «se presenta» —por lo demás, con éxito— en sociedad.

Evidentemente, nuestro paciente teme ahora las consecuencias del contacto que está estableciendo con la vida; teme la pérdida de su *splendid isolation*, de la cápsula protectora en la que la neurosis lo había resguardado hasta ahora de la vida, «tan llena de peligros».

Por tanto, estamos aquí ante un beneficio secundario en el sentido del psicoanálisis. Este motivo secundario —al contrario de lo que afirma la psicología individual— no es culpable de la aparición de la neurosis, pero sí de la persistencia de algunos síntomas particulares, de la fijación a posteriori del trastorno neurótico. Por ello, una vez eliminada la tartamudez, se trataba de superar la angustia existencial que había quedado al descubierto.

Histeria

En el ámbito de la psicopatología hay dos expresiones que suelen utilizarse, sobre todo entre los legos, de forma tan equívoca como ambigua: las expresiones «crisis nerviosa»³⁴ e «histeria». Sobre la primera de estas expresiones no tenemos por qué extendernos, dado que se adentra demasiado en el ámbito de la neurología orgánica: en efecto, también se designan como «crisis nerviosa», por una parte, fenómenos como la parálisis general progresiva, el ictus, los ataques de epilepsia, etc.; y, por la otra, meros estados funcionales de agotamiento. El caso de la histeria es diferente: se llegan a cometer auténticos disparates al utilizar este término, como cuando lo emplea el médico de forma irreflexiva, a veces incluso sin escrúpulos, estigmatizando así al paciente.

Para empezar tendríamos que distinguir, pues, entre mecanismos o reacciones de tipo histérico, por un lado, y carácter histérico, por el otro. En lo tocante a los mecanismos, se recomienda en general evitar en lo posible la expresión «histéricos». Lo que se entiende por histérico puede describirse o caracterizarse con otra palabra de forma igualmente acertada, pero más clara y menos equívoca, pues a lo

34. En español denominada también «colapso nervioso» o «ataque de nervios». (*N. del T.*)

que alude en realidad es a la psicogénesis —enfaticando la tendencia final que pueda subyacer a un síntoma determinado—. Por lo tanto, podríamos considerar como histéricos aquellos mecanismos que, por ejemplo en el sentido de la psicología individual, poseen un carácter de *arrangement*, es decir, que son medios al servicio de un objetivo neurótico. Cabe preguntarse, pues, por qué hemos de designar tales mecanismos como histéricos, teniendo en cuenta que este término está muy lastrado por la auténtica histeria —es decir, en sentido caracterológico—, y, además, sigue teniendo entre los legos connotaciones que comportan una condena moral (casi más aún que la relativamente «sincera» simulación). Aún más reparos hay que poner a la expresión «reacción histérica», a menos que se restrinja su uso a la designación de ciertas formas de transición de la neurosis de accidente a la llamada histeria de renta.

Puesto que ya casi no existe la «clásica» gran histeria, con los síntomas investigados por Charcot —ataques, parálisis, etc.—, el concepto de histeria se limita a designar principalmente una forma especial de psicopatía, o bien un rasgo caracterológico específico dentro de las diferentes formas de psicopatía que no están claramente delimitadas.

Han sido tan prolíficas e importantes las publicaciones acerca de la naturaleza psicológica de esta desviación caracterológica que en el presente trabajo, que se limita a esbozar este conjunto de cuestiones, nos ocuparemos del tema muy sucintamente. Los rasgos distintivos típicos del carácter histérico son los siguientes: inautenticidad, egoísmo, cálculo. Es probable que la inautenticidad corresponda a la compensación o sobrecompensación del vacío interior al que se ha referido especialmente Kretschmer. Esta inautenticidad tendría la finalidad de tapar el vacío interior con una cantidad de «producciones» muy variadas. Evidentemente, esto conduce a exageraciones, más aún, a un comportamiento general exagerado y exaltado que se extiende a todo su ser. Así se explica, también, la especial sugestionabilidad de los pacientes histéricos, a la que ya hace referencia la antigua teoría sobre la histeria: debido a su modo de ser, estos pacientes tenderán siempre a apropiarse de las experiencias ajenas, lo que, al intensificarse, puede traer consigo finalmente la conocida «conversión» de la experiencia vivida a lo somático.

Hemos visto en general que las neurosis pueden interpretarse como medio y como expresión. Ahora bien, considerando las circunstancias especiales de la histeria, cabría decir que el síntoma puede tener además la función de representación. Llegaríamos así a una cierta analogía con el esquema de la psicología del lenguaje de Bühler, según la cual el lenguaje tiene tres funciones: expresión, apelación y representación. De hecho, el histérico apela con su sintomatología a la atención general de su entorno; pero, especialmente, algunos de sus síntomas —sobre todo cuando se trata de una «conversión»— pueden interpretarse como la representación somática de su experiencia psíquica.

La neurosis se manifiesta en cierto sentido propiamente como un «lenguaje». Lo es, naturalmente, en un sentido diferente al del verdadero lenguaje humano: la neurosis es lenguaje en otro nivel de la existencia. Así se puede entender también que los distintos «lenguajes», que funcionan en diferentes «niveles», a veces se contradigan entre sí. Conocemos bien, en la persona normal, las contradicciones entre lo que dice y lo que hace. En el neurótico, y particularmente en el histérico, en cuanto «inauténtico», se pone en evidencia una suerte de dehiscencia, de separación entre su hablar y su actuar, por un lado, y su actitud interna real, por el otro.

La posibilidad de que se den estas contradicciones internas entre los «lenguajes» de los «niveles» más superficiales y los de los más profundos fundamenta la necesidad de descubrir qué es lo auténtico. En ello se basa la posibilidad esencial de lo que en psicoterapia entendemos por «interpretar». Pues para poder interpretar, para poder descubrir el «significado» de un síntoma, este tiene que revelar algo, esencialmente, algo que él mismo ha callado.

He aquí un pequeño ejemplo:

Un muchacho se escapa de casa y los familiares denuncian su desaparición. Nadie sabe a dónde puede haberse dirigido. Le pedimos a la madre que nos muestre los cuadernos escolares del muchacho. Al hojearlos, observamos los garabatos que hacía en clase este alumno, que al parecer estaba bastante distraído. Intuimos que podremos descubrir el contenido de sus ensoñaciones y estirar del

«hilo de sus anhelos». Y, realmente, los garabatos —que sin duda no eran representación ni tampoco apelación, sino simplemente expresión— nos revelan el objeto del anhelo que le impulsó a escaparse y huir hacia el ancho mundo: el muchacho no hacía más que dibujar barquitos. En consecuencia, se da aviso a los puestos fronterizos del sur del país, en la frontera con el Adriático. A los pocos días, lo localizan cerca de la frontera.

El segundo y el tercero de los rasgos distintivos principales del carácter histérico que hemos mencionado están constituidos por el mismo elemento de inautenticidad en su doble aspecto de «medio y fin». Al considerar lo inauténtico en el histérico como un medio para un fin, se nos aparece necesariamente como «calculador»: todo lo inauténtico nos parecerá teatral, «actuado», «intencionado», «fabricado», justamente fabricado a partir de cálculo y con el fin de alcanzar un efecto calculado sobre el espectador (aunque este sea el propio yo «ávido de sensaciones» y sediento de experiencias). El enfermo mismo, sin embargo, permanece profundamente indiferente, ajeno. Por eso, al explorar la vida interior de este tipo de personas encontraremos no solamente vacío y soledad, sino también frío interior. Esta constatación nos permite completar el círculo de los rasgos histéricos. En efecto, este carácter frío lleva directamente a la típica desconsideración con la que el egoísmo histérico trata de imponerse. Este egoísmo, por su parte, representa la esencia del carácter histérico si lo contemplamos desde el punto de vista de sus objetivos últimos: los histéricos están estigmatizados por su absoluto egocentrismo (que remite, a su vez, a su pobreza vivencial).

En la medida en que, según lo dicho, la histeria constituye una auténtica psicopatía, solo será accesible en principio a una forma de psicoterapia condicionada, relativa y paliativa. Pero, en la medida en que, en última instancia, no se clasifica bajo ninguna categoría clínica,³⁵ sino más bien bajo algo así como una categoría existencial,

35. El carácter histérico se sustrae a una cualificación exclusivamente clínica. Hasta qué punto es esto así se evidencia tal vez de la forma más impresionante al observar un caso comunicado en una ocasión por Kogerer: una

nos planteamos si no es precisamente en este nivel fundamental de la «persona profunda» existencial donde podría dar buenos resultados el método del análisis existencial. En cualquier caso, la psicoterapia, lejos de todo fatalismo y nihilismo terapéuticos, debe enfocarse ante todo en los diversos síntomas, sobre todo en los denominados mecanismos histéricos. Su tratamiento consiste simplemente en privar al paciente de la utilidad de sus propios síntomas, es decir que no se produzca el efecto que busca y, de ese modo, los síntomas pierdan su razón de ser. Si el histérico hace teatro y descubrimos cómo y hacia dónde quiere dirigirlo, se tratará de que «pague el precio» por sus puestas en escena. Podría hacerse, por ejemplo, siguiendo el modelo de una persona ajena a la profesión médica: un día, una mujer muy alterada que tenía que hacer cola delante de una oficina, junto a gran cantidad de gente, se dirigió irritada al encargado de mantener el orden con la siguiente amenaza: «Tienen que atenderme primero, usted tiene que dejarme pasar primero: sufro del corazón, y si no me deja usted pasar, me dará un ataque cardíaco, y ¿qué conseguirá con eso?: solo problemas... Ya verá cómo me le desplomaré». El empleado, buen conocedor del ser humano, le contestó muy tranquilo: «¿A mí se me desplomará usted? ¡Será a usted misma a quien se desplome!».

No obstante, hay dos cosas que no deben olvidarse: primero, que existe también una histeria «mortal». Ya ha ocurrido que actos histéricos típicamente inauténticos, o sea, realizados sin una seria intención, hayan tenido «éxito» —baste pensar en los intentos de suicidio de los histéricos, escenificados teatralmente, pero cuyos efectos no son nunca del todo predecibles—. En segundo lugar, debemos posicionarnos en contra del modo en que ciertos médicos califican de histérico un síntoma, frente al enfermo y a su entorno, aunque sus suposiciones sean acertadas. Lo único que se logra es hostigar al paciente, haciendo que se reafirme aún más en su postura de protesta y procure «más que

mujer histérica que había sido calificada como tal por un informe psiquiátrico y que, como consecuencia, se veía amenazada por el divorcio, pasó de forma repentina a estar totalmente asintomática, es decir, «sana» en sentido clínico, pero precisamente en virtud del cálculo histérico: en ese momento, su estado completamente asintomático era su único síntoma.

nunca» demostrar la autenticidad de su dolencia. Parecería que, al sospechar una etiología histérica —o incluso meramente psicógena—, el médico quedara negativamente impresionado hasta el punto de actuar de mala gana y salirse de su papel de médico. Se comporta entonces como si fuese un juez moral que tuviese que someter los rasgos de carácter del enfermo a un dictamen ético. En efecto, a veces se tiene la impresión de que, de pura rabia por haber tenido que examinar durante tanto tiempo y tan a fondo al paciente solo para llegar a la conclusión que se trata de una psicogénesis, quisiese descargar una parte de esta rabia sobre el mismo paciente. Pareciera, así, que el médico quisiese vengarse del enfermo por el gran esfuerzo que le costó diagnosticarlo. Y, lleno de resentimiento, castiga ahora al enfermo «tachando» su dolencia de histérica o al enfermo mismo de histérico.

La postura que podemos tomar frente a ello es que precisamente ante la presencia de trastornos histéricos o simplemente psicógenos, el médico tiene que proceder con mayor cautela al analizar el caso *coram publico* o, incluso, *coram agroto*. Solo así evitará ofrecer al enfermo flancos adicionales para que ataque de nuevo con su postura de protesta. Y si un síntoma es psicógeno sin ser propiamente histérico en el sentido estricto del término, tendremos que cuidarnos especialmente de trivializarlo como «meramente nervioso». Más allá de que un trastorno psicógeno es a fin de cuentas patológico, hemos de evitar en estos casos suscitar en el paciente la impresión de que pensamos que «todo son imaginaciones suyas». Por eso solemos insistirles a estos pacientes: «No hay duda de que esto no son imaginaciones suyas: lo que siente, lo siente; pero, afortunadamente, sus molestias no tienen ninguna base orgánica (como por suerte ha demostrado una exploración exhaustiva). Tanto más importante es que aparte usted la atención —y ahora con toda razón— de los síntomas de su enfermedad, pues bastará que la fije en algún órgano o alguna parte del cuerpo para que descubra allí alguna sensación anómala». Y, si fuese necesario y el paciente tuviera suficiente inteligencia, después de dar estas explicaciones realizaríamos un breve experimento que, siguiendo el primer grado de los ejercicios de Schultz, puede demostrar nuestras afirmaciones.

Pasamos ahora a considerar un caso concreto que nos parece ilustrativo en varios sentidos.

(Caso 23) Se trata de una joven de 21 años que, a raíz de una retención de orina diagnosticada por los médicos como histérica, nos fue derivada con la expresa petición de llevar a cabo un tratamiento hipnótico. Una exploración superficial de la anamnesis parecía dar la razón a la sospecha de los médicos derivantes, que consideraban el trastorno puramente psicógeno: la paciente había sido desflorada hacía seis semanas. La desfloración había sido traumática tanto psíquica como físicamente. Poco tiempo después sobrevino una incapacidad total de orinar de forma espontánea, de modo que, a partir de entonces, la enferma había tenido que ser cateterizada varias veces al día. Tanto los exámenes urológicos como los diversos intentos de terapia farmacológica (mediante inyecciones, etc.) y los procedimientos hidroterapéuticos habían dado resultados negativos.

La primera razón por la cual exponemos este caso es porque no se había comunicado a la enferma el resultado negativo de la exploración orgánica. Ni siquiera se le había indicado que su dolencia fuera «solamente nerviosa». A pesar de que había preguntado por la causa del trastorno, no se le había llegado a decir realmente nada. Esto muestra la importancia de que se ponga en conocimiento del paciente el resultado negativo del examen al que se somete. De lo contrario, al guardar silencio o actuar como si hubiera algún misterio, algún secreto, los médicos no hacen más que alimentar los temores hipocondríacos, causando finalmente, cuando menos, una superposición neurótica, psicógena, de carácter francamente iatrógeno.

La segunda razón por la cual consideramos que este caso tiene valor didáctico es que la hipnosis, realizada según la demanda, tuvo un rotundo éxito (a partir de ese mismo día la paciente pudo orinar espontáneamente, y no tuvo que volver ser cateterizada ni una sola vez más). Sin embargo, de alguna manera teníamos la impresión de que no se trataba de un trastorno puramente psicógeno. Y, en efecto, después de varias exploraciones urológicas

a las que le habíamos insistido para que se sometiera, se constató que al trastorno aparentemente funcional subyacía una afección orgánica.

Nos encontramos de nuevo ante dos verdades: primera, que un diagnóstico orgánico negativo no justifica la inferencia de que se trata de una psicógenesis; y segunda, el efecto positivo de un tratamiento psicoterapéutico tampoco da derecho a inferir una etiología neurótica. Con otras palabras: el diagnóstico de «neurosis» no puede emitirse *per exclusionem* ni tampoco *ex iuvantibus*. Pero ahora pasaremos a ocuparnos muy brevemente de la sugestión y de la hipnosis como métodos terapéuticos.

Sugestión e hipnosis

Probablemente, la psicoterapia no podrá nunca prescindir de la sugestión como medida de intervención. La sugestión entra en juego aunque sea de forma inconsciente y no intencional. Despreciar su eficacia hasta el punto de procurar eliminarla consciente e intencionalmente significaría, a nuestro juicio, perder de vista la finalidad pragmática propia de toda acción médica. Dejando a un lado situaciones en las que el investigador debe eliminar el factor sugestivo, como por ejemplo en investigaciones seriadas con nuevos tratamientos, la sugestión siempre será bienvenida también en los casos en que haya dudas respecto a si la enfermedad en cuestión es primaria o secundariamente psicógena, y en qué medida lo es. Así, por ejemplo, seguimos sin saber qué mecanismos orgánicos y funcionales subyacen a la enuresis nocturna. No obstante, la terapia sugestiva ha dado buenos resultados en la mayoría de los casos. Entre los métodos posibles preferimos aplicar el de la sugestión larvada, administrando inyecciones de suero fisiológico, que presentamos como un «suero sumamente efectivo, difícil de conseguir, proveniente del extranjero» (y no solo a los niños afectados, sino también, por precaución, a sus padres —para prevenir que alguna indiscreción o alusión involuntaria haga peligrar su efecto). Les decimos que solo nos queda una única ampolla, pero

que una dosis será suficiente, tal como se ha demostrado en todas las experiencias anteriores...

Es sabido que los efectos de la sugestión pueden dar buenos resultados terapéuticos también en enfermedades orgánicas. A veces incluso en pequeñas intervenciones quirúrgicas en las que, por algún motivo, están contraindicadas tanto la anestesia total como la local, se puede recurrir a la hipnosis para sustituirla. Nosotros mismos, en el caso de punciones lumbares a pacientes con ansiedad, solemos hacerles creer que, después de pinchar la piel, les inyectamos un anestésico local: a veces casi no sienten la perforación de la duramadre, en parte gracias al efecto de la sugestión, en parte gracias a el efecto distractor que a menudo tiene la elevada tensión ansiosa.

No entraremos aquí a considerar la técnica de la hipnosis. En cierto sentido, es evidente por sí misma si consideramos su naturaleza: la hipnosis es un estado de excepción psíquico producido por sugestión que se distingue por el hecho de ofrecer, a su vez, el terreno más favorable posible para otras sugestiones más audaces. No puedo sugestionar a nadie haciéndole creer que huele perfume de rosas cuando le estoy sosteniendo delante de la nariz un frasco con gasolina, pero puedo sugestionar a alguien fácilmente haciendo que sienta que está cansado, y que el cansancio aumenta, y que sus miembros se hacen cada vez más pesados, hasta que, finalmente, cae en un estado de somnolencia. Una vez que está en ese estado, puedo muy bien sugestionarlo haciéndole creer que el frasco de gasolina es una rosa.

Si contemplamos la sugestión desde la perspectiva del análisis existencial tenemos que partir de un análisis del fenómeno, o sea, de lo que sucede realmente cuando se produce la sugestión. Si alguien me sugestiona haciéndome sentir que mis miembros están cansados y que mis párpados pesan, significa que estoy tomando distancia de la pregunta que me plantearía normalmente: puede ser que mis miembros me pesen; mis miembros deben pesarme; quiero que me pesen, pero ¿me pesan realmente? Vemos, pues, que se renuncia a hacer estas preguntas; en primer lugar, cuestionar de alguna manera (como haríamos normalmente) esta pesadez que se nos sugestiona que sintamos. Esta *epoché* [suspensión del juicio] me parece ser la que constituye el proceso y la finalidad de la sugestión. Si me sugestionan con relación a

algo, significa que renuncio a cuestionar y a tomar posición frente a aquello de lo que se me sugestionan; y significa, además, que me limito simplemente a tomar nota de ello. Y si la hazaña de Sigmund Freud, para atenernos a sus propias palabras, consistió en hacer que donde era el ello, había de ser el yo —es decir, en desecar el lago de la psique—, el proceso de la sugestión consiste, en cierto sentido —aunque no en el sentido psicoanalítico— en que, donde era el yo, ha de volver a ser el ello. El yo abdica, renuncia a su propia personalidad y existencialidad a favor de la pura facticidad. Renuncia al acto existencial, pues la esencia del acto existencial implica cuestionarlo todo para poder posicionarse, y no limitarse simplemente a tomar nota.

Desde Heidegger sabemos que el ser del hombre, la existencia [*Dasein*], es un ser en las posibilidades, o, como nosotros mismos formulamos: el ser del hombre es esencialmente ser facultativo, y no ser fáctico. Por el contrario, el ser del hombre en estado de sugestión es enteramente un ser en la realidad —en la pura realidad—, un ser caído en la pura realidad. Al mismo tiempo recordamos, nuevamente según Heidegger, que la existencia [*Dasein*, «ser ahí»] es siempre coexistencia [*Mitsein*, «ser-con»], y, por eso, no permanece nunca en la pura posibilidad, sino que está ya siempre «arrojada» a la realidad de esta coexistencia —a la realidad eficaz y a la eficacia recíproca de la coexistencia, del ser-con—.

En la medida en que retroceder hasta la cuestión acerca de lo que condiciona la posibilidad de una cosa puede considerarse trascendental, a la pregunta trascendental por la condición de posibilidad de la sugestión deberíamos responder diciendo que la sugestión es un aspecto aislado de la coexistencia humana, pero que siempre está incluido; y un análisis trascendental de la estructura de la sugestión la articula y pone de relieve como una forma notable de coexistencia.

Si antes se habló de la sugestión como eficacia recíproca, habría que añadir que también puede tratarse de una eficacia terapéutica excelente. Pero al mismo tiempo debe llamarnos la atención que, en realidad, la terapia sugestiva actualiza o reactiva algo que constituye la esencia de la neurosis: la abdicación del yo a favor del ello, la renuncia de la personalidad y la existencialidad a favor de la facticidad, la *epoché* del acto existencial. ¿O acaso no hemos definido al neurótico

como aquel que reinterpreta su existencia [*Dasein*, «ser ahí»] —que es un «poder-ser-siempre-de otra manera»— como un «deber-ser-así-y-no-de-otra-manera»? Se da así la sorprendente circunstancia de que la sugestión terapéutica imita a la neurosis. La diferencia entre una terapia sugestiva incorrecta y una correcta consistiría en que la primera solo imita la neurosis en lugar de combatirla, mientras que la segunda imita la neurosis solo para combatirla.

Pero, en realidad, esto no debería sorprendernos. Recientemente, Edith Weisskopf-Joelson, de la Universidad de Georgia ha señalado —a su juicio, a partir de su propia concepción psicodinámica— que la efectividad del método de la intención paradójica se basa en que, para liberarse de la neurosis obsesiva, imita un mecanismo ya preformado en la persona que la padece.

El profano suele hacerse la conocida pregunta: ¿quién puede hipnotizar y quién puede ser hipnotizado? En principio, cualquiera que domine la técnica necesaria y posea, además, un poco de experiencia vital, conocimiento del ser humano y sensibilidad psicológica (para que, en situaciones inesperadas, no pierda fácilmente la calma ni la sangre fría y se vea en un apuro, sino que sea capaz de improvisar). Y, en principio, cualquiera puede ser asimismo hipnotizado, a excepción de los niños y los enfermos mentales. Pero también se requiere, en general, un cierto interés en ser hipnotizado, requisito que se cumplirá al menos en la hipnosis terapéutica. Es totalmente errónea la extendida creencia de que, para poder ser hipnotizado, hay que «tener una voluntad débil»: por el contrario, la voluntad —por lo menos, la voluntad de ser curado por la hipnosis— es incluso un requisito indispensable. Por otra parte es cierto que, especialmente en neuróticos obsesivos, un exceso de voluntad puede resultar inoportuno, ya que, al esforzarse intencionalmente por los contenidos vivenciales sugeridos, a menudo son importunados por «representaciones de contraste», cuando no es su marcada tendencia a la reflexión la que los perjudica. También una curiosidad exagerada puede ser fuente de dificultades para lo que sucederá en la hipnosis, pues disminuye la entrega interior pasiva y aumenta la observación reflexiva.

Por supuesto, la medida en que una persona puede ser hipnotizada, y, en general, la sugestionabilidad, varían individualmente. Así, puede

ocurrir —como sucedió una vez ante nuestros propios ojos— que, al intentar hipnotizar a uno de los dos pacientes (postrados de larga duración) que ocupaban una habitación doble, el intento fracasó en el paciente al que se quería hipnotizar, pero el otro paciente se durmió de inmediato. O bien que, en un intento de lograr sustituir la anestesia total por la hipnosis, la instrumentista tuvo grandes dificultades para resistir el sueño y concentrarse en su tarea durante la operación. El siguiente episodio muestra hasta dónde puede llegar la sugestionabilidad en un caso concreto:

En un curso para médicos tuvimos que tratar también la técnica de la hipnosis. Al no tener pacientes adecuados para ello, pedimos a una enfermera del servicio que nos ayudara a mostrar un modelo de hipnosis. Ella solo tenía que «hacer como si» fuese una paciente que debía ser hipnotizada. Solo más tarde, la amnesia completa nos hizo percatarnos de que había entrado en una auténtica hipnosis. Su autenticidad pudo demostrarse al repetir el experimento: después de suministrar anestesia local y de atravesar con una aguja gruesa un pliegue cutáneo en la zona anestesiada sin haber dado la orden correspondiente, el canal de escisión solo empezó a sangrar cuando se despertó al sujeto de experimentación.

Pero también la sugestionabilidad tiene sus límites. Es conocido el intento de un hipnotizador lego de demostrar la posibilidad de cometer crímenes bajo influencia hipnótica, enviando a su «médium» a la consulta del adversario de esta teoría después de haberle dado el encargo poshipnótico de matarlo de un tiro. El resultado fue que, en el último momento, la mujer bajó la pistola —aunque era de juguete—. Si bien la mujer solo se deshizo a medias del encargo poshipnótico, desautorizó la teoría de quien le había dado el encargo. Actualmente se sostiene que, aunque la hipnosis puede eliminar hasta cierto punto las inhibiciones —a semejanza de lo que ocurre con la embriaguez—, también bajo la hipnosis la persona hace solamente aquello que corresponde a su modo de ser.

¿El tratamiento con hipnosis tiene contraindicaciones? Ciertamente. En primer lugar, está contraindicada la hipnosis de esquizo-

frénicos e incluso de esquizoides, pues la hipnosis podría provocar con demasiada facilidad una sensación de estar influenciados que podría intensificarse hasta el extremo de experimentar un «delirio hipnótico». También está contraindicado hipnotizar a pacientes histéricos sin la presencia de un testigo: la hipnosis podría llevar con demasiada facilidad a que las fantasías llenas de deseos imaginarios de la paciente la llevaran a acusar posteriormente al médico de agresión sexual. En relación con las indicaciones de la hipnosis puede decirse lo siguiente: no hay prácticamente ningún trastorno que no pueda tratarse de otro modo que con la hipnosis; y, ciertamente, hay trastornos que pueden superarse de forma más fácil y duradera con otros métodos. Sin embargo, el psicoterapeuta formado y experimentado no querrá prescindir completamente de la hipnosis como herramienta terapéutica. El método elegido puede ser la hipnosis cuando se trate de lograr en el mínimo tiempo posible un efecto por lo menos sintomático, especialmente en una neurosis monosintomática.

Sobre la dialéctica entre destino y libertad

Hemos tenido que hacer referencia repetidamente, en especial en el apartado sobre la hipnosis, al hecho de que la psicoterapia debería ocuparse —y la logoterapia de hecho se ocupa— de restablecer la responsabilidad propia del enfermo y de fortalecer, con ese fin, su conciencia de responsabilidad. La libertad humana fundamental frente a todo lo que constituye su destino, la inalienable posibilidad de posicionarse ante el destino como ante una tarea que hay que cumplir, y la siempre inalienable libertad de adoptar una u otra actitud al respecto; todo ello tiene que ser puesto de relieve por el psicoterapeuta, pues solo así podrá ayudar al paciente a realizar al máximo sus posibilidades exteriores e interiores.

Ahora bien, la libertad y la responsabilidad no están garantizadas si no se preserva la autonomía del enfermo —también su autonomía frente al médico—. Por eso es necesario evitar desde el principio que entre en una relación de dependencia respecto al psicoterapeuta, o bien, cuando la dependencia parece inevitable —como al establecer

el llamado *rapport* en procesos sugestivos—, introducir, después del tratamiento, una reeducación hacia la autonomía.

El siguiente caso mostrará hasta qué punto la pérdida de autonomía representa un peligro en general para toda psicoterapia:

(Caso 24) La paciente, de 40 años, acude al médico porque, según relata, se encuentra «hundida anímicamente»: se siente totalmente desalentada desde que todos sus bienes le fueran confiscados y, además, debido al «inminente peligro de una tercera guerra mundial», de la que se le habla tan a menudo. Afirma estar deprimida y no poder recuperarse ni animarse, puesto que tiene «una voluntad muy débil»: «Lamentablemente, soy así...», dice. Se le aclara, entonces, que no existe una voluntad débil tal como ella la concibe, y que, así como «donde hay voluntad, hay también camino», puede decirse también que donde hay una meta, hay voluntad. A todas las demás objeciones típicas de los neuróticos respondemos con el siguiente consejo: si no puede reunir la «voluntad» para hacer algo, tiene que intentar, simplemente, hacerlo sin voluntad. De ese modo le quitamos al paciente el sustento que sirve para alimentar su tendencia a hipostasiar su supuesta falta de voluntad y encontrar excusas una y otra vez.

La paciente relata, entonces, que ya ha estado y sigue estando en tratamiento psicoterapéutico con dos médicos. Pero que ese tratamiento no la satisface, porque el colega que la trata actualmente le «hace redactar y traer a la consulta una y otra vez trabajos escritos, por ejemplo, sobre el sentido de la vida, o sobre la cuestión de si se puede demostrar la existencia de Dios, etc., pero que el doctor no le dice ni sí ni no...». Cuando le preguntamos cuál cree que es el sentido de su vida, o qué es lo que ha escrito sobre ello, contesta: hacer el bien a alguien cada día, pero que a ello el colega replicó que lo único válido era tener presente a Dios. Y que no supo qué hacer con esa respuesta, no le sirvió de mucho.

Aquí se muestra claramente el dilema de la situación en que se puede encontrar el médico. Si tiene enfrente a una persona religiosa y, más aún, tal vez incluso a una persona de su misma confesión, no hay,

en realidad, ningún problema. Pero no será así en el caso de que el médico tenga una creencia religiosa y el enfermo no, o viceversa. Aquí se plantea una cuestión fundamental. Está claro de antemano que el médico no tiene derecho a ir tan lejos como el sacerdote. Pero aunque tiene menos derechos, en contrapartida tiene más obligaciones: en ello vemos una situación trágica específica de la cura médica de almas. En efecto, del «pastor» médico de almas —a diferencia del sacerdotal— se exige más en la medida en que el médico tiene que estar «disponible» para todos, mientras que el sacerdote solo tiene que estarlo para sus feligreses.

Nuestra paciente insiste una y otra vez en que, a pesar de sus experiencias insatisfactorias, siempre necesita un «médico de almas». Según afirma, desde su infancia ha necesitado siempre a alguien que le diga: «tienes que...». Ahora se encuentra sola y necesita tanto más ese apoyo médico para su alma. Nuestra psicoterapia tenía que dirigirse en primer lugar contra esta relación de dependencia y falta de autonomía.

El psicoterapeuta ha de estar siempre dispuesto a oponerse a las hipóstasis fatalistas que tiende a generar el fatalismo neurótico. Acabamos de ver una hipóstasis de este tipo: «voluntad débil», como si la voluntad y su fuerza fueran algo que pudiese medirse de alguna manera. Como si la voluntad humana, en su esencial libertad, no dependiese solamente de que uno quiera de forma suficientemente sincera y recta y, tal vez, de la claridad de sus objetivos y de la paciencia para llevar a cabo un entrenamiento determinado. Pero así como el neurótico se vuelve a menudo dependiente del psicoterapeuta, también se vuelve de alguna manera dependiente de sí mismo, de su propio interior, y vemos entonces cómo el neurótico atribuye una entidad sustantiva, hipostática, a ese interior, cómo acepta los «hechos» de su modo de ser psíquico simplemente como hechos, como algo dictado por el destino, en lugar de ver en ellos «tareas» de su «existencia». «Lamentablemente, soy así»: de este modo se expresaba la paciente. Una y otra vez encontraremos que esta aceptación no cuestionada de la propia forma de ser [*Sosein*, «ser-así»] corresponde a una concepción que podría caracterizarse de la

mejor manera mediante la tesis: «Así es, y así seguirá siendo». Es la tesis del fatalismo neurótico, que acepta simplemente las leyes psicológicas, que asume los hechos psíquicos en su realidad fáctica, que cree ciegamente en la facticidad del ser humano. Pero ser hombre no significa nunca ser fáctico, sino siempre ser facultativo. Y esto significa, a su vez, ser en las propias posibilidades, «ser anticipándose a sí mismo» [«sich vorweg sein»] (Heidegger). Este modo de ser, que caracteriza al exclusivamente al ser humano, se denomina existencia [*Existenz*]. Para hablar con Jaspers, la existencia no *es* simplemente, sino que es «ser decisivo»: existencia [«ser ahí», *Dasein*] es un ser que sigue decidiendo siempre lo que es. Este modo especial y propio del ser del hombre es el que ha de tener en cuenta necesariamente un análisis como el análisis existencial si quiere contemplar la esencia del ser humano sin destruirla ni desfigurarla. Y en esto se opone a las corrientes del siglo XIX: al biologismo, al sociologismo, al psicologismo. Este último, en efecto, se ha adherido a la psicoterapia desde el surgimiento del psicoanálisis. La interpretación equívoca y la vulgarización diletante de la teoría freudiana contribuyen a la tendencia a la hipóstasis que tanto caracteriza al neurótico, pues le engañan escamoteándole la conciencia de su libertad y su poder para decidir sobre su modo de ser.³⁶ «Qué le voy a hacer si tengo estos o aquellos complejos; estoy hecho así y no de otra manera; soy así, no lo puedo evitar...»: así oímos hablar a los pacientes que han sido afectados e influenciados por estas tendencias. Nos recuerdan el chiste del predicador al que le encargaron una oración fúnebre y, al preguntar por el precio, contestó

36. En realidad, sin embargo, no es el determinismo el que niega tal libertad. Antes bien, es solo un pandeterminismo, culpable de la negación de la libertad humana. Pero, para hablar nuevamente sobre Freud, él solo sostuvo el pandeterminismo en la teoría. En la praxis no era en absoluto ciego a la libertad del hombre de modificarse. En efecto, él mismo definió el objetivo asignado al psicoanálisis estipulando que debía «procurar al yo del enfermo la *libertad* de decidir en un sentido o en otro» (cursiva en el original de Freud). S. Freud, *El Yo y el Ello* (1923-1925), trad. de J. L. Etcheverry, en *Obras Completas* XIX, Buenos Aires, Amorrortu, 1986, p. 51, nota 2 (original: *Das Ich und das Es*, en *GW* XIII, p. 280 [nota al pie proveniente de la p. 279]).

que había tres tipos de oraciones diferentes, cuyo precio correspondía a distintas calidades y efectos sobre los asistentes; el predicador, sin embargo, aclara: «No puedo recomendar la tercera, la económica, porque tiene un leve tono humorístico»... Este hombre actúa como si no pudiese disponer libremente de las diversas oraciones fúnebres, como si no fuesen suyas, como si no fuera él mismo quien las pronunciara, quien hablara. ¿Pero no actúa también el neurótico como si estuviese ligado a algo que no es más que una predisposición, como si, en última instancia, no fuese libre ni fuese él mismo, sino que estuviese supeditado a un «ello» demoníaco, dependiendo de él y quedando a su merced? ¿No actúa también el neurótico como si el esquema de su constitución caracterológica o de su predisposición a ciertos complejos estuviera fijado definitiva y fatídicamente en su ser, de modo que tuviera que «ser así» como es inequívocamente y para siempre, sin «poder» ser «diferente», es decir, sin poder ser también como quiere ser y como debería ser?³⁷

Una vez más se muestra aquí el lugar que corresponde a los valores que denominamos actitudinales. Según cómo uno se enfrenta al destino —y el destino incluye también el pasado—, según cómo sea el modo en que configure, supere o se reconcilie con lo inevitable que le ha tocado, tendrá la posibilidad de realizar valores actitudinales, o la habrá malogrado.

(Caso 25) A continuación presentamos el caso de un paciente que sufre de una lesión del oído interno. Aparte de la afección del nervio acústico, presenta una debilidad del lado derecho de la rama bucal del nervio facial, pero la exploración en busca de un posible proceso del ángulo pontocerebeloso resulta negativa. El paciente indica que atribuye su sordera a causas psíquicas y que espera que nosotros lo liberemos de su trastorno, de cuyo origen

37. Una lectora de Alabama me escribió en una ocasión: «He sufrido más por la idea de que debía tener complejos que por los complejos reales. Por nada del mundo cambiaría todo lo terrible que he vivido y experimentado en mi infancia, pues estoy convencida de que de ello han surgido muchas cosas positivas».

psíquico está convencido, por la vía psicológica. Le informamos acerca de su error de apreciación, pero tratamos de evitar su decepción advirtiéndole de que ya ha sobrecompensado ampliamente su defecto: gracias a su correcta actitud, ha convertido la hipoacusia en algo fructífero, de modo que ha configurado acertadamente su destino, pues, si su hipoacusia no lo hubiese llevado a leer muchos libros, como él mismo nos relatara anteriormente, no sería ahora una persona tan leída y cultivada. No obstante, nuestro paciente expresa de forma conmovedora su tristeza por no poder seguir desempeñando su oficio de maquinista ferroviario como hasta ahora. Frente a ello le señalamos que, respecto a la satisfacción y realización personal a través del trabajo, el «dónde» es mucho menos importante que el «cómo». El enfermo replica que volver a lograr «esa única cosa», ser maquinista ferroviario, lo es todo para él. Le mostramos que, en realidad, ya lo ha alcanzado una vez, y que nada en el mundo puede arrebatarse eso. Ya le fue dada esa realización profesional en su vida, y ahora se trataría de lograr, justamente, algo distinto. Y en su capacidad para adaptar con flexibilidad su meta ideal a las posibilidades reales se pondrá a prueba la fuerza y la adaptabilidad de su persona noética.

Aquí se muestra claramente aquello que ya hemos mencionado anteriormente: la cura médica de almas solo se vuelve necesaria cuando ya no es posible la psicoterapia en sentido estricto de la palabra. La psicoterapia estaría indicada en el caso de un trastorno auditivo solamente si el trastorno fuese predominantemente psicógeno. Pero en el caso mencionado no es así —a pesar de la confusión de nuestro paciente al respecto—, ya que se trata de un trastorno de origen orgánico. Pero ¿no hemos visto cómo, precisamente, la lucha innecesaria, la actitud irreconciliable ante un destino inevitable requiere una psicoterapia determinada? Así es, una psicoterapia en un sentido determinado, ampliado: precisamente, una cura médica de almas. En estos casos hay que reforzar al enfermo para que aprenda a aceptar como un destino inevitable lo que no es accesible al tratamiento, ya sea somático o psíquico, a aceptarlo como algo frente a lo cual lo

importante es cómo se sostiene, cómo se soporta, cómo se padece el propio sufrimiento.

El núcleo ineluctable de las neurosis obsesivas graves nos enseña hasta qué punto la lucha innecesaria contra un mal inevitable representa el verdadero lastre psíquico para estos enfermos. Por eso hay que suprimir esta lucha, este arremeter contra los síntomas —que es lo que los potencia hasta un nivel insoportable. Esta lucha, exagerada por la neurosis, no tiene por qué dirigirse necesariamente contra un proceso o un hecho patológico (que tengamos que abordar terapéuticamente). Puede tratarse simplemente de un rasgo anómalo del carácter, e incluso de un tipo caracterológico que todavía puede considerarse dentro del ámbito de lo normal, del modo de ser propio. Por alguna razón, la persona se vuelve en algún momento hipersensible a ese modo de ser y lucha forzosamente contra ello. Con Kierkegaard, podría decirse, también, que la persona en cuestión «quiere desesperadamente no ser ella misma». Pero, cuanto menos luche una persona contra lo inevitable en ella misma, mejor y más fácilmente podrá luchar contra lo que sí puede y debe combatir dentro de sí misma. Un ejemplo ayudará a ilustrarlo.

(Caso 26) El paciente, de 26 años, acude a nosotros por su gran aislamiento. No encuentra la manera de relacionarse con mujeres. Se queja de ser una «persona cerebral», «totalmente carente de sentimientos; un solitario». Y enfatiza que también su padre era así, por lo que no se casó sino hasta los 45 años.

En primer lugar, la psicoterapia (en sentido estricto de la palabra) tiene que ocuparse ante todo del tema de la masturbación, que el enfermo sitúa en primer plano con la sobrevaloración hipocondríaca correspondiente. Le explicamos que, desde el punto de vista puramente físico, un acto masturbatorio no tiene por qué considerarse de forma diferente a un coito, por lo que no puede resultar dañino físicamente, y que, en cualquier caso, solo puede causar una insatisfacción en el plano psicológico. Se aclara al enfermo que la dificultad de concentración y otras molestias semejantes que sufre no son en ningún caso efectos psíquicos directos de la masturbación, sino que

deben atribuirse simplemente a sus numerosas preocupaciones hipocondríacas.

No obstante, la verdadera tarea de la psicoterapia en este caso consiste en inducir al enfermo a renunciar a la lucha crispada contra su destino caracterológico. Por eso, le recomendamos que se conforme por fin con el hecho de ser un «solitario» o una «persona cerebral». Le señalamos que, en realidad, también tiene sentimientos, por supuesto, o por lo menos restos de sentimientos; aunque cuanto más se fija en ellos para lograr atraparlos a la fuerza, más se le escapan. En efecto, toda observación e intencionalidad tienden siempre a inhibir y perturbar el desarrollo de lo que todavía está brotando. Le decimos al enfermo, en este sentido, que si está dispuesto a reconciliarse con su destino solitario es probable que, en un plazo relativamente breve de tiempo, encuentre una pareja.

Vemos una vez más los múltiples ámbitos de aplicación de lo que hemos denominado intención paradójica y la importancia que tiene en ocasiones oponerse a la creencia fatalista del neurótico, es decir, a su tendencia a la hipóstasis, y también deshacer la crispación de esa lucha furiosa contra lo irremediable, que es en realidad la que genera su neurosis.

Por supuesto, el psicoterapeuta deberá tener el valor de hacer ciertas recomendaciones aunque suenen banales a sus oídos. En efecto, a la persona corriente solo podremos darle indicaciones positivas si no lo tratamos de forma soberbia y arrogante pasando por alto su problemática personal para mantener a cualquier precio una distinguida «distancia clínica». El psicoterapeuta no solo está para tratar a las clases sociales elevadas, sino que tiene que estar, en igual o mayor medida, a disposición de la gente sencilla, y debe abordar sus problemas hablando en un lenguaje sencillo, tanto si han surgido a partir de una actitud básica neurótica como si, a la inversa, han sido los problemas los que han generado una actitud neurótica (Frankl 1925). Ciertamente, también esto último es posible, y si en estas crisis «logógenas» —por llamarlas de algún modo— la persona no ha encontrado el camino hacia el sacerdote, nosotros

como médicos tenemos que acompañarle en su búsqueda de un sentido de la vida.

Ya se ha mencionado anteriormente que el intelectual, si ha enfermado de neurosis, tiende a poner sus conocimientos psicológicos al servicio de sus tendencias neuróticas. El siguiente caso (27) muestra con cuánta tenacidad sucede esto mismo.

Se trata de un médico que acude a nosotros por «inhibiciones en todos los ámbitos vitales». No tardamos en comprobar que está dominado por la tendencia a encontrar inhibiciones en todas partes. Ya por la mañana lo primero que hace es preguntarse: ¿tengo hoy inhibiciones o no? Le aconsejamos que, en lugar de hacerse esa pregunta, se haga la siguiente: ¿qué quería hacer hoy? Y si, después, se tropieza con una inhibición, que procure hacer lo mismo que tenía previsto, y que lo haga con las inhibiciones. Si, por ejemplo, un día tiene previsto acudir a la sala de lectura de la Asociación de Médicos para estudiar alguna cosa, puede preguntarse simplemente: ¿dónde está escrito (¿acaso en el reglamento de la biblioteca de la Asociación?) que esté prohibido acceder a la sala de lectura con inhibiciones? El colega nos pregunta, al final, si debe combatir las inhibiciones. Pero, justamente, lo que debe hacer no es combatir las inhibiciones, al contrario, lo que ha de hacer es ¡ignorarlas! En el *Diario de un cura rural*, de Bernanos, encontramos la hermosa frase: «Odiarse es más fácil de lo que se cree. La gracia es olvidarse». Podemos variar la frase diciendo lo que muchos neuróticos deberían tener siempre presente: más importante que despreciarse o tenerse demasiado en cuenta sería olvidarse de sí, es decir, dejar de pensar en uno mismo y en todos los acontecimientos internos para estar entregado interiormente a una tarea concreta cuyo cumplimiento es una exigencia y un derecho personal. No nos liberaremos de nuestros problemas mediante la autoobservación o la autocontemplación narcisistas, ni menos aún haciendo girar nuestro pensamiento en torno a nosotros mismos, sino entregándonos, dándonos a algo digno de nuestra entrega.

Hablar acerca de la psicoterapia *en* psicosis endógenas y no de una psicoterapia *de* psicosis endógenas es algo que, evidentemente, no hacemos porque sí. En efecto, consideramos que una psicoterapia de las psicosis endógenas es inconcebible ya por el mero hecho de que las psicosis endógenas como tales no son de carácter psicógeno, sino somatógeno. No vacilamos desde luego en sostener la somatogénesis fundamental de las psicosis endógenas.

H. J. Weitbrecht afirma: «No nos debe confundir que no se haya esclarecido aún el carácter de los factores patógenos somáticos en las psicosis endógenas. Justamente las psicosis endógenas fásicas son las que, según nuestro modo de ver, muestran de forma inequívoca el carácter patológico orgánico, de forma que una inclusión de las psicosis endógenas en las neurosis solo puede concebirse como una desviación fundamentalmente errónea, atribuible a una moda pasajera, y cuyas raíces pueden rastrearse fácilmente en la historia de la ciencia. Habría que tener el coraje de admitir la inexorable singularidad de lo orgánico, eso que también somos, que nos sostiene y aniquila, y que tampoco puede ser analizado ni manipulado por nuestra (imposible por principio) voluntad de comprender e interpretar» (Weitbrecht 1961, pp. 129-144).

Hay que tener en cuenta que cada vez que hablamos del carácter fundamentalmente somatógeno de las psicosis endógenas en este contexto, entendemos que se trata de una somatogénesis primaria, y está claro que esta somatogénesis deja siempre suficiente espacio de acción, suficiente margen de libertad para la patoplástica³⁸ psíquica que acompaña la patogénesis somática del caso concreto y que completa así su cuadro clínico. La psicoterapia debe insertarse precisamente en este espacio que queda fuera de la somatogénesis.

38. Patoplástica [*Pathoplastik*], término acuñado por Viktor E. Frankl, que puede traducirse como «configuración de la enfermedad» y se refiere a la posibilidad de configurar la manera individual de vivir y sufrir la enfermedad. Véase K. H. Biller y M. de Lourdes Stiegeler, *Wörterbuch der Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor Emil Frankl*, Viena, Böhlau, 2008, pp. 302 s. (N. del T.)

Antes de entrar a considerar la psicoterapia en las depresiones endógenas quisiéramos recordar que, entre los criterios más importantes de valoración diagnóstica de los estados depresivos debe estar la pregunta sobre antecedentes genéticos; si ha atravesado ya fases depresivas pronunciadas, si sufre de sentimientos de angustia vagos y sin contenido, si percibe durante el día oscilaciones del estado de ánimo (con la característica exacerbación por la mañana temprano), si aparecen signos de inhibición psicomotriz, pero, sobre todo (en casos dudosos), si se autoacusa. Tenemos que distinguir, por supuesto, entre autoacusaciones y sentimientos de inferioridad meramente neuróticos. Como hemos procurado demostrar ya en otro lugar (Frankl 1946), en la depresión endógena la tensión entre ser y deber ser, tan propia del ser humano, se vive y experimenta de manera exacerbada. El paciente coloca lo que el ser le adeuda al deber ser bajo la lupa de su depresión endógena, que lo aumenta y distorsiona. La distancia del ser respecto del deber ser se vive y experimenta como si se tratara de un abismo. Pero la tensión entre ser y deber ser —la tensión existencial, como la denominamos nosotros—, la distancia entre ser y deber ser es indispensable e inevitable: mientras la persona tenga conciencia, su ser seguirá estando en deuda respecto de su deber ser. No es que esta tensión existencial extrema, esta distancia frente al deber ser incrementada hasta el abismo haya generado la depresión endógena (en el sentido de una patogénesis). Más bien es la depresión endógena la que hace aparecer tal abismo (en el sentido de una patognomia).³⁹ No es la tensión existencial la que enferma a la persona, sino que la enfermedad, la depresión endógena, hace que el enfermo perciba de forma aumentada y distorsionada dicha tensión.

Tal vez la manera más acertada de caracterizar la depresión endógena sea como una «quiebra del organismo» [«organismische Baisse»]

39. Patognomia [*Pathognomie*], en el uso del lenguaje de Viktor E. Frankl, es un rasgo característico que permite interpretar un cuadro patológico determinado (véase K. H. Biller y M. de Lourdes Stiegeler, *Wörterbuch...*, *op. cit.*, p. 855). (*N. del T.*)

(Frankl 1946). Pero también puede ser admisible hablar de una bajamar del «biotono» (Ewald). ¿Qué pasa cuando la bajamar deja a la vista un arrecife? Nadie osará afirmar que el arrecife sea la causa de la bajamar; a la inversa, es la bajada de la marea la que lo pone al descubierto. Pero ¿no sucede lo mismo con el abismo que se abre entre el ser y el deber ser? ¿No es también esa bajamar vital, esa depresión endógena, la que lo hace visible, la que lo pone al descubierto? Así pues, puede afirmarse que, del mismo modo que la bajamar no es causada por el arrecife que emerge, tampoco una psicosis es causada por los traumas, complejos y conflictos psíquicos que son imputados y citados frecuentemente como responsables de la patogénesis.

Ahora bien, un bajón o una quiebra vital no generaría por sí solo ni más ni menos que un sentimiento de vaga insuficiencia. Pero el hecho de que el afectado por esa enfermedad se repliegue como un animal herido de muerte y que viva su insuficiencia como culpa, sea frente a su conciencia o frente a su Dios, no depende ya del *morbus* de la depresión endógena, sino que constituye la aportación de la persona a la enfermedad; surge y responde de un enfrentamiento entre lo humano en el enfermo y lo enfermo en el ser humano. Va mucho más allá de la mera quiebra vital, más allá de una psicوماتosis. Se trata más bien de un añadido propio de la persona, algo personal y, como tal, transmórbido.

De la somatogénesis fundamental —aunque solo primaria— de los estados depresivos endógenos se deduce que su psicoterapia no puede ser de índole causal. Así como la psicoterapia en las depresiones endógenas no pretende ser una terapia causal ni podría serlo, sí está justificado llevar a cabo una terapia activa, aunque no sea causal. Se recomienda, por tanto, realizar una terapia somatopsíquica simultáneamente.

Teniendo en cuenta la somatogénesis primaria de las depresiones endógenas es evidente que la psicoterapia solo está indicada en los casos leves, lo que no significa que la psicoterapia deba limitarse a un tratamiento ambulatorio. En una palabra, la indicación de una psicoterapia y la indicación de hospitalización no deben entenderse como mutuamente excluyentes. La indicación para una hospitalización puede ser: a) para realizar un tratamiento, y b) por causas relativas a la propia enfermedad.

a) Tanto el tratamiento clásico por *electroshock* como también los métodos farmacológicos —en el caso en que se administren dosis elevadas— suelen requerir hospitalización, si se ha de trabajar *lege artis*. Es sabido que en estos casos no debería renunciarse a una psicoterapia paralela.

b) Respecto a la enfermedad en sí misma, los motivos que justificarían un internamiento son: 1) porque los estados depresivos endógenos van acompañados de una tendencia muy característica a la autoacusación; y 2) porque provocan una también característica tendencia al suicidio.

Ad 1) El sentido de la hospitalización en casos semejantes estriba en que, de esa forma, se aleja al paciente de un entorno que le impone una serie de obligaciones, ya sean de índole familiar o profesional. Se trata de obligaciones que generan una incesante confrontación del paciente con lo que denominamos tríada del fracaso. En efecto, se trata de tres insuficiencias que implican mucho sufrimiento para el paciente: su incapacidad de trabajar, su incapacidad de disfrutar, y, en el caso de la denominada *melancholia anæsthetica*, su incapacidad de sufrir. Su incapacidad de trabajar se convierte en el contenido y el objeto de los reproches que se hace a sí mismo, pero que también escucha de su entorno y que no hacen más que llevar más agua al molino de sus autoacusaciones. El mismo efecto tienen los reproches que afirman que el paciente debería dominarse un poco. Tales reproches pueden llegar a producir un indeseado efecto paradójico si el enfermo se esfuerza y hace un intento que fracasa, lo que se interpreta como insuficiencia personal y aumenta su carga de culpa subjetiva. Algo semejante sucede también con la bienintencionada recomendación de distraerse, que ignora no la incapacidad de trabajar, sino la de disfrutar.

Ad 2) Con relación al peligro al que está expuesto el paciente por la tendencia al suicidio, no solo está indicada una hospitalización, sino especialmente un internamiento. En depresiones endógenas graves, en especial en el rapto de angustia, el peligro de suicidio es especialmente grande porque en la depresión endógena no están afectadas las capacidades intelectuales; al contrario, pueden llegar a tal refinamiento que haga posible que el enfermo se intente suicidar incluso a pesar de estar bajo una vigilancia adecuada.

Es sabido que al mejorar inicialmente una depresión endógena, en el momento en que disminuye la inhibición psicomotriz aumenta el peligro de suicidio, lo que habla, en general, en contra del alta médica temprana. A ello se agrega que, como es sabido, los pacientes con depresión endógena tienen una marcada tendencia a la disimulación u ocultación de síntomas. Para juzgar si el grado de peligro de suicidio hace aconsejable y oportuna el alta del paciente, o bien, por el contrario, su internamiento en un régimen cerrado, he desarrollado un método estándar que ha venido demostrando su eficacia. Este método nos permite hacer un diagnóstico de la existencia o persistencia del peligro de suicidio y también diagnosticar si existe disimulación de la tendencia al suicidio. Planteamos al enfermo en primer lugar la pregunta de si abriga (todavía) intenciones de suicidio: en cualquier caso —tanto si dice la verdad como si está disimulando sus intenciones suicidas—, el enfermo dará una respuesta negativa; a continuación, le planteamos una segunda pregunta, aunque suene brutal: por qué (ya) no quiere suicidarse. Entonces, por regla general, quien realmente no tiene intenciones de suicidarse da inmediatamente una serie de razones y argumentos contrarios, todos los cuales demuestran que quiere dejar de vivir: dirá que considera que su enfermedad es curable, que tiene que tomar en consideración a su familia o pensar en sus obligaciones profesionales, que se siente demasiado vinculado a su religión como para suicidarse, etc.; mientras que quien solo ha disimulado sus intenciones de suicidio, ante nuestra segunda pregunta se verá desenmascarado, puesto que no nos podrá dar una respuesta y reaccionará con una perplejidad característica por el simple hecho de que, realmente, no cuenta con argumentos en contra del suicidio. Por eso mismo, no está en condiciones de proporcionarnos ningún motivo por el cual rechace un intento de suicidio en el futuro. En el caso de un paciente ya internado, comenzará, típicamente, a pedir insistentemente que se le dé el alta o bien a insistir en que no tiene intenciones suicidas que impidan el alta. Debemos señalar que, al hacer la exploración, se trata de verificar que no hay intenciones de suicidio (sean disimuladas o manifiestas), y no meras ideaciones suicidas, pues, a diferencia de lo que sucede con las ideas suicidas, las intenciones de suicidio implican un posicionamiento del paciente

frente a estas ideaciones. Las meras ideaciones suicidas previas a un posicionamiento respecto a ellas tienen en realidad poca importancia. Lo que sí importa es la respuesta del paciente a la pregunta sobre las consecuencias que extrae de las ideas suicidas que tiene: si se identifica con ellas o si, por el contrario, se distancia de ellas.

Que un distanciamiento semejante —como modo y posibilidad de una toma de posición personal frente al fenómeno patológico orgánico— es, por lo menos, posible en el sentido de un *facultativum*, y que incluso puede llegar a ser un hecho real si es actualizado terapéuticamente, es un dato clínico empírico que, lamentablemente, corre el peligro de ser olvidado. Nosotros mismos intentamos impedir el paso de las ideas suicidas a las intenciones suicidas contraponiendo las dos tendencias que hemos mencionado en el contexto de las depresiones endógenas: la tendencia a formularse autoacusaciones y la tendencia al suicidio. En los casos que lo requieren, dejamos caer en nuestra conversación con los enfermos un comentario acerca del gran riesgo que corremos al tratarlos de forma ambulatoria, y les describimos gráficamente el gran cargo de conciencia que supondría para ellos si se dejaran llevar por un intento de suicidio: les describimos con detalle cómo el médico tratante o las enfermeras del servicio acabarían «encarcelados», etc. —y, al actuar así, ya habríamos entrado en el ámbito de la psicoterapia en depresiones endógenas propiamente dicha—.

Como se ha dicho, nuestro proceder no pretende en modo alguno ser una terapia causal. Pero ello no significa que no se trate de una terapia específica y con objetivos definidos. Y puede serlo en la medida en que se dirige a la persona noética del paciente. La psicoterapia en depresiones endógenas tiene que centrarse en la toma de posición personal del enfermo ante su patología orgánica. En efecto, no se trata de influir psicoterapéuticamente en la enfermedad en sí misma; al contrario, donde tenemos que centrarnos es en el posicionamiento del enfermo hacia su enfermedad y en la posibilidad de modificar este posicionamiento: en una palabra, en un cambio de actitud del enfermo.

En el fondo, este cambio de actitud no es otra cosa que una profilaxis, la profilaxis de una depresión secundaria, posterior, adicional, que se superpone a la depresión primaria, inicial, originaria. En efecto,

muchas veces vemos que los enfermos no estarían tan desesperados, es decir que no tendrían que sufrir tanto por razones endógenas, si no estuviesen (psicógenamente) deprimidos a causa de la depresión (endógena).

Más aún, conocemos casos en los que los enfermos lloran por ser tan... llorones, pero no en el sentido de un nexo causal o en el sentido de causa y efecto, sino esencialmente en el sentido de fundamento y consecuencia. Estas personas —como sucede en casos aislados de llanto compulsivo o de incontinencia emocional en *arteriosclerosis cerebri*— perciben su condición de lloronas pero están tan horrorizadas por ello que, en lugar de tomar nota y aceptar sencillamente el hecho, reaccionan con más llanto todavía (ahora, ya psicógeno). Pero, mientras que el llanto primario correspondía a un acontecimiento necesario, de índole orgánica, el llanto secundario surge de una tristeza innecesaria.

Pasemos ahora a la cuestión estrictamente psicoterapéutica. En primer lugar, hay que prestar atención a que la psicoterapia que se intenta realizar no se convierta ella misma en un factor iatrógeno —cosa que puede suceder fácilmente en estos casos—. Como paradigma y ejemplo de esta acción pueden mencionarse, ciertamente, los comentarios acerca de la melancolía— entiéndase bien, de la depresión endógena, somatógena, no de la psicógena— como una enfermedad fundamentada literalmente en la culpa existencial. Una cosa es tomar en serio al enfermo, y otra, tomar la enfermedad al pie de la letra. Que el paciente con depresión endógena sienta culpa existencial u otras culpas es patognomónico, pero no patógeno; es algo que forma parte de la sintomatología de la depresión endógena, pero no de su etiología. Más aún, si el médico va más allá y, lejos de considerar la patogénesis en la culpa de la existencia, llega a culpar existencialmente al enfermo depresivo endógeno restregándole esta supuesta causa de la enfermedad, está llevando aún más agua al molino de la tendencia patológica del paciente a hacerse los más absurdos reproches, como es característico en casos de enfermedad depresiva endógena. Atengámonos a la siguiente analogía: si se me instala un midriático (que me dilatará la pupila) y, como consecuencia, me ciega la luz del día, la dilatación de la pupila no habrá sido

producida por la luz del día; si a consecuencia de una paresia del nervio facial se produce una hiperacusia y me molesta el ruido de la calle, la hiperacusia no ha sido producida por el ruido de la calle. No es diferente en el caso de la culpa existencial, que podrá acentuarse como consecuencia de la enfermedad depresiva endógena, pero que es inherente a toda existencia como tal: la culpa existencial no es la causa de la enfermedad depresiva endógena; la crudeza con que se manifiesta, lo absurdo de las autoacusaciones, el volumen de la voz de la conciencia, todo ello es siempre un efecto, concretamente, un efecto de la «hiperacusia de la conciencia».

También es completamente erróneo cualquier intento de instar al paciente a que se domine. Los argumentos y las apelaciones a la razón y a la sensatez no son eficaces en los casos graves de depresión endógena. No lograremos nada con contrargumentos: estos argumentos no levantarán el ánimo a nuestros enfermos, ya por el mero hecho de que toda enfermedad del estado de ánimo carece de razones en el sentido de motivos. Justamente, la depresión endógena empieza cuando se acaban todas las razones, cuando ya no hay motivo alguno, interno ni externo, que haga comprensible la tristeza del paciente. Por supuesto, puede ser que la fase depresiva endógena se vea desencadenada por factores de orden psíquico, pero un factor desencadenante no supone una causa real.

Intentar un tratamiento terapéutico según el modelo de la psicología individual está contraindicado porque la posible insinuación —según la interpretación que hace esta escuela de la melancolía— de que el paciente pretende tiranizar a sus familiares con su depresión puede provocar fácilmente un intento de suicidio. Algo semejante sucede con un defecto psicoterapéutico análogo en otro conjunto de enfermedades psicóticas, en la esquizofrenia, ya que, si se diagnostica erróneamente como neurosis y se trata con hipnosis, pueden provocar floridos delirios de influencia y de hipnosis. La dirección hacia la que tiene que dirigirse una psicoterapia de las depresiones endógenas es, más bien, la siguiente:

Hemos de lograr que el paciente no intente «dominarse», sino, por el contrario, que soporte con serenidad la depresión, que la asuma como endógena, en una palabra, que la objete y, de ese modo, se

distancie de ella en la medida de lo posible —distanciamiento que es posible en casos leves o hasta de mediana gravedad—. Ahora bien, que, en igualdad de condiciones, una persona se distancie de su depresión endógena mientras que otra se deje caer en ella no depende de la depresión endógena, sino de la persona noética. En efecto, desde un principio la persona noética ha entrado en juego, ha intervenido activamente en la configuración del fenómeno patológico, pues ese fenómeno le ocurre a una persona: un animal se dejaría caer necesariamente en la afectividad patológica, se dejaría llevar necesariamente por la impulsividad enfermiza; solo el ser humano puede —y debe— enfrentarse a todo ello.

Entre otras cosas es preciso señalar al enfermo, de forma persuasiva y enfática, que está realmente enfermo. De esa manera estaremos contrarrestando también su tendencia a la autoacusación, pues tiene la tendencia natural a considerar que su estado no es patológico sino «simplemente histérico» o a afirmar, condenándose moralmente, que «simplemente se descuida, se deja llevar». Y ahora exigimos al paciente ante todo que ni él (ni por supuesto su entorno) se exija nada: como verdadero enfermo que es, queda exento de cualquier obligación. Y, para enfatizar esta idea, ya estaría indicado el ingreso hospitalario (aunque sea en régimen abierto), pues será la mejor manera de demostrar que lo consideramos verdaderamente enfermo. Le aclaramos, eso sí, que no es un enfermo mental en sentido estricto, sino un enfermo de lo anímico, con lo cual ya invalidamos posibles temores psicotofóbicos. Añadimos que su enfermedad anímica constituye una excepción, puesto que nos permite hacer un pronóstico excepcionalmente favorable. En efecto —le explicamos—, ni siquiera en una enfermedad tan banal como una simple angina podemos predecir con certeza absoluta que realmente se curará con total seguridad sin la más mínima complicación y sin secuelas (a fin de cuentas, sería posible que el paciente sufriera una poliartritis o una endocarditis a consecuencia de la angina). En cambio, su enfermedad, le decimos, es la única en la que podemos prever con absoluta certeza una curación incluso espontánea. Y tampoco será él el primer caso de la historia de la medicina que rompa esta constante. Esta es la verdad y no depende de nosotros que sea «casualmente» tranquilizadora para

él. Solemos decirle al paciente, literalmente: podemos asegurarle que saldrá de la enfermedad, o, por lo menos, de este episodio, como la persona que era cuando estaba sano. Hasta el día de esa curación, el tratamiento no hace más que mitigar su estado y aliviar y suavizar algunas molestias especialmente desagradables. Por lo demás, el episodio en cuestión se irá atenuando y curando, y —enfaticamos expresamente— en principio también sin tratamiento, o sea, por sí solo, pues no somos nosotros, le decimos, los que lo curaremos, sino que él mismo se curará por sí solo, y llegará a estar por lo menos tan sano como estaba antes: ni mejor ni peor. (Con la observación de que el enfermo saldrá de la enfermedad como el mismo que era, es decir, no «mejor» de lo que estaba, intentamos transmitirle la seriedad de nuestro pronóstico.) Y ahora hay que recordar al enfermo que ya le habíamos dicho «sin ambages» que aparecerían algunos síntomas más (por eso es recomendable, en la exploración, después de asegurarnos el diagnóstico a partir de los primeros síntomas, anticiparse y decirle «sin ambages» los demás síntomas).

Para terminar, no dejaremos de insistir en que se curará de todos modos, a pesar de su escepticismo —tan sintomático—, aunque no lo crea ni ponga nada de su parte. Pues, desde un principio, el paciente melancólico no creerá, no podrá creer en este pronóstico tan favorable, puesto que entre los síntomas de la depresión endógena están este escepticismo y, además, el pesimismo. Aunque no se considere realmente enfermo, sino —en coherencia con sus autoacusaciones patológicas— solo como depravado, o bien como enfermo pero enfermo incurable, acabará por aferrarse a las palabras de su médico y a la esperanza que le transmiten. Nosotros, sin embargo, tenemos que procurar psicoterapéuticamente que el paciente, más allá del intenso sentimiento de estar enfermo asociado a la depresión endógena, logre también el mayor grado posible de comprensión de la enfermedad. Sabemos, en efecto, que el depresivo endógeno no es capaz de reconocer valores o sentido ni en sí mismo ni en los demás, en el mundo. Con mayor razón tenemos que insistirle una y otra vez que su ceguera para los valores, su incapacidad de encontrar en sí mismo un valor y en la vida un sentido, forma parte de la enfermedad anímica que padece; aún más, el hecho de que tenga dudas no hace más que

demostrar que sufre una depresión endógena y que está justificado el pronóstico favorable.

Hay que exhortar al paciente a que deje de emitir juicios sobre el valor o la falta de valor, sobre el sentido o sinsentido de su existencia desde su estado de tristeza, angustia y hastío vital, pues tales juicios estarán siempre dictados desde su vivencia emocional enferma, y por eso tampoco los pensamientos (catatímicos) que derivan de ella pueden ser en modo alguno correctos. Así, el enfermo no debe siquiera comenzar a cavilar, ni menos aún entregarse a sus cavilaciones; al contrario, debe evitarlas en lo posible. Ciertamente se verá arrastrado en todos sus juicios de valor por el torrente de su desazón emocional, pero, por lo menos, debe mantener la «cabeza» fuera del torrente, es decir: por más afectada que esté su vida emocional por la enfermedad, tiene que aferrarse aún más a lo que le digamos los médicos sobre el diagnóstico y el pronóstico. Y lo que tenemos que decirle al enfermo es, en primer término, que en su estado actual no debe pretender ver el mundo de otra manera que de color gris, como a través de unas gafas oscuras; una y otra vez habrá que recalcarle que todo su escepticismo y sus dudas sobre lo acertado de nuestro diagnóstico y de nuestro pronóstico favorable son un síntoma de su enfermedad. Precisamente su desconfianza patológica, su escepticismo también ante sí mismo, su falta de confianza en sí mismo y en su futuro confirman nuestro diagnóstico y nuestro pronóstico.

Al mismo tiempo, tenemos que señalarle una y otra vez al paciente el hecho de que está enfermo y en qué sentido lo está. Más allá del intento de ampliar psicoterapéuticamente el sentimiento patognomónico de la enfermedad para lograr una genuina comprensión de ella, esto contribuirá a que el paciente tome conciencia y tenga presente lo libre y eximido que está de toda obligación. Por ese motivo, también en casos de depresión endógena leve abogamos habitualmente por limitar la actividad profesional a media jornada, pero sin interrumpirla totalmente, debido a que, como se ha demostrado reiteradamente, la actividad profesional representa a menudo la única posibilidad de distraer al paciente de sus cavilaciones. Solemos recomendar, por motivos evidentes, un trabajo por la tarde, e indicamos al paciente que, por la mañana, no solo no se dedique a ningún trabajo regular,

sino que, en lo posible, permanezca en la cama. Debido a la remisión espontánea por las tardes y a la exacerbación de la excitación ansiosa por las mañanas, características de la depresión endógena, el paciente reaccionaría a cualquier trabajo matutino con sentimientos aún más profundos de insuficiencia, mientras que, por la tarde, tenderá más fácilmente a ver en el trabajo lo que debe: una «tarea a la que aplicarse», que lo distraiga y que, por lo menos si obtiene buenos resultados, contribuya a mitigar sus sentimientos de insuficiencia profesional.

Tenemos que exigirle dos cosas al paciente: confianza en el médico y paciencia consigo mismo. Confianza significa confianza frente al pronóstico totalmente favorable que puede hacerle su médico: como debemos explicarle, ha de tener presente que probablemente él sea el único caso que conoce, mientras que los médicos conocemos y hemos podido acompañar en su evolución a miles y miles de casos de este tipo. ¿A quién ha de creer más, entonces —le preguntamos—: a sí mismo o al experto? Y en la medida en que, basándose en nuestro diagnóstico y nuestro pronóstico, vaya cobrando esperanza, los expertos podremos permitirnos no solo tener esperanza, sino estar convencidos de que nuestro pronóstico tan favorable ha sido acertado. Y paciencia significa paciencia en relación con el pronóstico favorable de su enfermedad, mientras espera su curación espontánea y mientras aguarda que la nube que oscurece su horizonte de valores pase de largo para permitirle ver de nuevo los valores y la plenitud de sentido del ser. De ese modo, llegará a estar en condiciones de dejar pasar su depresión endógena como una nube que, si bien puede oscurecer el sol, no puede hacerle olvidar que el sol existe a pesar de todo. Del mismo modo, el paciente depresivo endógeno tendrá que aferrarse a la idea de que su enfermedad anímica puede ciertamente oscurecer el sentido y los valores de la existencia, haciendo que no encuentre ni en el mundo ni en sí mismo nada por lo que valga la pena vivir su vida, pero que también esa ceguera que le impide ver los valores pasará y podrá experimentar un destello de lo que Richard Dehmel supo expresar con hermosas palabras: «Mira: con el dolor del tiempo juega la felicidad eterna». Somos conscientes, por decirlo sin rodeos, de lo banales que son en su mayoría los consejos y las indicaciones que podemos dar a nuestros pacientes depresivos endógenos para su camino, pero también

somos conscientes de que quien no tenga el coraje para decir estas banalidades se privará a sí mismo y a sus pacientes del éxito.

¿Significa todo esto que podremos curar aunque solo sea un único caso de depresión endógena por esta vía psicoterapéutica? De ningún modo. Somos más modestos al fijarnos los objetivos: nos contentamos con ayudar al paciente a aliviar, a sobrellevar su destino, y tampoco de forma duradera, sino, según la gravedad de la enfermedad, por un par de horas o días, pues se trata de conducir al enfermo a través de la fase de depresión endógena mediante una psicoterapia «de apoyo» mientras dure la enfermedad.

Con todo, este tipo de psicoterapia es uno de los tratamientos más agradecidos de la práctica de un psiquiatra y estos enfermos son de entre los más agradecidos que podemos encontrar en dicha práctica.

En el siguiente caso podremos valorar la importancia de lo que hemos denominado la «derreflexión».

(Caso 28) La enferma, de 43 años, había estado ya muchos años atrás en tratamiento neurológico hospitalario por «estómago irritable». (Como veremos, tenemos muchos motivos para interpretar esta neurosis de estómago como lo que es a menudo realmente, una fase depresiva endógena larvada que aparece bajo el cuadro de una neurosis orgánica.) Según relata la enferma, su madre sufría de estados depresivos. Ella misma tiene desde siempre tendencias depresivas, especialmente en el período premenstrual. (En este punto quisiéramos llamar la atención sobre el hecho de que las distimias de aparición únicamente premenstrual se han atribuido a acidosis y, consecuentemente, reaccionan de forma sorprendentemente favorable a los antiácidos, como hemos comprobado en nuestra experiencia. Como es sabido, hay un medicamento expresamente preparado para ello, el «Antacid» de Helfenberg.) Por cierto que durante la presente fase depresiva la menstruación ha sido intermitente, como corresponde al carácter endógeno de la depresión. Según refiere la enferma, lo que más la hace sufrir es el miedo al trabajo: teme constantemente cometer errores. Aunque consideremos endógena la depresión en su conjunto, hay que desactivar la reacción psicógena que se ha generado, interviniendo psicoterá-

péuticamente como en el caso de una neurosis. Así, preguntamos a la enferma qué pasaría si cometiera errores en el trabajo. Su respuesta fue: «Entonces, trabajaría cada vez peor».

De modo que, en lugar de confiar en que, con la práctica, los errores se harían cada vez menos frecuentes, la enferma comete el error secundario e innecesario de hipostasiar su posible comisión de errores y luchar tanto contra ella que, al final, afecta realmente su capacidad de concentración. Esta lucha no es solamente frustrante, sino que tiene también un efecto paradójico, pues acaba fijando aquello mismo contra lo que lucha de forma tan forzada. Consecuentemente, recurriremos también aquí al medio de la «intención paradójica»:

Tenemos que explicarle a la enferma que siempre será mejor cometer errores ocasionales que tener miedo. Pues la comisión de errores es algo que, tarde o temprano, se supera espontáneamente, mientras que el miedo no hará más que incrementar los errores. Hay un hecho análogo con el cual la paciente establece espontáneamente un paralelo: «Con el llanto me sucede algo semejante: no puedo dejar de llorar y es peor cuanto más quiero dejar de hacerlo». La paciente intenta a continuación hipostasiar el componente adicional neurótico de su depresión —precisamente del modo en que lo hacen los neuróticos—: «¿Será tal vez que en el fondo soy así? ¿Será mi infancia la culpable de que toda la vida tenga miedo? ¿Será todo consecuencia de mi orgullo herido? ¿No podría hacer milagros un psicoanálisis? ¿O a mi edad ya no puede haber perspectiva alguna de mejoría?».

En algún caso podría ser que estas preguntas se encontraran también en la base de la propia inseguridad de la depresión endógena, pero aquí se trata solamente de un comportamiento neurótico frente a una fase depresiva endógena. Consecuentemente, la psicoterapia tiene la tarea principal de actuar contra del fatalismo neurótico. Pero, una vez más, se desprende de ello la importancia de mantener separados los aspectos endógenos y los psicógenos, y también adaptar inmediatamente la psicoterapia, en un caso, para tener más en cuenta el

fenómeno patológico en su carácter de fatalidad, y, en otro, para poner el acento en la libertad del enfermo para posicionarse adecuadamente frente a este fenómeno.

El siguiente informe, que debemos a uno de nuestros estudiantes de California, mostrará los errores que puede cometer el médico durante el tratamiento de depresiones endógenas si no hace caso de las recomendaciones logoterapéuticas:

«Hace tres años comencé a sufrir una grave e inmotivada depresión. Tuve incluso que ser internado y, después, recibí tratamiento farmacológico. Una vez dado de alta, acudí a un terapeuta adleriano y seguí durante tres meses un tratamiento según la psicología individual. En ese tratamiento se atribuyó mi depresión a un complejo de inferioridad y se relacionó con mi deseo de tener una excusa que me exculpara por no haberme esforzado suficientemente en emular a mi padre. Esta interpretación era bastante interesante, pero no me ayudó. Tenía un sentimiento de vacío, me parecía que la vida carecía de sentido y por la mañana apenas podía reunir fuerzas para salir de la cama. Más tarde, de pronto todo volvió a ir bien. Me diplomé como asesor matrimonial y acudí a un terapeuta gestáltico para recibir tratamiento. Quería averiguar por qué había enfermado. El terapeuta, discípulo de Perls, me indicó que diera rienda suelta a mis sentimientos —de rabia, culpa y vergüenza— y, como corresponde a una terapia gestáltica, lloré a más no poder. Pero no sirvió de nada. Al contrario, con el tiempo, volvió la excitación nerviosa. Una vez más tuve que ser internado, y caí en manos de un terapeuta de la escuela bioenergética. Me dijo que todavía no había expresado suficientemente mis sentimientos, y que todavía estaban acumulados en mi interior. Comencé, como quería mi terapeuta, a aporrear cojines y a gritar todo lo que podía. El tratamiento duró cuatro meses. Pero la excitación nerviosa iba en aumento. Comencé a sufrir una angustia tremenda y a sentir una especie de despersonalización. Mi psiquiatra dijo, entonces, que ya había expresado suficientemente mis sentimientos. Que había llegado el momento de buscar trabajo y de asumir alguna obligación. Por entonces yo ya era una ruina, no podía dormir

ni comer, y sufría tormentos indescriptibles. Mis familiares me exigían que me dominara, pero, por más que lo intentaba, simplemente, no podía. Eso hizo que mi sentimiento de culpa aumentara aún más. Pensé en suicidarme. En mi desesperación acudí a otro psiquiatra. Y este consideró inapropiado confrontarme con una exigencia, pues mi estado no dependía de la fuerza de voluntad que pudiese o no reunir. Me recetó también ciertos medicamentos, y, después de unos pocos días, me sentí mejor. La mejoría se mantiene, y ahora he llegado a trabajar, en parte en la universidad, en parte en mi profesión, hasta veinte horas a la semana.

Cuando me inscribí a sus conferencias, no sabía lo que me esperaba. Pero cuando comenzó a tratar historias clínicas de depresiones endógenas, tuve claro lo que se había hecho mal en mi caso. Dice usted en su libro que, mientras esté deprimido, el paciente tiene que abstenerse de emitir juicios sobre el valor o la falta de valor y sobre el sentido o sinsentido de su vida. A mí me apremiaron a formular tales juicios. Dice usted en su libro que el paciente que sufre una depresión endógena tiene que ser informado de que estas depresiones siempre pasan. A mí nadie me dijo nada semejante. Al contrario, siempre se me insistió en que no mejoraría si no expresaba mis sentimientos o si no me obligaba a seguir un trabajo regular. Dice usted que el paciente no debe luchar contra su depresión. También en este punto se exigió de mí lo contrario. ¿Y qué sucedió? Como usted dice: me reproché aún más mi debilidad. Dice usted que, en depresiones endógenas, el médico no debe apelar a la fuerza de voluntad o al sentido de responsabilidad del paciente. A mí se me reprochó constantemente mi voluntad débil y mi falta de sentido de responsabilidad. Usted advierte en contra de la hiperreflexión. A mí se me dijo que tenía que observarme ininterrumpidamente y estar al acecho de todos mis pensamientos y aspiraciones. (I experienced a consciousness that was pure hell.)⁴⁰

Estoy convencido de que mis médicos y consejeros solo querían lo mejor para mí. Puedo entender que mis familiares y amigos no sepan cómo se han de tratar las depresiones endógenas. Más

40. «Experimenté una conciencia que era puro infierno.» (*N. del T.*)

difícil de entender es que los psicólogos y hasta psiquiatras que me trataron no lo supieran. Solo el último psiquiatra que me trató procedió como también usted hubiese procedido, y eso que no era un logoterapeuta.

No le deseo a nadie tener que padecer depresiones endógenas. Pero para mí tuvo sentido. Pues espero que, tarde o temprano, tendré la ocasión de ayudar a alguien que esté pasando por lo mismo a comprender que también él, en el plano humano, puede transformar ese padecimiento suyo en un logro supremo (that the endurance of his predicament is the ultimate achievement).»

Para concluir este apartado tenemos que hablar ciertamente también de los factores de riesgo en el equivalente contrario de las depresiones endógenas, es decir, en las fases maníacas. Aquí habría que señalar que los enfermos relativamente jóvenes están particularmente expuestos a dos peligros: al contagio de una sífilis y —en el caso de las mujeres— a un embarazo. Ante estos dos posibles peligros, en los casos de manía grave tendremos menos reparos en recurrir al internamiento que en casos de depresión endógena, máxime cuando el internamiento supone para el paciente maníaco un *shock* mucho menor que en el depresivo endógeno.

PSICOTERAPIA EN PSICOSIS DEL GRUPO DE LAS ESQUIZOFRENIAS⁴¹

El diagnóstico o diagnóstico diferencial de los cuadros psicóticos pertenecientes al grupo de las esquizofrenias es, en general, más difícil que el reconocimiento y la delimitación de los casos de enfermedad maníaco-depresiva. Por ello tenemos que empezar ocupándonos bre-

41. Para una revisión sistemática de la psicoterapia en «psicosis endógenas» y, en particular, de la psicología de la esquizofrenia, véase Viktor E. Frankl, *Theorie und Therapie der Neurosen*, Múnich, ⁵1983, pp. 50-64 (español: *Teoría y terapia de las neurosis*, trad. de C. Ruiz-Garrido, Barcelona, Herder, 1992, pp. 75-93), o bien *Ärztliche Seelsorge*, Viena, ¹⁰1982, pp. 209-216 (español: *Psicoanálisis y existencialismo*, México, FCE, 2010 [edición electrónica], pp. 183-190).

vemente de la técnica del diagnóstico psiquiátrico y, concretamente, en primer lugar de la técnica del examen psiquiátrico. Por supuesto, el médico no puede aplicar en la práctica la modalidad de examen y exploración de enfermos psicóticos que aprendió durante sus estudios de medicina. Por ejemplo, como es sabido, según el esquema propuesto, la primera pregunta se dirige a explorar la orientación del paciente: «¿Sabe usted dónde se encuentra? ¿Qué día es hoy?». El examen debería empezar de esta forma casual. Solo que se está olvidando de que, en la mayoría de las psicosis, esas preguntas están de más, pues, en general, corresponde plantearlas casi exclusivamente en casos de demencia y, especialmente, de demencia senil o presbiofrenia. Si planteamos a un paciente con una esquizofrenia incipiente, por ejemplo, una pregunta semejante, habremos perdido su confianza y la oportunidad de llegar a conclusiones diagnósticas mediante otras preguntas y respuestas. En efecto, el enfermo pensará o incluso nos dirá de inmediato: «¿Es que acaso me está tomando el pelo?».

Igualmente erróneo sería preguntar directamente a un paciente si se siente perseguido, pues la reacción sería: «¿De modo que también usted cree que sufro de manía persecutoria?»; o preguntarle simplemente si oye voces. Más bien se recomienda preguntar, por ejemplo: «¿Qué le dicen las voces?» (a no ser que podamos deducirlo ya observando los gestos del paciente, su manera de estar a la escucha). Por lo demás, preguntas de este tipo, es decir, preguntas que de alguna manera desarman la resistencia del paciente y su voluntad de disimular, son recomendables también en otros contextos, como por ejemplo cuando preguntamos directamente a una persona con disminución intelectual: «¿Cuántas veces repitió usted curso en la escuela?».

Si el enfermo responde a nuestras preguntas, con mayor razón tenemos que concederle tiempo para explayarse, es decir, para dar espontáneamente información más allá de la pregunta. Podemos animar a los enfermos psicóticos a hacerlo si, cuando hacen una pausa y se detienen en la explicación de sus manifestaciones espontáneas simplemente esperando en silencio, solo preguntamos, de vez en cuando: «¿y?».

La exploración puede acabar de forma especialmente vergonzante para el médico si, como sucede a menudo, uno cree oportuno realizar

pruebas de inteligencia que son del todo inútiles. Solo el profano sigue creyendo todavía que realizar esas anticuadas pruebas de inteligencia (que siguen apareciendo todavía en tono satírico en la literatura humorística) forma parte de las herramientas esenciales de la técnica de exploración psiquiátrica. Más aún, no tengo reparos en afirmar que el modo en que se realizan las pruebas de inteligencia permite extraer más conclusiones sobre la inteligencia del que las administra que sobre el sujeto de exploración. De entre las preguntas usuales de razonamiento y diferenciación solo podremos seleccionar algunas preguntas determinadas; las demás, y sobre todo las que habitualmente se plantean sobre conocimientos o formación escolar, hay que rechazarlas. Por supuesto, si a la pregunta por la diferencia que existe entre un niño y un enano recibimos por respuesta: «Un niño es eso, un niño, y un enanito, por Dios, un enanito trabaja en una mina», difícilmente tengamos todavía duda alguna acerca de la demencia de semejante respuesta.

Muchos pacientes revelan su demencia o su disminución mental antes de que realicemos una prueba expresa de inteligencia. Aquí habría que citar especialmente el comportamiento de ciertos enfermos de neurosífilis —que nos recuerdan la figura humorística del conde Bobby—. ⁴² A modo de ejemplo mencionamos solo un episodio: un día, la enfermera cita a un neurosifilítico para que el médico de la institución le examine. Va descalzo, pero lleva sus zapatillas en las manos. El médico le pregunta, entonces, por qué lleva las zapatillas en las manos, por qué no se las ha puesto. El enfermo responde, con franqueza: «¡... pero si no pesan!». Otra reacción típica tan característica de la neurosífilis que hace prescindible toda prueba de inteligencia: según el informe del médico oficial, un neurosifilítico arrojó gran parte de su dinero a la papelera. Al preguntarle por qué lo hizo, el enfermo responde (y préstese atención al orden en la respuesta, o sea, a la escala de valores): «Es que no necesito dinero. Ya lo tengo de todo: una mesa, un sillón, un perro y una mujer». Tampoco es necesario realizar pruebas detalladas para medir la capacidad de retención. Si ya hemos hecho que el paciente realice operaciones de cálculo mental, solo es preciso preguntarle por la primera tarea, y veremos de

42. Personaje humorístico vienés. (*N. del T.*)

inmediato cómo está su capacidad de retención. Pero, si alguna vez es preciso dar, por ejemplo, una fecha para comprobar la capacidad de recordarla, aconsejamos que sea la fecha de nacimiento del que realiza la exploración, pues ya ha sucedido que el médico, sobrecargado de trabajo, olvide una fecha elegida al azar... y el enfermo la recuerde.

También en casos de disminución intelectual que no corresponden a una demencia, la forma en que se exponen los contenidos de la anamnesis, en general, puede servirnos de indicador. Por ejemplo la respuesta que nos dio una paciente a la pregunta de si había tenido alguna vez relaciones sexuales: «Nunca, como mucho, cuando era niña»... O bien, la respuesta de otra paciente a la misma pregunta: «Nunca tengo relaciones sexuales, es decir, aparte de las ocasiones en que me violan (es que salgo poco de casa)», hablan ya por sí mismas de las carencias en la capacidad intelectual.

No puede afirmarse en absoluto que se pueda llegar a captar en lo esencial el núcleo de la personalidad mediante la aplicación de test. El mismo Villinger señaló con énfasis la poca certeza que caracteriza cualquier método a base de test y el peligro de interpretaciones arbitrarias. En su opinión, los test de inteligencia y de rendimiento entrañan menor peligro e incerteza. Pero la arbitrariedad de las interpretaciones aumenta en los test de aptitud, ineludibles en la orientación profesional, y es incalculable en los test de personalidad. Quien intente captar la personalidad por medio de test corre el peligro de caer en un pseudo rigor, en una científicidad ficticia —términos utilizados por Villinger—. Este autor advierte expresamente que no debe confiarse excesivamente en una precisión de laboratorio que, realmente, no es tal. Hasta aquí el punto de vista de Villinger.

También Kraemer ha señalado que una exploración hábil, o sea, un diálogo competente con el paciente, logra lo mismo que la aplicación, a menudo complicada, de métodos de test.

Pero no solo una prolongada observación psiquiátrica puede obtener los mismos resultados. En este sentido, Langen ha podido demostrar estadísticamente que el diagnóstico psiquiátrico final de enfermedades mentales después de una prolongada observación hospitalaria coincidía en un porcentaje de al menos el 80 % de los casos con la primera impresión que el médico había tenido en la primera

conversación con el paciente: en efecto, el 80 % en los casos de psicosis y el 100 % en las neurosis. He hablado de la impresión inicial producida por el paciente, pero debería decir, para ser exacto: por la personalidad única, irrepetible, inconfundible, propia de cada persona individual y, por tanto, de cada enfermo. Si uno quiere aproximarse a esa realidad personal, a lo absolutamente individual de cada persona por medio de test, es decir, si se quiere captar más que una mera tipología, si se quiere captar a una persona, nunca se individualizará lo suficiente. Más aún, en realidad, habría que inventar un test propio para cada persona y, me apresuro a añadir, para cada situación en la que se encuentra la persona. Nunca se puede improvisar demasiado. Veamos un ejemplo para ilustrarlo:

Un día se me encargó elaborar un informe psiquiátrico sobre las facultades de un adolescente que estaba preso. El joven se había justificado diciendo que un amigo le había inducido a cometer el acto criminal, prometiéndole que, después de hacerlo, le pagaría 1 000 chelines. El tribunal quería que el psiquiatra les confirmara si el joven era realmente tan crédulo y tan fácil de influenciar, pues su amigo había negado tener lo más mínimo que ver. Si el sujeto hubiese sido realmente tan crédulo, habría tenido que poder demostrarse un grado leve de deficiencia mental, pero los test no lo confirmaban. También podría pensarse que el joven no era ni mucho menos deficiente mental, sino, por el contrario, que era lo suficientemente astuto como para usar como coartada a su amigo. El juez quería saber si el joven era tan tonto como para creer que su amigo le iba a dar realmente 1 000 chelines, o tan astuto que pretendía hacernos creer que era tonto. Como se ha dicho, los test de inteligencia no lo resolvieron. En el último momento improvisé y le pregunté si podía darme 10 chelines, pues, si me los pagaba, podría hacer que el presidente del tribunal anulara de inmediato el proceso y él fuese excarcelado de inmediato. El joven accedió enseguida a la propuesta y luego fue difícil convencerle de que yo no lo había dicho en serio, y resultó por tanto muy crédulo. Pero la credulidad solo había podido objetivarse a través de un test improvisado, inventado ad hoc.

Es evidente que es propio de la época actual juzgar el alma humana —e incluso reconocer su existencia— solo en tanto pueda ser medida y pesada. Schiller dijo en una ocasión: «Cuando habla el alma, ¡ay!, ya no es el alma la que habla». Podríamos hacer una variación afirmando: si se administra un test al ser humano, lo que se capta ya no es la persona, y menos aún su esencia. Una psicología que concluye con las pruebas tipo test no hace más que proyectar al ser humano desde su dimensión propia a la dimensión de lo que puede medirse y pesarse. Al hacerlo, pierde de vista lo esencial, lo verdadero y propio en el hombre, el núcleo de su personalidad.

Pero, tal vez, lo verdadero y propio en el ser humano no pueda ser en absoluto aprehendido por vía puramente científica, ni menos aún por la vía puramente científico-natural y requiera otra aproximación. Tal vez pueda hacerse una analogía aplicable al ser humano a partir de lo que dijera en una ocasión el gran médico Paracelso: quien no conoce a Dios, lo ama demasiado poco. Tal vez, para poder aprehender la esencia del otro, se requiera la apertura interior que solo se da en la entrega amorosa al tú inconfundible. En efecto, amar no significa, en última instancia, más que poder decir «tú» al otro, captarlo en su condición única e irrepetible, y, también algo más: aceptarlo, afirmarlo en su valor y su valía. Es decir, poder decirle no solamente «tú», sino también «sí». Y de este modo se pone una vez más de manifiesto que no es correcto en absoluto afirmar que el amor nos hace ciegos. Por el contrario, el amor hace que veamos mejor, nos hace videntes; más aún, nos hace incluso visionarios, pues el valor que el amor permite ver e iluminarse en el otro no es todavía una realidad, sino una mera posibilidad; algo que no es todavía pero llegará a ser, algo que puede y debe llegar a ser. El amor tiene una función cognitiva, es decir, una función de conocimiento. Pero también la psicoterapia ha de ver los valores: la psicoterapia no puede ser nunca del todo imparcial, actuar al margen de los valores, sino, a lo sumo, puede ignorarlos, estar ciega para verlos.⁴³

43. Juego de palabras en alemán entre *Wertfrei* (imparcial; literalmente, libre de valores o de valoración) y *Wertblind* (ciego a los valores o a la valía). (*N. de la E.*)

Así, partiendo de los test y test de inteligencia, nuestras reflexiones han desembocado en la afirmación de que no nos acercaremos a la esencia de un ser humano, a todo aquello que se encuentra detrás de sus diversas funciones y trastornos funcionales, si en nuestros esfuerzos por entender al otro nos restringimos y atenemos solamente a lo racional y racionalizable. Si queremos tender un puente de persona a persona —un puente que sea también de conocimiento y comprensión—, las cabezas de puente deberían ser no las cabezas sino los corazones.

Antes hemos hablado de la demostración rigurosa y estadística de que los resultados de la observación psiquiátrica no hacen más que confirmar la primera impresión —y esto significa ciertamente una impresión intuitiva, desde una percepción emocional—. Del mismo modo, incluso dentro de la metodología del diagnóstico psiquiátrico, es válida mi convicción de que el sentimiento puede ser mucho más fino en su percepción que lo aguda y perspicaz que pueda ser la razón.

En lo tocante al grupo de las esquizofrenias, no debemos perder nunca de vista que la expresión *dementia præcox*, utilizada antiguamente, no solo es incoherente porque esta demencia no aparece en modo alguno de forma «precoz», sino sobre todo porque no se trata para nada de una demencia, es decir, de una verdadera disminución intelectual. Es difícil hacer entender, especialmente al lego, la importancia relativamente escasa de las funciones intelectuales en las enfermedades esquizofrénicas. Pero sería muy necesario hacerlo en numerosas ocasiones, especialmente cuando los familiares no quieren reconocer lo enfermos que están los pacientes internados, es decir, lo necesario que es su internamiento. Los familiares suelen objetar que los enfermos los vuelven a reconocer, o que se acuerdan de todo, etc.

Al tratar la cuestión del posible internamiento de un paciente, es importante valorar la posibilidad de un súbito cambio de un estado de inhibición a un estado de excitación. Mientras que, en las depresiones endógenas, esta pregunta tiene que ver principalmente con el peligro de suicidio, o sea, con un peligro para el mismo enfermo, en el caso de las esquizofrenias (paranoides) tiene que ver más bien con el peligro para los demás. Sobre todo hemos de pensar en el eminente peligro que entraña la presencia de alucinaciones imperativas. Estas

alucinaciones son de por sí extremadamente dolorosas y angustiantes para el paciente, y las alucinaciones de «voces que dan órdenes» representan un peligro público, pues es muy difícil para el enfermo sustraerse a su «mandato» y, a pesar de resistirse con todas sus fuerzas, acaba obedeciéndolas con demasiada frecuencia. Estos enfermos pueden verse arrastrados a cometer acciones que se contradicen clamorosamente con su personalidad (premórbida). Recordamos, en tal sentido, el caso de una paciente que fue dada de alta por un médico suplente (en período vacacional) que no la conocía lo suficiente. Estando ya en su casa y, al parecer, debido a una alucinación imperativa, la enferma atacó de forma súbita e imprevista a su nuera y la lanzó directamente por la ventana de una vivienda relativamente alta.

Si el médico trata a un enfermo que se encuentra en ese momento en estado de excitación y no está aún internado, habrá de reaccionar con presencia de ánimo, captando y comprendiendo rápidamente la situación —también la psicológica—. Ilustrémoslo con un ejemplo:

Un día, un paciente físicamente fuerte se disponía a lanzar al médico —que casualmente no podía contar en ese momento con ninguna ayuda— por la ventana abierta de su consulta. El médico logró evitar lo peor solamente gracias a un truco psicológico: apeló a la confianza que había tenido el paciente hacia él hasta ese momento y, se mostró enfadado porque el enfermo le pagara tan mal sus esfuerzos médicos. El efecto fue que el paciente cambió a un humor afable tan súbitamente como antes había asumido una actitud amenazante. No obstante, todavía había que internarlo. También esto fue posible, y de nuevo gracias a un truco: el médico había simulado querer llevarlo, según sus deseos, a un sanatorio (en régimen abierto). Como sabía que el enfermo era muy tacaño, le propuso llevarlo en taxi hasta la comisaría de policía más próxima y convencer allí al funcionario de que el paciente sufría una enfermedad aguda y que debía ser transportado al sanatorio necesariamente en ambulancia, de modo que el Estado tuviese que hacerse cargo de los costes de transporte. El enfermo aceptó la propuesta y, habiendo llegado a la comisaría, pudo ser trasladado sin dificultades desde allí a la clínica psiquiátrica.

Evidentemente, hay que contar con que, al recurrir a tales trucos, se pierde para siempre la confianza del enfermo, que más tarde será una condición indispensable para el trabajo psicoterapéutico. No obstante, a veces tendremos que asumir conscientemente las consecuencias y aceptar pagar este precio, concretamente cuando exista un peligro público o para el mismo enfermo. En tales casos no hemos de arrojarnos tampoco ante la necesidad de un internamiento, incluso sin trucos, aunque no debemos olvidar que, habitualmente, el enfermo abandona toda resistencia cuando se da cuenta de la inutilidad de resistirse y de oponerse a los policías o enfermeros.

Naturalmente, el requisito principal para comportarse correctamente en estas situaciones es la experiencia personal y la comprensión intuitiva. Ni una cosa ni la otra pueden enseñarse: solo pueden aprenderse en la práctica y a través de la práctica. Por ese motivo, también aquí, donde no se trata de una exposición sistemática, de libro de texto, hemos preferido limitarnos, para el trato con psicóticos, a referencias que se transmiten de la mejor manera en forma anecdótica. En tal sentido, lo que hemos intentado ofrecer es una breve psiquiatría *in more anecdotico* acomodada *ad usum practici*. No obstante, a continuación quisiéramos intentar exponer, recurriendo a un caso de delirio sensitivo de referencia, por qué vías debe transitar la psicoterapia propiamente dicha en enfermedades esquizofrénicas.

(Caso 29) El enfermo, de 22 años, es traído por su madre. Inmediatamente nos llaman la atención las contracciones del *corrugator* a modo de tic que podemos observar a menudo en el estadio inicial de la esquizofrenia (a diferencia de las análogas contracciones «en relámpago» que se presentan en dementes neurosifilíticos, este «fenómeno del *corrugator*», como nosotros lo denominamos [Frankl 1935, pp. 161 s.], no se da en el ámbito de inervación de la segunda y tercera rama del nervio facial, sino en el de la primera). El mismo paciente se queja de estados de excitación que lo asaltan, sobre todo en relación con la pareja de su madre. «El señor B. quiere hacerse siempre el doctor. Disimula, pero cada movimiento de la mano lo indica. Esto sucede ya desde hace dos años. Siempre hay que pensar en cinco o diez cosas...» Una

vez le preguntamos por qué nos dice algo tan alusivo, a lo que el paciente nos interrumpe: «Alusivo: sí, eso es, todo lo que dice y hace el señor B. es alusivo».

Recomendamos a nuestro paciente lo siguiente: tiene que aprender a ignorar todo lo que experimenta y que acaba de describirnos. Solo con nosotros debe explayarse acerca de sus molestias y, para ello, ha de visitarnos periódicamente. Si habla de ello con otras personas, probablemente pronto lo tomarían por loco.

De este modo alcanzamos el objetivo prioritario de la psicoterapia en casos de índole paranoide, un objetivo que puede perfilarse de la siguiente manera: 1) lograr una sólida relación de confianza con el médico y 2) educar conscientemente a disimular las ideas paranoicas frente a todas las demás personas. Si alcanzamos ese objetivo y lo logramos, estos enfermos pueden permanecer sin problemas fuera del hospital. Por supuesto, a condición de que no extraigan consecuencias de sus delirios, es decir, que tratemos de educarlos para que nunca se dejen llevar hasta el punto de actuar a partir de la sensación o el sentimiento de que esto o aquello tiene este o aquel significado o está relacionado con esto o aquello. (Para comprobar si está contraindicado intentar llevar a cabo una psicagogia en este sentido, o incluso si está indicado un internamiento inmediato, solemos preguntar al paciente, después de escuchar sus afirmaciones paranoicas: «¿Y qué planes tiene usted ahora, a partir de todo eso?».) Tenemos que ajustar toda la psicoterapia al objetivo de hacer del «*Persécuteur persécuté*» [«perseguidor perseguido»] (como tan acertadamente lo ha caracterizado la literatura psiquiátrica francesa clásica) una persona que se sienta perseguida sin extraer de ello consecuencia práctica alguna, o bien, en lo posible, una persona que, aun sintiéndose perseguida, se entrena para ignorar tal sentimiento.

ANEXO A LA PRIMERA EDICIÓN

PSICOTERAPIA, ARTE Y RELIGIÓN

En la medida en que la tarea del análisis existencial es llegar a captar la lucha del ser humano desde lo noético, cabe preguntarse en qué consiste esta lucha. Se plantea así la pregunta por el «sobre qué», el objeto de esta lucha en la que el neurótico necesita tanto nuestro apoyo. A continuación se mostrará cómo se presenta este «sobre qué» en la actividad del médico de almas. En el siguiente caso se trata de dos aspectos: la historia de la enfermedad y el tratamiento de un paciente que lucha por dos cosas, por su obra y por Dios. Sin embargo, lo que aquí nos parece notable es sobre todo el hecho de que, al comienzo del tratamiento psicoterapéutico, no se había manifestado ninguna problemática religiosa, que surgió espontáneamente en el curso de la psicoterapia. A nuestro modo de ver, esto constituye una evidencia más de la validez de nuestra constatación de que el médico no tiene la obligación, ni siquiera el derecho de inmiscuirse en el contenido de la cosmovisión del enfermo (porque cualquier intervención en estas cuestiones equivaldría a una imposición), y además, que en la persona religiosa, aunque esta religiosidad sea latente, una psicoterapia correctamente aplicada libera esta religiosidad, aunque el médico no se haya propuesto en absoluto lograr este efecto.

En este caso concreto se trata de una señora de mediana edad, pintora de profesión. Las molestias originarias por las que acudió al médico tenían que ver con una «falta de contacto con la vida»,

persistente desde hacía años. «Todo es, de alguna manera, una mentira», decía la paciente. «Necesito urgentemente a alguien que me ayude a salir del círculo vicioso», escribe en una descripción de sí misma. «Me estoy asfixiando en mi silencio. Cada vez hay más desorden y confusión en mi alma. Siempre llega un momento en que te das cuenta de que tu vida está vacía y sin contenido, que ya nada tiene sentido, que todo está en ruinas y no hay salida. Pero quiero inventarme un nuevo contenido para la vida.» Sin embargo, desde un punto de vista externo, nuestra paciente parece estar a la altura y ser capaz de enfrentar la vida, aunque ella misma percibe que todo su éxito social, artístico o erótico es demasiado externo. Ella misma dice: «Por el momento, solo puedo mantenerme en pie moviéndome a una velocidad de vértigo. Reuniones sociales, conciertos, hombres, libros, de todo... Si la sucesión de impresiones se ralentiza o, peor aún, se interrumpe, caigo de inmediato en un abismo de vacío y desesperación. El teatro no deja de ser una huida hacia una velocidad de vértigo. La pintura (lo único que me interesa) me produce un miedo tremendo —como toda vivencia algo profunda—. En cuanto deseo mucho una cosa, se frustra. Lo que amo lo destruyo, una y otra vez. Ahora ya no me atrevo a amar algo. En la próxima destrucción me ahorco de verdad».

En primer lugar, el tratamiento de la neurosis debe centrar su atención en el fatalismo, típicamente neurótico: en una entrevista sobre temas generales, se le aclara a la enferma que es libre frente al pasado y sus influencias y hasta qué punto llega esta libertad, y que no es solo una «libertad de» todas las antiguas inhibiciones y obstáculos, sino también una «libertad para» encontrar el contenido concreto y personal de su vida única e irrepetible, y su «estilo personal» concreto en todas sus creaciones artísticas.

De ese modo, sin embargo, este tratamiento psicoterapéutico de la neurosis ha quedado ya, de alguna manera, confrontado con la problemática de la concepción actual del arte. Y de aquí surge la necesidad de asumir una posición ante la problemática de las tendencias artísticas actuales al tratarse no solamente de puntos de vista psicológicos en general, sino también de otros específicos psicopatológicos. En efecto, el arte contemporáneo es colocado una y otra vez en relación con

manifestaciones simplemente psicopatológicas, cuando no con una patología de la cultura.

Ahora bien, en este contexto habría que recordar sobre todo una cosa que, según tengo entendido, hasta ahora se ha pasado siempre por alto: que todas las producciones artísticas —o supuestamente artísticas— de personas con enfermedades mentales, como las que por ejemplo se han expuesto en instituciones psiquiátricas, o hace años en el I Congreso Mundial de Psiquiatría en París, habían sido seleccionadas para la exposición seguramente desde el punto de vista de su carácter llamativo, estrafalario. Pero la mayoría de las producciones semejantes que he visto yo mismo durante años de actividad en clínicas psiquiátricas han sido, debo decir, sumamente banales. Sin duda, en el contenido, por ejemplo en la elección de temas, se revela una y otra vez la influencia del trastorno mental. Pero en cuanto a lo formal, al estilo, los psiquiatras solo conocemos, a lo sumo, un estilo característico en ciertas formas de epilepsia, concretamente la tendencia a la repetición de ornamentos estereotipados.

Por supuesto, hay algo que no debemos olvidar: la graduación como pintor académico no significa, lamentablemente, tener inmunidad alguna contra la enfermedad mental, por lo que un verdadero pintor, un verdadero artista, puede enfermar también alguna vez de psicosis. En el mejor de los casos, si tiene suerte en la desgracia, su talento artístico quedará intacto y mantendrá su producción artística. Pero en ese caso, si sucede, ocurre a pesar de la psicosis, no debido a la psicosis. Una enfermedad psíquica nunca es productiva en sí misma, lo patológico en sí mismo nunca es creativo en sí mismo. Solo puede ser creativa la mente del ser humano, su dimensión noética, nunca una enfermedad de la mente en su dimensión psíquica, la enfermedad mental. Sin embargo, en ocasiones la persona noética del ser humano puede demostrar su máxima capacidad creativa, especialmente en el enfrentamiento con este terrible destino denominado enfermedad mental.

Cada vez que esto sucede, no se debe caer en el error opuesto, es decir: así como a la enfermedad mental en sí misma no se le debe atribuir fuerza creativa alguna, tampoco se debe oponer la realidad de una enfermedad mental al valor artístico de una creación. El psi-

quiatra no debe juzgar nunca acerca del valor o no valor, o acerca de la verdad o no verdad. Que la cosmovisión de un Nietzsche sea verdadera o falsa no tiene nada que ver con su demencia; que los poemas de un Hölderlin sean o no hermosos no tiene nada que ver con su esquizofrenia. Yo mismo lo he formulado en una ocasión muy sencillamente, al decir: $2 \times 2 = 4$ aunque lo afirme un demente.¹

Cabe preguntarse ahora si el arte moderno tiene realmente algo en común con las producciones (con toda intención no digo «creaciones») de personas realmente dementes, y en qué puede consistir tal denominador común. A ello habría que responder que más de un enfermo mental puede encontrarse, en cierto sentido, en una situación similar al artista moderno: el enfermo se siente abrumado por la vivencia de «mundos nunca vividos», como tan bellamente lo expresara Storch en una ocasión; lucha por encontrar la expresión para lo extraño y lo terrible que le acontece, y en esa lucha no le alcanzan las palabras del lenguaje cotidiano, por lo que acuña palabras nuevas, y esas palabras de nueva creación, esos denominados neologismos, son para nosotros, los psiquiatras, un síntoma corriente de determinadas psicosis. Ahora bien, algo semejante le ocurre al artista moderno, que se encuentra frente a una gran problemática —¡ni más ni menos que la problemática de nuestro tiempo!— para la cual las formas tradicionales demuestran no ser suficientes. ¿Es, pues, de extrañar que recurra a formas nuevas? Así pues, el denominador común que hemos buscado se encuentra en la necesidad de expresión, en la crisis de expresión en la que se encuentran en igual medida ambos, tanto el enfermo mental como el artista contemporáneo.

Por supuesto, este punto en común no debe ir en menoscabo de los artistas: realmente, no es ninguna vergüenza, pues en primer lugar, en

1. Véase Frankl 1925, pp. 250-252: «En efecto, no es evidente de antemano que lo que no es “normal” sea también erróneo. Se puede afirmar que Schopenhauer contempló el mundo a través de unas gafas grises o afirmar que lo vio de forma correcta, mientras que eran las demás personas, las normales, quienes llevaban gafas color de rosa, o, dicho de otro modo, la melancolía de Schopenhauer no le confundió a él, sino que la voluntad de vivir de las personas sanas las tiene atrapadas en la ilusión de que la vida posee un valor absoluto».

todas las épocas ha habido una crisis de expresión semejante —cada tiempo ha tenido su «Modernidad»—. Y, en segundo lugar, desde la perspectiva de las ciencias humanas, esta crisis de expresión existe en cualquier lugar, es decir, en todo ámbito de la vida intelectual. ¿Acaso no se la encuentra en la filosofía moderna, e incluso en la psiquiatría moderna? Es bien conocido el estilo difícil y los muchos neologismos que se le reprochan, por ejemplo, a Martin Heidegger. Tiempo atrás me permití hacer el experimento de leer, en una clase, dos textos de tres frases cada uno, señalando que unas provenían de una obra de Heidegger, mientras que las otras las había anotado taquigráficamente ese mismo día en una sesión con una paciente esquizofrénica. Pedí, entonces, al auditorio que votara qué frases eran del libro del conocido filósofo, y cuáles provenían de la paciente con trastorno mental. Y puedo revelarles que la gran mayoría de mis oyentes consideró esquizofrénicas las palabras del gran filósofo, y viceversa —a fin de cuentas, se trata de las palabras de un filósofo del que Ludwig Binswanger dijo en una ocasión que, con una sola frase, Heidegger había relegado al reino de la historia bibliotecas enteras que habían escrito sobre el mismo tema—. Supongamos que realmente sea así: ¿no tenía que acuñar Heidegger nuevas palabras para poder realizar una obra semejante? Que no le bastaran los viejos conceptos, esas monedas gastadas, puede ser a lo sumo un argumento contra la idoneidad de nuestro lenguaje, pero en modo alguno hablaría en contra del filósofo y de su verbo propio y original.

Después de esta digresión sobre la necesidad de expresión del artista, preguntemos, para terminar, en qué medida se puede tomar en serio el arte moderno —aunque enfatizando que esa pregunta solo debe responderse aquí en la medida en que el psiquiatra pueda hacer una aportación al respecto—. Ahora bien, ¿qué significa, en este caso, «tomar en serio»? Significa tanto como reconocer que es auténtico. Y con relación a la cuestión de la autenticidad, el psiquiatra puede tener realmente algo que decir, algo que aportar. Lo que podemos decir es lo siguiente: es perfectamente posible que algún aspecto característico del estilo del arte contemporáneo haya sido creado originariamente por una personalidad artística con una cierta desviación psíquica. También es posible que precisamente aquellas personalidades y sus

creaciones se caracterizaran por una fuerza sugestiva que iba a tener el efecto de crear una tendencia, una moda. Y donde hay una moda, donde algo se pone de moda, tarde o temprano aparecen los que se aprovechan de la coyuntura, entre los que puede haber alguno que no tome en serio el arte, ni al público, ni a sí mismo, sino que piense: si el mundo esnob quiere ser engañado, pues que lo sea.

Admitimos que todo ello es posible. Pero para mí, como psiquiatra, lo que es real y está fundamentado es que entre los artistas modernos, y también entre los que han producido las creaciones más osadas, se encuentran a menudo algunos que merecen ser tomados en serio por ser auténticos. Quien alguna vez haya sido testigo de la lucha incesante y honesta de pacientes artísticamente productivos, de su lucha interior por la expresión genuina de su intención artística, tendrá que secundar mi afirmación. Quien haya sido testigo del modo en que un artista semejante solo admitía el esbozo número cien de su obra, o cómo su conciencia artística solo pudo aceptar la décima versión de su obra, se volverá más cauteloso en su juicio y más reticente a una condena precipitada. En efecto, habrá visto cómo incluso lo que puede parecer a primera vista la más flagrante arbitrariedad ha surgido de una necesidad interior, más elevada.

Aunque existiese uno solo de estos artistas, un único artista auténtico entre los modernos, ya valdría la pena tomarse el trabajo de aprender a distinguir entre lo auténtico y lo inauténtico, y no conformarse fácilmente con descalificar globalmente el arte moderno recurriendo incluso a la psiquiatría.

Cabe señalar aquí lo que dijo al respecto nuestra enferma en respuesta a una pregunta formulada sin prejuicios. Se le había preguntado sobre los principios o sobre el planteamiento de sus creaciones artísticas. ¿Cuál fue su respuesta? «Principios no tengo ninguno, o mejor dicho, tal vez, uno: la máxima honestidad.» Y después: «Pinto porque me urge hacerlo, porque tengo que pintar, porque, por momentos, estoy obsesionada». O, en otra ocasión: «Tampoco sé por qué y para qué pinto: solo sé que tengo que pintar; por eso lo hago.» Ante esta situación interna, ¿no estamos tentados a afirmar, en contra de la vieja tesis «el arte viene del saber-hacer», que el arte proviene del tener-que-hacer? Detrás de las citadas declaraciones de la paciente se esconde

nada menos que una coquetería con la «obsesión», con aquello que la urge y por lo que se siente forzada a trabajar. Ella misma dice: «Temo la obsesión». Pero sigue afirmando: «No hay un porqué ni un para qué. Solo sed, e inhibiciones». Hasta cierto punto percibe la «actividad» de su inconsciente, la creación que brota desde el inconsciente. Y afirma al respecto lo siguiente: «No sé nada, no sé otra cosa que lanzarme al trabajo, probar, desechar y volver a probar. No sé nada de la elección de los colores, por ejemplo, excepto que no está condicionada por el estado de ánimo momentáneo del pintor. La elección se produce en un nivel mucho más profundo». Y ahora vienen las quejas, que más tarde habrían de llevar al camino adecuado hacia la meta terapéutica: «A menudo sueño cuadros terminados que, en el sueño, me satisfacen mucho, pero que nunca puedo reproducir en la vigilia». ¿No era lógico comenzar por aquí? En una ocasión dijo la paciente, con pasión: «Quiero encontrar el cuadro al que pueda decir sí en cuerpo y alma. Tengo que escapar de cualquier rutina. Lo que tengo que dejar de hacer es precisamente copiarme todo el tiempo a mí misma. Pero tengo que hacer conscientes mis vivencias formales más íntimas». Así, un día formula espontáneamente la pregunta: «Quisiera saber si se puede ser creativo en cuanto a las formas en la hipnosis, si, por ejemplo, de ese modo puedo liberar mi vivencia formal más propia». Según afirma, lo que le importa es extraer impresiones del pasado. Su conciencia artística, su autocontrol, más aún, su desconfianza hacia sí misma como artista está tan agudizada que sigue preguntando directamente: «Quisiera saber en qué medida los surrealistas mienten. Sus dibujos supuestamente automáticos no se diferencian para nada de los conscientes. ¿Cuáles son los que copian a los otros?».

La enferma indicó que soñaba con composiciones de manchas de colores que no estaba en condiciones de reproducir en la vigilia. El contacto con lo onírico inconsciente que pedía se abordó empleando una forma más o menos modificada de los ejercicios de relajamiento espontáneo («entrenamiento autógeno») indicados por el método de J. H. Schultz. La enferma describe ahora lo que experimentó inmediatamente después: «Una extraña claridad. Una se percibe menos a sí misma, pero percibe con mucho más precisión todos los objetos. Una frescura y agudeza como si me hubiesen quitado un velo de los

ojos. Es algo totalmente nuevo. Ahora estoy acostada en el sofá. El sillón, la papelera, la sombra del escritorio, todo aparece con nitidez. Estoy dibujando...». Hasta aquí las anotaciones que fueron registradas posteriormente por la paciente.

Según relata la paciente, la noche siguiente soñó con colores y formas: «La mano derecha se agita en busca del lápiz», escribe; «tienes que dibujarlo, se me indica en mi interior. Me despierto un par de veces por ese motivo. Finalmente, hago la prueba, para tranquilizarme. Después, duermo muy plácidamente hasta las 9».

Conforme a los propósitos formulados en el sentido de Schultz o a modo de cumplimiento de órdenes poshipnóticas, la enferma comienza a pintar la tarde siguiente. Relata al respecto: «Esbozo para un paisaje... Tras media hora de pintura, tomo de pronto conciencia de que he trabajado automáticamente. Un nítido sentimiento de compulsión... Siento que estoy pintando algo totalmente distinto de lo que creía querer pintar. Sentimiento de impotencia. Me resisto a la compulsión, no quiero entregarme. La última fase: alternativamente, pintura automática, con un resto de crítica, y pintura consciente, que pasa de nuevo a ser pintura automática».

Dice a continuación: «Con los ojos cerrados, con el lápiz en la mano, espero imágenes. Un rectángulo rosa, una forma de media luna blanca, un óvalo violeta oscuro, y, súbitamente, la imagen recurrente de un perfil de mujer: un claroscuro intenso. Y pinto, semiconsciente. Veo manchas de colores claramente delimitadas, que después mi mano pinta. Creo que las veo sobre la tela, pero no estoy del todo segura. Tampoco puedo decir en qué momento he proyectado antes sobre la tela, pintando de forma consciente, las representaciones imaginadas. Pero hay una clara diferencia respecto de la pintura consciente. Hay visiones mucho más nítidas y, por momentos, el trabajo es compulsivo. Pero hoy no combato la compulsión. Estoy muy bien dispuesta, lo realizo todo, a veces miro el cuadro con ojos críticos, y me alegro de ello. Después de haber colocado el cuadro en un marco más pequeño, es decir, de haberlo recortado arriba y abajo, me siento de pronto totalmente libre, liviana y clara».

Al día siguiente: «¡El cuadro me gusta! Hay en él dos inicios de algo totalmente nuevo en la pintura. Primero, la composición, y, segundo,

el tratamiento de la imagen recurrente. Y he aquí que la composición de colores es la misma que había deseado para el primer cuadro, el “automático”, y que no había podido realizar. El cuadro de hoy es muy armónico». Después: «Un historiador del arte, especialista en pintura moderna, vio hoy el cuadro. Dijo: Este cuadro es equilibrado; es perfecto en la composición de los colores; es armónico; es diferente de como son sus cuadros en otras ocasiones».

Después viene una recaída. En las anotaciones de la paciente se encuentran los siguientes pasajes: «No puedo hacer nada: pinto tan mal como todos los demás; no sé qué hacer: ¿cómo puedo arrancarme del alma las imágenes personales? Ejercicio de relajación con el doctor F. La tensión cede de inmediato, muy pronto estoy flotando. Veo jirones de imágenes. Abandonarme totalmente a los colores que surgen, pintar... ¡Voy a pintar! Ya estoy pintando, ya huelo los colores, quiero ir a casa, trabajar, quiero levantarme y pintar, ¡quiero pintar ya! Voy a casa, más jirones de imágenes, comienzo a esbozar, no funciona: no se me ocurre nada. Los colores son refinados, pero no están bien situados en el espacio. Se hace de noche. Tengo que dejarlo; tengo que hacer cosas en la cocina. Pero, apenas estoy en la cocina, comienzo a ver. El rodillo junto al cuenco: una excitante relación entre curvas y rectas, un entrelazarse de las líneas que busco desde hace días. Pero ¿por qué no funciona? Probablemente, porque quiero». Al día siguiente: «Ahora he hecho los ejercicios regularmente por mi cuenta. Pero la pintura sigue siendo imposible. Estoy inhibida, vacía, fría». Pero, más tarde: «Como me aconsejó el doctor F., hoy vuelvo a hacer un ejercicio por mi cuenta: soy dos cuerpos; estoy separada de mi gravedad; la siento abajo y estoy suspendida un poco por debajo del techo... Mañana veré como ven los pintores, mañana tendré la vivencia de nuevas relaciones entre colores y formas, la inhibición habrá desaparecido». Después: «He dormido bien. Por la mañana he hecho ejercicios. El mismo propósito que ayer. De pronto: ¡imágenes!... Después, fresca y optimista. Por la mañana, llega una mala noticia de Estados Unidos. Y, de pronto, todo se derrumba. No tengo más sustento. Estoy sola. Todo carece de sentido. ¿Dónde aferrarme? Los amigos desaparecen. Y yo no puedo rezar. Acostarse y morir... Dios lo comprenderá; pero: no debo.

Es extraño que precisamente hoy, vea pictóricamente. Trabajo un poquito. Dibujo. Pero, una y otra vez, el derrumbe interior. Se hace insoportable... De alguna manera quiero continuar decentemente mi condición humana. Sumergirme simplemente en Dios, total y profundamente... Pero no resulta. También eso se ha acabado. Todo se ha perdido nuevamente. ¿Un ejercicio? Pero el cambio no resulta. No obstante me tranquilizo...». Así continúa la crisis. Al día siguiente: «Ejercicio. Por fin, después de media hora, un leve trance. Mi propósito dice: Todo carece de importancia; lo único importante es la pintura, y Dios. Podré rezar, podré pintar; estoy sola, con Dios y con la pintura... Por la mañana y por la tarde, los mismos ejercicios». Y, un día después: «Ejercicio. Entro muy rápidamente en trance. Un aire tibio, azul, me atraviesa, mi antebrazo derecho apoya su peso sobre el lecho... Propósito: las imágenes recurrentes que experimento volverán a ser libres; las imágenes recurrentes largamente olvidadas, de rara belleza. Las veo nuevamente: mis impresiones más propias. Y, esta vez, tan claramente que las puedo materializar. He pintado toda la tarde; estoy viendo pictóricamente. Se me ocurren muchas ideas, pero en tan rápida sucesión que no he podido anotarlas. Estoy muy optimista, alegremente excitada. Apenas he dormido». Y, al día siguiente: «Imágenes recurrentes que me surgen constantemente. Pero tengo que recibir visitas, correr al teléfono. Mucho ajeteo. Pero entre medio he pintado dos paisajes: ¡son mis mejores paisajes! Y los he hecho rapidísima, “espontáneamente”. Alegría delirante; tan pronto como cierro los ojos, una imagen recurrente sigue a otra; recuerdos e imágenes que surgen de cosas que acabo de ver. También composiciones de imágenes, armonías sofisticadas de colores. Todo sucede tan rápidamente que casi no puedo retenerlo. Por eso, antes de dormir, un ejercicio para tranquilizarme. También al día siguiente, las imágenes recurrentes se suceden continuamente. ¡Soy muy feliz! Gracia de Dios... La vida es maravillosa. La película de imágenes continúa. No obstante, duermo magníficamente. Por la mañana estoy siempre fresca, saludable, animada. Hoy he hecho ejercicios. De inmediato estoy flotando. Una suerte de transfiguración: soy luz... ¡Es hermoso no ser más que luz! Tan hermoso que, en el ejercicio de hoy, no me formulo ningún propósito. No sé cuánto ha durado. De

todos modos, después he trabajado mejor. El cuadro no ha quedado terminado, pero tengo tiempo. Estoy muy tranquila, muy feliz...».

Después de meses —en los que fue especialmente productiva en lo artístico y solo raras veces necesitó entrevistarse con el médico—, la paciente informa: «N. N. (un importante crítico de arte) ha visto los diez cuadros y ha señalado uno como el mejor de los que he pintado. Hablé de una visión muy personal y dijo: “Estos cuadros son pintura de verdad; mucho más fuertes y personales que sus cuadros de preguerra; tienen espacio —lo que los anteriores no tenían—; todo es totalmente independiente, muy auténtico y honesto; solo queda aquí y allá un resto naturalista”. Mientras que en los primeros meses de tratamiento hubo muchas veces lo que podría llamar explosiones —como si fuesen cuartos de hora automáticos— y no había un trabajo regular, ahora puedo trabajar regularmente; vuelvo a tener días de trabajo tan claros y fuertes como antes de la guerra, y ahora ya sin trance. En cualquier caso, trabajar es ya un logro que he alcanzado, y tranquila y sin cargo de conciencia puedo considerar el tratamiento concluido y exitoso. Justamente ahora que tengo dificultades externas tan grandes, veo la importancia del éxito de la terapia: no estoy desesperada, ni en rebelión, ni con miedo, ni tampoco reclamo cariño, a pesar de que estoy sola y sé que nadie me ayudará... Pero lo tomo realmente como una prueba y quiero hacer lo mejor de ello. Dios me está mirando, aunque decir algo así es, probablemente, más que soberbio. Me siento colmada de regalos: tan pronto como entendí, el tratamiento fue eliminando un obstáculo tras otro y las cosas se fueron liberando. El tratamiento me ha dado lo mejor que se puede dar a un ser humano».

A pesar de una autocrítica en grado casi patológico, la enferma está también contenta con sus últimos trabajos. Se siente de nuevo con plena capacidad de trabajar. Ocasionalmente hace por su cuenta «ejercicios de relajación». Al preguntarle por los propósitos que se formula en los ejercicios, responde: que todo se vuelva libre, que mis vivencias de color y de forma se hagan conscientes y que las pueda materializar.

Ahora, plenamente recuperada la capacidad de trabajo, se plantea la segunda problemática de esta existencia humana concreta, que hasta ese momento había permanecido latente. Había que llevar nuestro tra-

bajo de análisis existencial y psicoterapia más allá de lo logrado hasta ese momento. Mientras que hasta el momento la psicoterapia había servido, de alguna manera, como ayuda para un nacimiento artístico, a partir de entonces se convirtió en ayuda para un nacimiento en lo espiritual. Se trataba de clarificar ahora, desde el análisis existencial, la problemática religiosa que se había ido desarrollando con total espontaneidad o, en otras palabras, el esforzado enfrentamiento de nuestra paciente con su problema religioso. También se puede formular la situación de la psicoterapia en ese momento de la siguiente manera: del conocido imperativo *ora et labora* se había realizado la segunda parte; ahora había que realizar la primera.

En las anotaciones de la enferma que datan de ese momento se encuentra el siguiente pasaje: «Hoy, al amanecer, después de haber dormido profundamente, estoy de pronto completamente despierta. Mi primer pensamiento es: Dios me lanza con ímpetu para hacerme caer de rodillas. Reviví la pérdida de mi marido y me di cuenta plenamente de lo terrible que fue mi fracaso en aquella ocasión. Lo sabía —de alguna manera, sordamente—, pero solo ahora puedo arrepentirme. Hoy me ha despertado Dios. Por la mañana acudí a la iglesia de los minoritas... No quiero hablar de eso ahora. Solamente que, de pronto, me di cuenta: hace cuatro años (tras la noticia de la muerte de mi marido, que estaba en el frente), estuve también en la iglesia de los minoritas. En aquel entonces pedí fervientemente la muerte. ¡Hoy quiero vivir! Tengo tanto que reparar».

Muchas semanas después —podemos añadir aquí—, la paciente consignó lo siguiente en las anotaciones de su diario: «Me esfuerzo inútilmente por identificar la culpa oculta que siento sordamente desde hace años y que no logro encontrar. Pues en todo este largo tiempo me he prohibido la fe (crear, en especial en Dios, no es una virtud, sino una suerte, una gracia). ¿Qué es lo que hice? ¿Por qué me he castigado de este modo? Tengo que saberlo». La paciente creía, pues, que ella misma se había cerrado el camino hacia la fe. Siguiendo el consejo del médico, se propone hacer ejercicios cuyo propósito formula de la siguiente manera: esta noche soñaré cuál es mi culpa. Sin embargo, ella misma indica en su informe que no le dio resultado. No obstante, es llamativo que junto a esa indicación, en la

misma hoja, le pide al médico que interprete un viejo sueño —todavía de la época de la guerra— que «aún la inquieta mucho». Recordamos aquí la conocida e importante recomendación de Freud de valorar un recuerdo de infancia independientemente de si es un recuerdo real, o sea, el recuerdo de una realidad vivida, o solo la proyección hacia el pasado de una vivencia procedente del inconsciente, es decir, una especie de falseamiento delirante (o catatímico) del recuerdo. Tampoco en nuestro caso afecta en nada a la dignidad del análisis existencial el hecho de que el sueño no apareciera rápidamente y tal como se deseaba, en respuesta a la pregunta dirigida por la enferma a su inconsciente. Su importancia estriba precisamente en que, aunque sea un sueño de hace mucho tiempo, es presentado por primera vez al médico en este momento, en relación temporal con la mencionada pregunta. El sueño tiene el siguiente contenido: la paciente observa desde la ventana de un pasillo la puerta de su casa y de pronto ve a una mujer joven entrar por ella. Sabe inmediatamente que se trata de ella misma: «El yo 1 observa al yo 2», explica: «El yo 2 abre la puerta, entra en la sala grande, se dirige, después, a la izquierda —ahora, las paredes se hacen transparentes—, hacia la sala pequeña (que entonces era su estudio), hacia el rincón de la estufa. Allí yace un soldado alemán tendido sobre el heno. El yo 2 se inclina sobre él... y lo asesina. Me despierto». No vamos descaminados si vemos en ese sueño antiguo la respuesta anticipada a la pregunta planteada más tarde y consideramos que la enferma —citando tal sueño precisamente en ese momento— ha respondido la pregunta que había planteado al médico y, de ese modo, se ha respondido a sí misma.

Entre tanto prosigue la constante lucha por dar forma a su arte, y también el autocontrol y la autocrítica al respecto. Pero una y otra vez se abre camino la fuerza creadora liberada, de modo que la enferma, por lo menos en primer término, se ve «obligada» a trabajar con independencia de toda autocrítica. Así lo describe ella misma: «He terminado de pintar una naturaleza muerta. Será muy mala o muy buena: no lo sé. He comenzado a pintar sin reflexionar. Al final, he tenido que darme cuenta de que la idea es mía. Sigo haciendo como es debido los ejercicios según Schultz. Ya me salen bien, hasta la sensación de calidez. Pero sobre todo una cosa: ¡puedo rezar nue-

vamente! Ya desde hace semanas. A cada momento brota la oración —casi diría, en contra de mi propia voluntad—. A menudo casi no puedo regresar a la pintura».

A nuestro juicio, sus anotaciones al respecto atestiguan una auténtica lucha por la pureza de intención religiosa: «Una y otra vez, Dios es inalcanzable, incomprensible... Dios se condensa solo en la oración. Tengo que... crear a Dios una y otra vez. Al parecer, esto forma parte de la condición humana, pero, probablemente, también Dios lo ha hecho así. A menudo quisiera rezar mucho más que pintar. La pintura es mucho más difícil». Después: «Solo encuentro a Dios en la felicidad, pero entonces llego al éxtasis. Sigo sin estar dispuesta a sufrir. Pero cada día aprendo un poco a ofrecer a mi Isaac... Dios quiere algo de mí, no sé qué. Pero yo misma tengo que descubrirlo. A veces quisiera gritar de felicidad: ¡La vida es bella, bella, bella!».

Como sucede con su propia pintura, la enferma es muy escéptica también frente a su religiosidad: «Algunas cosas me resultan muy sospechosas. Por ejemplo, que siempre acudo a usted con estos problemas. A las mujeres les gusta adornarse con Dios. Sería lo mismo correr para ir a ver al sacerdote». O bien: «Me desconcierta el hecho de que encuentre a Dios justamente en este momento... ¡No quiero ser la esposa de Cristo! No quiero ningún trueque con Dios. Quiero a Dios sin erotismo y sin esperanza de obtener justicia». O, en otra ocasión: «No quiero amar a Dios porque N. N. no me quiera. Si mis oraciones son solo eso, prefiero abrir un prostíbulo. Para amar están los hombres. A Dios lo quiero... me falta la palabra para ello. Ya veo: debería haber aprendido cómo ser desdichada de forma correcta. Ya vuelvo a sufrir de forma equivocada; pero, probablemente, sin la gracia no puedo sufrir correctamente».

Después, al preguntarle por experiencias religiosas disuasorias en su infancia (para ayudarla a liberarse interiormente), dice que ha tenido una tibia educación católica. A los 14 o 15 años entró en una crisis religiosa. «¿Por qué tenía que ser pecaminosa la carne? Para mí era incomprensible. Después me convertí al protestantismo. Para mí fue sobre todo dar un puntapié a la autoridad, cosa que me produjo gran satisfacción. No sé cuándo recé por última vez; por primera vez recé en sueños, y en esa ocasión tuve por vez primera la vivencia

(digo intencionalmente “vivencia”) de una representación de Dios: infinitamente luminoso e incomprensible, para nada humano... No tiene ningún sentido pedirle algo a Dios. Lo único digno de Dios es amar a Dios por él mismo».

«Hace no mucho, en medio de la noche, recé por primera vez conscientemente. Fue de forma involuntaria, totalmente inesperada. Fue, seguramente, la primera oración real de mi vida. Una oración que es ya cumplimiento, y no mendigar algo.»

La enferma se dio cuenta por sí sola de que no se atrevía a creer. Entonces se le indicó que en un «ejercicio» se hiciera el siguiente propósito y que se dejara sentir su efecto: esta noche soñaré qué me ha hecho estar tan tensa. Y al día siguiente refiere el siguiente sueño: «Me esfuerzo desesperadamente por construir “el cuadro”; no lo estoy pintando, sino ¡viviendo!». La interpretación es clara: «el cuadro» significa toda su existencia, que, justamente, hay que construir. En el cuadro, es decir, en el lenguaje de imágenes del sueño, la vida misma se ha convertido en cuadro. Además: «Veo un coche que se marcha». A nuestra pregunta al respecto, la enferma responde que se trata de un coche de caballos y que, en su infancia, en su tierra natal, anduvo mucho en coches de caballos. «A la izquierda —continúa relatando— hay una forma extraña que quiero angustiosamente que sea una totalidad, pero que siempre vuelve a caer en pedazos. A la derecha veo una cuña que recorre el cuadro entero de arriba abajo.» Al preguntarle qué hubo en su vida que sintiera como una cuña que destruía toda su existencia, la enferma responde al instante: la muerte de mi marido. (Vemos cómo se cierra el círculo: el sentimiento de que toda su vida ha sido destruida señala en la misma dirección que el sentimiento de culpa que perturbaba su capacidad de creer.) Antes de interpretar el sueño con ayuda del médico, la enferma ya había tenido un sueño que podríamos llamar terapéutico (además del otro, de algún modo más diagnóstico), del que solo conservó en la memoria una cosa: sensación de felicidad, y una voz que decía: «Deja que duerma, deja que duerma ese antiguo sufrimiento».

Pero la crisis aún no está superada. Se hace necesario, entonces, un nuevo ejercicio ad hoc con el siguiente propósito: esta noche soñaré por qué rechazo el cristianismo. ¿Qué me ha llevado a apartarme de

él? Y: después me despertaré de inmediato para anotar el sueño. Y la enferma sueña: se encuentra en W., donde pasó su infancia. Espera un tren a Viena. (Se trata, pues, de la continuación, de la construcción de su propia y auténtica vida.) Allí vive el doctor K. N. y ella quiere hacerle una visita. (El doctor K. N. es un conocido psicoterapeuta, y la enferma tiene amistad con toda su familia. Por tanto: se ve necesitada de acudir a un psiquiatra en busca de ayuda.) No sabe dónde vive; pregunta a una mujer, que le dice: junto a la iglesia. Es decir, ella sabe, de alguna manera, que su curación psíquica se completará necesariamente en lo religioso. ¿Quién no recuerda aquí el «giro» —tanto en sentido lingüístico como en sentido literal— utilizado por Künkel: de la ciencia médica del alma (*Seelen-Heilkunde*) a una ciencia de la salvación del alma (*Seelenheil-Kunde*). En el sueño, nuestra paciente piensa para sus adentros: voy a encontrar de nuevo la iglesia. (O sea, es optimista; ya encontrará la iglesia —en el sueño, el edificio de la iglesia—: encontrará el camino de regreso a la Iglesia, a la fe...) Pero todo es diferente de como era antes—sigue soñando ella—. (Es el retorno a la fe para el adulto, que ha sido perseguido por todos los infiernos de la vida y de la duda, es decir, un regreso ni fácil ni sencillo.) ¿Qué calle tomar?, se pregunta ella en el sueño. (¿Cómo, por qué camino volverá a la fe?) Hace tiempo que ando sola... estoy dudando... (Naturalmente, en el sueño, las dudas se refieren al camino correcto que la lleva a la iglesia.) Entonces, me encuentro frente a una niña que me da información. En el sueño, la respuesta a la pregunta: dónde vive el doctor K. N., es nuevamente: ... junto a la iglesia, pero ha ido usted por el camino equivocado. Tiene que regresar. (Ella tiene que volver a encontrar la espontaneidad, la ingenuidad de aquella fe.) Y sigue soñando: ¡Tengo sed! Quisiera comprar un cántaro porque el mío está roto. (La paciente se había quejado reiteradas veces de que, desde la ausencia de su marido, no podía amar a nadie, pero, por otra parte, había echado en falta tener a alguien.) Entonces, en la continuación del sueño, ella desanda verdaderamente el camino. (Este camino representa el tratamiento del análisis existencial.) De pronto, hay álamos caídos atravesados en la calle. (Dificultades, recaídas durante el tratamiento.) Pero, después, el camino está nuevamente despejado, y a lo lejos está... ¡la iglesia! Una hermosa catedral, como la de Caen, blanca como la

leche... Se despierta. Al preguntarle sobre este detalle, la enferma refiere: en una ocasión hice un viaje en coche por Normandía; cuando llegamos a Caen, no pude ver la catedral en la oscuridad, aunque tenía muchas ganas de verla —la conocía bien por fotografías y me gustaba mucho—. La catedral, que ella no podía ver en la oscuridad, pero que, ahora, ve en el sueño, bien puede interpretarse como representación simbólico-onírica de la idea del *Deus absconditus* o de su transformación en *Deus revelatus*, tan intensamente experimentada por la enferma en el curso del tratamiento.

Y ahora otro sueño: «Mi rostro está vuelto hacia la luz. Detrás de mí se cierne un abismo hacia las tinieblas. Desde el abismo sopla un viento gélido. Pero no tengo miedo, pues pertenezco a Dios. Sentimiento de infinita felicidad, de humildad, de amor, de sentirme acogida y segura. Sufriré mucho. Pero Dios está conmigo. Una entrega religiosa como nunca antes la había vivido; un estar impregnada por Dios de forma segura y natural. En ese estado, las dudas son impensables. Estar en Dios... Una mujer me dice: está usted muy sucia; no es extraño, después de un viaje tan largo. Y yo digo: sí; y también he pasado por una operación. (Al parecer, el sueño designa con la operación aquella lesión de la vida entera de la que se habló anteriormente, y que, al final, tuvo un efecto saludable.) Estoy cansada. Y ahora tengo que ir a casa, a mi domicilio en Zúrich, para bañarme. (Véase más arriba el motivo por el que está sucia.) Siguen aventuras, obstáculos que son superados: sueño una novela entera. Pero, al final, llego a mi casa. Y, muy feliz, me instalo nuevamente». Así pues, este sueño, tenido pocas semanas después del citado antes, expresa la vivencia de estar de nuevo en casa y de llegar a estar nuevamente limpia.

En correspondencia con este último motivo onírico, pero sin ninguna dependencia consciente de él, dice nuestra paciente en sus anotaciones: «Tengo que hacer todo de nuevo, pues no sé ninguna oración más, he olvidado todos los ritos, no me puedo apoyar en ninguna Iglesia... Pero estoy redimida. El tratamiento me ha devuelto la pintura. Y: ¡puedo rezar de nuevo! Orar de forma cada vez más profunda y feliz. Es la gracia...».

Si antes hemos comentado la correspondencia entre los sueños anticipatorios y la vida que los realizaba, al final vemos cómo el

motivo del último sueño se realiza, finalmente, en la vigilia: la antes enferma lucha todavía por la pureza última de su vivencia: «¿No me estaré facilitando demasiado las cosas? ¿Me está permitido creer? Es que no soy para nada digna de haber encontrado un sentido». Pero, en la misma hoja de sus anotaciones se encuentra el siguiente pasaje: «El sentimiento de felicidad de aquel sueño del que hablé en una ocasión lo tengo ahora muy fuertemente en el estado de vigilia hace un par de días. Ahora ha sucedido... Descanso en Dios. Ahora, todo tiene realmente sentido».

De modo que el tratamiento —para expresarlo con las palabras de la paciente— «había extraído de ella todo aquello que podía extraerse». Y rápidamente la paciente había aprendido a encontrar y seguir autónomamente el camino. Esto se expresa también en los sueños, como por ejemplo el siguiente: «Es de noche. Entrego a un hombre un papel en el que está anotada mi dirección. Tengo que seguirlo, es lo que hemos acordado. Al principio voy sin aliento, pero, después, no me cuesta ningún esfuerzo seguirlo. Finalmente, el hombre desaparece. (Por supuesto, es la referencia a la finalización del tratamiento.) Primero tengo miedo, pero después me tranquilizo por completo y pienso: ¿Por qué me inquieto? Si sé la dirección. Puedo encontrar sola el camino a través de la oscuridad.

Pero la enferma está aún descontenta con sus progresos en este camino y, por eso, también consigo misma: «En los últimos meses, mi deseo más ferviente era entrar en un monasterio: no un monasterio real, sino estar totalmente sola, pintar, tomar las cosas como vienen; y ahora veo que es imposible, que no estoy en condiciones de hacerlo». «¿Por qué no puedo entregarme?», se queja, y ella misma responde a su pregunta, a su queja: «Tengo un gran anhelo y, al mismo tiempo, miedo de realizarlo». Sospecha incluso que su vivencia de Dios es inauténtica —o todavía no suficientemente auténtica—: «¿Cómo discernir entre lo verdadero y lo falso? ¿Es mi Dios un síntoma de la vejez? ¿Lo he inventado yo para no tener que buscarlo más? No dudo de la existencia de Dios, pero sí dudo de mi fe. Huyo de Dios hacia una relación de familiaridad con él».

«Y Dios está ahí. Lo sé. Está detrás de un muro delgado como el papel, que no puedo atravesar. Lo intento una y otra vez y me

esfuerzo, pero solo puedo hacerlo en sueños. Apenas despierto, se acabó.» Cita uno de sus sueños: «Restos de una iglesia gótica en la cumbre de una montaña. Pilares muy hermosos... Me dejo caer en el suelo de piedra, que se vuelve blando y cálido... rezo... todo se hunde... Los pilares hacia Dios permanecen en pie. Pienso: pronto estará Dios allí... Un desgarramiento doloroso, y me despierto».

Un día, la enferma se considera a sí misma como «curada, ¿o es histeria esta unión profunda y serena con Dios, la aceptación incondicional y, al mismo tiempo, la realización sobria y prudente de aquello que hay que hacer? No es mérito mío: no me creo nada, solo estoy muy asombrada y agradecida. No sé todavía qué es lo que realmente me ha pasado esta noche. Pero creo que ha sido algo muy hermoso. Está todavía presente, solo que todavía no puedo expresarlo».

Y los estados en cuestión se repiten. «Me invade de forma muy dolorosa. Creo que voy a morir. No tengo miedo, al contrario, sería tan dulce... Experiencias muy fuertes, inefablemente hermosas... Largas horas de ser luz, una suerte de disolución en Dios... unida con Dios. ... Ser una con todas las cosas y una con Dios. Todo lo que veo lo soy, lo que tomo lo soy... Vibrar con todas las líneas y colores... Contacto con las cosas... A través de mí fluye todo lo terreno hacia Dios; ahora soy un trozo de alambre conductor.» Algo le parece como «un trocito de Dios», «como si se hubiese hecho transparente»; habla de «présence» [presencia] y dice de sí: «j'ai touché» [he tocado], pero tiene «vergüenza de ser más clara». «Es el inicio de la locura... ¿Y si así fuese?... Si es locura, la quiero siempre... No importa: entonces, la verdad está justamente en la locura, y la prefiero a la salud.»

Entonces llega una crisis: «Estoy totalmente embotada y vacía». Después de muchas y grandes vivencias, experimenta el vacío de forma más dolorosa. En una ocasión interpreta la crisis como castigo autoinfligido, pues «no merezco esta dicha». Su vivencia es tan plena que su vida, su tiempo, parece haberse cumplido: «Cada vez con más fuerza tengo la sensación de que mi vida se ha acabado, de que no puedo seguir adelante, de que solo me falta morir. Todo me resulta aburrido, solo deseo una cosa»: que los éxtasis se repitan, «y todo lo demás me es indiferente. Me he vuelto adicta. Soy muy miserable y pequeña frente a la gracia, reflexiono día y noche cómo podría llegar

a ser digna de ella, pero, tal vez, se trata de un orgullo estúpido. Tengo mucho miedo al vacío, a pesar de que ahora sé que tengo que aceptar todo sin reservas ni condiciones, también el vacío».

Finalmente, la experiencia de plenitud y la vida activa salen victoriosas. «Esta es mi primera primavera en Dios. Hasta ahora era sorda y ciega»; ahora, «las cosas están penetradas por la luz de Dios» y nuestra paciente puede «percibir a Dios como si hubiese recibido un nuevo sentido añadido a los otros cinco: puedo percibir a Dios del mismo modo como puedo oír y ver. Para Dios solo faltaba el nombre. Pero el tratamiento me ha conducido a Dios. Ya no hay más abismo; el estar en Dios me sostiene, no puedo caer; la vida es de nuevo maravillosa, rica y llena de posibilidades. Todo es soportable y tiene sentido si se pone en relación con Dios. Creo saber qué debo hacer: por amor a Dios, poner en orden la vida cotidiana».

BIBLIOGRAFÍA

- Allers, R. (1926), *Beitrag zur Psychotherapie der Psychopathien. Religion und Seelenleiden* 1.
- Allport, G. W. (1955), *Becoming. Basic Considerations for a Psychology of Personality*, New Haven, Yale University Press.
- Allport, G. W. (1956), *The Individual and his Religion*, Nueva York, Macmillan.
- Arnold, M. B. (1954), «The Theory of Psychotherapy», en M. B. Arnold y J. A. Gasson (eds.), *The Human Person. An Approach to an Integral Theory of Personality*, Nueva York, Ronald Press.
- Arnold, O. H. (1955). — *Mitteilungen der Österreichischen Sanitätsverwaltung* 56.
- Baeyer, W. v. (1959a), «Über die Prinzipien der körperlichen Behandlung seelischer Störungen», *Der Nervenarzt* 30.
- Baeyer, W. v. (1959b), «Der Begriff der Begegnung in der Psychiatrie», en V. E. Frankl, V. E. v. Gebattel y J. H. Schultz (eds.) *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, Múnich, Urban & Schwarzenberg.
- Bänziger, H. (1947), «Persönliches und Archetypisches im Individuationsprozess», *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen* 6.
- Bertalanffy, L. v. (1952), *Problems of Life*, Nueva York, J. W. Wiley.
- Betz, K. (1951). — *Zeitschrift für Psychotherapie* 1.
- Bitter, W. (ed.) (1965), *Psychotherapie und religiöse Erfahrung*, Stuttgart, Klett.
- Boss, M. (1960), «Das Ich? die Motivation?», *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen* 19.

- Boss, M. (1961); «Daseinsanalytische Bemerkungen zu Freuds Vorstellung des „Unbewussten“», *Zeitschrift für psycho-somatische Medizin* 7.
- Brind, N. (1953). — *American Journal of Psychotherapy* 7.
- Bühler, C. (1953a). — *Lambda Theta Journal*, primavera.
- Bühler, C. (1953b). — *Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie* 1.
- Bühler, C. (1956), «Zur Psychologie des menschlichen Lebenslaufes», *Psychologische Rundschau* 8.
- Cargnello, D. (1953), «Frankl und die Logotherapie», *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria* 14.
- Caruso, I. A. (1952), *Psychoanalyse und Synthese der Existenz*, Friburgo de Brisgovia, Herder.
- Caruso, I. A. (1954), *Die Wiener personalistische Tiefenpsychologie als symbolische Teilerkenntnis der menschlichen Person*, Viena, s. e.
- Crumbaugh, J. C. (1972), «Changes in Frankl's Existential Vacuum as a Measure of Therapeutic Outcome», *Newsletter for Research in Psychology* 14.
- Crumbaugh, J. C. (1973), «Purpose in Life and Neuroticism in New Zealand Prisoners», *British Journal of social and clinical Psychology* 12.
- Crumbaugh, J. C. y L. T. Maholick (1972), «Eine experimentelle Untersuchung im Bereich der Existenzanalyse: Ein psychometrischer Ansatz zu Viktor Frankls Konzept der „noogenen Neurose“», en N. Petrilowitsch (ed.) *Die Sinnfrage in der Psychotherapie*, Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Daim, W. (1951), *Umwertung der Psychoanalyse*, Viena, Herold.
- Daim, W. (1954), *Tiefenpsychologie und Erlösung*, Viena, Herold.
- Dansart, B. (1974), *Development of a Scale to Measure Attitudinal Values as Defined by Viktor Frankl*, tesis doctoral, Northern Illinois University.
- Dienelt, K. (1955), *Erziehung zur Verantwortlichkeit. Die Existenzanalyse V. E. Frankls und ihre Bedeutung für die Erziehung*, Viena, Österreichischer Bundesverlag.
- Dilling, H.; H. Rosefeldt; G. Kockott y H. Heyse (1971), «Verhaltenstherapie bei Phobien, Zwangsneurosen, sexuellen Störungen und Süchten», *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 39.
- Dreikurs, R. (1932), *Das nervöse Symptom*, Viena, Moritz Perles.
- Dreikurs, R. (1960), «The Current Dilemma in Psychotherapy», *Journal of Existential Psychiatry* 1.

- Ernst, W. (1941). — *Wiener Klinische Wochenschrift* 54.
- Feinstein, P. (1972), *Alles über Sesame Street. Die Geschichte der revolutionären Fernsehreihe für Kinder*, München, Wilhelm Heyne.
- Foerster, F. W. (1952), *Sexualethik und Sexualpädagogik*, Recklinghausen, Paulus.
- Forstmeier, A. v. (1968), *The Will to Meaning as a Prerequisite for Self-Actualization*, tesis doctoral, California Western University.
- Frank, J. D.; L. H. Gliedmann; S. D. Imber; A. R. Stine y E. H. Nash (1959), «Reduction of Symptoms by Pharmacologically Inert Substances and by Short-Term Psychotherapy», *American Journal of Psychiatry* 115.
- Frankl, V. E. (1925), «Psychotherapie und Weltanschauung», *Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie*.
- Frankl, V. E. (1926), «Die Neurose als Ausdruck und Mittel», 3. Internationaler Kongress für Individualpsychologie, Düsseldorf.
- Frankl, V. E. (1935), «Ein häufiges Phänomen bei Schizophrenie», *Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie* 152.
- Frankl, V. E. (1938a), «Zur geistigen Problematik der Psychotherapie», *Zentralblatt für Psychotherapie* 10.
- Frankl, V. E. (1938b), «Zur Grundlegung einer Existenzanalyse», *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 10.
- Frankl, V. E. (1939a) «Zur medikamentösen Unterstützung der Psychotherapie bei Neurosen», *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 43.
- Frankl, V. E. (1939b), «Philosophie und Psychotherapie. Zur Grundlegung einer Existenzanalyse», *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 69.
- Frankl, V. E. (1946), *Ärztliche Seelsorge*, Viena, Franz Deuticke (español: *Psicoanálisis y existencialismo*, trad. de C. Silva y J. Mendoza, México, FCE, 2^a1978).
- Frankl, V. E. (1947), *Die Psychotherapie in der Praxis*, Viena, Franz Deuticke.
- Frankl, V. E. (ed.) (1949a), *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, München, Urban und Schwarzenberg.
- Frankl, V. E. (1949b), *Der unbedingte Mensch*, Viena, Franz Deuticke.
- Frankl, V. E. (1949c), «Über ein psychodynamisches Syndrom und seine Beziehungen zu Funktionsstörungen der Nebennierenrinde», *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 79.

- Frankl, V. E. (1949d), «Psychodynamie und Hypokortikose», *Wiener Klinische Wochenschrift* 61.
- Frankl, V. E. y H. Strotzka (1949), «Narkodiagnose», *Wiener Klinische Wochenschrift* 61.
- Frankl, V. E. (1951), «Über Psychotherapie», *Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde* 3.
- Frankl, V. E. (1952), «Antwort 78», en «Fragen und Antworten», *Wiener Medizinische Wochenschrift* 102.
- Frankl, V. E. (1955), *Pathologie des Zeitgeistes*, Viena, Deuticke.
- Frankl, V. E. (1956a), «Über somatogene Pseudoneurosen», *Wiener Klinische Wochenschrift* 68.
- Frankl, V. E. (1956b), «Psychische Symptome und neurotische Reaktionen bei Hyperthyreose», *Medizinische Klinik* 51.
- Frankl, V. E. (1959), *Das Menschenbild der Seelenheilkunde. Drei Vorlesungen zur Kritik des dynamischen Psychologismus*, Stuttgart, Hippokrates.
- Frankl, V. E. y L. Marksteiner (1959), *Monatskurse für die ärztliche Fortbildung* 9, p. 547.
- Frankl, V. E. (1960), «Paradoxial Intention: A Logotherapeutic Technique», *American Journal of Psychotherapy* 14.
- Frankl, V. E. (1965), «Logotherapie und Religion», en Bitter, W. (ed.) *Psychotherapie und religiöse Erfahrung*, Stuttgart, Mett.
- Frankl, V. E. (1972b), «The Feeling of Meaninglessness», *The American Journal of Psychoanalysis* 32.
- Frankl, V. E. (1972c), *Der Mensch auf der Suche nach Sinn*, Friburgo de Brisgovia, Herder (español: *El hombre en busca de sentido*, Barcelona, Herder, ^{1/3}2010).
- Frankl, V. E. (1972d), *Der Wille zum Sinn*, Berna, Hans Huber (español: *La voluntad de sentido. Conferencias escogidas sobre logoterapia*, Barcelona, Herder, ^{1/4}2008).
- Frankl, V. E. (1973), «Encounter», *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis* 1.
- Frankl, V. E. (1974), *Der unbewusste Gott*, Múnich, Kösel (español: *El Dios inconsciente*, Buenos Aires, Escuela, 1955).
- Frankl, V. E. (1975a), *Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*, Berna, Hans Huber (español: *El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*, Barcelona, Herder, ^{1/7}2009).

- Frankl, V. E. (1975b), *Theorie und Therapie der Neurosen*, München, Ernst Reinhardt (español: *Teoría y terapia de las neurosis. Iniciación a la logoterapia y al análisis existencial*, Barcelona, Herder, ^{1/3}2008).
- Frankl, V. E. (1982), *Der Wille zum Sinn*, Berna, Hans Huber (español: *La voluntad de sentido. Conferencias escogidas sobre logoterapia*, Barcelona, Herder, ^{1/4}2008).
- Freud, S. (1923), *Gesammelte Werke*.
- Freudenberg, R. K. (1950). — *Journal of Mental Science* 96.
- Frick, B. (1954). — *Rivista Sperimentale di Freniatria* 78.
- Gebattel, V. E. v. (1953), «Zur Sinnstruktur der ärztlichen Handlung», *Studium Generale* 6.
- Ginsberg, G. L.; W. A. Frosch y T. Shapiro (1972), «The new Impotence», *Archive of general Psychiatry* 26.
- Ginsburg, G. W. y J. L. Herma (1953), «Values and their relationship to psychiatric principles and practice», *American Journal of Psychotherapy* 7.
- Gluckmann, M. (1972), «Kein Ersatzkrieg», *Euro-med* 12.
- Goldstein, K. (1954). — *American Journal of Psychotherapy* 8.
- Häfner, H. (1954). — *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift, Neurologie ei*.
- Haley, J. (1963), *Strategies of Psychotherapy*, Nueva York, Grune & Stratton.
- Hattingberg, H. v. (1940), *Über die Liebe*, München, Lehmann.
- Henkel, D.; C. Schmook y R. Bastine (1972). — *Praxis der Psychotherapie* 77.
- Heyer, G. R. (1955), «Wege und Wandlungen der Seelenheilkunde», en E. Speer (ed.), *Die Vorträge der 5. Lindauer Psychotherapiewoche 1954*, Stuttgart, G. Thieme.
- Huber, J. (1968), *Through an Eastern Window*, Nueva York, Bantam Books.
- Jaspers, K. (1955), *Wesen und Kritik der Psychotherapie*, München, Piper.
- Johnson, P. E. (1968), «The Challenge of Logotherapy», *Journal of Religion and Health* 7.
- Kaczanowski, G. (1967), «Logotherapy: A New Psychotherapeutic Tool», *Psychosomatics* 8.
- Kelman, H. (1972), «How Does Psychoanalysis Fit into the Total Concept of Care?», *Psychiatric Spectator* 3.
- Klitzke, L. L. (1969), «Students in Emerging Africa - Logotherapy in Tanzania», *American Journal of Humanistic Psychology* 9.

- Kocourek, K. (1955), «Kombinierte medikamentöse und Logotherapie neurotischer Erkrankungen», *Ärztliche Praxis* 7.
- Kocourek, K.; E. Niebauer y P. Polak (1959), «Ergebnisse der klinischen Anwendung der Logotherapie», en V. E. Frankl, V. E. v. Gebattel y J. H. Schultz (eds.), *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, Múnich, Urban & Schwarzenberg.
- Kraemer, R. (1952). — *Zeitschrift für Psychotherapie* 2.
- Lazarus, A. A. (1971), *Behavior Therapy and Beyond*, Nueva York, McGraw-Hill.
- Lazarus, A. A. (ed.) (1972), *Clinical Behavior Therapy*, Nueva York, Brunner-Mazel.
- Lehembre, J. (1964), «L'intention paradoxale, procédé de psychothérapie», *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica* 64.
- Lersch, P. H. (1943), *Seele und Welt. Zur Frage der Eigenart des Seelischen*, Leipzig, J. A. Barth.
- Lukas, E. (1971), *Logotherapie als Persönlichkeitstheorie*, tesis doctoral, Viena.
- Lukas, E. (1982), «Zur Validierung der Logotherapie», en V. E. Frankl, *Der Wille zum Sinn*, Berna, Hans Huber (español: «Para validar la logoterapia», en *La voluntad de sentido. Conferencias escogidas sobre logoterapia*, Barcelona, Herder, ^{1/4}2008).
- Marks, I. M. (1969), *Fears and Phobias*, Nueva York, Academic Press.
- Marks, I. M. (1970), «The Origins of Phobic States», *American Journal of Psychotherapy* 24.
- Marks, I. M.; S. Rachman y R. Hodgson (1971), «The Treatment of Chronic Obsessive-Compulsive Neurosis», *Behaviour Research and Therapy* 9.
- Marks, I. M.; J. P. Watson y R. Gaid (1971), «Prolonged Exposure», *British Medical Journal* 1.
- Marks, I. M. (1974), «Treatment of Obsessive-Compulsive Disorders», en H. Strupp *et al.* (ed.), *Psychotherapy and Behavior Change*, Chicago, Aldine Publishing Company.
- Marmor, J. (1968), «The Current Status of Psychoanalysis in American Psychiatry», *American Journal of Psychiatry* 125.
- Medlicott, R. W. (1969), «The Management of Anxiety», *New Zealand Medical Journal* 70.
- Millar, T. P. (1969), Who's afraid of Sigmund Freud?, *British Journal of Psychiatry* 115.

- Müller, D. (1959). — *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 11.
- Müller-Settele (1960). — *Der praktische Arzt* 14.
- Nardini, J. E. (1952). — *The American Journal of Psychiatry* 109.
- Niebauer, E. (1955), «Klinische Kasuistik noogener Neurosen», *Österreichische Ärztesgesellschaft für Psychotherapie* 7.
- Petrilowitsch, N. (1964), «Über die Stellung der Logotherapie in der klinischen Psychotherapie», *Die medizinische Welt* 2790.
- Petrilowitsch, N. (1972), *Die Sinnfrage in der Psychotherapie*, Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Polak, P. (1949), *Frankls Existenzanalyse in ihrer Bedeutung für Anthropologie und Psychotherapie*, Innsbruck, Tyrolia.
- Polak, P. (1953), «Existenz und Liebe. Ein kritischer Beitrag zur ontologischen Grundlegung der medizinischen Anthropologie durch die "Daseinsanalyse" Binswangers und die "Existenzanalyse" Frankls», *Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie* 1.
- Pongratz, L. J. (1973), *Psychotherapie in Selbstdarstellungen*, Berna, Hans Huber.
- Raines, G. N. y J. H. Rohrer (1955). — *The American Journal of Psychiatry* 111.
- Rehder, H. (1953), *Konversion und Revision klinischer Neurosen*, Colonia, Ärzte Verlag.
- Riebeling, C. (1958). — *Ärztliche Mitteilungen* 43.
- Rogers, C. R. (1961), «Process Equation or Psychotherapy», *American Journal of Psychotherapy* 15.
- Rümke, H. C. (1947). — *Schweizer Archiv für Neurologie* 59.
- Sahakian, W. S. y B. J. Sahakian (1972), «Logotherapy as a Personality Theory», *Israel Annals of Psychiatry* 10.
- Schilder, P. (1951), *Psychiatry, Man and Society*, s. e.
- Schlan y Unna (1949). — *Journal of the American Medical Association* 140.
- Segers, J. (1951), «Arbeitstherapie», en V. E. Frankl, V. E. v. Gebattel y J. H. Schultz (eds.), *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*. München, Urban & Schwarzenberg.
- Shean, G. D. y F. Fechtman (1971), «Purpose in Life Scores of Student Marihuana Users», *Journal of Clinical Psychology* 27.

- Solyom, L.; J. Garza-Pérez; B. L. Ledwidge y C. Solyom (1972), «Paradoxical Intention in the Treatment of Obsessive Thoughts: A Pilot Study», *Comprehensive Psychiatry* 13.
- Sonnenmann, U. (1954), *Existence and Therapy*, Nueva York, Grune & Stratton.
- Soucek, W. (1948), «Die Existenzanalyse Frankls, die dritte Richtung der Wiener psychotherapeutischen Schule», *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 73.
- Speer, E. (ed.) (1955), *Die Vorträge der 5. Lindauer Psychotherapiewoche 1954*, Stuttgart, G. Thieme.
- Stefen, R. (1973), «Gewaltkriminalität durch Gewaltdarstellungen in Massenmedien?», *Medien & Sexual-Pädagogik* 1.
- Stenger, J. (1960). — *Medizinische Klinik* 55.
- Stewart, J. M. (1972), «Impotence at Oxford», *Psychology and Life Newsletter* 1.
- Strotzka, H. (1953). — *Acta Psychotherapeutica* 1.
- Strupp, H. et al. (ed.) (1974), *Psychotherapy and Behavior Change*, Chicago, Aldine Publishing Company.
- Trautmann, R. (1952). — *American Journal of Psychotherapy* 6.
- Uexküll, Th. v. (1952), *Klinische Wochenschrift* 30.
- Van der Pas, J. H. R. (1954). — *Gloria Dei* 9.
- Vander Veldt, J. H. y R. P. Odenwald (1952), *Psychiatry and Catholicism*, Nueva York, McGraw-Hill.
- Victor, R. G. y C. M. Krug (1967), «Paradoxical Intention in the Treatment of Compulsive Gambling», *American Journal of Psychotherapy* 21.
- Volhard, R. y D. Langen (1953). — *Zeitschrift für Psychotherapie* 3.
- Wanderer, Z. W. (1972), «Existencial depression treated by desensitization of phobias», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 3.
- Ward, J. A.; J. Fox y A. L. Evans (1978), «Suicide and the Canadian Indians», en V. Aalberg (ed.), *Proceedings of the 9th International Congress of the International Association for Suicide Prevention*, Helsinki, Finnish Association for Mental Health, pp. 389-401.
- Weitbrecht, H. J. (1955), *Kritik der Psychosomatik*, Stuttgart, G. Thieme.
- Weitbrecht, H. J. (1961), «Endogene phasische Psychosen», *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete* 29.

- Wertham, E. (1972), «Critique of the Report to the Surgeon General from The Committee on Television and Social Behavior», *American Journal of Psychotherapy* 26.
- Winkler, W. Th. (1955), «Psychotherapeutische Zielsetzungen», en E. Speer (ed.) *Die Vorträge der 5. Lindauer Psychotherapiewoche 1954*, Stuttgart, G. Thieme.
- Wittkower, E. D. y J. Naiman (1973), «Psychoanalyse in internationaler Sicht», *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 19.
- Wolff, W. (1954). — *American Journal of Psychotherapy* 8.
- Wortis, J. (1951). — *Journal of Psychiatry* 107.

OTROS LIBROS DE VIKTOR E. FRANKL

(Se puede acceder a una lista de todos los volúmenes escritos por Viktor E. Frankl, así como a una amplia bibliografía sobre logoterapia, en la página web del Instituto Viktor Frankl, www.viktorfrankl.org)

Sincronización en Birkenwald. Una conferencia metafísica, Barcelona, Herder, 2013.

Fundamentos y aplicaciones de la logoterapia [The Will to Meaning], Barcelona, Herder, 2013.

Psicoterapia y Humanismo. ¿Tiene un sentido la vida?, México-Madrid-Buenos Aires, FCE, 2010.

Psicoanálisis y existencialismo, México-Buenos Aires, FCE, 2010.

El hombre en busca del sentido último, Barcelona, Paidós, 2010.

La voluntad de sentido. Conferencias escogidas sobre logoterapia, Barcelona, Herder, 2008.

Frankl, Viktor E. y Pinchas Lapide, *Búsqueda de Dios y sentido de la vida. Diálogo entre un teólogo y un psicólogo*, Barcelona, Herder, 2008.

Teoría y terapia de las neurosis (Iniciación a la logoterapia y al análisis existencial), Barcelona, Herder, 2008.

Escritos de juventud 1923-1942, edición preparada por Gabriele Vesely-Frankl, Barcelona, Herder, 2007.

El hombre en busca de sentido, Barcelona, Herder, ¹⁰2014.

Psicoterapia y existencialismo. Escritos selectos sobre logoterapia, Barcelona, Herder, 2003.

- Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*, Barcelona, Herder, 2003.
- El hombre doliente. Fundamentos antropológicos de la psicoterapia*, Barcelona, Herder, 2003.
- Logoterapia y análisis existencial (Textos de cinco décadas)*, Barcelona, Herder, 2003.
- La presencia ignorada de Dios. Psicoterapia y religión*, Barcelona, Herder, 2002.
- Frankl, Viktor E. y Franz Kreuzer, *En el principio era el sentido*, Buenos Aires, Paidós, 2001.
- La idea psicológica del hombre*, Madrid, Ediciones Rialp, 1999.
- Lo que no está escrito en mis libros. Memorias*, Buenos Aires, San Pablo, 1997.
- La psicoterapia al alcance de todos. Conferencias radiofónicas sobre terapéutica psíquica*, Barcelona, Herder, 1995.
- La psicoterapia y la dignidad de la existencia*, Buenos Aires, Almagesto, 1991.

ÍNDICE ONOMÁSTICO

- Adler, Alexandra 120
Adler, Alfred 91, 114, 221, 223, 259
Allers, R. 119, 150, 341
Allport, G. W. 100, 140, 341
Anzengruber, L. 81 n.
Aristóteles 41
Arnold, M. B. 341
Arnold, O. H. 341
Ascher, L. M. 61 n, 63 n., 71 n.
Baeyer, v., W. 135 s., 341
Bänziger, H. 99, 341
Barber, L. S. 44
Bastine, R. 74, 345
Benedikt, F. M. 74
Bergmann, v., G. 114, 204
Bernanos 293
Bertalanffy, v., L. 100, 341
Berze, J. 137, 161 n.
Betz, K. 341
Binswanger, L. 95, 325, 347
Bitter, W. 341, 344
Bittnan, A. T. 161 n.
Black, W. A. M. 40
Böckmann, W. 38 n.
Boss, M. 252, 341 s.
Braun, L. 204, 260
Briggs, J. F. 69
Brind, N. 342
Brown, C. 49
Buckley, F. M. 36
Bühler, C. 48 n., 100, 202, 342
Bühler, K. 275
Bumke, O. 123
Burnett, D. 85 s.
Cargnello, D. 342
Caruso, I. A. 342
Casciani 49
Chalstrom, W. J. 38
Charcot, J.-M. 274
Crumbaugh, J. C. 37 y n., 39 s., 44,
49, 52 n., 342
Daim, W. 342
Dansart, B. 38 n., 49, 342
De La Mettrie, J. O. 111
Dilling, H. 59 ss., 342
Dreikurs, R. 62, 207 n., 211, 342

- DuBois, J. M. 17 y n.
 Dubois, P. 196
 Durlak 49
 Dytfurti, V. 217 n.
 Efran, J. 63 n.
 Ehrentraut, G. 88
 Einstein, A. 28
 Eisenhower, M. S. 42
 Eisenmann, M. 70
 Eissler, K. 50s. y n.
 Erickson, M. H. 61 s., 72
 Ewald 296
 Fabry, J. 33 n., 87 s.
 Farris, C. 89
 Fechtman, F. 39, 347
 Feinstein, P. 42, 343
 Foerster, v., H. 343
 Forstmeyer, v., A. 39, 343
 Fraiser, A. R. 39
 Freud, S. 40, 90 n., 91 ss., 95, 101 s.,
 156, 184, 187, 214, 221, 223,
 251 ss., 255, 259, 282, 288 y n.,
 333, 345
 Freudenberg, R. K. 136, 345
 Friedlaender 23
 Frosch, W. A. 84, 345
 Fröschels, E. 268 s., 271 s.
 Gaind, R. 59, 346
 Garza-Pérez, L. S. 62, 71, 74, 348
 Gasson, J. A. 341
 Gebtsattel, v., V. E. 341, 345, 346,
 347
 Gerstmann 114
 Gierlich 126, 128
 Gill, M. W. 161 n.
 Ginsberg, G. L. 84, 345
 Ginsburg, G. W. 345
 Giorgi, B. 38 n.
 Gliedmann, L. H. 142, 343
 Gluckmann, M. 41, 345
 Goethe, J. W. 201
 Goldstein, A. 61 n.
 Goldstein, K. 345
 Gregson, R. A. M. 40
 Gutheil, E. A. 230 n.
 Guttman, E. 123
 Habinger, A. 35
 Hablas, R. 38 n.
 Haeckel, E. 91
 Häfner, H. 345
 Haley, J. 61, 72, 345
 Hand, I. 64, 78
 Hattingberg, v., H. 62, 207 n., 345
 Heidegger, M. 282, 288, 325
 Henkel, D. 74, 345
 Herma, J. L. 345
 Heyer, G. R. 345
 Heyse, H. 57s, 60, 342
 Hilgard, E. 92
 Hill 217 n.
 Hodgson, R. 59, 346
 Horn, M. J. 86
 Huber, J. 80, 345
 Hutzell, R. R. 38
 Imber, S. D. 142, 343
 Jackson, D. 61
 Jacobs, M. 75 s.
 Jaspers, K. 95, 104, 246, 288, 345
 Jilek, W. G. 36 n.
 Jilek-Aall, L. 36 n.
 Johnson, P. E. 34, 345
 Johnson, V. 84, 87

- Jores, A. 67, 71
 Kaczanowski, G. 85, 345
 Kant, I. 38 n., 44
 Kauders 204 n.
 Kelman, H. 92, 345
 Kierkegaard, S. 196, 291
 Klein, N. H. 161
 Klinger, E. 37 n.
 Klitzke, L. L. 35, 345
 Kniveton, H. 42
 Kockott, G. 60, 342
 Kocourek, K. 73, 137, 214 s., 235-
 240, 346
 Kogerer 276 n.
 Kohler 35
 Kovacic, G. 37 n., 38 n.
 Kraemer, R. 313, 346
 Krafft-Ebing 184
 Kratochvil 35, 49
 Kraus, K. 147, 204
 Kretschmer, E. 274
 Krout, E. 33 n.
 Krug, C. M. 75, 348
 Lamontagne, Y. 62 n.
 Lange J. 123
 Langen, D. 37 n., 313, 348
 Lao-Tsé 202
 Lazarsfeld, S. 221
 Lazarus, A. A. 60, 63, 75, 346
 Ledwidge, B. L. 62, 71, 74, 348
 Lehembre, J. 71, 346
 Leonardo 217 n.
 Lersch, P. 100, 346
 Lewin, K. 48
 Lorenz, K. 40, 42, 83
 Lukas, E. 37 y n., 38 n., 44, 49, 346
 Lunceford 49
 Maholick, L. T. 37 n., 44, 52 n.,
 342
 Marks, I. M. 57, 59, 61, 346
 Marksteiner 153 n., 344
 Marmor, J. 92, 346
 Maslow, A. 46 y n.
 Mason 49
 Masters, W. 84, 87
 Medlicott, R. W. 72 s., 346
 Meier 49
 Meshoulam, U. 70
 Millar, T. P. 92, 346
 Moll, A. 174, 182
 Müller, D. 143, 347
 Müller-Settele, A. 143, 347
 Murphy 49
 Naiman, J. 92, 349
 Nardini, J. E. 347
 Nash, E. H. 142, 343
 Niebauer-Kozdera, E. 37 n., 73, 346,
 347
 Nietzsche, F. 104, 324
 Norris, D. L. 89
 Novalis 177
 Ochs, J. M. 79
 Padelford, B. L. 38
 Pandura 43 y n.
 Paracelso 315
 Parloff, M. R. 161 n.
 Petrilowitsch, N. 34, 37 n., 342,
 347
 Philbrick, J. L. 35
 Planova 49
 Polak, P. 73, 95, 346, 347
 Pongratz, L. J., 60, 91, 347

Popielski, K. 37 n., 49
 Pötzl, O. 5, 161 n., 268
 Prill, J. 37 n.
 Pynummootil, G. 66
 Rachman, S. 59, 346
 Raines, G. N. 347
 Ramírez, L. 67
 Rehder, H. 347
 Richmond, 49
 Riebeling, C. 143, 347
 Rilke, R. M. 203
 Roberts 49
 Rockwell 217 n.
 Rogers, C. R. 211, 347
 Rohrer, J. H. 347
 Romberg 130
 Roosevelt, F. D. 146
 Rosefeldt, H. 59 s., 342
 Ross 43 y n.
 Rossolimo 111
 Rümke, H. C. 347
 Sadiq, M. 65, 71
 Sahakian, B. J. 84, 347
 Sahakian, W. S. 84, 347
 Sallee 50
 Scheler, M. 100, 177 n.
 Schilder, P. 347
 Schiller, F. 315
 Schlän 136, 347
 Schmook, C. 74, 345
 Schopenhauer, A. 106 s., 324 n.
 Schultz, J. H. 263 s., 266, 268, 271,
 278, 327 s., 333, 341, 346, 347
 Schwarz, O. 150, 173, 185
 Scott 43 y n.
 Segers, J. 347
 Shapiro, T. 84, 345
 Shean, G. D. 39, 347
 Sherif, C. W. 42 s.
 Silberer 253
 Simmel 221
 Smith, V. A. 38, 49
 Solyom, C. 62 s., 71, 74, 348
 Solyom, L. 62 s., 71, 74, 348
 Sonnemann, U. 348
 Soucek, W. 91, 348
 Speer, E. 345, 348, 349
 Starck, P. L. 38 n.
 Stefen, R. 41, 348
 Stenger, J. 248, 348
 Stephenston, G. M. 42
 Stine 142, 343
 Storch 324
 Stransky, E. 220
 Straus, E. 120
 Strotzka, H. 263, 344, 348
 Strupp, H. 346, 348
 Toll, N. 37 n.
 Trautmann, R. 348
 Turner, R. M. 63 n.
 Uexküll, v., T. 348
 Unna 136, 347
 Van der Pas, H. R. 348
 Vander Veldt, J. H. 348
 Villinger 313
 Vogelsson 79
 Volhard, R. 37 n., 348
 Volkamer 41
 Vymetal 35
 Wallace 79
 Walters 43 y n.
 Wanderer, Z. W. 52, 348

Waterson 217 n.
Watkins, J. T. 52 n.
Watson, J. P. 59, 346
Watzlawick, P. 61 n.
Weisskops-Joelson, E. 50, 81 n.,
92 n., 283
Weitbrecht, H. J. 294, 348
Weizsäcker, v. 200 n.
Werner, T. A. 37 n.
Wertham, F. 42, 349
Wertheimer, M. 48
Wexberg, E. 62, 204, 207 n.
Winkler, W. T. 349
Wittkower, E. D. 92, 349
Wolff, W. 349
Wolpe, J. 51 n., 61 n., 63 n.
Wortis, J. 136, 349
Yalom, I. D. 61 n.
Yarnell 49
Young 49
Zawadil, F. 45
Zuehlke, T. E. 52.

ÍNDICE ANALÍTICO

- Acto fallido 253
- Agorafobia 56, 64, 77 s., 137 s., 140, 205, 207, 213, 216 n., 261
- Agresión, agresividad 40 ss., 99, 285
- Alcoholismo 37, 39, 107
- Amor 34, 81, 85, 99, 102, 159, 164 ss., 173-176, 179, 183, 190 ss., 196-201, 221, 315, 322, 334 ss.
- Análisis existencial 20, 23, 27, 37 n., 95 s., 109, 112, 222, 235, 252, 257, 261, 277, 281, 288, 321, 332 s., 336
- Análisis existencial 95-112
- Anancástica, psicopatía 216 s., 217 n., 221, 228, 231, 259
- Angustia, neurosis de 16, 56-59, 76, 81, 139 s., 154, 203-215, 216, 218, 229, 259, 261, 272
- Ansiedad / angustia / miedo 56 ss., 62 ss., 72 s., 75, 77 s., 80 s., 85 s., 117 s., 125, 136, 138 ss., 145, 154 ss., 158 ss., 168 ss., 178 s., 181 s., 189, 196 ss., 201, 204 ss., 224, 228 ss., 237, 243 s., 246, 259 ss., 272 s., 304, 306 s., 322, 338
- Ansiedad anticipatoria, 56 ss., 85 s., 117, 125, 138-141, 144 ss., 154, 158-165, 168-171, 180 ss., 189, 196, 198, 206, 208 ss., 212, 214, 225, 242 ss., 246
- Antropología implícita 110
- Arte 321-340
- Autocomprensión ontológica prerreflexiva, 48 y n.
- Autodistanciamiento 34, 40, 55, 64, 73
- Autorrealización 82, 100 s., 111
- Autotrascendencia 34 s., 40, 47, 55, 81, 86, 88
- Capacidad de obstinación de la dimensión noética 177 n.
- Capacidad de sufrir 109
- Carencia de sentido, sentimiento de 28, 35 ss., 44 ss., 49 s., 90, 104 s., 304, 308 s.

- Ciento por ciento 220, 227
- Cinismo 134
- Círculo neurótico 57 s., 90, 139, 206, 209, 251
- Claustrofobia 75, 137 s., 216 n.
- Coito, prohibición del 84-87, 162 s., 169, 172
- Compensación, principio de 99, 103 n.
- Complejo 118, 170, 175, 221, 253, 288 s., 296, 308
- Conciencia 25, 47, 99, 101, 107, 110, 167, 175, 190, 201, 204, 207, 220 ss., 258, 296, 299, 301, 326 s., 331
- Confianza primordial en la existencia 81 n., 142
- Conversión 274 s.
- Corrugator, fenómeno del 125, 318
- Cosmovisión/visión del mundo 45, 220, 227, 321, 324
- Cura médica de almas 20, 22 s., 90 y n., 235, 261 s., 287, 290
- Deporte 41, 43
- Depresión endógena 105 n., 216, 231, 295-310, 316
- Depresión superpuesta 299
- Derreflexión 55, 84-93, 108, 197, 212 s., 234, 245, 306
- Desenmascaramiento de los desenmascaradores 103 s.
- Dimensional, ontología; dimensiones de la existencia humana 34, 40, 54, 96 ss., 105, 107 s., 110, 177 s., 315
- Drogodependencia 37 ss.
- Ejecutivos, enfermedad de los 106 s.
- Electroencefalograma 217 n.
- Electroshock 76, 133, 236, 297
- Entrenamiento autógeno 263-273, 327
- Enuresis nocturna 280
- Eritrofobia 62 n., 214
- Espiritualismo 134 s.
- Esquizofrenia 79, 125, 217, 224, 284 s., 301, 310-319, 324 s.
- Estadística 39, 45, 313, 316
- Experimento 41, 42, 51, 57, 62, 63 n., 83, 89, 143, 145, 189, 264, 278, 284, 325
- Eyacuación precoz 88, 165, 180-184, 195
- Farmacoterapia 133 s., 140 s., 308
- Fatalista, actitud ante la vida 193, 268 s., 287 s., 292, 307, 322
- Fijación 151, 168 s., 186, 188 s., 195 n., 197, 210, 222
- Formación 32, 51, 76, 211
- Frigidez 85 s., 195 ss.
- Frustración existencial 37, 39, 44, 47, 52, 55, 91, 104-108, 110, 201
- Fumar 237, 268 ss.
- Globus «hystericus» 138
- Herencia 110
- Hiperacusia de la conciencia 301
- Hiperintención 82-85
- Hiperreflexión 82 ss., 86, 88, 309
- Hipnosis 160, 263, 270, 279 ss., 283 ss., 301, 327

- Histeria 116s., 119-124, 128, 203, 241, 273-280, 285, 302
- Homeostasis 99s.
- Homosexualidad 184-195
- Homunculismo 110
- Humor 55, 63 ss., 68 s., 208 s., 218s., 234, 237, 245, 289, 312, 317
- Iatrógena, neurosis 54 n., 91, 119, 144-148, 151, 171, 279, 300
- Imperativo categórico de la logoterapia 109
- Impotencia 83-88, 155s., 156, 161, 165, 168, 178, 187, 190, 195
- Industria de la información 83
- Inseguridad instintiva 200
- Insuficiencia del sentimiento de evidencia 220, 296
- Intención paradójica 55-84, 85, 88ss., 108, 140, 142, 210, 212s., 215, 218, 229, 231, 234, 236s., 239s., 246, 283, 292, 307
- Intolerancia emocional 143
- Lenguaje, trastorno del 70 s., 213, 271 s.
- Libertad 99 n., 195, 219, 231, 267, 285-293, 308, 322
- Logos 90, 96, 107, 222
- Logoterapia 33-55, 57, 59, 61 n., 62, 63 n., 64 s., 76 s., 79, 81 n., 84 s., 90 ss., 95-112, 222, 227, 230, 235, 261, 285, 308, 310
- Logoterapia grupal 39
- Masturbación 102, 152, 170, 173-180, 182, 186, 188, 192, 195 n., 197, 291
- Medicación paradójica 242, 247-251
- Meditación trascendental 89 n.
- Método 108, 133, 137, 140s., 145, 206, 218, 223, 263 ss., 268, 271, 277, 280, 283, 285, 297 ss., 327
- Modeling (modelación) 60 s., 74
- Monismo 96, 134s.
- Neurosis colectiva 144
- Neurosis del climaterio 201 ss.
- Neurosis orgánica 135, 258-263, 306
- Nihilismo 110, 233, 277
- Noodinámica 28, 99
- Noógena, neurosis 36, 47, 52, 55, 90 s., 107, 112
- Obsesión blasfema 230 ss.
- Obsesiva, neurosis 58 s., 62, 73 s., 76, 81, 136, 154, 175, 203, 212, 216-240, 259, 283, 291
- Pandeterminismo 288 n.
- Paresia 126, 128, 131, 301
- Pastoral sacerdotal 21, 287
- Patología del espíritu de la época 110
- Paz, investigación sobre la 40, 43 n.
- Peligro público 317 s.
- Persuasión, método de la persuasión 206, 208
- Placer 81 s., 100-103, 107, 144, 156, 165 s., 168, 186, 188 s., 195 s., 269 s.
- Potencia, trastorno de la véase Impotencia
- Propensión simbólica 259

- Psicoanálisis 23, 34, 39 s., 50-54, 66, 72, 74, 76s., 91 s., 101, 103, 108, 143, 161, 184, 186s., 192, 196, 210s., 219, 221 s., 232, 235, 251 ss., 260, 273, 282, 288
 Psicología individual 91, 101, 108, 273 s., 301, 308
 Psicologismo 288
 Psicotofobia 224s., 227, 233, 302
 Psiquiatría humanizada 111
 Psiquiátrgena, neurosis 91
 Reflejo condicionado 57, 98, 211 s.
 Regresión 186, 253 s.
 Rehumanizada, psiquiatría 54 s.
 Relajación / distensión 28, 76, 89, 128s., 175, 233, 244, 246, 263-273, 327, 329, 331
 Relajación, terapia de véase Entrenamiento autógeno
 Religión 49, 99, 232 ss., 254, 257 s., 286 s., 298, 321-340
 Religiosidad inconsciente 257 s.
 Responsabilidad 263
 Retorno de la psicoterapia a la medicina 137
 Sentido de la existencia 29, 104 n., 105, 108, 112, 235
 Sentido, órgano del 47
 Sexual, neurosis 81, 100, 102, 148, 154s., 164, 170, 176, 183, 195-200, 213
 Simulación 121, 124, 128, 274
 Síntoma sustitutivo 63, 71 y n.
 Sociógena, neurosis 37, 91
 Sociologismo 288
 Somatógena, (pseudo)neurosis 91, 108, 134s., 137 ss., 294 ss.
 Sueño, trastorno del 63 n., 71, 241-251
 Sueños, interpretación de los 251-258
 Sugestión 71 n., 130, 141 s., 160 s., 181, 207 n., 263 ss., 280-285
 Suicidio 36 n., 37 s., 44, 51, 141, 173, 178, 217, 231 s., 236, 277, 297 ss., 301, 309, 316
 Tartamudez véase Lenguaje, trastorno del
 Temblor intencional 127
 Tenazas terapéuticas 139
 Terapia bioenergética 308
 Terapia conductual 34, 52, 57, 59-64, 74, 88, 140, 161 n.
 Terapia gestáltica 308
 Tranquilizantes 99, 133, 135 s., 138 ss., 142 s., 215, 269
 Transferencia 34, 211
 Transitoriedad 109, 202 s.
 Tríada del fracaso 297
 Vacío existencial 28, 35 s., 91, 105 s., 112
 Vaginismo 89, 198
 Valores actitudinales 49, 90, 235, 289
 Voluntad de placer 82, 101 s., 107
 Voluntad de poder 101, 107
 Voluntad de sentido 44-47, 64, 101-107, 111 s.
 Voluntad, debilidad de 179, 286 ss., 309

