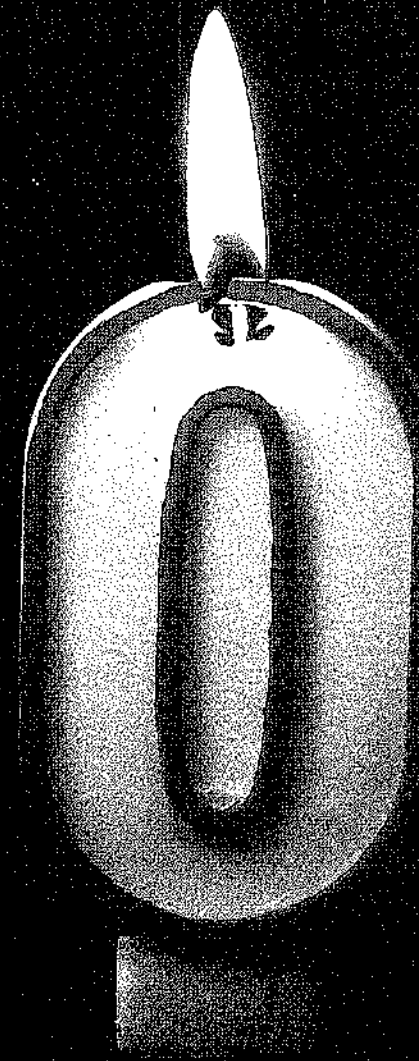


Elisabeth Lukas

Logoterapia

La búsqueda de sentido



Saberes Cotidianos

Paidós

[illegible]

Paidós Saberes Cotidianos

Títulos publicados

1. R. E. Thayer, *El origen de los estados de ánimo cotidianos*
2. N. Branden, *El arte de vivir conscientemente*
3. C. Fairburn, *La superación de los atracones de comida*
4. J. Pitkeathley y D. Emerson, *Ser hijo único*
5. K. L. Higbee, *Su memoria*
6. D. Rowe, *La depresión*
7. J. y D. Parker, *El mundo secreto de tus sueños*
8. J. Berryman y otros, *La psicología y tú*
9. Ph. K. Davis, *El poder del tacto*
10. L. Wing, *El autismo en niños y adultos*
11. D. W. Winnicott, *Los bebés y sus madres*
12. R. J. Sternberg, *Estilos de pensamiento*
13. S. Hirsh y J. Kummerow, *Tipos de personalidad*
14. A. Linden y K. Perutz, *Ejercitar la mente. PNL para una vida mejor*
15. R. Shuman, *Vivir con una enfermedad crónica*
16. W. Glasser, *Teoría de la elección*
17. D. Tannen, *¡Yo no quise decir eso!*
18. A. Adler, *Comprender la vida*
19. P. Ekman, *Cómo detectar mentiras*
20. F. Caprio y J. R. Berger, *Curarse con autohipnosis*
21. S. Sassaroli y R. Lorenzini, *Miedos y fobias*
22. T. Stahl, *Introducción a la programación neurolingüística (PNL)*
23. A. Lowen, *El narcisismo*
24. N. Branden, *La psicología del amor romántico*
25. J. Loyett, *La curación del trauma infantil mediante el DRMO (EMDR)*
26. N. Branden, *La psicología de la autoestima*
27. J. O'Connor y R. Prior, *PNL y relaciones humanas*
28. L. Wright, *Gemelos*
29. B. Bettelheim, *La fortaleza vacía. Autismo infantil y el nacimiento del yo*
30. R. Rumiati, *Decidirse: ¿cómo escoger la opción correcta?*
31. R. A. Neimeyer, *Aprender de la pérdida*
32. A. E. Mallinger y J. de Wyze, *La obsesión del perfeccionismo*
33. C. Bizouard, *Entrena tu memoria*
34. B. Gunter, *Animales domésticos*
35. C. Zączyk, *La agresividad*
36. E. Hoffman, *Tests psicológicos*
37. D. Luengo, *Vencer la ansiedad*
38. A. T. Beck, *Prisioneros del odio*
39. R. D. Hare, *Sin conciencia*
40. D. G. Myers, *Intuición*
41. E. Lukas, *Logoterapia*

Elisabeth Lukas

Logoterapia

La búsqueda de sentido

SUMARIO

Prólogo de <i>Paul Heinrich Bresser</i>	13
1. La imagen logoterapéutica del hombre	19
El lugar de la logoterapia	19
El esbozo de la ontología dimensional	26
La dialéctica del destino y la libertad	32
Un «órgano de sentido» llamado conciencia	39
La dialéctica de la propensión a enfermar y la cons- titución intacta	43
La dialéctica de la orientación al placer y la orien- tación al sentido	47
Un caso ilustrativo	56
Interpretaciones bidimensionales y tridimensio- nales al respecto	61
La dialéctica del carácter y la personalidad	66
Conocimiento de sí mismo y trato consigo mismo .	73
2. El lenguaje de la logoterapia	79
Palabras clave que garantizan una renuncia a la im- posición de valores	79
El problema de la ambivalencia: el individuo inde- ciso	82
El problema de la no aceptación: el individuo en- callado en la protesta	87

El problema de la ignorancia: el individuo atrincherado en la indiferencia	91
3. Reflexiones sobre una «retórica del amor»	97
Elemento de estilo de conversación 1: reevaluar a la persona	101
Elemento de estilo de conversación 2: contribuir a la claridad	104
Elemento de estilo de conversación 3: jugar con alternativas	108
Elemento de estilo de conversación 4: seguir las huellas del sentido	112
4. Los métodos de la logoterapia	117
Los grupos de neurosis según Viktor E. Frankl ...	117
El origen de las neurosis de ansiedad	126
La curación de las neurosis de ansiedad	132
Jaque al carácter neurótico obsesivo	143
Un poco de falta de amor: la histeria	153
Salvación mediante renuncia	162
Un esbozo multidimensional contra las adicciones	169
Trastornos de la conducta alimentaria: un complejo problemático con dos raíces	174
Evitar las lesiones iatrógenas	178
El acompañamiento de enfermos somatógenos/endógenos	186
Dominar los golpes del destino	197
Neurosis y depresiones noógenas	206
Salir del vacío existencial	213
Cómo se generan los trastornos del sueño y las disfunciones sexuales	221
Una receta contra el egocentrismo	228
Prevención y seguimiento	236
Sobre los valores de la vida	242
5. La evolución de la logoterapia	251
<i>Pax y logos</i> : rasgos fundamentales de la terapia familiar centrada en el sentido	251

Dejar una huella dorada: una manera muy distinta de autoconocimiento	262
Correspondencia de las directrices clínico-diagnósticas de la CIE-10 con la terminología logoterapéutica	270
Fuentes	291
Libros de la autora	295

PRÓLOGO

«La clave para reconocer la esencia de la vida consciente del alma se halla en la región del inconsciente.» Carl Gustav Carus (1789-1869) empezó con esta frase su libro sobre el alma (*Psyche*, 1846). Hoy leemos a menudo que Sigmund Freud (1856-1939) descubrió el inconsciente para la psicología y la psicoterapia. Sin embargo, en realidad hay que remontarse hasta los inicios de la historia del pensamiento para que, en la contemplación reflexiva del individuo, se «vea» y reconozca como hecho indudable la existencia de un área privada de nuestra conciencia no iluminada por su cono de luz. De hecho, esta área se ha descrito de distintas maneras utilizando nuestras palabras: o bien se piensa o se pensaba más en un entorno del inconsciente —contiguo, subordinado o superior a él—, o bien se habla también de una «profundidad» en el interior del alma, de un algo «existente» tras los contenidos conscientes que se da a conocer en sus influencias sobre la conciencia psíquica.

Siempre que hablamos del interior del individuo, nos referimos a la base inconsciente principal donde radica el alma y al núcleo de lo propiamente humano. Fuera de la conciencia hay una base fundamental activa de procesos biológicos que sólo llega a un ámbito muy reducido de nuestra experiencia consciente, pero que desencadena co-

rrientes y oscilaciones susceptibles de ser captadas por la conciencia que, en determinadas circunstancias, influyen enormemente en nuestra experiencia. A ello se añade el tesoro incalculable de las impresiones ajenas a la conciencia, de los recuerdos y desengaños, que también ejercen su influencia en el hecho consciente. Pero todavía quedan los distintos supuestos de capacidades creativas y fecundas que «dormitan en nosotros»: las fuerzas del espíritu. Todo esto —y mucho más, en detalle— forma parte de nuestro inconsciente. En él también reside siempre lo esencial, aquello de lo que está hecho el misterio del hombre, el *enigma* de la esencia individual, así como lo propiamente *humanum*, es decir, la naturaleza de nuestro ser y de nuestra humanidad. Nuestras reivindicaciones de *derechos humanos* y el compromiso por una *dignidad humana* se justifican verdaderamente porque existe lo *humanum*, lo humano en el individuo, y sólo porque éste existe. El establecimiento de valores religiosos también es una forma de ver en este *humanum* lo «divino en el hombre».

¿Por qué citamos aquí estos puntos de vista? La intención es allanar el camino hacia el concepto de espíritu y aclarar todo lo que engloba el concepto de inconsciente. La teoría del inconsciente de Sigmund Freud no es un descubrimiento «en» el hombre, sino una invención «de» Freud. En primer lugar, hay que aclarar que Freud inventó o ideó su modelo de las pulsiones, su teoría del aparato psicológico, su teoría del desarrollo de la libido, especialmente su complejo de Edipo, y también su concepto de narcisismo. Mientras estas invenciones y experiencias psicoanalíticas —por tanto, «hallazgos» evidentes—, sirvan de base, se tratará únicamente de recortes, aspectos parciales o situaciones individuales que ni por aproximación justifican ninguna reivindicación universal o ningún *pathos* (pseudo) científico, tan de moda, con los que se defiende todavía hoy la teoría psicoanalítica. A pesar de ello, su difusión se ve favorecida por los vientos científicopopulares y periodísticos que soplan a su favor. El método psicoanalítico degenera casi siempre en

simples movimientos de cabeza afirmativos y pierde completamente el profundo respeto por el ser humano que ya profesaban los antiguos expertos en almas anteriores a Carus. A ello se añade el hecho de que Freud se consideraba «uno de los peores enemigos de la religión», demostrando así claramente las carencias humanas de su teoría. Al fin y al cabo, Freud interpreta todas las dimensiones de la experimentación de valores desde la dinámica de las pulsiones.

El extraordinariamente «reduccionista» (restrictivo o, en todo caso, recortado) concepto del inconsciente que tenía Freud necesita ser completado o ampliado con las áreas de las fuerzas inconscientes que, como tales, se agitan en lo más interior del individuo y actúan en sintonía con las pulsiones. En lo más profundo del alma se pueden experimentar muchas y muy distintas «pulsiones primitivas» y emociones que conforman y mantienen viva la sintonía siempre conflictiva, más o menos antagonista, pero también ampliamente autorreguladora, entre la vida y la elaboración de la experiencia. El hecho de que la situación interna del alma desemboque o no en un desarrollo acertado y feliz, o más bien fracasado y, dependiendo de las circunstancias, hasta trágico, depende, por un lado, de muchos factores del destino (internos y externos), pero también, por otro lado, de las fuerzas autónomas de la organización de la vida y del dominio del destino. En toda sujeción de nuestras pulsiones y necesidades a la naturaleza, los caminos que conducen a una satisfacción humana (y digna del hombre) de las necesidades siempre conectan con un campo de acción de libertad. Pero para encontrar el camino correcto «en libertad», hay que prestar atención a aquellos procesos internos que se hacen conscientes en forma de remordimientos y emociones. Además, se trata también de escuchar lo que nos «dice» nuestra razón, con sus escalas de comprensión de la vida y de nosotros mismos, para llegar a conocer toda la fuerza vital de aquello que Frankl, ya en 1949, situó en el centro de su visión psicoterapéutica y que denominó *poder de obstinación del espíritu y voluntad de sentido*. Se trata de la orienta-

ción hacia un horizonte de valores, de la libertad individual inherente a la conciencia de responsabilidad. Sin embargo, no se trata de creencias ni de misiones religiosas. No se trata de salvar almas, sino de curarlas, si bien ambas intenciones no son excluyentes, sino, en el mejor de los casos, incluso complementarias.

Cuando la vida pone en aprietos, cuando se llega a estados de sufrimiento interior aparentemente insoportable, cuando domina la angustia o el malestar, cuando el individuo cae en situaciones exteriores de dolor y ya no puede dominar los golpes del destino, entonces hay que prestar una ayuda reveladora para que las fuentes cegadas u ocultas de la autorregulación se hagan no sólo visibles, sino también realmente útiles, «en lo más profundo» de la propia alma. No se trata aquí de hacer un análisis del destino pulsional desde la perspectiva del pasado, sino ante todo de conseguir una fijación prospectiva de objetivos, una reorientación interior y, con ella, una satisfacción provechosa de la vida y el sentido.

La comprensión de un sentido en nuestras vidas se ha perdido. La «frustración existencial», así llamada por Frankl, podría ser la causa de sufrimiento más extendida en nuestro tiempo. Mucha gente sufre simplemente por el hecho de vivir o porque la vida le desafía. Por otro lado, cualquier problema en la vida se puede ver como una crisis en la comprensión del sentido. Quien tiene problemas sexuales, no sólo ha perdido la mayoría de las veces su naturalidad, sino que, a menudo, también ha perdido lo esencial de una comprensión del sentido en su vida. Quien se extravía en los callejones sin salida de las neurosis o busca una salida en el alcohol o las drogas, ha perdido, sin duda, algo de su comprensión del sentido y de la vida. Otros sufren menos en su desvarío, pero no por esta razón resulta más fácil ofrecerles apoyo. Sin embargo, si se busca consejo y ayuda, el pensamiento de Viktor E. Frankl es útil y beneficioso.

En la situación psicoterapéutica actual, una perspectiva fundada sobre estas bases supone un avance esencial, inclu-

so si, desde el punto de vista histórico, muchas cosas no han sido más que redescubrimientos. Lo que en aras de un dominio de la vida y del sufrimiento han expresado a lo largo de la historia de la Humanidad extraordinarios pensadores, ya sea mediante certeros aforismos, imágenes sugestivamente ilustrativas o exquisitas obras intelectuales, se puede integrar sin límites en el marco aquí trazado de una comprensión del individuo y «adaptarlo» también a la práctica terapéutica cotidiana. Mucho de lo que han dicho y escrito los grandes educadores del género humano, desde los estoicos a Friedrich Nietzsche o Martin Buber y desde los fundadores de las religiones a los poetas clásicos, sobre el ser humano, sobre el sufrimiento de su alma y sobre las posibilidades de superarlo, está en completa sintonía con la imagen del hombre y los métodos psicoterapéuticos que Viktor E. Frankl plasmó en sus escritos e ilustró con una extensa casuística. Frankl concibió su proyecto teórico también como un «análisis existencial». En la práctica, se puede hablar de una psicoterapia centrada en el sentido, de una ayuda para la búsqueda de sentido o de una apertura de las fuentes de la comprensión del sentido en el propio individuo. Con ello, por tanto, se adquiere el conocimiento de que la persona, a pesar de ser esclava de sus instintos y presa de sus miedos y premuras, dispone de la libertad de encontrar el camino hacia una integración razonable de todo lo humano. En este sentido, humanos son también los instintos y los miedos, siempre que no provengan de una enfermedad psicótica.

Hay que superar la «psicología sin espíritu», enfrentarse a las limitaciones racionalistas de la imagen del hombre en la psicoterapia, volver a valorar al individuo como personalidad moral y espiritual y, simultáneamente, enfrentar el sufrimiento humano y los estados de sufrimiento del alma con la fuerza de lo que se entiende estrictamente como espiritual, con el «poder de obstinación del espíritu».

Desde aquí quisiera recomendar al lector que se confíe a las claras explicaciones de Elisabeth Lukas, a su discurso

comprensivo a la par que comprometido con la persona. Si lo hace, tendrá la oportunidad de conocerse mejor a sí mismo y al ser humano. Al final, descubrirá caminos que pueden resultar adecuados y útiles para salir de callejones sin salida neuróticos, de fijaciones psicopáticas, de actitudes resignadas o de estados de vacío interior con la certeza de que también su vida tiene (otra vez) sentido.

Colonia, enero de 1986

PAUL H. BRESSER

Doctor en filosofía y medicina

Profesor de la Universidad de Colonia (†)

Capítulo 1

LA IMAGEN LOGOTERAPÉUTICA DEL HOMBRE

El lugar de la logoterapia

La logoterapia, fundada por el psiquiatra y neurólogo vienes Viktor E. Frankl (1905-1997), se puede ubicar en el abanico actual de tratamientos terapéuticos desde dos puntos de vista:

1. Según W. Soucek, la logoterapia es la «tercera escuela vienesa de psicoterapia», con lo cual hay que considerar el psicoanálisis de Sigmund Freud la «primera» y la psicología individual de Alfred Adler, la «segunda». Existe una sencilla regla mnemotécnica que ayuda a recordar las particularidades de estas tres orientaciones: Sigmund Freud se ocupó de la «voluntad de placer», Alfred Adler de la «voluntad de poder» y Viktor E. Frankl de la «voluntad de sentido» en el ser humano. Por supuesto, se trata solamente de tópicos simplificadores que no aspiran a apreciar en su justa medida las distintas escuelas psicoterapéuticas y únicamente describen los puntos de investigación más típicos. Las extensas teorías de Freud se concentraron en la vida pulsional humana, sobre todo en lo relativo a la satisfacción placentera de la pulsión sexual, cuya represión daría lugar al origen de los trastornos mentales. Adler investigó la rela-

ción del individuo con su entorno social y dedujo el deseo de poder compensatorio del ser humano a partir de sus complejos de inferioridad. Finalmente, Frankl entendió al hombre como un ser que desea trazarse una vida llena de sentido y que puede enfermar mentalmente si su «voluntad de sentido» se ve frustrada.

2. Según los tratados estadounidenses, la logoterapia se incluye en la «*third force*» [tercera fuerza] de la psicoterapia, es decir, también en una tercera orientación, pero en un sentido distinto al de Soucek. En los Estados Unidos, el psicoanálisis se considera (por motivos puramente históricos) la «*first force*» [primera fuerza], mientras que la terapia de la conducta sería la «*second force*» [segunda fuerza] y la llamada psiquiatría existencial, que en Europa se ha dado a conocer con el término «psicología humanista», acuñado por Charlotte Bühler, la «*third force*». La logoterapia se inscribiría en esta tercera fuerza, y ello a pesar de que la concepción de Frankl difiere de las ideas de la psicología humanista en un punto crucial, a saber, que en la logoterapia no se reconoce la realización personal como el mayor objetivo de la existencia humana, tal como ocurre en las distintas variantes de la psicología humanista. En la logoterapia, la «autotranscendencia» del hombre se halla, por así decirlo, «por encima», con lo cual todavía queda por dilucidar lo que ello significa. De momento, sólo constataremos que, en el espacio norteamericano, la logoterapia se inscribe en la «tercera fuerza» de la psicoterapia, si bien, por su contenido, se halla por encima de ésta.

Sólo quien, de esta manera, se fija la realización personal como objetivo, descuida y olvida que, al fin y al cabo, el ser humano sólo puede realizarse en la medida en que satisface un sentido (afuera, en el mundo, pero no en uno mismo). Con otras palabras, la realización personal elude la fijación de objetivos en tanto que se presenta como un efecto secundario que yo denomino la «autotranscendencia» de la existencia humana. (Frankl, 1)

Hay otra sencilla regla mnemotécnica para recordar las particularidades de los tres grandes grupos psicoterapéuticos según la clasificación norteamericana. Dice así: el psicoanálisis contempla al hombre como un «ser de abreacción», la terapia de la conducta lo contempla como un «ser de reacción» y la logoterapia como un «ser de acción». También aquí estamos ante tópicos simplificados. En este caso, el juego de palabras se basa en la caída sucesiva de un prefijo. La ab-re-acción se refiere a la dinámica de las pulsiones, la «niña mimada» del psicoanálisis. La re-acción alude a los mecanismos de condicionamiento y aprendizaje, el núcleo de la terapia de la conducta. Finalmente, la capacidad de acción, sin más, nos hace recordar el libre albedrío humano, tan apreciado en la logoterapia.

Giambattista Torello afirmó una vez que la logoterapia es el último sistema completo en la historia de la psicoterapia. Al decir «completo» se refería al hecho de que la logoterapia, como ciencia médica, reposaba sobre una visión bien perfilada del mundo y del ser humano. Y no iba desencaminado, porque, de hecho, el edificio conceptual de la logoterapia se sostiene, por así decirlo, sobre tres «columnas» que Viktor E. Frankl denominó del siguiente modo:

Libertad de voluntad - Voluntad de sentido - Sentido de la vida

Las dos columnas exteriores son, de hecho, axiomas que se sustraen a una comprobación científica, tal como ya han constatado numerosos pensadores y filósofos antes que Frankl. La columna central, la «voluntad de sentido», es demostrable como fuerza de motivación original del ser humano a través de los correspondientes estudios de la psicología experimental, y con el tiempo así ha sido demostrada. Examinemos con más detalle estas tres «columnas»:

«Columna» 1

En todas las épocas se ha intentado dilucidar el grado de libertad o falta de ella que el hombre tiene realmente. A ojos de la logoterapia, cada individuo es, como mínimo, potencialmente libre de obrar según su voluntad. Este libre albedrío potencial puede verse limitado por enfermedades, inmadurez o senilidad, o incluso puede anularse, lo cual, sin embargo, no afecta a su existencia fundamental. La logoterapia es una psicología «no determinista».

El concepto logoterapéutico del hombre descansa sobre tres pilares: la libertad de voluntad, la voluntad de sentido y el sentido de la vida. El primero de ellos, la libertad de voluntad, se opone a un principio que caracteriza las aproximaciones al ser humano más corrientes, a saber, el determinismo. Pero, en realidad, sólo se opone a lo que yo suelo llamar pandeterminismo, porque hablar de la libertad de voluntad no implica de ningún modo cualquier indeterminismo a priori. Al fin y al cabo, libertad de voluntad significa libertad de la voluntad humana, y la voluntad humana es la voluntad de un ser finito. La libertad del hombre no es libertad desde unas condiciones, sino más bien libertad de adoptar una actitud frente a lo que las condiciones le puedan poner delante. (Frankl, 2)

«Columna» 2

La idea que motiva la «voluntad de sentido» supone que cada hombre está animado por una aspiración y un ansia de sentido. Cuando se satisface un sentido, se produce el encuentro entre dos correspondencias: un «componente interior», formado precisamente por esta aspiración y ansia humanas, y un «componente exterior», que es la oferta de sentido de la situación. Si la disposición de la persona hacia el sentido se ve limitada por enfermedad, inmadurez o senilidad, cosa que puede ocurrir, se producirá una merma de

la percepción del «componente exterior» y no una disminución del «componente interior», el cual sigue existiendo como si fuera un documento de identidad de lo humano, incluso en caso de incapacidad grave. La logoterapia es una terapia centrada en el sentido.

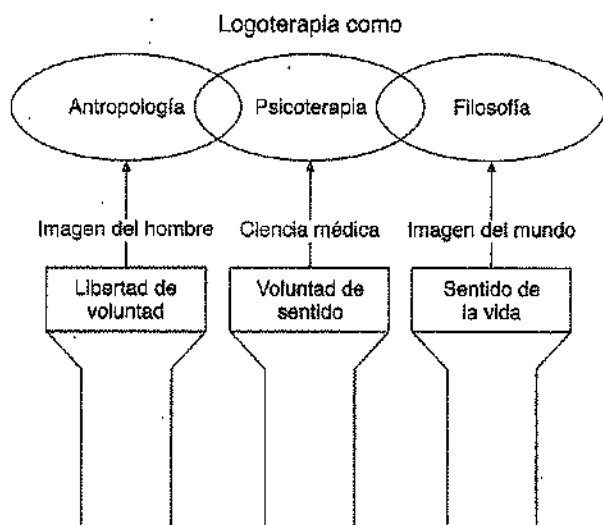
El sentido es algo objetivo, y esto no sólo expresa mi visión privada y personal del mundo, sino que también es el resultado de una investigación psicológica. Pero Max Wertheimer, uno de los fundadores de la psicología de la forma, ya señaló de manera explícita que cada situación concreta conlleva un carácter de exigencia, que es precisamente el sentido que debe satisfacer la persona enfrentada a esta situación, y que «las exigencias de la situación» deben considerarse como «cualidades objetivas». Probablemente, lo que yo denomino voluntad de sentido acaba siendo una concepción de la forma. James C. Crumbaugh y Leonard T. Maholick definen la voluntad de sentido como la capacidad propiamente humana de descubrir formas de sentido no sólo en lo real, sino también en lo posible. (Frankl, 3)

«Columna» 3

El postulado del «sentido de la vida» pone de manifiesto el convencimiento logoterapéutico de que la vida tiene un sentido incondicional que no se pierde bajo ninguna circunstancia. Sin embargo, este sentido puede escaparse a la comprensión humana. Hasta aquí, el sentido es una magnitud que trasciende a los seres humanos y que debe percibirse y presentirse de nuevo cada vez. Por lo tanto: la logoterapia es una visión positiva del mundo.

No hay ninguna situación en la vida que carezca realmente de sentido. Esto se deduce del hecho de que los lados aparentemente negativos de la existencia humana, especialmente la tríada trágica formada por el sufrimiento, la culpa y la muerte, también pueden adoptar la forma de al-

go positivo, de una exigencia, si se tratan con la actitud y la postura correctas. (Frankl, 4)



El gráfico muestra cómo cada «columna» se corresponde con una forma disciplinar de la logoterapia. La «libertad de voluntad» es la base de su imagen del hombre y determina sus fundamentos antropológicos. La «voluntad de sentido» es el eje y punto de partida de su ciencia médica y atraviesa la totalidad de su obra psicoterapéutica. Finalmente, el «sentido de la vida», es decir, la creencia en la existencia de un sentido en la vida humana otorgado incondicionalmente bajo cualquier circunstancia, forma parte de la imagen logoterapéutica del mundo, de su filosofía.

En el presente manual trataremos la logoterapia principalmente como *ciencia médica*. Sin embargo, para utilizar sus métodos es indispensable conocer, al menos a grandes rasgos, su imagen del hombre, de la misma manera que también es imprescindible introducir su visión del mundo en la prevención y en el seguimiento. Debido a ello, antepondremos a las expli-

caciones sobre el tratamiento logoterapéutico un breve estudio sistemático de los fundamentos antropológicos de la logoterapia, para finalizar con una mirada a su sistema filosófico.

Antes de empezar, cabría mencionar una observación relativa a una pregunta frecuentemente planteada: ¿cuán científico puede ser un sistema conceptual que descansa sobre dos columnas que rechazan la fuerza demostrativa del empirismo, tal como hacen los pilares 1 y 3? Ciertamente, cada forma de psicoterapia tiene una base axiomática específica, e incluso la ciencia general de la medicina necesita una «columna» que justifique su existencia: la de la creencia en que merece la pena preservar la vida humana. Sin este axioma, no existiría ningún motivo para ofrecer asistencia médica a un enfermo u operarlo, y se podría incluso dejarlo morir. No es científicamente demostrable que el hecho de preservar la vida de un enfermo tenga cualquier tipo de ventaja, máxime teniendo en cuenta la superpoblación de nuestro planeta. Lo mejor sería no poner en cuestión una idea que resuena desde nuestro interior, la idea de que la vida humana está en principio llena de valores, y que en la logoterapia se amplía con el componente de la existencia de sentido.

Algo más cuestionado se presenta el problema de la libertad de voluntad. Pero también a este respecto toda psicoterapia debería convenir, por lo menos en sus supuestos básicos, en que un paciente es capaz de cambiar. Evidentemente, sin esta suposición el esfuerzo terapéutico resultaría desatinado desde el principio. Pero tal capacidad de cambio no tiene que demostrarse y, si se hace, sólo es posible *a posteriori*.

Cierto es que la logoterapia y el análisis existencial parten de la práctica clínica; pero ello no permite sustraerse al hecho de que ambos desembocan en una teoría metaclinica, de la misma manera que ésta se halla implícitamente en la base de cualquier psicoterapia, y teoría significa visión, es decir, visión de una imagen del hombre. De esta manera, el círculo sólo se cerrará en la medida en que la práctica clínica esté siem-

pre ampliamente determinada e influida por una imagen del hombre que el médico traslada a su paciente, incluso si se hace de forma poco controlada y consciente.

Efectivamente, toda psicoterapia se desarrolla bajo un horizonte apriorístico. La psicoterapia siempre ha estado basada en una concepción antropológica, por muy poco consciente que ésta siga siendo. (Frankl, 5)

El esbozo de la ontología dimensional

Viktor E. Frankl presentó su imagen del hombre en el esbozo de su «ontología dimensional». El psiquiatra vienes desplegó el ser humano en tres dimensiones que se corresponden con los planos somático, psíquico y espiritual. No se trata de ninguna teoría de tres capas, tal como muestra la analogía con la tridimensionalidad del espacio. Las dimensiones humanas del ser se penetran entre sí con la misma perfección que las tres dimensiones espaciales longitud, anchura y altura. Por ejemplo, nunca se puede decir que la dimensión «anchura» empiece allí donde termina la dimensión «longitud». Algo parecido sucede con el ser humano: las tres dimensiones se dan cita en cualquier «punto» de su ser. Frankl hablaba de «unidad a pesar de la variedad».

El plano *somático* del ser humano es fácil de definir: a él pertenecen todos los fenómenos corporales. Comprende la actividad orgánica celular y las funciones corporales biológico-fisiológicas, incluidos los correspondientes procesos físicos y químicos.

Entendemos por plano *psíquico* del ser humano la esfera de su estado anímico, la disposición moral, los sentimientos (pulsionales), instintos, deseos, afectos. A estos fenómenos anímicos cabe sumar además las aptitudes intelectuales de la persona, sus modelos de conducta adquiridos y sus improntas sociales. Para abreviar, podemos decir que las cogniciones y las emociones se encuentran en la dimensión psíquica «como en casa».

¿Qué queda para el plano *espiritual*? Algo infinito: lo «humano primitivo», es decir, la adopción de una postura libre frente a lo corporal y lo anímico. Las decisiones volitivas autónomas («intencionalidad»), el interés objetivo y artístico, el desarrollo creativo, la religiosidad y el sentimiento ético («conciencia»), la comprensión del valor y el amor se asientan en la espiritualidad del ser humano.

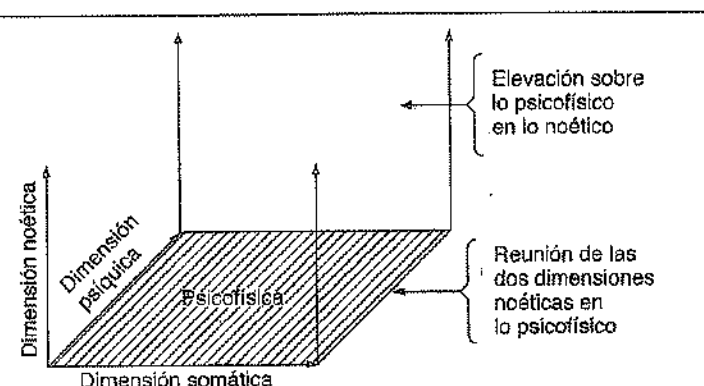
Si clasificamos a los seres vivos de la Tierra según su participación en las distintas dimensiones del ser, obtendremos fácilmente las correspondencias siguientes, donde las mínimas manifestaciones intermedias sólo se hallan en el terreno de la posibilidad:

Plantas, animales, personas → Cuerpo

Animales, personas → Cuerpo, psique

Personas → Cuerpo, psique, espíritu

Como vemos, el plano espiritual (que no tiene nada que ver con la inteligencia o la razón) es el propiamente humano, la dimensión «específicamente humana», también llamada en logoterapia «dimensión noética», a partir de la palabra griega *nóos* (espíritu, inteligencia). Los otros dos planos que el hombre comparte con los animales, es decir, las dimensiones somática y psicosocial (porque, hasta cierto punto,



los animales también tienen emociones y cogniciones), se engloban en logoterapia dentro de la «psicofísica» o bien se denominan «dimensiones subnoéticas».

Como la logoterapia se aplica principalmente en la dimensión noética del ser humano, Frankl formuló, entre otras, la siguiente frase para describirla: «La logoterapia es una psicoterapia desde lo espiritual hacia lo espiritual». A este respecto, la logoterapia contrasta con las otras escuelas psicoterapéuticas, las cuales se inclinan más por la dimensión psíquica del hombre al dedicarse a dilucidar el carácter pulsional subliminal o el historial evolutivo y de aprendizaje de la persona. La logoterapia nunca pone en duda los resultados obtenidos por las otras escuelas, y menos los comprobados empíricamente, pero los localiza precisamente en el nivel bidimensional. El mérito de Frankl consistió en haber integrado los aspectos específicamente humanos del ser de la persona en la psicoterapia tradicional, que hasta entonces había sido, literalmente, una psicoterapia «sin espíritu».

Dentro de nuestro esquema dimensional, se desprende de la tridimensionalidad del hombre que lo propiamente humano sólo puede aflorar cuando nos atrevemos a entrar en la dimensión de lo espiritual. El hombre sólo se percibe como hombre en tanto que incluimos esta «tercera» dimensión en su contemplación: sólo entonces divisaremos al hombre como tal. Es decir, mientras la vida vegetativa de la persona aún se explique sin más dentro de la dimensión de lo corporal y su vida animal, con ciertas reservas, dentro de la dimensión de lo psíquico, la existencia humana como tal, la existencia espiritual personal no se desprenderá de esta bidimensionalidad ni entrará en este «plano» de pura psicósomática: como máximo, el Homo humanus puede proyectarse hacia este plano bidimensional. De hecho, esto conforma la esencia de lo que llamamos proyección: siempre hay una dimensión que se sacrifica (siempre se proyecta hacia la dimensión inmediatamente inferior).

Tal proyección tiene dos consecuencias: la aparición de 1) ambigüedades y 2) contradicciones. En el caso 1), la consecuencia está motivada por la siguiente circunstancia: lo distinto se reproduce de igual modo en una única y misma proyección; en el caso 2), el motivo es el siguiente: una única y misma cosa se reproduce de distinto modo en distintas proyecciones. (Frankl, 6)

La psicoterapia, con sus muchas y distintas orientaciones, no está precisamente yerma de ambigüedades y contradicciones. Refiriéndonos a las palabras de Frankl, podemos suponer que la psicoterapia sigue padeciendo las consecuencias de proyecciones improcedentes. Lo más humano del hombre, como su sistema de valores o su anhelo innato de sentido, no se puede perder en la jungla de las interpretaciones psicológicas. La logoterapia se esfuerza por evitar estos errores percibiendo lo espiritual como la dimensión propia —y verdadera, aunque no única— del ser humano y tratando de responder a la pregunta de si la influencia de lo espiritual en las otras dos dimensiones puede aprovecharse para fines curativos. Debido a ello, no desprecia lo psicosocial ni lo somático, sino que se fija un objetivo de investigación dirigido a explorar hasta qué punto las fuerzas espirituales del hombre se pueden movilizar para

- a) eliminar frustraciones espirituales,
- b) corregir trastornos psíquicos,
- c) aliviar dolencias (psico)somáticas.

Y para ello, la logoterapia es capaz remontarse a más de 70 años de investigación que han proporcionado resultados de elevada trascendencia. Allí donde la psicología tradicional descubre esencialmente «dependencias psíquicas», la logoterapia saca a la luz «independencias espirituales», y allí donde la psicoterapia convencional analiza «acuerdos neuróticos», la logoterapia registra «compromiso existencial». Es un complemento único, un avance adicional como el que, en

otras circunstancias, sólo consigue la cura de almas pastoral, si bien ésta sólo llega a un grupo de personas creyentes y vinculadas a una confesión.

Es obvio que al paciente hay que ayudarle en el plano de su existencia donde ocurre el trastorno. De ahí la necesidad de medicamentos (incluso psicofármacos) o, si es necesario, electroshocks en el plano somático, alivios catárticos, ejercicios de terapia conductista o estrategias cognitivas de resolución de problemas en el plano psíquico, y «procedimientos intermedios», como técnicas de relajación (entrenamiento autógeno, yoga) y procedimientos de sugestión en el área de transición psicosomática. Pero para prepararse para un tratamiento integral, también se necesitan métodos curativos que penetren en la dimensión noética del ser humano; estos huecos los llena la logoterapia, que, por otro lado, se puede combinar satisfactoriamente con las ayudas en el nivel subnoético, por no citar sus extraordinarias posibilidades de combinación al «mismo» nivel con la ya mencionada cura de almas pastoral o con todas las formas de terapia artística y cursos de formación.

De lo dicho hasta ahora se desprende claramente la importancia de poder diferenciar la dimensión psíquica del hombre de la dimensión espiritual, y de no mezclar la una con la otra (la confusión es menor con respecto a la dimensión somática). Quien quiera estudiar a fondo la logoterapia deberá familiarizarse con la asociación de ideas logoterapéutica del «antagonismo noopsíquico» que tan claramente caracteriza, en virtud de sus tesis, la existencia humana. Se trata, nada menos, que de la oportunidad de un enfrentamiento fructífero entre «psique» y «espíritu» dentro de la persona.

El hombre representa una intersección, una encrucijada de tres capas del ser: la corporal, la psíquica y la espiritual. Es imposible separar estas tres capas existenciales con la suficiente nitidez. Sin embargo, sería incorrecto decir que el hombre es un compendio de cuerpo, psique y espíritu: al contrario, el ser humano es unidad y totalidad. Pero dentro de esta uni-

dad y totalidad, la parte espiritual del ser humano se enfrenta con su parte corporal y psíquica. Esto constituye lo que llamé una vez el antagonismo noopsíquico. Así como el paralelismo psicofísico es obligado, el antagonismo noopsíquico es facultativo: siempre es posibilidad, pura potencia; pero es una potencia a la que siempre se puede apelar, y es precisamente el médico quien debe hacerlo: siempre hay que hacer una llamada al «poder de obstinación del espíritu», tal como yo lo llamo, contra la aparentemente tan poderosa psicofisis. (Frankl, 7)

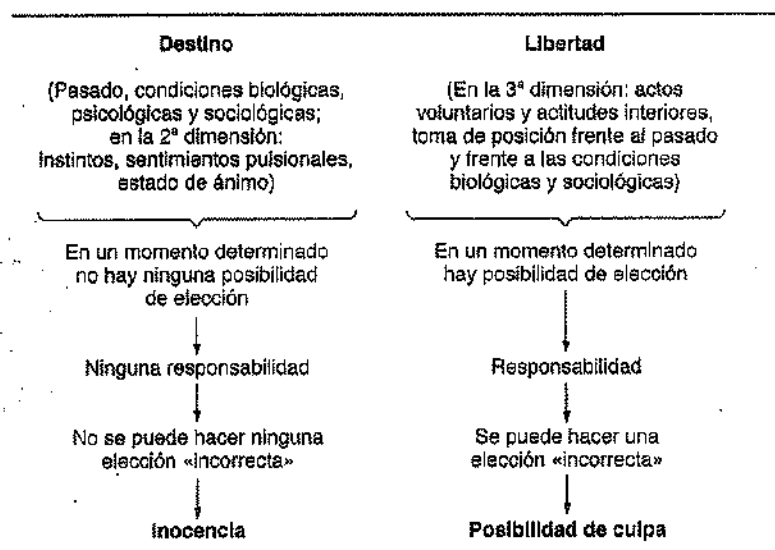
Por tanto, según el antagonismo noopsíquico, las dimensiones psíquica y espiritual del ser humano no se limitan simplemente a coexistir de cualquier manera, sino que se relacionan mutuamente y, a veces, incluso se contradicen. Por ello, en los capítulos siguientes miraremos con lupa algunos criterios que nos ayuden a diferenciar los dos planos para mostrar claramente las enormes posibilidades de su «potencia antagonista» para la psicoterapia. Se trata de cuatro criterios distintivos: destino y libertad, propensión a enfermar y constitución intacta, orientación al placer y orientación al sentido y carácter y personalidad. Allí donde se hace caso omiso de estos criterios y, en cambio, se reducen todos los fenómenos espirituales a lo psíquico (lo que equivale a una proyección de la tercera dimensión a la segunda), aparecen caricaturas críticas del ser humano, contra las que Frankl previene debidamente. Éstas son las caricaturas:

Pandeterminismo → Quien niega la libertad del hombre, debe definirlo en consecuencia como un ser abandonado a su destino.

Psicologismo → Quien pierde de vista la invulnerabilidad de la existencia espiritual, pronto ve en el hombre un simple aparato psíquico propenso a enfermar.

Reduccionismo → Quien ignora la orientación al sentido del ser humano, cae en la tentación de interpretar cual-

él. (Esto no dice nada respecto a si nos hemos convertido en culpables *en él*, esto es, cuando todavía teníamos posibilidades de elegir.) Por otro lado, allí donde existen posibilidades de elegir, hay que hacerse responsable de la elección hecha. Y puede suceder que la elección sea mala o incorrecta. No es fácil definir las parejas de términos «bien o mal», «correcto o incorrecto»; por ello, en logoterapia se sustituyen por los conceptos «más o menos llenos de sentido», es decir, se ajustan al sentido concreto de cada situación de la vida. Por tanto, la culpa será «la elección en contra del sentido».



Actualmente la humanidad ha llegado a un máximo de conciencia —de saber, de ciencia— y a un máximo de responsabilidad; pero, al mismo tiempo, a un mínimo de conciencia de responsabilidad. El hombre de hoy sabe mucho —más que antes— y también es responsable de mucho —de más que antes—; pero sobre qué sabe menos que antes, eso es su responsabilidad. (Frankl, 9)

En opinión de la logoterapia, el destino nunca explica completamente la conducta de una persona, porque ella no es víctima, sino coautora de su destino. La logoterapia lamenta la tan extendida «ideología victimista» de la psicología, la inclinación a conceder disculpas psicológicas mediante declaraciones de dependencia de la persona. Resulta demasiado frívolo suponer, por ejemplo, que un asesino, en virtud de unas circunstancias infantiles miserables o de unos sentimientos de odio estancados durante mucho tiempo, *debería* asesinar. Naturalmente, la crítica logoterapéutica no se refiere a casos en los que exista una incapacidad de culpa a causa de una psicosis. La logoterapia se refiere a casos auténticos como el siguiente: después de estrangular a su mujer y matar a sus dos hijos a puñaladas, un sueco de 41 años fue declarado inocente a causa de un supuesto complejo materno grave. El jurado lo envió a un hospital psiquiátrico del que fue dado de alta a los pocos meses como curado. Después cobró el dinero del seguro de vida de su mujer y se dedicó a pasárselo bien con su amante, a la cual su mujer y sus hijos se habían enfrentado.

La logoterapia opina al respecto que una persona siempre puede adoptar espiritualmente una actitud en relación con sus circunstancias infantiles, sentimientos de odio y complejos maternos, y decidir lo que hace con ellos, y que supone la peor de las «condenas» denegarle este último margen de maniobra y considerarlo una marioneta sin voluntad y carente de espíritu, un «homo-autómata», un producto de la herencia y el entorno al que le dicen que está sometido ineluctablemente a las condiciones del medio. Es precisamente esta afirmación la que caracteriza al *pandeterminismo*, que ha cometido el error de no excluir nada de una interpretación determinista. Pero, en realidad, en la vida humana todavía queda una variación constitutiva personal que no está fijada, un resquicio de impredecibilidad.

La logoterapia ha dado la vuelta a la antigua pregunta determinista de cómo se establecen de antemano los actos y sentimientos de una persona, y ha preguntado de dónde

viene ese resto de indeterminación que no debe eliminarse y que persiste incluso en situaciones de necesidad y enfermedad. Y su respuesta es que proviene de la dimensión noética. Gracias a ella, el ser humano es capaz de obstinarse frente a su destino, distanciarse de su estado interno, ofrecer resistencia a sus circunstancias externas o aceptar heroicamente sus límites. En el plano psíquico no existe realmente tal libertad: nadie puede elegir su estado anímico. Los miedos, la ira y los sentimientos instintivos no se pueden destituir; los condicionamientos no se pueden anular; no podemos escabullirnos de las formaciones sociales preestablecidas ni levantar las barreras de las aptitudes. Quien reduce lo espiritual a lo psíquico, como hace el pandeterminismo, despoja al ser humano (al menos teóricamente) de su propia responsabilidad y lo abandona a su destino.

¿Qué significado tiene todo esto para la psicoterapia práctica? Muy sencillo: si permitimos la libertad espiritual incluso en el hombre psíquicamente trastornado, también deberemos respetarla. El paciente comparte —siempre que su dimensión espiritual continúe estando sobre todo «abierta»— la responsabilidad de su curación y también tiene libertad para destrozar su vida. Al fin y al cabo, la curación nunca «se hace», sólo se puede fomentar y depende de las fuerzas de autocuración del cuerpo y la psique y de la predisposición curativa del espíritu. Por ello, uno de los principios del procedimiento logoterapéutico es:

Hay que prestar ayuda,
pero no eximir de responsabilidad.

Por desgracia, en la psicoterapia ocurre a menudo lo contrario. Concretamente, se presta menos ayuda porque un terapeuta funciona estrictamente sin directivas o porque se escuda tras el muro impenetrable, por así llamarlo, de la ausencia de comentarios, mientras, por otro lado, al paciente se le exime de toda responsabilidad al atribuirse todos sus dilemas a conflictos internos y externos iniciados por otros,

lo que acaba convirtiéndolo en una víctima desamparada. Frente a esta situación, la logoterapia ofrece una ayuda concreta, pero la responsabilidad la sigue teniendo el paciente.

Un «órgano de sentido» llamado conciencia

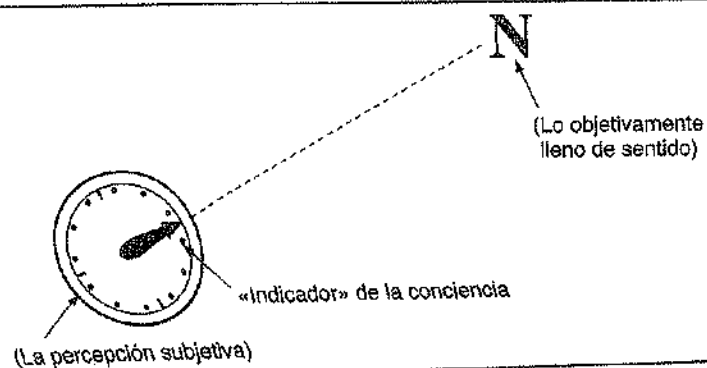
Hemos descrito el antagonismo noopsíquico a partir de la dialéctica del destino y la libertad. En esta oposición, la «condicionalidad» psíquica del ser humano, en tanto que fatídica en algún momento, se enfrenta con la «incondicionalidad» espiritual del ser humano, en tanto que libre en algún momento. Hemos contrastado lo psíquicamente impuesto con lo espiritualmente elegible. De la libertad así constatada (no en el sentido de *estar libre de*, sino de *ser libre para*) hemos deducido la responsabilidad principal y la posibilidad de culpa del ser humano. Pero aquí no acaba la cadena de conclusiones lógicas, porque igual que la libertad presupone posibilidad de elección, la elección más o menos llena de sentido presupone la *comprensión* de lo «lleno o carente de sentido», y para garantizar esta comprensión, el organismo humano necesita un «órgano» especial: la conciencia moral.

El sentido no sólo debe, sino que puede encontrarse, y la conciencia guía al hombre en esta búsqueda. En una palabra, la conciencia es un órgano de sentido. Se podría definir como la capacidad de rastrear el único e irrepetible sentido que se esconde detrás de cada situación. (Frankl, 10)

La conciencia proporciona a la persona un sentido transubjetivo que marca el rumbo de los valores en el mundo, de su conservación y de su multiplicación, y no un sentido subjetivo al servicio de la satisfacción de las necesidades propias. Sería muy peligroso reducir las decisiones de conciencia a la percepción de una «manifestación subjetivamente llena de sentido». En ese caso, cualquier terrorista podría pensar que le parece sensato poner bombas. Pero no nos referimos a es-

te tipo de «sentido para él mismo». Se trata más bien de un «sentido en sí mismo», del sentido que pueda tener el hecho o de la situación. Efectivamente, no tiene sentido poner bombas para causar daños a personas inocentes, por mucho que ello se ajuste a los planes de «alguien». Naturalmente, a veces hay muchas cuestiones que afloran al enjuiciar una situación, y los errores tampoco están excluidos. Errar es humano. Sin embargo, dejarse guiar por un sentido objetivo es el mejor criterio de que disponemos para las decisiones de conciencia.

Para entender mejor cómo algo tan subjetivo como la conciencia puede percibir algo tan objetivo como el «sentido de la situación» utilizaremos la metáfora de la brújula: el norte sería lo objetivamente más lleno de sentido que se corresponde con cada situación en la vida de una persona, mientras que la brújula sería el correspondiente órgano espiritual de la persona, capaz de recibir la «llamada destinada a ella». Finalmente, la aguja sería el «instrumento indicador» de la conciencia que apunta a una tarea concreta. Esto significaría que, en el caso de dos personas que se hallan en una situación idéntica, la conciencia debería indicar lo mismo, siempre que ninguna de ellas esté equivocada. Pero esto no es más que una reflexión ficticia, porque nunca hay dos situaciones en la vida idénticas, ni en el transcurso de una sola vida, ni en comparación entre varias personas. Por ello, Frankl calificaba el sentido que hay que encontrar en cada momento como «único e irrepetible».



Ahora bien, la conciencia se puede equivocar, lo que estaría simbolizado con una aguja titubeante, que pierde el norte. Pero cada persona también es libre de obrar en contra de su conciencia, es decir (y volviendo a la metáfora), caminando hacia el sur con una brújula que funciona correctamente en la mano. La libertad interior en el plano noético también es una libertad ante la conciencia (si bien no una libertad respecto al contenido de los mensajes de la conciencia). Probablemente, esta especie de «marcha al sur» es sensiblemente más frecuente que la indicación errónea de la propia conciencia, y sus consecuencias son peores: el «norte» estará cada vez más lejos. La práctica logoterapéutica nos ha enseñado que muchas enfermedades mentales se deben únicamente a una «falta de sintonía» con la propia conciencia, a «vivir contra el mejor Yo».

La psicología ha utilizado durante mucho tiempo el término «superyó» como sinónimo de conciencia, lo que, según Frankl, no es lícito. El superyó definido por Freud representa el conjunto de normas y costumbres adoptadas, es decir, la conciencia transmitida e inculcada durante nuestro crecimiento por padres, maestros y autoridades eclesiásticas y estatales. En cambio, la conciencia es una comprensión de valores, anterior a toda moral, que lleva cada uno de nosotros de manera intuitiva. Es el sentir ético, originalmente inconsciente, que forma parte de nuestro «equipamiento básico» existencial. Por lo tanto, si un criminal quisiera excusarse alegando que su conciencia no está lo suficientemente desarrollada, habría que objetarle que, en todo caso, su superyó puede estar débilmente desarrollado, pero su conciencia «habla» igual que la de los demás.

Generalmente el superyó coincide con la voz de la conciencia en una persona. Un robo, por ejemplo, contraviene los usos sociales y también es rechazado por la conciencia como un «acto asocial». Pero podemos imaginar situaciones donde la conciencia personal de alguien podría apoyar el robo como algo «lleno de sentido», por ejemplo, para salvar a un hijo de morir de inanición. Si recurrimos otra vez a una

metáfora, podríamos decir que el superyó se asemejaría a una norma de circulación interiorizada, consistente en parar con el semáforo en rojo y arrancar con el semáforo en verde. Si la calle que se quiere cruzar está totalmente vacía, seguro que la conciencia personal no tiene ningún inconveniente en pasar también en rojo. Pero si fuera una persona mayor y con problemas de visión la que tuviera que cruzar, la conciencia le aconsejaría contener la aceleración incluso con luz verde. Como vemos, la conciencia se orienta hacia el sentido de cada situación y el superyó hacia las leyes transmitidas y establecidas.

Frankl formuló a este respecto una interesante tesis según la cual las rupturas de la tradición en la historia de la humanidad a menudo se atribuyen a un creciente abismo entre el superyó y la conciencia de un gran número de personas. En un ejemplo citado por él se habla de la esclavitud «consentida» durante siglos por la conciencia de la población y de cómo surgió de forma subliminal un malestar cada vez más intenso en la base de la conciencia, hasta que un día se hizo evidente y encontró su expresión definitiva en la abolición de la esclavitud. En este orden de cosas, actualmente podríamos hallarnos en una ruptura de tradición semejante con respecto a otra antigua norma del «superyó»: la defensa de la patria. El peso del terrorismo heredado de la protección está anclado biológica y sociológicamente en lo más profundo del ser humano. Sin embargo, a finales del siglo XX, y a la vista de un armamento moderno que ya no respeta ninguna frontera, despertó en todo el mundo un nuevo malestar que chocaba con aquella norma transmitida del superyó. Mucha gente empezó a preguntarse, y sigue haciéndolo, si en la era de los misiles nucleares quizá no tendría más sentido dejar a la patria indefensa en vez de continuar armándola.

En el marco de la psicoterapia, la problemática del superyó es, en cualquier caso, claramente reconocible y totalmente delimitable por reflexiones de conciencia verdaderas. Un paciente que no deja de torturarse por lo que «la gente» pueda pensar u opinar de él, escuchará a escondidas

a su superyó. Otro paciente que en el proceso de decisión se esfuerza por comprender el sentido de una cosa, está sometándose al mismo tiempo a un examen de conciencia.

La dialéctica de la propensión a enfermar y la constitución intacta

Viktor E. Frankl partía del hecho de que el hombre podía enfermar en los planos somático y psíquico, pero nunca en su dimensión noética. Las «enfermedades de espíritu» [*Geisteskrankheiten*], tal como se denominan los cuadros psicóticos en la ciencia popular, no son originalmente afecciones psíquicas, sino trastornos de las células nerviosas y, por tanto, son enfermedades somatógenas. Obviamente, al psicótico, al perturbado, al demente, al paciente de Alzheimer, les corresponde una dimensión espiritual intacta, incluso cuando, bloqueada por procesos patológicos psicofísicos, ha dejado de estar parcial o temporalmente disponible.

Quien sabe lo que es la dignidad, la dignidad incondicional de cada persona, siente también un profundo e incondicional respeto por el ser humano; también por el ser humano enfermo, por el enfermo incurable y aun también por el enfermo de espíritu [Geisteskranken, psicótico] incurable. Y es que, en realidad, las enfermedades «de espíritu» no existen, porque el «espíritu», la propia persona espiritual, nunca puede enfermar y siempre está presente detrás de la psicosis, incluso cuando ni siquiera es «visible» a ojos del psiquiatra. (Frankl, 11)

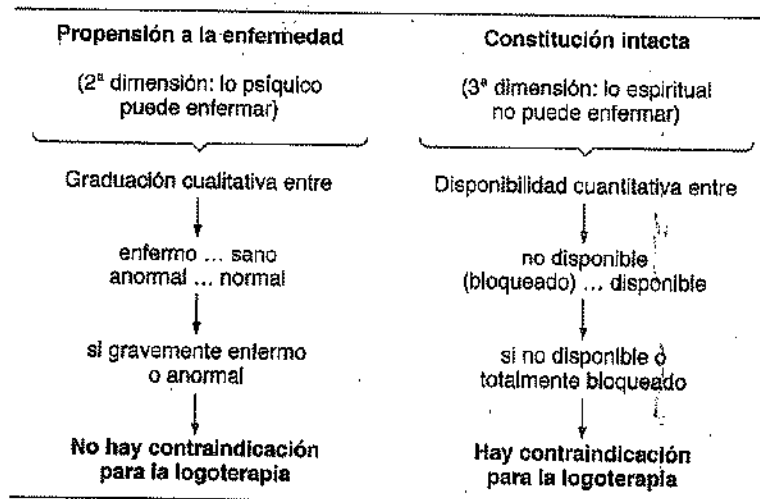
La dimensión espiritual del ser humano no se pierde. Está latente en el niño, pero todavía sin florecer, preinstalada, pero aún sin desarrollar, como el lenguaje en el recién nacido. Habita en las personas con daños cerebrales y demencia senil, velada únicamente por factores perturbadores biológicos, y en los esquizofrénicos, aunque limitada por los obs-

táculos neuroquímicos. Va y viene en el drogodependiente, aunque neutralizada por influencias artificiales. La espiritualidad del hombre siempre existe en potencia, y sólo este hecho garantiza al ser humano su inviolable dignidad.

Visto desde fuera, lo específicamente humano se anula sensiblemente con el bloqueo progresivo de lo espiritual. Así, un niño pequeño, una persona ebria o un retrasado mental apenas se diferencian de un animal inteligente, puesto que la libertad espiritual y la capacidad de discernimiento, y con ellas, la capacidad humana de decisión y la responsabilidad, están drásticamente reducidas. Sin embargo, sigue existiendo una diferencia en aquella potencialidad que no hay que perder, en la existencia de una dimensión ubicada más allá de la salud y la enfermedad (o de la inteligencia y la falta de ella), aunque no pueda manifestarse (más) —eventual o constantemente— a través de las otras dimensiones del ser.

De aquí podemos extraer una serie de conclusiones para determinar las indicaciones y contraindicaciones del tratamiento logoterapéutico. Allí donde la dimensión noética de una persona esté «dormida», es decir, completamente «ofuscada» por la inconsciencia, la inmadurez o la enfermedad en otro plano del ser, será imposible aplicar cualquier ayuda logoterapéutica. La logoterapia se podrá aplicar en el resto de casos y, en consecuencia, también en niños mayores, adolescentes e incluso en personas con un nivel moderado de demencia senil, retraso mental o psicosis, dependiendo de la apertura de sus espacios espirituales libres, los cuales, según muestra la experiencia, a menudo son mayores de lo que se podría imaginar en un principio.

El cuadro ilustra claramente cómo dentro de la dimensión psíquica (e, igualmente, en la dimensión somática) se producen graduaciones cualitativas. Hay muchos matices entre «enfermo» y «sano» y entre «anormal» y «normal» o, tal como se prefiere decir actualmente, entre «con trastorno» o «sin trastorno». Cada uno de nosotros se halla siempre en algún lugar de este continuo entre dos polos, tanto en lo que nos afecta a los estados anímicos como a los corporales.



En cambio, en el plano espiritual se dan más bien disponibilidades cuantitativas entre los extremos «totalmente abierto» y «completamente bloqueado». Así, mientras que en el área psíquica (y también en la somática) una afección, anormalidad o trastorno graves no suponen ninguna contraindicación para el apoyo logoterapéutico, la pérdida de disponibilidad de la dimensión noética constituye la única contraindicación de peso para aplicar la logoterapia. En el caso de los niños pequeños o en casos de ofuscación considerable de la conciencia, defectos cerebrales graves, pérdida masiva de la realidad, degradación crónica de la personalidad, etc., la persona espiritual a la que están dirigidos todos los argumentos y llamadas logoterapéuticas ya no es alcanzable.

Especifiquemos ahora los campos en los que la siembra logoterapéutica puede dar sus frutos. Se trata de los trastornos corporales y psíquicos que tienen su repercusión en lo espiritual, así como de las frustraciones de espíritu que repercuten en lo psíquico y en lo psicósomático. La logoterapia siempre se aplica allí donde se produce una interacción entre lo psicofísico y lo espiritual, pero es precisamente esto lo que caracteriza en suma el palpitar de la vida: la com-

binación y la unión de lo material y lo ideal, lo propenso a enfermar y lo intacto, lo transitorio y lo permanente.

¿Y si rechazamos que en el ser humano existe algo íntegro, inmaculado e invulnerable; que pueda haber algo intacto, aunque se salga de la norma; que, efectivamente, haya verdad pese a la enfermedad, sufrimiento pese a la salud? Si así fuera, veríamos al hombre como una máquina que necesita una reparación. Entonces, las desviaciones de la norma únicamente pondrían de relieve debilidades funcionales, y así, quien no funciona como se espera de él, es que está enfermo. Si, por ejemplo, a un paciente no le entusiasma mucho su terapeuta, tendrá «reticencias contra él»; si un indeciso pregunta por el sentido de su vida, tendrá «autoagresiones»; si un artista se pelea por dar forma al esbozo de una obra, tendrá «complejos de inferioridad». Rápidamente desembocamos en una discriminación general de los actos y las demandas espirituales, en un hiperdiagnóstico de todas las expresiones humanas que olvida que hay una instancia en el ser humano situada más allá de la salud y la enfermedad, una instancia capaz de realizar exposiciones sustanciales que ya no se dejarán interpretar como simples productos de una génesis psicológica o psicopatológica, tal como lo intentan el *psicologismo* y su pariente, el *patologismo*.

El psicologismo sólo ve máscaras por doquier, y tras ellas sólo admite motivos neuróticos. Todo le parece adulterado, impropio. Quiere hacer creer que el arte, «al fin y al cabo, no es más que» la huida de la vida o del amor; que la religión no es más que el miedo del hombre primitivo a poderes cósmicos. Y entonces, los grandes creadores intelectuales son depuestos en calidad de neuróticos o psicópatas. Por tanto, con cierto alivio, uno puede afirmar, según este «desenmascaramiento» perpetrado por un psicologismo revelador, que hasta una persona como Goethe, en el fondo, «no fue nada más que» un neurótico. Esta corriente no ve nada verdadero, es decir, no ve verdaderamente nada. (Frankl, 12)

En el psicologismo se ha ido introduciendo ese error de concepto que se empeña en proyectar fenómenos del espacio espiritual al plano psicológico-sociológico. Esta corriente niega la individualidad humana en virtud de la cual las desviaciones de la norma no tienen por qué ser indicadores patológicos, sino formas personales de un proyecto de vida, que más bien son la expresión de lo que ha quedado intacto en la persona. Las desviaciones de la norma sólo son «síntomáticas» en lo psicofísico, es decir, para una enfermedad. En cambio, en lo espiritual halla su forma esa parte peculiar de cada persona que no se puede calibrar.

Del mismo modo que el pandeterminismo niega al hombre la libertad y la responsabilidad, el psicologismo cierra los ojos ante lo auténtico del ser humano, ante la creatividad y la espiritualidad verdaderamente humanas.

La dialéctica de la orientación al placer y la orientación al sentido

La logoterapia se diferencia de las otras orientaciones psicoterapéuticas principalmente por su concepto de motivación al poner en duda la tan de moda «filosofía» psicológica de la «felicidad», según la cual la felicidad es la satisfacción de las necesidades. Sin embargo, si consideramos la dimensión noética del ser humano, la felicidad consistiría en la satisfacción de un sentido. Las investigaciones logoterapéuticas han demostrado que, por una tarea llena de sentido, las personas están dispuestas a asumir renunciaciones y, si es necesario, dejar las necesidades insatisfechas. El bienestar corporal y mental interpreta un papel secundario en la búsqueda de sentido. En cambio, ningún bienestar psicológico de no importa qué tipo podrá equilibrar un fracaso en esta búsqueda, tal como se observa fácilmente en la práctica psicológica.

¿Cómo se puede explicar esta discrepancia en la concepción del significado de felicidad? Indudablemente, a partir

de los inicios de la psicología y la psicoterapia europeas como ciencias. Por lo menos la primera mitad del siglo XX, cuando se desarrolló la psicología, estuvo ensombrecida por épocas de extrema urgencia. Guerras mundiales, crisis económicas y desempleo masivo se sucedían uno tras otro. Es comprensible que en aquella época sólo se deseara una cosa: liberarse de la urgencia diaria. La gente pensaba que sería feliz si simplemente cesaba la constante opresión de la lucha por la supervivencia y, con ello, el tener que agachar la cabeza, reprimirse y renunciar.

La psicología tampoco podía ayudar en lo tocante a la urgencia exterior, y por ello se concentró en la liberación de la urgencia interior. Siguiendo la tendencia generalizada, hizo suya la tesis de «la felicidad mediante la liberación» y se fijó como objetivo liberar al individuo de sus trabas instintivas internas, del peso del miedo a la autoridad, de las determinaciones exteriores e, incluso, en la medida de lo posible, de la «mala conciencia». La psicología enarboló la bandera del «vuelve por fin a pensar en ti mismo» como mandamiento principal y enseñó a los que buscaban consejo a luchar por sus reivindicaciones, a rechazar categóricamente las demandas excesivas y a disfrutar del derecho de satisfacer las propias necesidades.

Frente a esto no había réplica alguna y hoy todavía estaríamos seguros de haber tomado el camino correcto si en la segunda mitad del siglo XX la situación económica de los países industrializados no hubiera cambiado radicalmente a mejor. El bienestar se generalizó y, paralelamente, la población se liberó de prácticamente todas las urgencias. Ya no se pasaba hambre, las restricciones sexuales desaparecieron, había puestos de trabajo en abundancia (hasta la década de 1990), los temibles personajes autoritarios desaparecieron por completo y aumentaba súbitamente el tiempo de ocio, con sus incontables formas de entretenimiento al alcance de cualquier bolsillo. Toda la «urgencia interior» que la psicoterapia de la época había podido eliminar fue superada ahora por el milagro económico y la eliminación de la «urgencia

exterior». Pero la tan esperada felicidad no llegó. En su lugar, las estadísticas de suicidios, muertes por toxicomanías, crímenes y divorcios traumáticos se dispararon a cotas elevadísimas y, en general, se registró un aumento indescriptible de personas neuróticas, destrozadas, malhumoradas y profundamente insatisfechas. La tesis de que la felicidad se encontraba en la satisfacción de la urgencia necesitaba ser revisada.

En consecuencia, también se hizo necesaria una revisión de la comprensión psicológica tradicional del ser humano, y se realizó desde la orientación logoterapéutica. De hecho, Frankl había reconocido con perspicacia, ya en la década de los treinta, que el hombre no sólo necesita saber «por qué» vive, sino que también quiere saber «para qué» vive; no sólo necesita «vivéres» para subsistir, sino también objetivos en la vida. La inquietante pregunta de épocas anteriores que había movido al ser humano en tiempos de urgencia, «¿qué hago para vivir?», se invirtió en los años del bienestar, no sin resultar menos inquietante: «Vivo, ¿para hacer qué?». La vida asegurada en todos sus aspectos, esa vida que proporcionaba todos los lujos, se convirtió en algo evidente, pero el «para qué» de la vida reventó y generó un espantoso vacío de respuestas.

Un impresionante ejemplo de ello es el de un informe finlandés, según el cual el consumo de alcohol se multiplicó por seis desde la introducción de la calefacción central en el país. La relación puede resultar extraña, pero en el fondo es lógica, dado que *antes* de este adelanto técnico, las familias dedicaban los fines de semana a hacer acopio de madera en el bosque para almacenar de cara al invierno. Aquellas excursiones eran una oportunidad para el recreo, la conversación, el mantenimiento de la forma física y constituían una ocupación personal llena de sentido. Pero *después* bastó con girar una ruedecita en el aparato de calefacción para caldear la habitación. ¿Qué hacer entonces con los domingos? Mucha gente se veía impelida a quedarse «pegada» al televisor y, a causa del profundo aburrimiento, consumir una cerveza tras otra...

Lo que ilustra esta problemática no es otra cosa que la tensión del antagonismo noopsíquico, que en la teoría se expresa como la oposición entre el «principio de homeostasis» y la «noodinámica» (Frankl). Según el principio de homeostasis del plano existencial bidimensional de seres humanos y animales, los deseos instintivos que se acentúan (como el hambre, la sed, el deseo sexual, la necesidad de seguridad, entre otros) exigen una abreacción y una satisfacción para que el ser vivo recupere su equilibrio interno. Entonces, el ser vivo descansará hasta que una nueva presión instintiva vuelva a ponerlo en movimiento. Por tanto, la conservación del equilibrio interno (la homeostasis) es la fuerza motivadora primigenia desde la que se acomete toda empresa. Sin el «acicate», externo o interno, del malestar no se produce ninguna acción.

Este principio autorregulador es válido en el reino animal, pero no se puede trasladar tan fácilmente a un «ser que, además, es espiritual», como el hombre, tal como se ha demostrado repetidas veces, precisamente en épocas de satisfacción generalizada de necesidades. Para nosotros, los seres humanos, un equilibrio ponderado de la dinámica de los instintos significa cualquier cosa menos paz y satisfacción interior. Inmediatamente se genera un sentimiento de superficialidad y de vacío, una falta de objetivos (¿a qué aspirar cuando la mayoría de necesidades están satisfechas?) y una reducida afirmación de la existencia. En casos extremos, se llega a morir «viviendo en una jaula dorada» o a un atrofiamiento anímico por falta de motivos para expandirse.

Que hasta hoy la higiene psíquica haya estado más o menos regida por un principio fallido es algo que sólo podrá importar en tanto que haya salido del convencimiento de qué es lo primordialmente necesario para el hombre, ya sea paz y equilibrio interior, ya sea distensión a cualquier precio. Pero reflexiones y experiencias únicas han demostrado que el hombre, mucho más que distensión, necesita

tensión: una cierta tensión sana, dosificada. Esa tensión que experimenta, por ejemplo, a través de la exigencia procedente de un sentido en la vida, de una tarea que hay que cumplir, especialmente si se trata de la exigencia de un sentido de la existencia cuya satisfacción está única y exclusivamente reservada, solicitada y encomendada a ese único hombre. Una tensión pareja no daña la salud mental, sino que, al contrario, favorece un estado mentalmente sano. Tanto es así, que esta tensión —la «noodinámica», como a mí me gusta llamarla— constituye todo lo que es humano, porque «ser humano» significa «estar en tensión», de manera irrevocable e indispensable, entre el ser y el deber. (Frankl, 13)

En el principio de noodinámica —en contraste con el principio de homeostasis—, situamos al individuo sano en un arco de tensión entre el ser y el deber, donde el ser es la situación actual (del mundo) y el deber una situación (incluso insignificante) transformada en sentido constructivo. Este deber de transformación no proviene de ninguna prescripción externa endosada al individuo, sino del conocimiento propio de un objetivo lleno de sentido y digno de realizar. Este conocimiento se reproduce en la conciencia como una tarea concreta que, en cierto modo, le espera «exclusivamente» a uno, porque nadie puede satisfacerla en el mismo momento, en la misma medida y con la misma calidad como uno mismo puede hacerlo. Si así se desea, se puede declarar el ser como el hecho percibido real y el deber como el hecho anticipado ideal y desplegar el arco noodinámico entre la realidad y la idealidad.

Naturalmente, esta relación de tensión tiene variaciones de un período de la vida a otro, como también de un día a otro, y pocas veces el deber que hay que perseguir es completamente alcanzable, pero muestra una dirección a la acción humana. Ilustremos esta situación con el ejemplo de un joven estudiante de medicina. El polo del ser contiene, entre otras cosas, la ayuda financiera por parte de los pa-

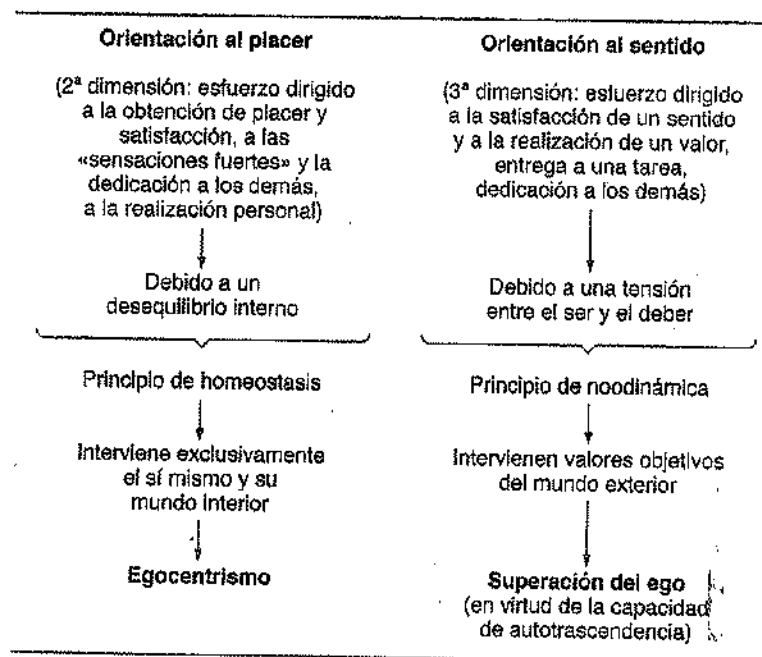
dres, la falta de un radio de acción profesional a su alrededor y una cantidad de gente enferma en el mundo «exterior». El polo del deber es el objetivo avistado de convertirse en un buen médico que resuelva tenazmente la lucha contra la enfermedad y la muerte prematura de sus congéneres y que, a través de ello, y muy especialmente, agradezca a sus padres lo que han hecho por él. Mientras el estudiante se sienta vinculado a esta relación de tensiones, se dedicará a sus estudios con la máxima intensidad.

Si en este ejemplo no intervinieran aspectos noodinámicos sino homeostáticos, deberíamos partir del hecho de que el joven estudia para compensar un desequilibrio existente en su psique (quizás debido a una conciencia de sí mismo débilmente desarrollada). Por ejemplo, él espera que un día, con la carrera acabada y una posición social elevada, disfrutará de un aspecto atractivo e influirá sobre mujeres hermosas, con lo cual su equilibrio interno volvería a compensarse. Es más que discutible que, partiendo de este estado de motivación —insano, porque no se ajusta a lo humano—, el joven pueda comprometerse a acabar los estudios con éxito, porque ¿quién se escondería detrás de voluminosos libros de medicina y empollaría para superar exámenes enervantes sólo para mejorar la conciencia de sí mismo?

En el principio de noodinámica siempre confluye un valor del mundo exterior al que remite el deber, como por ejemplo crear una obra, fundar una familia, construir un hogar, desempeñar una profesión o mejorar unas circunstancias políticas. En cambio, el principio de homeostasis está exclusivamente vinculado al ego. Lo interesante es que en el ser humano se dan ambas cosas: el deseo de placer y la compensación de pulsiones en el plano psíquico, y el esfuerzo por satisfacer un sentido y unos valores en el plano espiritual. Sin embargo, esta segunda es, desde la perspectiva logoterapéutica, la decisiva: la «voluntad de sentido» es la primera y original motivación del ser humano, y si no lo es, vivirá enfermo.

Como en el arco de tensión noodinámico se produce una superación del ego, el ser humano también deberá tener la capacidad de llegar más allá de sí mismo. Frankl se refirió a ella como la «capacidad de autotranscendencia».

La logoterapia considera la autotranscendencia como el nivel supremo de desarrollo de la existencia humana. Se trata del potencial específicamente humano de pensar y actuar más allá de uno mismo en el marco de la «existencia para algo o para alguien» (Frankl), de la entrega a una tarea o de la dedicación a otros seres humanos. En la realización autotranscendente, se trata de una cosa «en sí misma» o de personas «por su propia voluntad», y nunca del objeto de satisfacción de la propia necesidad.



No deja de sorprender que a ninguna escuela psicoterapéutica anterior a Frankl se le haya ocurrido que al ser humano le pudiera pasar algo fuera de lo que hay en él mismo.

En esencia, todos los otros conceptos psicológicos de motivación giran en torno al sí mismo de la persona. Así, la psicología profunda pone la mirada en la máxima obtención de placer a través de la satisfacción de las pulsiones, mientras que la terapia de la conducta se centra en la recompensa y los «mimos» (obtención de aplauso social), y la psicología humanista contempla la realización personal. Según la logoterapia, estas escuelas esbozan una imagen totalmente egocéntrica del hombre que —en una época tan narcisista como la actual—, al retroalimentarse, no consigue nada bueno ni hace justicia, desde su parcialidad, a una criatura que es esencialmente espiritual.

Pero la que resulta especialmente peligrosa es la corriente del *reduccionismo*, la cual, al generalizar el principio de homeostasis, intenta subdividir según el principio de placer todo acto humano orientado a un sentido. En realidad, es un nihilismo disfrazado de psicología.

La posibilidad fundamental de la negación del sentido la encontramos en la realidad evidente de lo que conocemos por nihilismo. Porque la esencia del nihilismo no consiste, tal como se solía aceptar, en la negación del ser. El nihilismo no cuestiona el ser —o, mejor dicho, el ser del ser—, sino el sentido del ser. De ningún modo el nihilismo sostiene que nada existe en realidad; más bien afirma que la realidad no es nada más que aquello a lo que la realidad se ve reducida por el nihilismo en su correspondiente concretización, o aquello de lo que la realidad se desvía. (Frankl, 14)

Según el modelo reduccionista, el amor de padres a hijos no es «nada más que» egoísmo: los primeros satisfacen su instinto paterno en los segundos. La amistad entre dos personas del mismo sexo no es «nada más que» una sublimación curiosa de las tendencias homosexuales de ambas. Con su trabajo, los cooperantes en países del Tercer Mundo sacian su placer de viajar; con sus acciones, los ecologistas satisfacen su deseo de notoriedad; y así sucesivamente. Es,

pues, inevitable que en tales modelos de interpretación, que única y exclusivamente distinguen —negando el sentido— motivos entre la obtención de placer y la evitación de la ausencia de placer, se llegue a una desvalorización de todos los ideales espirituales. Al final sólo quedan momentos de placer que hay que coger al vuelo y momentos de ausencia de placer martirizadores que controlarán el conjunto de la vida humana a causa de la increíble sobrevaloración de su importancia.

Cada vez que preguntamos cómo se puede llegar a una simplificación de este calibre, es decir, a una «reducción» de la imagen del ser humano aún vigente desde hace tiempo en la psicología actual, nos vemos obligados a responder con nuestra declaración: a través de la proyección de fenómenos noéticos en el plano subnoético, o dicho de otro modo, a través de la proyección de fenómenos humanos en el plano subhumano. El reduccionismo es un proyeccionismo, o aún más, un subhumanismo.

El ser humano está relacionado espiritualmente con el mundo (e incluso con el otro mundo) y orientado al logos. Si, erróneamente, lo reducimos al nivel inmediatamente inferior, se reflejará en el terreno psicológico-sociológico como un sistema cerrado en sí mismo, compuesto de funciones y reacciones psicológicas. Entonces, la autotranscendencia de la persona pierde su transparencia. No cabe duda de que, en el terreno puramente psíquico, el placer y la ausencia de placer, el instinto y la satisfacción del instinto son realmente los motores que impulsan a un ser vivo, aunque sea dentro de una jerarquía de necesidades tan compleja como la «pirámide de Maslow», que llega hasta la cima de la realización personal. Pero ni siquiera la idea de la realización personal supera ideológicamente al ego y permanece presa de los conceptos homeostáticos. Por ello, tal como hemos dicho, la logoterapia se desvincula de la psicología humanista y aboga por una «psicoterapia humana».

Sólo desde un pensamiento reduccionista se puede valorar la satisfacción de las necesidades propias como el bien

máspreciado. Pero, de esta manera, el ser humano se degradaría a la altura del hombre de las cavernas. Desposeerlo de su orientación existencial hacia un sentido equivale a humillarlo, porque supone deshumanizarlo.

Un caso ilustrativo

Mediante el estudio de un caso intentaremos demostrar que, de vez en cuando, la práctica consiste en impedir el desarrollo de trastornos psíquicos y que en ella cobra una importancia extraordinaria la imagen del hombre transmitida al paciente. A modo de preparación, mencionaremos antes algunas ideas acerca del conjunto de trastornos mentales que en otro tiempo se agrupaban bajo el término «neurosis».

Las neurosis están causadas por muchos factores: predisposiciones genéticas que concurren con influencias educativas o ambientales críticas, pequeños desarrollos fallidos que resultan ser fatales, y casualidades desgraciadas que, sin notarse, también intervienen. Sobre todo, es el propio afectado quien se rinde a sus trabas internas sin oponer resistencia. En general, se observan dos particularidades de carácter: una fuerte tendencia a la inseguridad y una inclinación a «quedarse atascado» en los pensamientos.

1) La tendencia a la inseguridad

La dimensión espiritual del «neurótico» (hoy «paciente angustiado») está disponible sin bloqueos ni restricciones y su intelecto tampoco se ve afectado. Sin embargo, el paciente no se fía, por así decirlo, de su propio espíritu. No le falta tanto la salud como la certeza de estar sano. Duda de todo, especialmente de sí mismo, y ha perdido la seguridad hasta en las capas existenciales más profundas de su ser. Debido a ello, no se ve a sí mismo capaz de nada («no puedo hacer esto») y, simultáneamente, se ve capaz de todo lo malo («no hago más que estupideces»). Aunque es consciente

de la irracionalidad de unos sentimientos teñidos de negro sin motivo alguno, se ve inducido constantemente a tomarlos en serio. Siempre está huyendo de algo y siempre vuelve a buscar ese «algo». Debido a ello, el paciente se enfada desmesuradamente, llegando incluso a odiarse a sí mismo, lo que le debilita aún más. Se mueve en una especie de círculo vicioso entre la confianza ausente y la desgracia evocada, de la cual ya no podrá escapar. Inseguridad, ansiedad, sentimiento de autoestima reducido e irritabilidad elevada son sus trampas psíquicas.

El neurótico, que se ha vuelto inseguro a causa de un motivo psicofísico cualquiera, necesita ante todo apoyo en lo espiritual. (Frankl, 15)

2) «Quedarse atascado» en los pensamientos

El «neurótico» (hoy «paciente angustiado») no logra desembarazarse de sus pensamientos escépticos y cavilaciones. Se le hace infinitamente difícil poner un punto y aparte. Da continuamente vueltas en su cabeza a pequeñas contrariedades vividas o que podría sufrir y hace una montaña de un grano de arena. En la logoterapia hablamos de una «hiperreflexión» que exagera y agrava cualquier pequeña crisis de la vida.

Es muy probable que el hecho de «quedarse atascado» en los pensamientos tenga un correlato neurofisiológico. Las mediciones de precisión de los potenciales emitidos en la corteza cerebral tras la estimulación de grupos de células aislados en una prueba registran curvas distintas en individuos distintos. En algunas personas, la resonancia de activación posterior al estímulo disminuye con mayor lentitud que en otras. Si los estímulos de los grupos de células se suceden con rapidez, estas personas caen con facilidad en un estado de «tensión permanente». Éste podría ser un punto sobre el que apoyarnos para explicar por qué los pacientes angustiadados son más sensibles, susceptibles y están más ten-

sos que sus congéneres y, en consecuencia, por qué su estado vegetativo acostumbra a reaccionar también con mayor irritación que en otras personas.

Por lo tanto, siempre que una persona registre una fuerte inclinación a la inseguridad, asociada a una tendencia a la hiperreflexión, tendrá el terreno abonado para un trastorno «neurótico». Sin embargo, el uso de la artillería psicoterapéutica pesada no deberá ser inmediato. Tan pronto como la persona insegura se considera un paciente necesitado de terapia, cae todavía más bajo en su pretendida incapacidad para controlar su vida. Lo que debe tener claro el paciente amenazado de neurosis no es el estado de su enfermedad, sino el estado de su (todavía existente) salud. Una sobredosis de psicoterapia acrecentaría tanto su inseguridad («necesito ayuda, solo no lo conseguiré») como las cavilaciones en torno a sus problemas (precisamente, las «conversaciones orientadas al problema» comparten exactamente la misma visión patológica). Lo mejor es animar en este estadio a la persona amenazada para que tenga confianza en sí misma y en el mundo y abandone los pensamientos estériles. Pasemos ahora al estudio del caso anunciado:

Una mujer joven embarazada fue enviada a mi consulta por su médico de cabecera para aprender a realizar ejercicios de relajación. En el tiempo que ella estuvo viniendo regularmente al curso, su marido me propuso un día mantener una conversación a solas con él. A continuación presentamos un esbozo de aquel diálogo, dividido en partes y comentado.

1ª parte

El hombre parecía confundido desde el principio y no abordaba la cuestión. Se limitaba a hablar de cosas superficiales.

Comentario: La inseguridad de aquel hombre en busca de consejo era muy apreciable. Para aliviarlo del posible pen-

samiento de que debía «confesar» algún asunto desagradable, le dije: «Cuénteme sólo aquello que le apetezca contarme». Esta invitación tiene a menudo un efecto paradójico, porque precisamente el freno es lo que abre puertas, y la persona inhibida empieza a explayarse. Sin embargo yo hablaba en serio; la responsabilidad del tema de conversación debía detentarla él.

2ª parte

El hombre explicó que tenía una hernia discal y que ello le ocasionaba distintas molestias en la espalda.

Comentario: Era de suponer que los dolores de espalda tenían algo que ver con el problema que había que tratar. Sin embargo, este «prólogo» no era el más adecuado en la consulta de una psicóloga, dado que las hernias discales no son precisamente su especialidad. En cierto modo, aquí se insinuaba una cavilación en torno a algo que, de momento, no debía estar en el centro de atención. Yo escuché en silencio para dar al hombre la oportunidad de llegar a lo esencial dando un rodeo.

3ª parte

El hombre se extendía en la explicación de sus dolores de espalda. Estaba informado de los detalles médicos y conocía muy bien las distintas relaciones de causa-efecto entre, por ejemplo, conducir prolongadamente y las desviaciones de columna.

Comentario: Un indicio más de la tendencia a la inseguridad de esta persona afloraba en la preocupación por eliminar su falta de seguridad mediante la aportación de datos. No es raro encontrar personas inteligentes, pero con alguna deficiencia psíquica, que son muy versadas en literatura de autoayuda y especializada, pero que no pueden sacar de

ella el impulso decisivo. Con esto quiero decir, fuera de todo «psicologismo», que cualquier interés por un desarrollo autodidáctico es una expresión de inseguridad.

En cualquier caso, las prolijas explicaciones se interrumpieron y yo reconduje al hombre hacia una postura constructiva mediante una pregunta: «¿Puede usted hacer algo para aliviar sus dolores?».

4ª parte

El hombre asintió. Estaba recibiendo masajes especiales y un tratamiento de gimnasia terapéutica. Se produjo una pausa.

Comentario: Por lo visto, se había mencionado la palabra clave. Ahora sólo había que aguardar. Tras la pausa, el hombre se decidió a destapar su problema.

5ª parte

El hombre se avergonzaba de que durante los masajes se excitaba sexualmente. Debido a ello, se incomodaba ante las masajistas, tenía convulsiones y se ponía tenso. Su inquietud hacía estallar una situación que él describió con estas palabras: «¡No quiero! ¡Yo no soy así! Ya no me entiendo ni a mí mismo. Amo a mi mujer y no tengo a ninguna otra en la cabeza. ¿Puede ser que esto me lleve inconscientemente a tener una aventura? Todo esto me oprime, y es para mí muy triste». También dijo que estaba considerando «la huida»: «Lo que más me gustaría es dejar el tratamiento, sólo que no sé cómo podré justificarlo ante mi médico y mi esposa».

Interpretaciones bidimensionales y tridimensionales al respecto

Consideremos el caso anterior desde la ontología dimensional. ¿Qué podemos observar?

En el plano somático

Corporalmente, este hombre en busca de consejo podría registrar un umbral de estímulo sexual bajo, relacionado eventualmente con factores vegetativos y hormonales. Sin embargo, su erección en momentos por él descritos como inadecuados no resultaba nada extraordinaria. Sea como fuere, se producía bajo un clima de estímulo sexual determinado: él estaba desnudo y unas mujeres lo tocaban... Por lo tanto, podemos asegurar que el diagnóstico no presenta ningún indicio de anormalidad.

En el plano psíquico

Mentalmente, los síntomas eran más drásticos, cuando no alarmantes. El hombre estaba sorprendentemente inseguro de sí mismo, se sumía en preocupaciones innecesarias y sobrevaloraba las cosas. Una hipersensibilidad en el terreno del pudor le despertaba las ansias de evitación.

En el plano noético

Espiritualmente, había una declaración nítida: él amaba a su mujer y quería serle fiel. No buscaba ningún contacto sexual fuera de la pareja y las erecciones que tenía durante los masajes no se correspondían con sus intenciones.

Diferenciamos, además, en la situación descrita por este hombre, el «destino» de la «libertad». Su hiperexcitación psicofísica era fatídica (marcada por el destino), psíquicamente orientada hacia la inseguridad y físicamente hacia la estimulación sexual. En cambio, él era libre en su actitud con res-

pecto a sí mismo, a su mujer, al amor sobre todo y también a su problema. Por lo tanto, ¿de qué era responsable? No era responsable ni de sus angustias psíquicas ni de sus reacciones somáticas, ni mucho menos de su respuesta espiritual a ellas.

Aquel hombre que buscaba consejo no necesitaba que le explicaran otra cosa. Lo que ocurría dentro y fuera de su cuerpo, le dije, no podía evitarlo, como tampoco podía elegir los sentimientos que le movían en aquella situación. Sin embargo, sólo él decidía si aprovechaba o no la ocasión para flirtear con otras mujeres e insinuarse con ellas, o si adoptaba o no una distancia firme con respecto al suceso corporal, con la certeza de que amaba a su mujer y de que no trataba de engañarla. Ésta era su libertad espiritual y su decisión personal. Si actuaba de acuerdo con su conciencia, con lo que él encontraba lleno de sentido, actuaría bien y no habría ningún motivo para inquietarse, todo lo contrario, podría sentirse satisfecho de sí mismo.

¿Qué clase de «terapia» era aquello? Estrictamente, ninguna; era prevención de neurosis. El hombre fue tratado como una persona sana. Se le brindó un «apoyo en lo espiritual» dirigiendo su atención hacia ese espacio libre donde dispone de las posibilidades para elegir y las aprovecha. En vez de tener miedo de convertirse finalmente en un «vicioso camuflado», debería estar orgulloso de mantener vivo el amor hacia su mujer con independencia de las situaciones psicofísicas de seducción y presión.

Esta argumentación provocó un alivio inmediato en el hombre («¿Así que no soy anormal?») y un aumento de su seguridad («Estoy muy seguro de lo que quiero»). Además, su erróneo sentimiento de culpa —posiblemente surgido del superyó— se transformó en una verdadera conciencia psíquica de responsabilidad —correspondiente a la conciencia moral—, lo cual, junto con la entrega al espacio vital libre, contrarrestaba su tendencia a la hiperreflexión. El hombre me dio las gracias por la charla y se fue sosegado y fortalecido. Marchó conforme a una regla logoterapéutica según la cual nunca hay que dar el alta a un paciente sin:

- a) respuesta a las preguntas que traía consigo,
- b) esperanza de cualquier posibilidad de mejora,
- c) un pequeño desafío a sus fuerzas espirituales.

Tras nacer el hijo, la pareja me mandó una tarjeta para anunciarme la noticia. Poco después, el padre novato me llamó para agradecerme mis felicitaciones. Yo no abordé la cuestión de su problema por no volver a irritarlo, pero, antes de colgar, dejó caer lo siguiente: «Por cierto, el tema aquel que le confesé en su día, ya está solucionado. Ahora mi cuerpo reacciona con toda normalidad».

¿Curación mediante «no-terapia»? Sea como fuere, el mecanismo de intensificación se desbarató mediante la actitud espiritual del hombre: «No puedo evitar lo que hace mi cuerpo». La inseguridad también desapareció mediante la actitud espiritual: «Sé lo que quiero y lo que no quiero... Me quedo con mi mujer». Todo ello había conjurado el peligro de neurosis y había hecho posible una normalización completa. De aquí podemos sacar la conclusión de que las fuerzas espirituales pueden influir en la curación de lo psicofísico.

En repetidas ocasiones he conseguido curaciones parecidas mediante «no-terapia», es decir, impidiendo la escalada de un trastorno mental incipiente (con o sin consecuencias corporales). Recuerdo, por ejemplo, una universitaria que me pidió consejo porque, desde hacía seis años, después de casi todas las comidas lo ingerido le volvía a la boca y lo tenía que volver a tragar con enorme esfuerzo. A consecuencia de ello, arrastraba una irritación crónica de las encías. Desde el punto de vista médico, no se había descubierto ninguna causa ni ningún remedio, y yo albergaba serias dudas sobre si podría ayudarla. En cualquier caso, hablamos sobre su espacio espiritual libre, sobre las posiciones llenas de sentido en torno a la situación y sobre su responsabilidad en cuanto a no dejarse abatir por este inconveniente. Después de las vacaciones de verano, me explicó radiante de alegría que había ido «olvidando» progresivamente su problema, hasta que

un día se dio cuenta de que hacía tiempo que no devolvía la comida. Al cabo de un año habían desaparecido todos los síntomas.

Para contrastar, aventurémonos ahora a interpretar el caso del marido citado antes en el contexto de una imagen humana bidimensional. En esta visión no existe la dimensión noética y todo lo espiritual se traslada al plano psíquico, donde prevalece el principio de la homeostasis. Por consiguiente, deberíamos especular y decir que la libido sexual de este hombre en busca de consejo habría sido reprimida de algún modo y se despertaría cuando hay mujeres bellas alrededor. Por el contrario, su superyó, inflexible, reclamaría fidelidad conyugal. Para solucionar el conflicto, el hombre se persuade de que ama a su mujer, lo que, expresado a la manera reduccionista, no sería «nada más que» un mecanismo de defensa encaminado a tranquilizar el superyó, pero igualmente se producen esas inoportunas erecciones en las que la libido reprimida se expresa como un síntoma neurótico.

En lo que respecta a la cuestión de cómo se ha reprimido la libido y, por tanto, el hombre no se «satisface» con su propia mujer, podríamos imaginar distintas variantes para una explicación en la imagen humana bidimensional. Una sencilla: el embarazo dificulta la relación sexual. O una desde la psicología profunda: el hombre padece un complejo de Edipo, ha desarrollado un sentimiento de amor-odio con respecto a su madre y transfiere inconscientemente este amor-odio a su mujer, debido a lo cual no puede consumir una relación satisfactoria con ella. Por tanto, el círculo se cierra de la siguiente manera: como la libido quiere fluir, el hombre se fija en otras mujeres con las que no tiene ninguna relación con carga emocional, pero en cambio interviene el superyó...

Mediante la demostración científica no se puede determinar cuál de las dos imágenes del ser humano —la tridimensional (la de la logoterapia) o la bidimensional— es la acertada. Pero una cosa sí es segura: las consecuencias tera-

péuticas serán distintas en cada caso. Un terapeuta que simpatice con la interpretación bidimensional seguramente acostará en un diván al individuo que busca consejo y lo «analizará» hasta que éste sepa que, en realidad, odia a su mujer más que amarla y que su madre tiene la culpa de todo. El terapeuta enviará al paciente a casa con este «saber», pero ¿asumirá también su parte de responsabilidad si el hombre empieza a pelearse con su mujer y a intercambiar malas palabras con su madre, o si el hijo que está a punto de nacer tendrá que crecer algún día sin padre? Mucho me temo que no.

Las estadísticas demuestran que tres cuartas partes de los matrimonios en los que uno de los cónyuges se somete a tratamiento psicoanalítico se separan. Esto no lo han averiguado los logoterapeutas, sino los propios psicoanalistas, quienes presentaron su estadística en una revista especializada donde se indicaba orgullosamente que sus pacientes se habrían liberado de la represión de sus cónyuges. Nada se escribía acerca de los hijos que entretanto perdieron a sus padres. A mí, personalmente, no me gustaría cargar con esto en mi conciencia, pero en una imagen del ser humano bidimensional, lo que precisamente no hay es conciencia.

Para hacer honor al juego limpio, no querría ocultar que los psicoanalistas también ejercen su crítica a la logoterapia. Albert Görres, conocido patriarca del psicoanálisis, la expresó en el siguiente fragmento:

La importancia del espíritu no es por completo desconocida en la psicoterapia. Alguna vez se da la experiencia de que el desprendimiento de las ataduras neuróticas ofrece no pocas veces al ser humano la posibilidad de renovar manifestaciones de sentido enterradas. El hombre empieza a notar lo que podría merecer la aplicación de toda su existencia. Más allá de esto, hay teorías y métodos psicoterapéuticos que consideran tales experiencias de sentido fundamentales como lo propiamente curativo, como los de Viktor E. Frankl. Desgraciadamente, la deferencia por el sentido, la determi-

nación y el objetivo de la existencia viene a menudo acompañada de un cierto descuido de los fundamentos biopsíquicos de las pulsiones y los destinos pulsionales. Por otro lado, el arte de la provocación positiva de las fuerzas espirituales todavía no está bien descrito en la psicoterapia. En esto, la psicología no está versada. (Görres, 16)

En el comentario de los métodos logoterapéuticos veremos que la logoterapia siempre tiene en cuenta la interacción entre las tres dimensiones de la persona, con lo cual el reproche sobre el descuido de los fundamentos biopsíquicos del ser humano no se sostiene. En cambio, sí es cierto que pone el acento en lo espiritual, y que lo espiritual es un mundo nuevo para la psicología tradicional. De hecho, quizá sea éste el ámbito no ponderable ni mesurable que escapa —al fin y al cabo, es un misterio— a los experimentos y test psicológicos.

Pero si hay una escuela psicológica que pueda demostrar conocimientos sobre la «provocación positiva de las fuerzas espirituales», ésa es la logoterapia.

La dialéctica del carácter y la personalidad

Hemos hablado del antagonismo noopsíquico con la ayuda de tres criterios: la dialéctica del destino y la libertad, la dialéctica de la propensión a enfermar y la constitución intacta, y la dialéctica de la orientación al placer y la orientación al sentido. Falta explicar todavía una cuarta particularidad de la imagen logoterapéutica del ser humano, la de la dialéctica del carácter y la personalidad, donde se trata la dimensión personal del espíritu humano. Dos personas pueden tener, de hecho, el mismo carácter, pero nunca serán dos individuos iguales, sino particulares e irrepetibles. También en una colectividad, un grupo de amigos o un conjunto de personas de la misma edad o grupo social, cada elemento conserva su individualidad y, si renuncia a ella, como

sucede en los desacreditados fenómenos de masas, clausurará temporalmente su espiritualidad, su naturaleza humana. Frankl definía a la masa como «la suma de seres despersonalizados».

El carácter (psíquico) es el «ser creado» que se corresponde con un tipo psicológico, una raza y una mentalidad, está predispuesto hereditariamente y formado por el medio. En cambio, la persona (espiritual) es una existencia que «hay que crear», que se enfrenta con su carácter, con sus predisposiciones y con su influenciabilidad. Una de las frases favoritas de la logoterapia es, en realidad, un axioma del modo de ver a la persona: «No hay que consentirlo todo de uno mismo».

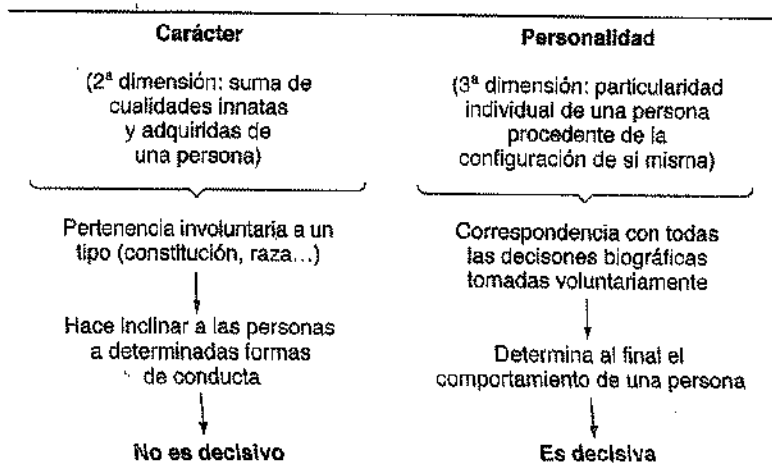
No sólo la herencia y el medio hacen al hombre, sino que el hombre también hace algo de sí mismo («el hombre»: la persona, «de sí mismo»: del carácter). Así, refiriéndonos a la fórmula de Allers, el hombre «tiene» un carácter, pero «es» una persona —a lo que podríamos añadir: «y deviene una personalidad»—. Cuando la persona que uno «es» se enfrenta con el carácter que uno «tiene», cuando adopta una posición con respecto a él, lo reforma y se reforma a sí misma y «deviene» personalidad. (Frankl, 17)

Las vidas de personas con idénticas predisposiciones genéticas y sometidas a condiciones ambientales muy parecidas pueden tomar caminos completamente distintos, tal como demuestran las investigaciones realizadas con gemelos, en las que, además de las coincidencias, siempre se pone de relieve la formación distinta de aptitudes y escenarios vitenciales comunes. Yo misma conocí a una familia de raza gitana inscrita en las actas de un servicio asistencial de Múnich. En ellas se refleja que, entre 1945 y 1955, nacieron nueve niños educados con el mismo estrés del mismo entorno criminal familiar y entrenados desde pequeños en la práctica del robo. Cuando uno de ellos llegaba por la tarde a casa sin «botín», recibía una paliza.

Uno de estos nueve hijos se convirtió en una persona honesta. De adulto nunca tuvo ningún problema con la ley, aprendió un oficio respetable y fundó una familia que vivió en paz y sin estrechuras. En realidad, este hermano desvirtuó todas las teorías de la psicología evolutiva. No estamos criticando la conducta de los ocho hermanos restantes de la familia gitana, quienes, de adultos, pasaron por la vida con más pena que gloria. Todos tuvieron que soportar una hipoteca verdaderamente penosa, pero el noveno merece la más alta consideración.

Y viceversa, en el transcurso de mi actividad como orientadora educacional he tratado frecuentemente a niños procedentes de un entorno familiar centrado en el cuidado y el afecto, pero que han tenido un desarrollo fallido. Todo está en el individuo, el ángel y el diablo. El hombre es el ser que construye misiles mortíferos y, al mismo tiempo, el que protesta en contra de ellos; es el ser que extermina focas brutalmente y, al mismo tiempo, el que intenta desesperadamente salvar esa especie... Todo está en cada uno de nosotros.

¿Qué es, finalmente, el hombre? El hombre es el ser que siempre decide lo que es. Es el ser que ideó las cámaras de gas; pero también es el ser que entró en las cámaras de gas con la cabeza alta y una plegaria en los labios. (Frankl, 18).



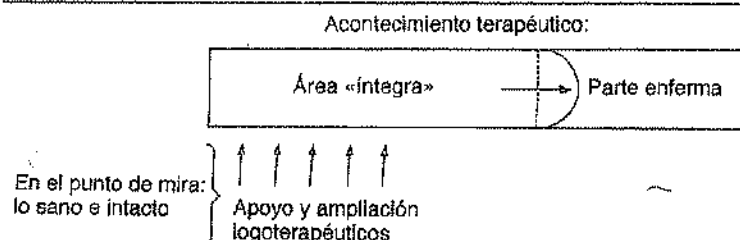
De los criterios de libertad y personalidad se deriva la siguiente igualdad establecida por Frankl:

Librarse del carácter = tener libertad para desarrollar la personalidad

La libertad espiritual del ser humano comprende la posibilidad de la persona de apartarse un poco de sí misma, de sus tendencias, condicionamientos y predisposiciones de carácter. En ella se basa la capacidad humana de autodistanciamiento que, al igual que la capacidad de autotranscendencia en la logoterapia, tan fructífera resulta para fines curativos. Al ser la capacidad de autodistanciamiento un fenómeno fundamentalmente antropológico del plano noético humano, el cual, por su parte, no puede enfermar, podemos establecer el siguiente esquema divisorio destinado a la psicoterapia: por un lado, la parte enferma de la psique de un paciente, y, por el otro, la parte sana de la psique del paciente con su espiritualidad (incapaz de enfermar), que llamaremos el área «íntegra».

Paciente:	
Área «íntegra»	Parte enferma
Definición: Área «íntegra» = La parte sana de la psique junto con el área del espíritu, incapaz de enfermar.	Parte enferma = La parte enferma de la psique.

El objetivo principal de la logoterapia consiste en fortalecer y ampliar el área «íntegra» del paciente y atraer las fuerzas allí reunidas hacia un trato correcto con la parte enferma.



En el gráfico, la ampliación terapéutica del área «íntegra» está representada por la línea curva que penetra en la parte enferma. Se podría argumentar que da lo mismo ocuparse principalmente de la parte enferma de una persona e intentar reducirla, tal y como se practica generalmente en la psicoterapia, que buscar la ampliación del área «íntegra» de una persona, como hace la logoterapia. Pero, en realidad, no es lo mismo. En el primer caso, el terapeuta «observa» lo patológico del paciente, mientras que en el segundo, lo sano.

Los iniciados en la profesión terapéutica saben de lo que es capaz la influencia del terapeuta en un paciente. Lo que el propio terapeuta piensa y siente fluye a través de la interacción hasta el mundo mental y emotivo del paciente y lo transforma. Si los terapeutas y, por extensión, la gente en quien confiamos, tienen el punto de mira puesto, además de en la parte todavía sana del enfermo, en lo principalmente libre, en la constitución generalmente intacta del espíritu humano, en la orientación hacia el sentido y en la personalidad especial de cada uno —a pesar de los trastornos psíquicos y estados de confusión existentes—, tarde o temprano también tendremos pacientes que ya no se entregarán por completo a sus trastornos y estados de confusión porque notarán (en virtud de la influencia de su terapeuta) que el ser humano, a diferencia de cualquier otro ser vivo, puede preferir algo más allá de sí mismo, que la persona decide cada día lo que será al día siguiente y que hasta las enfermedades más graves, a las que sin duda hay algo fatídico inherente, solamente pueden entorpecer una parte de la per-

sona, pero nunca anular su dignidad. Sólo con que los pacientes noten esto, ya habrán dado un gran paso hacia su curación.

Falta mencionar todavía un último punto amenazador: el colectivismo. Si recordamos alguno de los juicios globales colectivistas más primitivos, como «todos los habitantes de países del sur son vagos» o «los gordos son muy habladores», no necesitaremos insistir demasiado en su peligro. Tales opiniones emiten veredictos y pronósticos sobre personas por la simple pertenencia a una raza o a un carácter determinado. El colectivista es demasiado perezoso para mirar con lupa la personalidad de los afectados. Olvida que, aunque el origen genético constituya y predisponga la dimensión psicofísica de la persona, lo que importa es lo que el afectado puede hacer o dejar de hacer con sus predisposiciones, y como éste es un acto de configuración personal que no se puede derivar de ninguna pertenencia a ningún tipo o raza, sino que surge del *nóos*, las cuentas colectivistas no salen: el ser humano no es previsible, calculable, ni siquiera valorable en función de su carácter predispuesto.

El colectivismo también es peligroso en lo tocante a la autoevaluación. La postura significativamente errónea del neurótico, quizá su error por excelencia, consiste en pensar que tiene un carácter determinado y que no puede comportarse de otra manera que según su carácter. Es precisamente esta postura errónea, y no una posible predisposición de carácter neurótico, la que abre las puertas al trastorno mental.

Siempre que el neurótico habla de su persona, de su naturaleza personal, tiende a hacer como si esta naturaleza excluyera cualquier otra posibilidad. Cuando comprueba en su persona una propiedad de carácter cualquiera, esta comprobación se convierte automáticamente para él en una determinación. El neurótico dice que él es así y ya está, que tiene esta o aquella peculiaridad en su carácter y que no puede hacer nada para evitarlo. [...]

No obstante, el individuo neurótico no sólo se disculpa por su carácter individual, por el ello, sino también por algo supraindividual, por un colectivo en él mismo, por el «se» que tan eficaz se muestra en él y a través de él. [...] En este sentido, debe resultar extraordinariamente grave cuando percibimos (actualmente en todas partes) que el individuo tiende en general a remitirse a la naturaleza del grupo (clase o raza) al que pertenece. Esta aparente autojustificación alivia a la persona haciéndole ver constantemente lo mucho que depende de uno u otro colectivo y lo sometida que está a su influencia también en el aspecto espiritual. (Frankl, 19)

El colectivismo, con sus distintos matices, es un ejemplo de los modelos de pensamiento que surgen cuando lo espiritual se reduce a lo psíquico o cuando se deriva de él.

Para concluir este triste capítulo, me gustaría cerrar el recuento de los «callejones sin salida» psicológicos con un ejemplo que nos permitirá volver a pasar revista a todos los peligros mencionados acerca de las proyecciones e interpretaciones improcedentes. El punto de partida de nuestras consideraciones será el de una madre que tiene un hijo no deseado.

El *pandeterminismo* sostendría que el rechazo del niño por la madre deberá conducir inevitablemente a una relación madre-hijo alterada de por vida («programación»).

El *psicologismo* sostendría que se ha producido un embarazo no deseado debido a las aspiraciones y complejos neuróticos de la madre («desenmascaramiento»).

El *reduccionismo* sostendría que toda la acción educativa futura de la madre estará marcada por su odio —inconsciente— hacia el hijo («devaluación»).

El *colectivismo* sostendría que, en su vida futura, el niño presentará las cualidades y modos de conducta del «típico hijo no amado» («clasificación»).

¿Qué diría la logoterapia al respecto? Sostendría que todo continúa abierto para la madre y para el hijo, que ambos pueden crecer y desarrollarse en el amor mutuo y que la

madre, gracias a su dimensión espiritual intacta, tiene la libertad para cambiar su actitud con respecto al hijo y aceptar su existencia como una tarea llena de sentido; como una tarea de cuyo cumplimiento ella detenta la responsabilidad, pero con cuyo cumplimiento ella también madurará hacia una nueva personalidad.

Conocimiento de sí mismo y trato consigo mismo

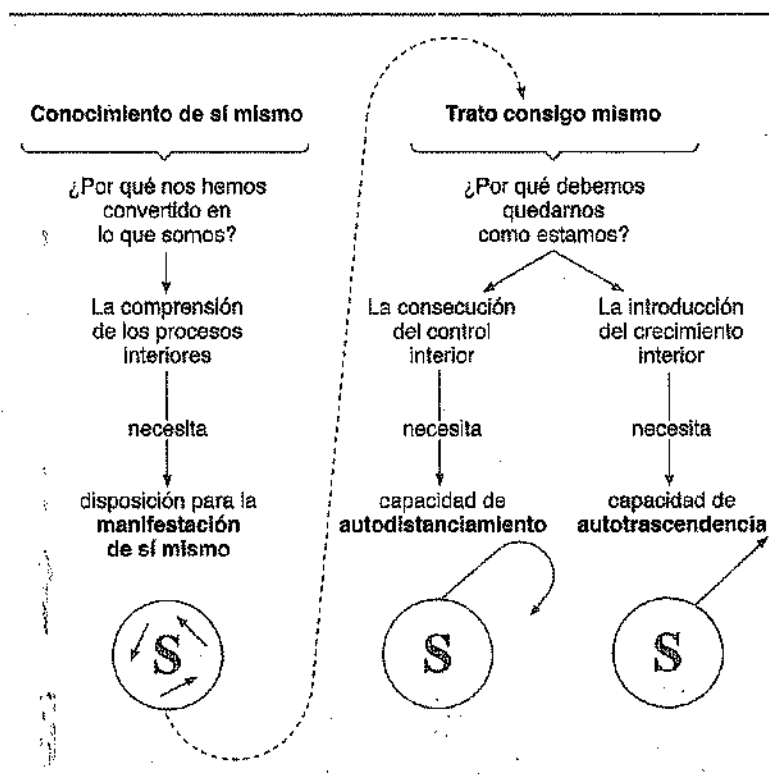
La expresión «trato consigo mismo» surge al derivar la capacidad humana de autodistanciamiento del antagonismo noopsíquico. Esta expresión designa un importante objetivo terapéutico-pedagógico de la logoterapia, más apreciado incluso que el del propio conocimiento de uno mismo. De hecho, un conocimiento suficiente de sí mismo nunca puede ser un objetivo final, sino más bien un estadio transitorio en un camino que lleva más allá del sí mismo. Al perseguir esta «meta más allá del sí mismo», la logoterapia accede a la escuela de la vida, donde se rompe el estrecho espacio psicoterapéutico y se desemboca en una educación de la responsabilidad.

El conocimiento de sí mismo descubre aquello en lo que ha devenido el sí mismo, lo inconsciente pulsional, el ser educado por determinados cauces y también, naturalmente, los ingredientes voluntarios de la persona procedentes de épocas pasadas. El trato consigo mismo obtiene lo «devenible» del sí mismo que se edifica sobre todo esto, es decir, consigue hacer realidad lo espiritualmente consciente e inconsciente. (Frankl entendía lo espiritualmente inconsciente como el origen no pensado e impensable de lo ético, erótico y patético de la vida humana: creencia, amor en el sentido más amplio e inspiración artística.) Este trato consigo mismo equivale a una autoeducación posterior destinada a alcanzar el control y el crecimiento interiores.

Un mínimo de control interior es el requisito necesario para aliviar numerosos trastornos psíquicos, como la adicción o la delincuencia, y sólo se puede poner en práctica a partir

de un movimiento del espíritu que se distancie del sí mismo y repercuta provechosamente en él desde la distancia, corrigiéndolo. A su vez, un mínimo de crecimiento interior es el requisito necesario para conservar la salud en todas las situaciones de la vida que demanden una capacidad de actuación, de amor y de sufrimiento, y sólo se puede poner en práctica a partir de un movimiento del espíritu que trascienda al sí mismo en la escucha de una «llamada de sentido».

Tal como se indica en el esquema, el conocimiento de sí mismo manifiesta simplemente movimientos internos de la unidad «persona», mientras que el trato con uno mismo inicia movimientos exteriores que conducen más allá de los umbrales propios. ¿Cuál es el significado práctico de todo



esto para la psicoterapia? La respuesta la trazan los dos polos entre los que se «enciende» la idea de la logoterapia.

Una psicoterapia humana, humanizada y rehumanizada requiere que percibamos la autotranscendencia y controlemos el autodistanciamiento. (Frankl, 20)

El polo del «autodistanciamiento»

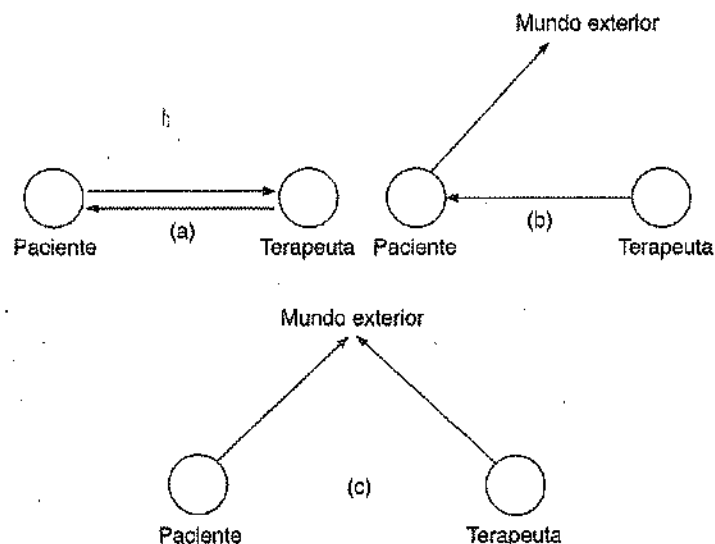
En la logoterapia, el terapeuta trata de descubrir las fuerzas de curación espontánea del paciente, como el coraje, la obstinación, el humor o la gratitud, y las fortalece de forma selectiva. El terapeuta se alía con las capacidades espirituales intactas del paciente y las utiliza para combatir las debilidades psíquicas. No deja de ser interesante que, tras milenios de investigación, la medicina moderna haya llegado a un resultado parecido y, con una tendencia cada vez mayor, active el sistema inmunológico corporal contra las enfermedades somáticas. Quizás la logoterapia sea capaz de acortar el proceso de investigación en psicoterapia, dado que, desde un principio, ha ido desarrollando metódicamente esos pequeños impulsos a los que no hay que renunciar si queremos movilizar las fuerzas de curación espontánea.

El polo de la «autotranscendencia»

En la logoterapia, el terapeuta ayuda al paciente a situarse por encima de las cosas —y, si es necesario, por encima de sí mismo—. Esto sólo se consigue si el paciente se dedica, por encima de las cosas —y, si es necesario, por encima de sí mismo—, a un sentido que satisfacer en el mundo. Las reservas de fuerza existentes en el ser humano son sorprendentes. Normalmente, están escondidas, pero cuando se alumbra un sentido, abren sus compuertas. Y no es menos sorprendente la cantidad de problemas banales que se solucionan cuando no se les presta atención.

Por ello, en la relación logoterapéutica entre paciente y terapeuta siempre se incluye el mundo exterior como «ter-

cer sistema de referencia». Es decir, después de crear un clima personal de confianza (a), se dirige la atención del paciente a valores de su esfera vital (b). El terapeuta sigue mentalmente al paciente (c), siempre que el estado de éste lo permita, poniendo así coto desde un principio a la problemática de la transferencia antes mencionada y facilitando considerablemente la separación entre el paciente y la situación terapéutica.



El trato consigo mismo, que, en virtud de lo dicho, no sólo existe en un «curarse a sí mismo», sino también en un «olvidarse positivamente de sí mismo», genera no pocas veces de manera residual una especie de «encuentro consigo mismo» como nunca surgirá del conocimiento de sí mismo, por paradójico que parezca, porque el encuentro consigo mismo sólo se logra pasando por el encuentro con un sentido. Quien se busca a sí mismo, quien intenta coger al vuelo su imago en todos los espejos psicológicos artificiales, acaba perdiéndose. Pero quien va más allá y se entrega responsablemente a una tarea llena de sentido, acaba encontrándose.

Capítulo 2

EL LENGUAJE DE LA LOGOTERAPIA

Palabras clave que garantizan una renuncia a la imposición de valores

Hemos visto que la logoterapia no se limita al restringido espacio psicoterapéutico. Su radio de acción no sólo son los síndromes de ansiedad, los trastornos afectivos, las adicciones, las anomalías sexuales o los trastornos de la personalidad y el comportamiento. La logoterapia también puede asistir a adolescentes en su difícil metamorfosis hacia la edad adulta y a personas mayores en la recapitulación de los años vividos y la preparación para la despedida. También es capaz de guiar a parejas o miembros de una familia a través de sus conflictos y de ofrecer apoyo a trabajadores y desempleados en la explotación y el desaprovechamiento a que se ven sometidos a diario. Incluso puede animar un poco a personas doblegadas por la preocupación y la tristeza, e intentar reconducir a sus raíces ideológicas a quienes han desistido de su visión del mundo. Si es necesario, la logoterapia puede hacer frente al espíritu de toda una época y elevar una protesta contra la discriminación de lo humano.

La logoterapia es capaz de todo esto, y el único medio que utiliza para hacerlo es el lenguaje. Vista desde el contenido de sus afirmaciones, la logoterapia es una forma tera-

péutico-pedagógico-filosófico-psicológica de conversar. Este hecho la sitúa cerca de otras formas de conversación concebidas para el mismo fin, como la terapia conversacional centrada en el cliente, de Carl R. Rogers. Si las comparamos, hallaremos algunas coincidencias muy significativas. Ambas aspiran a generar un clima comunicativo empático y de confianza, y ambas invitan al terapeuta a aceptar sin condiciones la persona del paciente y a ser siempre él mismo. Sin embargo, las diferencias son igualmente de peso. En la logoterapia, la aceptación de la persona del paciente no implica automáticamente la aceptación de lo que el paciente dice. La logoterapia no se muestra neutral ante los valores. Al contrario, considera imprescindible reflexionar sobre lo dicho para comprobar que se ajusta a unos valores, que es cercano a la realidad y que es responsable. Por ejemplo, en la década de 1930, Viktor E. Frankl solía escuchar de personas desempleadas la observación de que se sentían inútiles y que, por ello, su vida no tenía sentido. Frankl no vacilaba en desenmascarar esta observación como una «doble identificación fallida», porque, simplemente, era incorrecta. Un desempleado no tiene por qué estar desaprovechado, puede hacer cosas sustancialmente útiles. Y si alguien tuviera demasiados obstáculos para sentirse útil de alguna manera, tampoco perdería su dignidad ni el sentido de su existencia.

Naturalmente, esta reflexión verificadora de lo que dice el paciente nunca asciende al rango de lección por parte del terapeuta, sino que tiene lugar en el diálogo. Sin embargo, dialogar es algo más que tomar la palabra por turnos. El diálogo es un intercambio de ideas que se va intrincando en torno a lo que dice el paciente, con el empeño de ambas partes de entender de manera consensuada una parte de verdad. En la logoterapia, el terapeuta no desempeña ninguna función de espejo a través del cual el paciente se comprende mejor a sí mismo, sino —dicho a la manera de Frankl— una «función catalizadora» mediante la cual el paciente entiende mejor las posibilidades de sentido que el mundo pone a su disposición. Para conseguirlo, el terapeu-

ta aporta ideas, reflexiona con el paciente sobre las consecuencias y no sólo presta su oído, sino eso que hoy llaman «inteligencia emocional». En resumen, el terapeuta trata de comprender a su interlocutor y meterse en sus pensamientos en aras de la estimulación espiritual. (En caso contrario, una neutralidad con respecto a los valores en la conversación terapéutica significaría no elogiar ni reconocer los progresos del paciente, entre otras cosas, lo cual despersonalizaría al máximo el transcurso del diálogo.)

Por supuesto, se puede caer en un uso inadecuado de cualquier medicamento o forma de conversación. La neutralidad frente a los valores alberga el peligro de una discusión por cualquier cosa. Y, a su vez, la retirada de esta neutralidad alberga el peligro de una imposición de valores, es decir, el peligro de que el terapeuta se sitúe por encima de lo que está bien o mal en la vida del paciente y le endose una escala de valores propia. Frankl ha llamado insistentemente la atención al respecto en muchos de sus escritos. Iría absolutamente en contra de sus intenciones imponer a los pacientes unas ideas de sentido exteriores. A su entender, las personas y, en consecuencia, los pacientes, «son», en su capa más profunda, la escala de valores de su propia vida, y el tratamiento de la enfermedad o el seguimiento del enfermo deberá consistir, de manera exclusiva, en impedir que los pacientes deformen y traicionen a su verdadero y propio «ser».

Si suponemos que la conciencia moral es una especie de órgano de sentido, entonces se asemejará a un apuntador que nos «sugiere» en qué dirección debemos movernos o en qué dirección debemos actuar para aproximarnos a la posibilidad de sentido cuya satisfacción nos demanda una situación concreta. Pero a esta situación deberemos aplicarle en todo momento una escala determinada, una escala de valores. Los valores con los que está graduada esta escala se hallan en realidad anclados en una capa profunda en nuestro interior, de tal manera que por más que no quera-

mos sernos infieles a nosotros mismos, por más que no queramos traicionar a nuestro propio yo, no podremos evitar seguir esos valores... Simplemente, porque siempre «somos» esos valores. (Frankl, 21)

En consecuencia, un resultado terapéutico óptimo significaría que el paciente, manteniéndose fiel a sí mismo, ha pasado a «no poder (o no querer) hacer otra cosa que seguir lo que le dicta su conciencia marcada por las escalas de valores más profundas». Una alumna mía que trabaja en una misión me envió un día un proverbio originario de un país, Ruanda, que se ha visto perturbado por graves crisis. Esta frase encaja maravillosamente con todo lo dicho y demuestra la interculturalidad de la visión de Frankl. El proverbio dice así: «Amigo es quien conoce la melodía de tu corazón y te la recuerda cuando la has olvidado».

Remitiéndonos a este proverbio, podríamos decir que a la logoterapia le gustaría ser exactamente un amigo así. Lo que dice el paciente, si contiene elementos ética o psicohigiénicamente cuestionables y generadores o sustentadores de trastornos, se lleva ante la conciencia del propio paciente. Sus palabras se presentan, por así decirlo, ante un tribunal donde el paciente es juez y jurado, y el terapeuta, fiscal y defensor de la salud psíquica y la dignidad espiritual.

En mi práctica profesional me encontré una vez con un ejemplo contrario. Una mujer de 46 años acudió a una neuróloga en Múnich a causa de sus depresiones. Como la paciente dijo, al ser preguntada, que de niña había detestado a su padrastro, se habló de este problema relativo al marido de su madre, a pesar de que en los últimos veinte años apenas había mantenido una docena de contactos con él. Al confesar la paciente, también después de ser preguntada, que padecía cada vez más estados depresivos, se intentó descubrir algún posible ritmo o ciclos de estados de ánimo en sus antecedentes. Después, la paciente fue invitada a evaluar, mediante un cuestionario, el nivel de gravedad de las «malas fases» recordadas. Como resultado final le fue pres-

crito Anafranil (un antidepresivo), que tomó regularmente durante un año. El año acabó con un intento de suicidio de la paciente.

Tras despertar en la clínica, la mujer confesó a su marido que había mantenido una relación íntima con un hombre mayor desde hacía un año. Dijo que aquello la oprimía, pero que no lograba escapar. La continua invención de mentiras para explicar sus salidas nocturnas y el cariño de su ignorante marido, que la había esperado despierto cada noche, habían mantenido a la mujer con el corazón en un puño. Ella dijo que no vio ninguna otra salida. El marido, un hombre tolerante y tierno, vino a hablar conmigo y después llegó con su mujer al acuerdo de llevar en el futuro un estilo de vida en común con más compañerismo, totalmente abierta a un renacimiento de la relación conyugal.

Desde el punto de vista clínico, el caso expuesto es el típico ejemplo de error terapéutico. Se prescribió durante todo un año Anafranil para combatir sentimientos de culpa existenciales, y el resultado no pudo ser otro. ¿Cómo pudo suceder? Esto pasa cuando los pacientes esconden algo o, también, cuando los terapeutas no descubren lo que se esconde al no discernir, de entre el oleaje de cacofonías que irrumpe sobre ellos, la melodía que después deberán recordar. ¿Acaso no surgió, durante un año entero de conversaciones terapéuticas y de control, la más mínima palabra que diera una pista sobre el verdadero trasfondo de la depresión de esta mujer? Cuesta creerlo. Lo más probable es que algo así no se captase por haber seguido otro curso, quizás «infancia difícil» o «ciclotimia endógena». Y los cuestionarios tampoco extraen ninguna melodía del corazón de una persona.

Por lo tanto, en el trabajo con personas, y especialmente con personas psíquicamente afectadas, hay que prestar atención a la palabra que abre el camarín donde se halla la preocupación oculta. Se trata del camarín de la escala de valores propia del paciente, contra la cual éste está viviendo —al menos parcialmente—. Si la palabra clave ha abierto la

puerta, sus valores traslucirán, la voz de su conciencia susurrará con mayor claridad y, en la argumentación terapéutica, se podrán sugerir correcciones de conducta y actitud que estén en la línea del paciente y que, debido a ello, le ayuden de verdad.

Con respecto a una posible imposición de valores, cabe añadir que la recomendación de fármacos también es una imposición si el paciente desconoce lo adecuados o inadecuados que pueden ser en su caso. La focalización en un determinado tema de conversación también es una imposición si el paciente no puede apreciar la importancia o irrelevancia de dicho tema para su desarrollo. El peligro que corre el logoterapeuta de transferir un poco de sí mismo a aquellas personas con las que mantiene una relación profesional no es mayor que el de cualquier otro psicoterapeuta. La mejor garantía para no sucumbir a este riesgo es, en todo momento, la escucha atenta e interesada en la conversación. En la logoterapia, que es un acompañamiento vital orientado al sentido y a los valores, esto significa escuchar con atención e interés las señales procedentes de la capa profunda, es decir, «elevada», del ser humano; significa *escuchar lo que dice lo espiritual de la persona*.

A continuación, expondremos cómo tiene lugar lo dicho anteriormente con la ayuda de tres grupos de problemas cuyos principios se pueden aplicar de forma general a la mayoría de conjuntos problemáticos restantes.

El problema de la ambivalencia: el individuo indeciso

Ambivalencia significa querer posibilidades opuestas y no quererlas, pensar que algo es bueno y notar a la vez que es malo, valorar una cosa pero no sus consecuencias (por ejemplo, el honor de ostentar un cargo, pero no las obligaciones que éste conlleva). El afectado no formula interiormente un sí o un no de manera rotunda. Esto genera un estado de malestar, porque todos los actos que rodean la situación adole-

cen de la falta de lo deseado concluyentemente, mermándose así las fuerzas.

Pongamos un ejemplo. Una joven siciliana recibe de un conocido la propuesta de ir a Múnich para trabajar de pinche en una pizzería. La mujer es viuda, tiene un hijo y no encuentra trabajo en Sicilia. Si rechaza la oferta, dejará pasar la oportunidad de obtener unos ingresos mínimos y la consiguiente posibilidad de favorecer a su hijo. Si la acepta, deberá dejar al niño con la familia, trasladarse a una ciudad extraña donde hablan un idioma que desconoce e instalarse sola en algún sitio. Ambas opciones le parecen desesperantes, tanto la miserable vida en Sicilia, donde no podrá pasar sin las limosnas de sus semejantes, como el angustioso traslado a un país desconocido. Finalmente, respondiendo al ruego de su conocido, toma la decisión de marcharse a Múnich. Entonces se queda sentada y no deja de llorar en todo el día. Si hubiera decidido quedarse en casa, se hubiera reprochado el haber repudiado una buena fuente de ingresos. En cualquier caso, la infelicidad estaba programada de antemano.

¿Cómo se la puede ayudar terapéuticamente? El terapeuta no está autorizado a intervenir valorando en uno u otro sentido; en cualquier caso, no hasta que haya desentrañado qué alternativa en el radio de acción del paciente es la que, a pesar de cualquier consideración, sigue teniendo más sentido. ¿Quién le informa de ello? El propio paciente. El terapeuta pregunta a la siciliana, por ejemplo: «¿Qué ha sido determinante para decidirse por la pizzería de Múnich?». Su respuesta: «En el sur de Italia, de donde procedo, hay mucho desempleo. Me gustaría que mi hijo recibiera una educación óptima para que, de mayor, lo tenga más fácil para encontrar trabajo. Por ello querría asegurar una base económica». La siguiente pregunta del terapeuta: «Sin embargo, asegurar esa base implica que usted se separe de su hijo, que supere el miedo de aprender el idioma alemán, etc. ¿Es así?». Ella asiente. El terapeuta pregunta: «En cambio, ¿qué podría hacer por su hijo si volviera a Sicilia?». Respuesta:

«No mucho. Exceptuando mi presencia, no tendría nada más que ofrecerle». El terapeuta: «¿No es su presencia también algo valioso para su hijo?». Ella: «Claro, pero él puede prescindir de ella, porque está muy ligado a sus abuelos, tías y primos. Es como la mascota del pueblo».

Del diálogo se desprende que, a pesar de la ambivalencia de la mujer, existe un matiz que marca una alternativa como más valiosa, y es la alternativa de Múnich. La mujer siciliana sitúa la buena educación de su hijo por encima de su presencia maternal, que incluso califica de «prescindible». Sin duda, es la alternativa más desagradable para la madre, pero, desde su conocimiento de la situación, se dibuja cada vez más como la *alternativa creíble con mayor significado*. Tras escuchar esto, el terapeuta deberá intensificar cada pequeño matiz de lo valioso para que la mujer se afirme claramente en la decisión que ha tomado. Empieza resumiendo: «Así que usted piensa que su hijo sufrirá poco por su ausencia y, a largo plazo, se aprovechará mucho del dinero que usted gane. Sin embargo, para que su hijo sufra poco y aproveche mucho, ¿es obligatorio que usted sufra mucho trasladándose a un entorno absolutamente nuevo?». La mujer reflexiona y asiente. «Entonces, ¿por qué no se siente orgullosa de usted misma en vez de llorar? —pregunta el terapeuta en tono provocativo—. ¿Por qué no se dice a usted misma cada día en la cocina, mientras pela patatas o limpia verdura, "esto lo hago por ti, hijo mío", y después, en su habitación alquilada, mientras aprende vocabulario alemán, "esto también lo hago por ti", e incluso después, mientras retira su sueldo del banco, "esto es para tu futuro, hijo mío, ahorrado con mucho esfuerzo por tu madre"?»

Cualquier madre suspirará aliviada al escuchar estas palabras. Quizá se mezclará una sonrisa entre sus lágrimas, porque, ahora más que antes, siente que está en el camino «correcto», en el sentido de su propio convencimiento y no en el del terapeuta, por ejemplo. Los fenómenos de ambivalencia sólo se resuelven a través de una percepción intensa de cada ínfimo matiz, cada pedacito «de más» que se de-

canta hacia una de las dos alternativas, eso sí, referido a un valor. ¿Pesan más las posibilidades de futuro del hijo que el miedo actual de la madre? Sí, pesan más —el «sí» claro se ha reconquistado.

Naturalmente, también hay casos en los que alguien se aferra a la ambivalencia porque no juzga adecuadamente la situación. Una paciente mía me explicó que, cuando estaba en el instituto, quería estudiar medicina. Su padre se opuso a ello y consiguió que la hija estudiara un oficio comercial. Pasados los años, la paciente se había independizado tanto de los padres que ya tomaba sus propias decisiones, entre ellas, la de matricularse en una universidad para estudiar medicina. La carrera dejó de gustarle muy pronto y la abandonó. Entretanto, había vuelto a su profesión comercial. Pero, ¿en qué términos comentaba la paciente su currículum profesional? Éstas fueron sus palabras: «¡Mi padre me ha destrozado la vida!».

«Discúlpeme —le dije—, pero necesito que me ayude a comprenderlo. ¿Qué reprocha exactamente a su padre?». «Él me consideraba incapaz de desempeñar el oficio de médico, no creía que supiera hacer nada, siempre me ponía trabas...» «Ciertamente —interrumpí—, las sospechas de su padre no debían de ir muy desencaminadas, considerando que fue usted misma quien dejó la carrera y volvió al oficio que él eligió para usted. Sin su padre, usted simplemente habría acabado antes el intento de estudiar medicina y habría aterrizado en un oficio distinto.» La paciente puso cara de enfado. «No. ¡Sin él hoy sería médico!» «¿De verdad?» Busqué una pausa en la conversación para aclarar a la paciente que necesitaba corregir su actitud. A continuación, pregunté abiertamente: «Por favor, dígame, ¿cuál fue el verdadero motivo por el que dejó la carrera de medicina?». La paciente reflexionó. «Era muy estresante. Tenía que aplazar, e incluso anular, muchas cosas que me gustaba hacer en mi tiempo libre. Las fantásticas excursiones en bicicleta a lo largo del río o del lago, las acampadas románticas, las sesiones de teatro en invierno; ya no podía hacer nada. Aquello

no tenía ningún valor para mí.» ¡He aquí la palabra clave! «Por lo tanto, había algo en su vida más valioso que emprender la carrera de medicina —afirmé—. Algo valioso que, por lo visto, podía compaginarse con su profesión comercial. ¿Y por qué diantre no le está agradecida a su padre por haberlo previsto con tanta claridad?»

«¡Porque quiero ser algo más —estalló la paciente—, porque tengo la sensación de ser una fracasada, porque mi padre tenía razón acerca de mi falta de aptitudes!» «O porque usted arrastra un absurdo orgullo de clase —añadí— que le dice que un médico es más que una empleada comercial. Sin esta idea equivocada, usted podría vivir feliz sabiendo que ha conseguido combinar venturosamente profesión y tiempo libre, cosa que poca gente consigue tan bien. Podría abandonar el antiguo sueño de ser médico, entendiendo el hecho de abandonar no como resignación, sino como algo que usted ya no se exige interiormente, y podría dejar de guardar rencor a su padre por inmiscuirse tan pronto en la elección de su oficio. ¡Sería como volver a nacer!» La paciente estaba a punto de murmurar: «¿De verdad?», pero con el tiempo y la desintegración progresiva de su orgullo de clase, «renació» realmente, y no precisamente de un seno materno, sino de su antigua ambivalencia entre sueño y realidad.

A la persona indecisa sólo la podemos ayudar si, además de la verdad de Perogrullo de que todo tiene su lado claro y su lado oscuro, comprende que, por amor a un lado claro, que es lo que tiene literalmente más cerca, más «al acecho», está arrastrando también las sombras relacionadas con aquél. Qué luces son, eso sólo lo sabe la persona en lo más profundo de su corazón y se descubre en pequeños indicios como: «Aquí soy prescindible» (cuando quiere decir: «¡Allí, no!»), o: «Aquello no tenía ningún valor para mí» (cuando quiere decir: «¡Lo otro, sí!»). Un terapeuta que perciba tales indicios estará autorizado para conducir con cautela al paciente hacia esas luces que brillan alrededor de un matiz con mayor fuerza que otras, porque ellas, respecto a la si-

tuación presente del paciente, son inherentes al «sentido del momento» (Frankl).

El problema de la no aceptación: el individuo encallado en la protesta

Algunas personas reaccionan ante los desafíos del destino con un obcecado «no» que, más tarde o más temprano, desemboca en una actitud de protesta de la que no es fácil sacarlas. De este modo, se hacen la vida más difícil de lo que ya es. Explicemos este problema con la ayuda de dos parábolas:

Dos globos

Dos niños con sendos globos juegan en el patio. Uno de ellos pierde el cordel y el globo se eleva hacia el cielo. El niño rompe a llorar: «He perdido el globo. He perdido el globo».

Al poco rato, el otro niño suelta la cuerda de su globo, que también se eleva hacia el cielo. Dando palmas y bailando de alegría, dice: «¡Mira qué bonito, cómo sube! Vuela hacia el sol». (22)

¿Cuánto más?

Un yogui meditaba diariamente muchas horas. Un pobre vagabundo pasó por su lado. El yogui reconoció en él a Dios y le preguntó: «Por favor, dime, ¿cuánto más debo meditar aún hasta poder llegar a tu luz?».

Dios respondió: «Mil años más».

El yogui, decepcionado, exclamó: «¿Tanto? ¡Es terrible! ¿Cómo podré soportarlo?».

Y Dios siguió su camino y vio sentado a otro yogui que meditaba. También éste reconoció en él a Dios y le hizo la misma pregunta. Dios respondió: «Todavía tienes que meditar diez mil años más».

Y dijo el yogui: «¿Qué? ¿Sólo diez mil años? ¿Y entonces ya estaré a tu lado?». Se reincorporó y se puso a meditar

con mayor intensidad todavía. Dios se volvió y le dijo: «¡Te eximo de todo!». (Duval, 23)

El niño que llora y el yogui decepcionado ilustran el problema de la no aceptación. A ellos no se les exige de nada, ni de un ápice de sufrimiento. En cambio, a la persona dispuesta a aceptar le va considerablemente mejor. Si es necesario, es capaz de despedir positivamente la pérdida o asumir pacientemente el esfuerzo. No es que se le exima de «todo», como al segundo yogui, pero sí de muchas preocupaciones.

En suma, una persona sólo podrá pasar de una actitud rígida de protesta a una actitud flexible de aceptación si cambia la perspectiva del perjuicio personal por la perspectiva de la percepción de valores. Así, el niño contento contempla fascinado el delicado ascenso del globo, mientras el segundo yogui espera impaciente su reunión con Dios. ¿Qué se gana con una cuerda que se escapa de las manos? ¿Qué se gana con diez mil años de meditación? Las historias plantean y responden simultáneamente estas preguntas: no se gana nada. Hay experiencias que compensan todas las fatigas.

Trasladando este mensaje al ámbito terapéutico, diremos que hay que intensificar la percepción de valores de las personas que constantemente protestan y no aceptan y, al hacerlo —según la costumbre logoterapéutica—, reparar en que los valores que entran en el campo de percepción no sean impuestos desde el exterior. Ello requiere, nuevamente, un tanteo y un olfato entrenados para captar las señales enviadas por los afectados.

Veamos un ejemplo. Durante el caos de la posguerra, una mujer fue separada de sus padres cuando aún era niña y fue alojada en el hospicio de un monasterio hasta que la pudieron devolver a su madre cuando ésta apareció. El padre había fallecido. A la edad de 30 años, la mujer quiso ingresar en un monasterio, pero no fue aceptada. La dirección de la orden vio en aquel deseo un capricho pasajero o

una reacción de despecho debida a un desengaño amoroso. La mujer tomó la negativa como una enorme ofensa que no pudo superar. Dijo que se había ignorado su motivación religiosa y que la habían abandonado como a un perro callejero, y se encalló finalmente en una protesta sin palabras.

Durante la conversación, hice referencia a este rechazo. «Sinceramente, ¿qué buscaba en el monasterio?» «Recogimiento», respondió escuetamente. «¿Está usted amargada porque no ha obtenido lo que buscaba?», insistí. «¿Le sorprende?», contraatacó ella. «Pues sí —respondí—, en realidad, lo ha obtenido, sólo que ya hace algunos años, de niña. En aquel entonces, cuando usted se quedó súbitamente desamparada, un monasterio la recogió. De lo contrario, quién sabe lo que hubiera sido de usted. La búsqueda de su madre también fue algo que salió del monasterio. Por lo tanto, usted podría decir con todo derecho: "Lo que he buscado en el monasterio a la edad de 30 años ya me lo dieron cuando era niña. Nadie, ni siquiera la dirección de una orden, puede negarme que estuve en el monasterio, que me recogieron..."». La mujer rió. «¡Es una reflexión muy liberadora! —exclamó—. También es una forma de verlo.» Y añadió con picardía: «Dos recogimientos en el monasterio quizás hubiera sido demasiado, ¿no cree?». Le dije que estaba totalmente de acuerdo.

Veamos ahora un ejemplo algo más trágico. Un joven estuvo cinco días en coma a consecuencia de un terrible accidente de moto. El chico salió de aquel estado, pero quedó gravemente discapacitado al perder una serie de funciones motrices. Los ejercicios de recuperación le costaban unos esfuerzos inimaginables que se traducían en avances milimétricos. Estaba desesperado. A todo ello se añadía un rencor irracional hacia sus padres, quienes le habían comprado la motocicleta. Se trataba de un vehículo de segunda mano, y el joven se aferraba a la idea de que si la moto hubiera sido nueva —si sus padres se hubieran gastado más dinero—, los frenos habrían funcionado debidamente. El chico compensaba así su parte de culpa, dado que, según el atestado

policial, conducía con exceso de velocidad en una calle en mal estado y dio con un agujero en la calzada.

Era comprensible que el joven no quisiera aceptar su desagradable situación. Por otro lado, sin una aceptación definitiva, aquel estado se le haría insostenible; de hecho, albergaba deseos de morir. Los padres vinieron a pedirme ayuda y estuve visitando regularmente al joven durante un tiempo. Me recordaba al niño que llora desconsolado en la historia de los globos. Todas sus ilusiones se habían desvanecido y durante horas me limité simplemente a aguantar sus quejas teñidas de agresividad. Yo esperaba algo, pero no sabía qué. Y una tarde, apareció. Era un recuerdo del chico sobre un antiguo proyecto de inscribirse en un concurso de escalada. Se había interesado justo antes del accidente y había solicitado prospectos de lugares en los Alpes donde había escuelas de escalada. Hojeé aquellos prospectos con él. El joven, postrado en su silla de ruedas, apenas podía sostenerlos sin que le temblaran las manos, pero su expresión se iluminaba al ver las fotografías de alpinistas que, con osadas posturas, se encaramaban a los salientes. «Grandioso —murmuraba para sus adentros—. ¡Estos sí que son grandes!»

Aquella era la palabra clave. «Oh, sí —confirmé— estos alpinistas sí que consiguen cosas grandes. Pero lo que hacen no es nada comparado con la potencia que tú tienes que aplicar. El bloque de piedra que subes pasito a pasito en tus ejercicios de rehabilitación es una de las montañas más altas del mundo. Nadie antes que tú ha subido ahí, porque nadie antes ha estado en una situación idéntica. Las paredes escarpadas que tienes ante ti parecen insalvables. No se divisan paradas ni agarres. Sin embargo, ¡intentar un ascenso! ¿No querías aprender a escalar? Ahora tienes la oportunidad de participar en un campeonato de escalada. ¡Demuéstrate a ti mismo que no te rindes! ¡Afronta tus impulsos vacilantes! ¡Llévate la bandera y plántala victorioso en la cima de tu triunfo, por encima de tus debilidades y de tu larga enfermedad!» El joven cerró el prospecto que todavía sostenía con sus manos y lo oprimió con-

tra su pecho. «Así podría imaginarme dándome una oportunidad —se dijo en voz baja—. «¿Y si lo consigo?» Yo me levanté y me incliné hacia él. «Llevas una cuerda invisible que te sujeta, estoy convencida.» Con estas palabras dejé al joven con sus pensamientos.

Desde entonces, el chico está mejorando. Ya no abriga deseos de morir y se ha reconciliado con sus padres. Cada día realiza sus ejercicios con empeño y el prospecto de la escuela de alpinismo sigue estando en algún lugar de su habitación, cubierto por el desorden, pero con una punta asomando entre los trastos. Este joven se ha convertido en uno de los «escaladores» más maravillosos que conozco.

En los dos ejemplos anteriores aparecen personas que, desde una actitud encallada en la protesta, se abren camino hacia una postura más flexible de aceptación. ¿Se han movido por artificios persuasivos? ¿Es la logoterapia una técnica de persuasión, tal como se critica desde ciertos sectores? Estoy dispuesta a defenderme. Mis argumentaciones se basan, sin excepción alguna, en percepciones de valores propios del paciente. Yo no he endosado a nadie la apreciación del monasterio como un lugar de recogimiento, ni la exaltación de la escalada como un acto de demostración de algo a uno mismo. Me he limitado a comprobar todo ello en las explicaciones de los pacientes, lo he extraído de sus corazones y lo he utilizado para sanar sus heridas psíquicas. Al igual que en una transfusión de sangre propia, les he inyectado el logos que se encontraba en ellos, sólo que no lo he hecho mediante la cánula de una jeringa, sino a través del canal de su estado de conciencia. Y sólo así les he podido ayudar realmente: cada uno a su manera, ninguno a la mía.

El problema de la ignorancia: el individuo atrincherado en la indiferencia

El trabajo con personas atrincheradas en la indiferencia es uno de los atrevimientos más utópicos de la logoterapia.

Dondequiera que se intervenga, nunca se llega a una sintonía mental con los afectados, porque están armados con una coraza de ignorancia y brutalidad que rodea el blando núcleo de su interior. Sin duda, esta coraza les ha protegido en anteriores fases de sus vidas y ahora se han quedado aferrados a ella. La cuestión es: ¿cómo desprenderse de la coraza? No existe ninguna receta eficaz. Quien ignora al prójimo, quien pierde el respeto por las cosas, quien pasa por alto las reglas de los buenos modales, se está excluyendo cada vez más de la sociedad y necesita una coraza aún más gruesa para poder vivir con ello. Pronto habrá perdido todo contacto con su interior, y será más difícil todavía llegar a él. Las tiernas emociones del alma se marchitan en el vacío de valores.

Sin embargo, si hay suerte, la coraza puede presentar grietas y roturas en las que se concentre el anhelo primitivo del individuo por una existencia satisfecha de sentido. Si se empieza exactamente por esos puntos, se puede hacer estallar un trozo de la armadura y crear espacio libre para desarrollar una nueva sensibilidad. He aquí un ejemplo.

Un matrimonio acudió a mi consulta. La mujer, en estado avanzado de gestación, estaba deprimida porque temía no ser lo suficientemente madura para ejercer la maternidad y llevar a cabo la consiguiente labor educativa del hijo. El marido consideraba ridículos los miedos de su mujer. Sin dejar de hablar, me explicó que ella, debido a trastornos en el sueño, le despertaba casi todas las noches y que más de una vez, llevado por la rabia, le había pegado. «¿Incluso ahora, a punto de dar a luz?», le pregunté, perpleja. «¿Adónde va a parar entonces mi rabia? —saltó—. ¿Acaso tengo que tragármela? ¡Soy yo quien tiene que ganar el dinero, y para ello tengo que estar en forma todo el día!»

Necesité todo mi poder de control para no echar a aquel hombre de la consulta. Por otro lado, de mi respuesta dependía mucho, incluso toda la familia. Su pregunta se repetía en mi mente: ¿Adónde... mi rabia? Me recosté en el sillón y empecé a hablar tranquilamente: «Ya sé adónde irá a

parar su rabia si sigue por ese camino. Lo he aprendido de los cientos de informes de gente medio enferma, deficiente mental y autodestruida que he escrito a lo largo de mi carrera profesional. Es muy probable que su hijo, que está a punto de nacer, se lo confiese algún día a alguno o alguna de mis colegas. Explicaré lo siguiente: "Tuve una madre angustiada y depresiva y un padre violento. Él ya la había maltratado cuando estaba embarazada y a mí me pegaba cuando era un bebé y me despertaba llorando por las noches. Fue un infierno. Mamá estaba cada vez más angustiada y depresiva; no tenía la valentía suficiente para resistirse. Al no haber resistencia, la conducta agresiva de mi padre fue yendo a peor y ya no se daba cuenta de lo que hacía. La rabia y el dolor eran nuestros eternos inquilinos. Es cierto que mis padres también tenían su lado bueno: mamá se preocupó por mi educación y papá se esmeró en ganar dinero, pero todo lo bueno se perdió en un sufrimiento indecible. Preferiría no haber nacido, porque todavía hoy me persiguen aquellos inquilinos, la rabia y el dolor. Me resulta muy difícil deshacerme de ellos. Sin quererlo, los llevo encima a todos lados». Hice una pequeña pausa y, dirigiéndome todavía al marido, señalé al vientre abombado de su mujer. «¿Me pregunta adónde irá a parar su rabia? Con cada palabra hostil y cada argumento violento está inyectando su rabia en esa nueva vida. ¿Es eso lo que quiere?»

«No», admitió el hombre con voz sospechosamente entrecortada. «Gracias a Dios —pensé— su coraza tiene una grieta.» «Entonces, ¿mejor tragármelo todo?», dijo refunfuñando. «Mejor transformarlo todo —expliqué—. Las emociones son como el agua de una presa. Se puede utilizar para regar una tierra fértil o para crear electricidad. ¡Transforme su rabia en fuerza, en paciencia, en ayuda constructiva! Quite la costumbre de los actos violentos y limpie su casa de esos inquilinos detestables para que su hijo ya no tenga que tratar con ellos cuando nazca. Esta noche, cuando su mujer le despierte, dígame en voz baja: "No te preocupes, relájate, estoy a tu lado y te quiero". Después, acaricie a su hijo en el

vientre materno, dese la vuelta y siga durmiendo en paz. De la misma manera que el agua no está en la corriente eléctrica, la rabia ya no estará en su alma. Y se sorprenderá de lo en forma que se encontrará por la mañana.» «Que Dios le oiga», dijo el hombre al despedirse. «Con tal de que me oigas *tú*», pensé, pero no lo dije. Cuando, medio año después, volví a ver a la mujer, me comentó que esta intervención había abierto una fisura enorme en la coraza de su marido.

Otro pequeño ejemplo nos servirá para mostrar lo beneficioso que puede resultar tomar en serio una palabra clave. Una vez tuve ante mí a una paciente bastante obesa que no dejaba de maldecir. El desencadenante de la crisis había sido una excursión de empresa en la que ella se peleó con su coordinadora. Como los compañeros se pusieron a favor de ésta, la paciente perdió los nervios y les amenazó con juicios y denuncias por difamación. A consecuencia de ello, fue despedida tras diez años de servicio fiel a la empresa, tal como aseguró.

Me permitiré relatar a continuación con detalle cómo transcurrió aquella excursión de empresa. El programa fue ideado por la coordinadora e incluía un viaje en autobús, la subida a un castillo recientemente restaurado y situado sobre una colina, comida y descanso en la misma colina, concierto de música de cámara en el salón del castillo y, finalmente, descenso y vuelta a casa. Un bonito programa. «¡Precioso! —se burló la paciente—. ¡Tuvimos que andar montaña arriba por un camino estúpido! ¡Menuda ocurrencia!» «¿Se enfadó a causa del camino?», pregunté asombrada. «¿A quién se le puede ocurrir un camino tan estúpido? —continuó refunfuñando—. ¡Pero a esa tía estúpida (refiriéndose a la coordinadora) le gustaba torturarnos!»

«El camino era estúpido, la coordinadora era estúpida... ¿Todos los participantes opinaban lo mismo?», pregunté. «¡No! —me gritó en la cara—. ¡Los demás brincaban como cervatillos, de piedra en piedra, y a mí me entraba el sudor en los ojos, la blusa se me pegaba al cuerpo y casi no podía respirar, pero había que subir! ¡Era una tortura!» «Para us-

ted», especificué. «Sí, para mí.» «Para usted a diferencia de los demás —le repetí—. ¿Qué la diferencia a usted de los demás?» La paciente se calló por primera vez. «¿Podría ser su sobrepeso lo que le ha causado problemas?» «Y qué, si no —dijo renegando en voz baja—. Es que soy demasiado estúpida para controlarme mientras como. Lo he intentado de todas las maneras y nunca lo he conseguido. Simplemente, no puedo.»

Por fin se descubrió el pastel. «Usted se enfada por su incapacidad para reducir peso —dije para centrar la conversación—. Y eso le hace ser hostil. El camino es estúpido, la coordinadora que lo ha buscado es estúpida, usted misma también es estúpida, a su juicio. El despido sí que es estúpido. El enfado la hace ignorante. En la excursión ignoró el aire fresco del bosque, la belleza del castillo, los sonidos del concierto, a la amable creadora de aquella jornada, y usted estuvo completamente ocupada en escapar de su verdadero problema. Aquello tenía que empeorar obligatoriamente.» «Y ahora, ¿qué?», preguntó. Saqué papel y lápiz. «Ahora corrija en su alma y en su mente lo que no está bien. Escriba: "El camino al castillo era edificante. Mi coordinadora lo eligió con previsión inteligente. Yo misma soy una mujer buena con mucho talento. Lo único que me molesta es mi sobrepeso. Sin embargo, ahora tengo una nueva oportunidad para combatirlo. Mi despido es una ocasión para cambiar mis hábitos alimentarios. El tiempo libre de que ahora dispongo lo emplearé para seguir un tratamiento. Después volveré a buscar trabajo. Y en mi vida ya nada es estúpido".» «¿Tengo que escribir esto?», dijo con asombro la paciente. Y así lo hizo, y se llevó la hoja escrita a casa.

¿Qué ha resultado de todo aquello? Desgraciadamente, no una persona delgada, pero sí algo satisfactorio. Al empezar en su nuevo puesto de trabajo, la mujer escribió a su antigua coordinadora una carta de disculpas y de despedida, y me envió una copia. En ella se podía leer: «En su día usted preparó una espléndida excursión de empresa, con rutas totalmente correctas. Que yo no pudiera brincar como un cer-

vatillo era mi problema. Perdóneme». Ahora, en cierto sentido, la paciente está brincando, pero sobre sus propias sombras: sobre la coraza de su defensa psíquica.

Es muy difícil ayudar a personas que ignoran y pisotean todo lo valioso que les rodea. Si se consigue, sólo es a través de un análisis consecuente de sus excusas para desmontar su «voluntad de sentido» (Frankl). Las excusas son lugares engorrosos, penetrados por un soplo de desazón penitente, y las palabras clave se encargan de traicionarlas. Frases como «¿Adónde va a parar mi rabia?» o «Todo es estúpido» descubren la desavenencia entre el interior tierno y el exterior duro. Si se consigue ampliar esta desavenencia poniendo al lado valores del interior —el valor de un hijo, de la confesión de una verdad, etc.—, puede ser que la excusa se venga abajo y se ablande el exterior duro de las emociones humanas. Afirmando que *puede ser*, y digo también cuándo puede ser: en el momento en que el interior de la persona reconozca e identifique como originalmente propios —atrincherados tras la coraza, pero originalmente propios— los valores puestos al lado.

Joseph von Eichendorff reflejó poéticamente en la estrofa de una canción lo que yo he intentado ilustrar con estos ejemplos. La estrofa dice así: «Una canción dormita en todas las cosas que se sueñan sin cesar. Y el mundo se pone a cantar; sólo tienes que dar con la palabra mágica».

Sí, ¡la palabra mágica! Tras veinticinco años de ejercicio profesional, he llegado a la conclusión de que los psicoterapeutas no tenemos palabras mágicas. Pero nuestros pacientes sí tienen una en su interior, y empiezan a cantar cuando nosotros, llevados por un método, por la intuición o por cualquier otro camino, damos con ella.

Empiezan a cantar.

Capítulo 3

REFLEXIONES SOBRE UNA «RETÓRICA DEL AMOR»

En las lecciones que impartía el profesor Frankl en la Universidad de Viena, a las que asistí entre 1968 y 1971, se presentaba con frecuencia a pacientes con trastornos psíquicos, procedentes del Policlínico de Viena. El estilo con el que Frankl se comunicaba con estos pacientes era —dicho con todo el cuidado— bastante rudo. No les permitía que se extendieran con sus lamentos, no vacilaba en rebatirles con vehemencia sus opiniones y, a veces, llegaba incluso a ofenderlos con sus reacciones inesperadas. Sin embargo, era inequívoco que los tomaba en serio y que le importaba mucho su desarrollo como personas. Frankl los conducía —podría decirse que de manera dominante— hacia un lugar filosóficamente explosivo y, una vez allí, les daba a ellos las riendas. Casi todos los pacientes que vi en aquellas circunstancias abandonaban la sala de actos reflexionando, con el ánimo despierto y con un paso mucho más decidido, que con el que habían entrado.

Recuerdo, por ejemplo, a una paciente hospitalizada por distintos trastornos de ansiedad. Tras presentarse a los estudiantes, la mujer empezó a glosar un historial patológico que se remontaba hasta su juventud. La paciente dejó caer que siempre había rechazado invitaciones u otro tipo de contactos por un miedo atroz a quedar terriblemente en ridículo.

«Querida señora —dijo el profesor Frankl cortando en seco el torrente de palabras de la mujer—. ¿Por qué *ahora* no te me quedar en ridículo ante estos estudiantes? ¡Los jóvenes encuentran muy divertidas estas aprensiones tan cómicas! Y yo, el venerable y viejo profesor que se podría aburrir como una ostra con sus historias, ¿yo no le causo temor?»

La intervención de Frankl se quedó grabada en mi memoria, porque en aquel momento la encontré extremadamente dura. Sin embargo, la continuación del diálogo terapéutico me abrió los ojos. La paciente hizo un esfuerzo para mostrarse desvergonzada y contraatacó: «Ah, sí, espere que piense: para curarme debo decirlo todo en voz alta y sin tapujos». El profesor estaba radiante, se encontraba en su elemento. La paciente había mordido el anzuelo. «A ver... Si usted quiere algo, y lo quiere intensamente, entonces *deberá* superar sus temores... ¿Cierto? —canturreó Frankl con la más dulce de sus voces—. Dice que *deberá* hacerlo... ¿Le han obligado acaso los estudiantes, le he obligado yo a pasar por alto sus miedos?» «No, no —respondió la paciente, sorprendida de sí misma—, lo hago y ya está.» La alegría del profesor Frankl era contagiosa y todos nuestros corazones palpitaban al unísono. «Así que si usted quiere algo, y lo quiere intensamente, *lo hace y ya está*. ¿He oído bien? Entonces, ¿domina sus miedos tan antiguos? ¡Bravo! ¡Ante esto no me queda más remedio felicitarla!» La paciente parpadeó como si hubiera despertado del sueño de la Bella Durmiente, aunque el profesor no le dejó tiempo para que articulara ningún «sí, pero». «Por consiguiente —prosiguió Frankl— ahora reflexionaremos juntos acerca de lo que en su futuro vale tanto la pena y es tan digno que desea tan intensamente. ¿Para qué quiere curarse...?»

He olvidado el resto de la conversación. Sólo sé que todos reímos mucho, los estudiantes y la paciente, quien apenas se sintió molesta. Fue una de aquellas personas que (tras apenas treinta minutos de conversación) salió de allí totalmente animada.

Más tarde, en el transcurso de mi carrera psicoterapéutica, aprendí que había que mantener la moderación y es-

cuchar con empatía, que había que aceptar con la paciencia de un santo un sinfín de historias sabidas y que, simplemente, no estaba permitido dar consejos inmorales, ni siquiera opinar sobre si algo está bien o mal. El profesor Frankl había incumplido todos estos criterios, o así me lo parecía a mí. Simplemente, era original.

Actualmente, pasados más de treinta años, en los países de habla alemana hay cientos de especialistas que practican la logoterapia. Cada uno de ellos trata a sus clientes y pacientes siguiendo su método personal, lo que es totalmente correcto; en la relación terapéutica hay que mostrarse espontáneo y natural. Sin embargo, pienso que hay estilos de conversación que se ajustan particularmente bien al conjunto de las demandas logoterapéuticas porque, en cierto modo, ya provienen de aquella visión antropológica en la cual deben asentarse verbalmente. Por ejemplo, la pregunta que Frankl planteó aquel día en la sala de actos, con la cual irrumpió en medio de las interminables explicaciones de la angustia de su paciente, la pregunta de por qué aquella mujer no tenía miedo a explicar sus temores tendía una escalera hacia el metaplano espiritual. ¡Se puede *tener* miedo y *ser* valiente a la vez! Se estaba rozando el cambio de perspectiva que va del tener al ser. ¿Qué o quién producía este cambio? ¿Una obligación? ¿Un deber? La paciente exploraba el metaplano. ¡No, la libertad! ¡La libertad de la voluntad! Pero no cualquier libertad; la vida no nos lo pone tan fácil. Sólo una libertad de primera clase es capaz de darnos fuerza: una voluntad que conozca el «para qué», la voluntad de lo que tiene sentido, la «voluntad de sentido». Sin pausa alguna, Frankl planteó la siguiente pregunta: ¿qué era eso que en el futuro de la paciente merecería la pena y sería digno de querer con intensidad...?

Otros dos elementos del estilo de conversación caracterizarían el breve diálogo de Frankl que he presentado. Por un lado, el profesor desenmascaró una contradicción en la conducta de la paciente. La mujer, que en apariencia «siempre había rechazado invitaciones», había aceptado la invita-

ción de presentarse en público. ¡Esta divergencia escondía todo un potencial! El milagro no era que la mujer se hubiera convertido en un ser profundamente angustiado tras los crueles años de su juventud, sino que, tras años de miseria, quería y podía invertir en su curación. Ciertamente, Viktor E. Frankl tenía olfato para los milagros; en cambio, las casualidades banales nunca le interesaron. Por otro lado, Frankl utilizó en el diálogo su aprobación como factor terapéutico. Felicitó a la paciente, o mejor dicho, a la persona que tenía enfrente, por haber vencido sus debilidades psíquicas sin apenas darse cuenta. Esto revaluaba a la persona y devaluaba la debilidad. Milagro en lugar de determinismo, triunfo en lugar de debilidad; ¡un mundo nuevo se abría en apenas unos minutos! Pero sólo porque el terapeuta se encontraba en ese mundo como en su propia casa.

A continuación, presentaremos algunos elementos de estilo de conversación que, a mi parecer, se ajustan perfectamente a la logoterapia. Seguro que son los mismos que utilizan los partidarios de otras orientaciones terapéuticas, es decir, que se adecuan de manera general al oficio de la orientación. En el escenario logoterapéutico no hay ninguna técnica retórica típica, pero me parece sorprendente que los elementos que se me han ocurrido y me han llamado la atención al resumir un estilo de conversación que se ajuste a la logoterapia son, sin excepción alguna, los que caracterizan a una comunicación interpersonal eficiente, *también fuera del escenario logoterapéutico*. Podemos incluso decir que son elementos de una «retórica del amor», tanto más cuanto que podrían ser especialmente benéficos en las crisis cotidianas entre parejas, compañeros de trabajo, generaciones o, incluso, pueblos. El amor y el logos son «familiares directos» y eso se demuestra sobre todo en sus manifestaciones verbales.

Elemento de estilo de conversación I: revaluar a la persona

Los escritos de Carl Rogers son los últimos que nos hablan de la importancia del trato respetuoso con personas psíquicamente enfermas. Con frecuencia se nos advierte que sin una verdadera entrega del terapeuta no hay clima de confianza, que sin un clima de confianza no hay colaboración del paciente y que sin una colaboración del paciente no hay éxito del terapeuta. Al mismo tiempo, la consigna seguida es la de no realizar valoraciones ni emitir opiniones, con lo cual el trato respetuoso con el enfermo se centra mayormente en escuchar con paciencia sus preocupaciones, pedirle aclaraciones y tomar medidas que refuercen el ego. Todo esto está muy bien. Sin embargo, pienso que un poco de valentía para resaltar las capacidades intactas, el núcleo personal íntegro y la belleza interna del paciente no haría ningún daño. Como es sabido, en la logoterapia intentamos percibir *dos* aspectos positivos del paciente: los lados buenos presentes y las buenas posibilidades de expansión futuras que, aunque adormecidas, le son potencialmente propias. Incluso definimos el fenómeno del amor (según Frankl) como una doble percepción de la persona amada: en su forma real y en su forma óptima. Esto significa, con respecto a la técnica de conversación, no dejar pasar la oportunidad de confrontar a un paciente con sus dos aspectos positivos. En vez de no valorar, nuestra consigna será revaluar.

¿Cómo se pone en práctica esta consigna? En realidad, no es difícil confrontar al interlocutor con sus lados buenos en el presente; sólo hay que reparar en la dirección buscada. Por ejemplo, en el momento oportuno, le digo al paciente: «¡Pues conmigo se muestra usted muy creativo!», o bien: «¡Su compasión por los marginados es un rasgo que le honra mucho!», o: «¡Ha formulado sus deseos perfectamente bien!». Naturalmente, la franqueza es una *cuestión de honor*, y lo que no haré será repartir cumplidos por las buenas. Lo que quiero es poner acentos. Por ejemplo, puede ocurrir

perfectamente que la creatividad de alguien le haga caer en un caos artístico, o que su compasión no le deje dormir, o que la precisión de sus demandas le haga tremendamente impopular entre sus compañeros. Sin embargo, el acento se pone en primer lugar sobre los recursos disponibles para, a continuación, poder desarrollar en qué momento y en qué medida se pueden poner en práctica con sentido.

La confrontación del interlocutor con sus buenas posibilidades de expansión futuras es más complicada, porque requiere una *intuición* que, desgraciadamente, no se puede crear. La intuición sólo aparece en el transcurso de un acompañamiento íntimo y espiritual del paciente, es decir, siguiendo su misma onda. Para conseguirlo, es necesario (aunque pocas veces suficiente) un clima de confianza inverso: no tanto la tan mencionada confianza del paciente en su terapeuta, sino más bien una confianza incondicional del terapeuta en las aptitudes inquebrantables, aunque ocultas, del paciente. Por ejemplo, una mujer desconsolada vino a lamentarse a mi consulta: «¡No he hecho nada bien en mi vida!». Yo le respondí: «Seguro que en su juventud todavía tiene mucho tiempo para aprender de todo ello y obrar con más prudencia en el futuro». La paciente rió, sólo porque le gustó lo de «su juventud». «Ya me gustaría —dijo, y se puso a pensar—. Entonces sería como una beca de estudios que ya he pagado, ¿verdad?. Visto así, creo que podría aceptar mis errores.»

Otra mujer, natural de Suiza, se mostraba muy afectada. Había perdido a su hijo en los primeros meses de un embarazo profundamente deseado y, a consecuencia de ello, había faltado una semana al trabajo. Después, su jefa la recibió con la sarcástica observación de que los abortos no corrían a cargo de la empresa. La mujer estaba llorando a lágrima viva. Yo le pregunté: «Dígame, ¿qué sentiría si alguien pensara que Suiza es un país totalmente llano, que no hubiera el más pequeño montículo?». La mujer se sonó la nariz y tosió, un poco aturdida. «¿Qué sentiría?», insistí. «Nada —dijo encogiendo los hombros—. El que es tonto, es tonto.» «¿Ha-

ría el esfuerzo de explicárselo?», indagué. «No lo sé. Creo que no merece la pena, cuando alguien no sabe de lo que habla», respondió. «Ajá. Entonces, usted no se alteraría y dejaría a la otra persona en paz con su ignorancia.» La paciente asintió. «Pues haga lo mismo con su jefa —le propuse—. Su jefa tiene una visión equivocada de la situación porque no se informa. Es cierto que ella no cree que Suiza es un país llano, pero sí piensa que el aborto, la dolorosa pérdida de su hijo, es superficial. Pues se equivoca, la pobre. ¡Da lástima! ¿Por qué no intenta no alterarse y dejar a su jefa en paz con su ignorancia?» La paciente parecía satisfecha. «¡Lo tendré en cuenta! —exclamó—. A partir de ahora, cada mañana, cuando vaya en coche al trabajo y vea las montañas a mi alrededor, pensaré: ¡El que es tonto, es tonto!»

A continuación, un ejemplo contrario al anterior: tenía sentado ante mí a un hombre atormentado porque su novia esperaba un hijo de él no deseado. «Me gustaría decirle sí al niño —se lamentaba— pero no puedo hacerlo. ¡Realmente no puedo! ¡Nos destroza todos nuestros planes e interfiere en mi carrera profesional!» El hombre se estiraba de los cabellos. «¿Le gustaría decirle algo al niño?», dije, retomando sus palabras. «Al fin y al cabo, también es hijo mío», gimió. Su conciencia le castigaba. «Imagínese diciendo a su hijo, simplemente: oye, tú, me gustaría decirte que sí. Me gustaría intensamente. Por favor, acoge mi voluntad como un primer saludo de tu padre.» Un tierno sonrojo cubrió el rostro del hombre. «¡Esto sí que es una buena idea! —exclamó—. Esto sí que puedo hacerlo. Se lo explicaré a mi novia. ¡Se pondrá muy contenta!» Salió de la consulta con el ánimo recuperado.

Los ejemplos antes citados tienen un denominador común: tres personas no estaban tan lejos de donde, a tenor de sus circunstancias, deberían haber estado. En su proceso de maduración todavía no habían llegado a «aprender conscientemente de sus propios errores», ni a «reaccionar con indiferencia frente a modales obtusos» ni a, «a pesar de todo, decir sí a un hijo no nacido». Pero todo ello estaba ger-

ce lo que tengo que hacer!», sin especificar a quién se refiere este «nadie», ni de qué información se trata, ni cuál es el motivo del enfado. Otra variante sería la que una vez me dijo, encolerizado, un estudiante en prácticas: «Pedí a mi director de prácticas que me cambiara las horas extra por tiempo de vacaciones, pero yo sabía de antemano que él nunca aceptaría». ¡Menuda paradoja! ¿Por qué se lo pidió, «si ya sabía de antemano...»? ¿Acaso quería declarar su «vasallaje»? ¿Deseaba poner a alguien en evidencia? ¿Buscaba una confirmación de la maldad existente en el mundo? En casos así, el mensaje logoterapéutico se ajusta perfectamente: «¡Ayúdame a entenderte! ¡Explicámelos!». En el ejemplo citado, el mensaje se traduciría así: «Explicame por qué emprendes una acción de cuyo fracaso estás convencido».

Por otro lado, esta demanda («ayúdame a entenderte») es un excelente factor de comunicación humana, porque genera claridad de forma rápida y sin crítica, especialmente para el destinatario de la demanda, y genera una reacción distinta en cada uno. En la *voluntad* de entender se expresa un interés sincero y complaciente que confiere al interlocutor la fuerza necesaria para escapar de su recurrente fastidio.

Elemento de estilo de conversación 3: jugar con alternativas

El ejemplo del estudiante en prácticas nos conduce, naturalmente, a la cuestión del plan alternativo que éste podría haber puesto en práctica. Pero la elección tampoco resulta tan fácil, porque el ser humano libre, adulto y consciente de su responsabilidad está lleno de alternativas. A este respecto, el diálogo terapéutico deberá ocuparse principalmente de «preparar el terreno». En el relato de Heinz Körner titulado *Johannes* encontré un ejemplo formidable de este tipo de conversación. A continuación, reproducimos un fragmento donde aparece una descripción de boca de uno de los personajes:

Tuve que carraspear, y dije con voz ronca:

—El entorno me obliga. Las leyes también. Y mis congéneres esperan de mí una cierta dosis de seguridad y compromiso.

Johannes asintió con prudencia.

—Sí —dijo—, conque todo esto te obliga—. Guardó un silencio tenso, mientras yo me enfrentaba con sentimientos de violencia. De nuevo estuve a punto de llorar, de derramar lágrimas de disgusto y cólera. Intenté comprender interiormente el motivo de aquello, pero no lo conseguí.

Cuando Johannes siguió hablando, supe de pronto lo que me pasaba.

—¿No será más bien —preguntó— que tú te obligas a tener en cuenta al prójimo, el entorno, las leyes, a seguir ciertas obligaciones? ¿No será tu propia decisión, la que tomaste porque considerabas que era lo correcto? ¿O porque querías evitar consecuencias desagradables?

Sus palabras desencadenaron en mí un torrente de sensaciones... Por supuesto, era única y exclusivamente con mi decisión con lo que tenía que vérmelas. Día tras día. Y mis decisiones habían sido a lo largo de mi vida una retahíla de huidas. No eran decisiones, sino únicamente miedo a las consecuencias desagradables. Parecerá estúpido lo que en aquel instante me rondó por la cabeza, pero así fue. De niño aprendí ante todo a comportarme de manera tal que las consecuencias me fueran lo más agradables posible. A menudo hubiera preferido actuar de otra manera. Fui a la escuela sólo para evitar los castigos de padres y profesores. De mayor perseguí un oficio principalmente para evitar una inseguridad económica. Con muchos de mis amigos y conocidos mantenía una relación para evitar estar solo. No porque significaran algo para mí; si he de ser sincero, casi todos me daban completamente igual. A veces llevaba esta actitud tan lejos que prefería confesarme incapaz sólo para evitar el fatigoso aprendizaje de capacidades posiblemente importantes.

Aún podría contar muchas más cosas que me rondaron por la cabeza. Eran luces fulgurantes que, una tras otra,

iluminaban mi vida. Permitían reconocerlo todo bajo una luz clara, y yo no podía darles la espalda. Aquellas luces estaban en mí, y no se podían apagar.

¡Bravo, Johannes! ¡He aquí a un sufridor que, literalmente, deviene «clarividente»! Si hubiera sido el estudiante mencionado antes, habría podido elaborar con él *ahora* —bajo esta «luz clara»— estrategias razonables para tratar con su director de prácticas; estrategias que no se limitaran a quitarse responsabilidades y evitar tener que discurrir uno mismo propuestas factibles.

Algo parecido me ocurrió con una paciente difícil que insultaba con vehemencia a su marido. Pocos días antes, la mujer estaba tomando café y pasteles con su hija de 12 años en la cocina. Entonces, el marido, que es profesor, llegó a casa, entró precipitadamente en la cocina y se quejó a gritos por un montón de zapatos sucios que había en el vestíbulo. «¡Me provocó tanto que tuve que lanzarle un plato a la cabeza!», concluyó la paciente. Yo me metí entonces en el papel de «Johannes» y le pregunté: «¿Tuvo que...?». «¿Cómo quiere que me defendiera? ¡Con sus gritos, él me obliga precisamente a volverme agresiva!» «¿Él la obliga...»

Me animé a hacer un experimento. «Le propongo que durante la próxima media hora demos las dos rienda suelta a nuestra fantasía —dije—. Hagamos una lista de todas las reacciones imaginables que se podrían haber producido hace unos días en la cocina, tras entrar su marido, y hagámoslo alternativamente. Yo empiezo. Usted podría haber dicho: «¡No tienes por qué gritar, tenemos buen oído y te escuchamos hasta cuando murmuras!». Ahora le toca a usted.» «Habría podido seguir comiendo sin inmutarme e ignorarlo», respondió la paciente, vacilando. «¡Ahora yo! Podría haber dicho: «Siéntate con nosotros. Ya solucionaremos más tarde el problema de los zapatos». ¡Ahora usted!» «Podría haberle contestado: «¡Si te molestan los zapatos sucios, límpialos!»», respondió la paciente, algo más relajada. «¡Ahora yo! Podría haberle preguntado si había tenido un día difi-

cil en la escuela y si por eso estaba de mal humor. ¡Ahora usted!» «Podría haberme dirigido a mi hija y haber dicho: «¡Ajá, el señor profesor nos está dando clase, pero no se ha dado cuenta de que ya ha llegado a casa!»». La paciente se estaba animando de verdad. «¡Ahora yo! Podría haber dicho: «Sí, querido, tu debilidad es vocear a diestro y siniestro, la mía, dejar los zapatos por el suelo... Un equilibrio perfecto». ¡Ahora usted!» «Le habría podido mirar a los ojos y haberle dicho: «Tu forma de saludar me entristece».» Y así seguimos, hasta que la media hora pasó volando. Al acabar, pregunté a la paciente si todavía tenía presente el *haber tenido que tirar un plato*. Sacudió la cabeza y dijo: «Pero cuando me pongo furiosa no puedo pensar con calma, como aquí con usted». «Es comprensible —confirmé— por eso pensamos ahora, juntas y con calma, la manera de ahorrarse en el futuro los platos y los nervios, y rescatar el modelo positivo para su hija, exactamente en el momento en que su marido se vuelva a enfadar. ¿O cree que ya no volverá a pasar?» «¡Pasará mañana mismo o, a más tardar, pasado mañana!» Entonces la detuve antes de que volviera con la misma canción.

Me gustaría trasladar la continuación de este caso al epígrafe «Elemento de estilo de conversación 4», pero antes quisiera resaltar de nuevo lo importante que es «jugar con alternativas». Si dos personas tienen una manzana cada una y las intercambian entre sí, el resultado es cuantificable. Cada persona tendrá una manzana, como antes. Pero si dos personas tienen una idea cada una y las intercambian entre sí, el resultado será fenomenal, porque cada persona tendrá dos ideas. Algo parecido ocurre con el malabarismo genuinamente logoterapéutico que se realiza en el espacio libre y fantástico de la persona. El terapeuta inicia el juego socráticamente, a menudo con la pregunta «¿Qué pasaría si...?» o «¿Se imagina que...?», y el paciente empieza a soñar. Y, soñando, anticipa sus más elevadas posibilidades.

Elemento de estilo de conversación 4: seguir las huellas del sentido

Viktor E. Frankl quería superar una serie de *ismos*, entre ellos, el constructivismo y el subjetivismo vulgares. Él sabía que la búsqueda de sentido no se puede asociar a la arbitrariedad individual. Es una búsqueda de la verdad, y no tanto de la verdad histórica como de la verdad ética. Sin embargo, la verdad siempre es sólo una.

Claro está que también hay que ser modestos. Nadie conoce la única y completa verdad, pero podemos extendernos hacia ella con humildad y conocimiento, con calma y confianza.

Volvamos ahora a la historia del caso anterior. Cuando hubo pasado la media hora de juego con alternativas, pedí a mi paciente que se mirase en varios espejos imaginarios. «En ellos verá a las distintas mujeres que usted podría ser —le expliqué—. «Aquí está la mujer que, descompuesta por la ira, lanza platos a su alrededor. Mírela. Ésta es la mujer que, impasible, deja que coman de su pastel. ¿Qué le parece? Son mujeres que responden a su marido, ésta y aquélla. ¡Investigue sus rasgos! ¿Hay alguna de ellas que le sea simpática, alguna a la que respete, con la que le gustaría identificarse?»

La paciente empezó a trabajar en mi propuesta, pero no por mucho tiempo. De pronto, la mujer estalló: «¡Oh, sí! Una me gusta más que las demás. Invita al marido a sentarse a la mesa con ella y la hija y no le lleva la contraria. Tiene paciencia. Da tiempo al hombre para que respire un poco. Ofrece a las tres personas de la cocina una oportunidad para volver a empezar. Después de comer, su marido pide perdón y limpian juntos los zapatos». Yo no daba crédito a mis oídos. ¿Era aquélla la mujer gruñona que había entrado en mi despacho? «Entonces, ¿existe la esperanza de que el hombre de la mujer del espejo cambie de conducta?», pregunté para asegurarme. Ella asintió con la cabeza. En unos segundos, había mirado al fondo abierto de su conciencia y se había convertido en vidente. «Ante todo, mi marido se siente

rechazado, en el colegio, por sus alumnos, y también en casa. Ésa es su preocupación principal, y no el desorden que hay en el vestíbulo...» ¡Con qué ternura hablaba! Incluso brillaba en sus ojos su lado travieso. «En la pared de nuestro cuarto de baño hay un espejo con luces —dijo al despedirse—. «¡A partir de ahora, buscaré allí cuando vuelva a aparecer la salvaje lanzadora de platos!» Sin duda, era una idea genial. Es precisamente esto lo que ocurre cuando dos personas intercambian ideas (y no manzanas). Actualmente, el matrimonio de la paciente se ha estabilizado.

En la conversación logoterapéutica nos esforzamos por unir a las personas con su voz interior. Seguimos el rastro de aquello que les ha sido solicitado o encomendado justamente a ellas, en el nombre de la vida, de su conservación y de su desarrollo. Lo que descubrimos no siempre es fácil ni deseado, pero es una bendición y su efecto es sanador. Una madre con la que hablé una vez tenía un hijo adulto discapacitado mental por quien hacía todo lo que sus fuerzas le permitían. Le toleraba cualquier tontería y no le importaban sus travesuras. El joven no tenía ningún límite impuesto y cuando pedía gritando desde su cama algo de beber, iba la madre corriendo a llevárselo. En la conversación, yo alabé su disposición al sacrificio y, a continuación, investigamos los motivos. ¿Qué quería la paciente estimular en su hijo? ¿Progreso o regresión? ¿Autosuficiencia o dependencia? ¿Competencia social o aislamiento? Ella me comprendió al instante y se puso a llorar amargamente. «¿Por qué? —le pregunté—. ¿Por qué lo mimas? ¡Está reforzando su incapacidad!» «Porque me da pena. Está tan desvalido...», dijo sollozando. «Su hijo tiene su lugar en este mundo, como cualquiera de nosotros —le rebatí—. Un lugar que él puede llenar formidablemente con sus dotes. Pero para encontrar ese lugar, necesita una madre que crea en sus ventajas y no en sus desventajas, y que le permita comprobar sus capacidades.» Después de tres sesiones, habíamos confeccionado una lista de sacrificios *llenos de sentido* que, entre otras cosas, exigían a la madre mantenerse consecuentemente al mar-

gen y, si era necesario, aguantar con la valentía necesaria los gritos de frustración del hijo. En la quinta sesión, la paciente me contó que su hijo ya iba a buscar solo la bebida y algo de comer. En la octava, me dijo que ya repartía correo comercial por los buzones para ganarse algo de dinero. La madre, liberada de su esclavitud, respiraba aliviada. El hijo iba sacando todo su potencial creativo. El sentido se transformaba en bendición.

Una pequeña observación al respecto: en el psicoanálisis existe el concepto de *transferencia*, al que se recurre para fines terapéuticos. Según él, el paciente debe transferir al terapeuta unas emociones que en realidad van dirigidas a las personas de su entorno. No comparto del todo esta idea. Al contrario, me parece importante que los pacientes aprendan a no descargar sus emociones en falso. Sin embargo, en cierto modo es posible que en la logoterapia se produzca una especie de «transferencia», pero en el espacio espiritual. Quizás nuestros argumentos verbales sean, al fin y al cabo, secundarios, y nuestro convencimiento de que la vida tiene un sentido incondicional que no se pierde bajo ninguna circunstancia sea nuestro medicamento principal. Y este convencimiento es el que se traslada no pocas veces al paciente...

Recordemos, a modo de resumen, los distintos elementos de estilo de conversación citados:

- reevaluar a la persona,
- contribuir a la claridad,
- jugar con alternativas,
- seguir las huellas del sentido.

Estos elementos se entremezclan entre sí y caracterizan las intervenciones logoterapéuticas, pero también se incluyen, en un ámbito más general, dentro de una «retórica del amor». Porque cuando las personas se comunican de forma afectuosa, se dirigen hacia lo mejor de su prójimo, hablan con claridad y generando claridad, dispensan benevolencia a

la libertad de su interlocutor y apoyan a éste en la aventura de la búsqueda conjunta de sentido. El amor no tiene miedo (palabras clave: reevaluar a la persona), el amor no enmascara (palabras clave: contribuir a la claridad), el amor no encadena (palabras clave: jugar con alternativas) y el amor no exige ni exime (palabras clave: seguir las huellas del sentido). Y, sobre todo, el amor tiene infinitos idiomas y signos, y por ello, finalmente, hacemos nuestra la sabia receta de Frankl, según la cual lo importante de una *técnica* de conversación en psicoterapia nunca es la técnica en sí, sino el espíritu con el que se aplica. La técnica no servirá de nada mientras se ciña exclusivamente a prescribir recetas, pero su resultado será milagroso si está impregnada del espíritu del amor.

Capítulo 4

LOS MÉTODOS DE LA LOGOTERAPIA

Los grupos de neurosis según Viktor E. Frankl

Al explicar la imagen logoterapéutica del hombre hemos conocido la ontología dimensional de Viktor E. Frankl, según la cual el ser completo de la persona está formado por las dimensiones somática y psíquica y, además, por la dimensión noética, gracias a la cual la persona puede elevarse por encima de sí misma. También hemos hablado de la forma logoterapéutica de conversación, que posibilita un acompañamiento vital orientado al sentido y a los valores sin que el terapeuta los imponga. Sobre estos fundamentos se asienta la teoría de las neurosis de Frankl que expondremos a continuación.

Es nuestro deseo conservar en estas páginas el término tradicional de neurosis, porque así lo hizo continuamente Frankl en toda su obra. Sin embargo, en el último capítulo trasladaremos las expresiones logoterapéuticas de las patologías a la nomenclatura diagnóstica moderna de la CIE-10, aunque no sin lamentar ciertas imprecisiones existentes en esta clasificación. Una de estas ambigüedades concierne a la distinción precisa entre causas, factores desencadenantes y efectos de los trastornos mentales que se dan en las distintas dimensiones del ser del individuo. En concreto, precisamen-

te en las neurosis, se confunden a menudo, erróneamente, los efectos con las causas. Frankl comparó este equívoco con el mar y los arrecifes: en las aguas poco profundas donde hay un arrecife, éste se puede ver en la bajamar, pero no por ello el arrecife es la causa de la bajamar. Frankl decía que, de la misma manera, en la «bajamar» del gozo de vivir de la persona se divisa a veces un trauma mental, pero este trauma no tiene por qué ser la causa de una falta de alegría de vivir. Al considerar simultáneamente los tres planos del ser del individuo, obtenemos una variedad de conexiones transversales que conducen a sencillas cadenas de causas.

La tabla de la página siguiente reúne en una lista los cinco grupos de neurosis contemplados por la logoterapia: las neurosis psicógenas, las (pseudo)neurosis somatógenas, las enfermedades psicosomáticas, las neurosis reactivas y las neurosis noógenas.

Las neurosis psicógenas son efectos mórbidos de lo psíquico en lo somático y/o en lo psíquico; por lo tanto, sus causas se hallan en lo psíquico. Con las (pseudo)neurosis somatógenas ocurre lo contrario: son efectos mórbidos de lo somático en lo psíquico y, por lo tanto, sus causas se encuentran en lo somático. Como son principalmente disfunciones de índole vegetativa y endocrina, también se pueden llamar «enfermedades funcionales».

El caso de las enfermedades psicosomáticas es más complicado. En ellas confluyen dos situaciones: una debilidad corporal o lesión previa y un estrés psicológico o un *shock*. En consecuencia, las enfermedades psicosomáticas son manifestaciones patológicas en lo somático desencadenadas por algo psíquico, con lo que sus causas se hallan en lo somático y en lo psíquico. En cambio, las neurosis reactivas son efectos retroactivos mórbidos en lo psíquico, pero cuyos factores desencadenantes pueden haber sido en su origen tanto somáticos como psíquicos. Por consiguiente, sus causas se encuentran en lo somático o en lo psíquico. Una variante especial de las neurosis reactivas son las «neurosis iatrógenas», desencadenadas (involuntariamente) por un médico o terapeuta.

<i>Clasificación de las neurosis según Frankl</i>	<i>Las causas se hallan en el ámbito:</i>
Neurosis psicógenas: efectos mórbidos de lo psíquico en lo somático y/o psíquico.	psíquico
(Pseudo)neurosis somatógenas: efectos mórbidos de lo somático en lo psíquico (mayormente «enfermedades funcionales»).	somático
Enfermedades psicosomáticas: manifestaciones mórbidas en lo somático desencadenadas por algo psíquico.	somático y psíquico
Neurosis reactivas: efectos retroactivos mórbidos en lo psíquico debidos a algo originalmente somático o psíquico (o a la conducta de un terapeuta: «neurosis iatrógenas»).	somático o psíquico
Neurosis noógenas: efectos mórbidos de lo espiritual en lo psíquico (relacionados con cambios sociales: «neurosis sociógenas»).	noético

Finalmente, las neurosis noógenas se definen como los efectos mórbidos de frustraciones espirituales en lo psíquico, y cuando provienen de un «vacío existencial» —de la crisis de sentido de una sociedad entera— son también sociógenas. En las neurosis noógenas no existe inversión, es decir, no se da ningún efecto mórbido de lo psíquico o somático en lo espiritual, porque, como ya sabemos, lo espiritual no puede enfermar, aunque sí puede bloquearse por enfermedades y deficiencias en lo psicofísico, como ocurre en el caso de las psicosis. En la siguiente tabla de resumen,

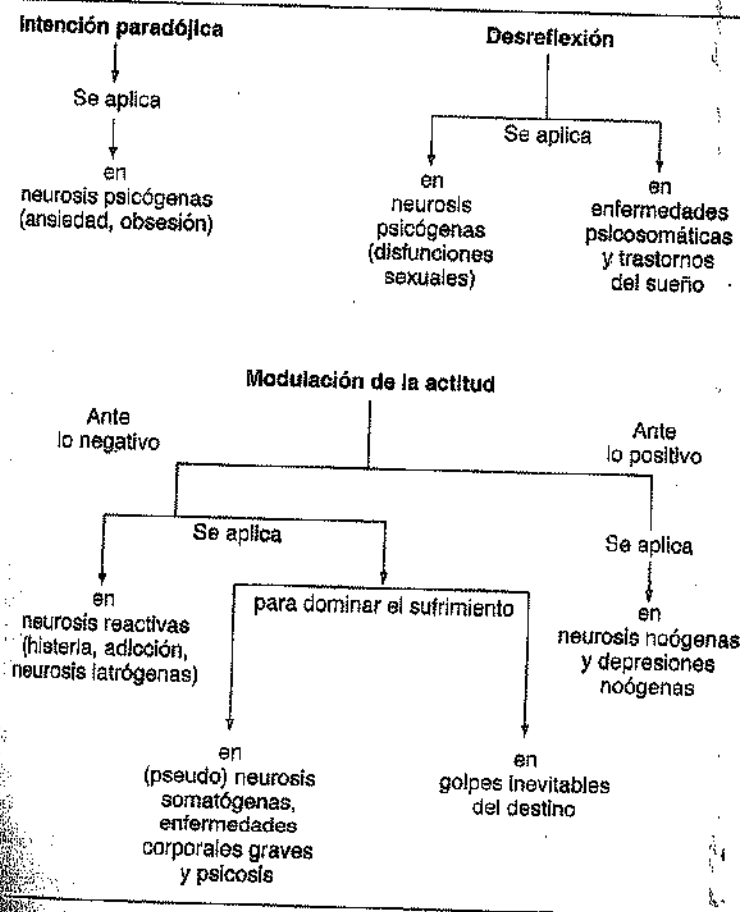
unas condiciones de vida opulentas, la terminación de unos estudios, los recursos económicos, las amistades, etc.; en cualquier caso, condiciones de vida a partir de las cuales debería construirse una existencia satisfactoria y llena de sentido si el afectado simplemente adoptara la actitud correcta frente a ellas. Desgraciadamente, se conocen muchos casos en psicoterapia en los que, a pesar de la abundancia de recursos económicos, se lleva una existencia infeliz, sin ímpetu ni energía. Todo un ejército de gente malacostumbrada en países acomodados no valora la «buena vida», sino que se aferra a la futilidad en permanente crítica o quiere exprimir sin límites una vida más o menos confortable. En estos casos, el método de la modulación de la actitud ayuda activando la «voluntad de sentido» que «palpita» en cada alma —como hace el corazón en cada cuerpo— y posibilita un aprovechamiento profundamente satisfactorio de la existencia.

Aún más complicado resulta conseguir una actitud interior positiva ante una circunstancia negativa. Determinadas situaciones sólo se pueden modificar desarrollando una actitud nueva con respecto a ellas. Pero también hay casos en los que bajo ningún concepto se cuestionará la circunstancia negativa, como sucede con las enfermedades corporales graves, las parálisis, las amputaciones, las pérdidas dolorosas (de un familiar, por ejemplo) o los problemas de culpabilidad. Sin embargo, cuando ya no se puede cambiar nada, siempre se está a tiempo para elegir libremente la actitud frente a lo inmutable, y de dicha actitud volverá a depender la manera de soportar esa circunstancia inalterable. Nadie debe romperse por el sufrimiento. Cada persona dispone de un «poder de obstinación del espíritu» que le permite transformar un sufrimiento inevitable en un acto humano, es decir, en un triunfo interior, tal como el propio Frankl experimentó durante sus amargas vivencias en la guerra y, posteriormente, demostró con su mensaje de esperanza para todas las personas que sufren.

Unifiquemos ahora la clasificación logoterapéutica de las neurosis (incluyendo también las psicosis y las depresiones)

con los tres grandes grupos metodológicos de la logoterapia. Para hacerlo, nos serviremos de una tabla de resumen.

Según muestra la tabla, la intención paradójica se aplica en caso de neurosis psicógenas, concretamente neurosis de ansiedad y obsesivo-compulsivas. La desreflexión también se utiliza para neurosis psicógenas, en el caso de disfunciones sexuales psicógenas, y para neurosis psicósomáticas y trastornos del sueño. Por su parte, la modulación de la actitud se divide en dos ramas de aplicación, según se aplique en caso de circunstancias negativas o positivas. Ante lo negati-



vo, la modulación de la actitud se emplea para tratar neurosis reactivas como la histeria, las adicciones y los daños iatrogénos, así como para dominar el sufrimiento, dividido a su vez en sufrimiento provocado por una enfermedad o por el destino. Ante lo positivo, la modulación de la actitud se aplica en casos de neurosis y depresiones noógenas.

Como vemos, en este esquema se integran los cinco grupos de neurosis definidos por Frankl: las neurosis psicógenas, somatógenas, psicosomáticas y reactivas, y los trastornos noógenos. En las secciones siguientes describiremos con más detalle estos trastornos y expondremos las correspondientes directrices que marca la práctica logoterapéutica para que el lector que lo desee pueda extraer uno u otro estímulo de reflexión, tanto para él como para las personas confiadas a su cuidado.

El origen de las neurosis de ansiedad

En los trastornos neuróticos siempre se perfila un círculo vicioso en forma de espiral en el que el enfermo se ve envuelto. En primer lugar, el afectado tiene un concepto poco bueno de sí mismo (o de otras personas, o de la vida...). Después vienen de alguna manera los errores y los fracasos. Entonces vuelve a desconfiar de todo y su debilitada conciencia de sí mismo vuelve a llevarlo al fracaso, y de ahí, directamente, a una disolución progresiva de la confianza en sí mismo y de su confianza original. Ocurre como en los celos patológicos (también una variedad de neurosis), que ahuyentan abiertamente al cónyuge amado, lo cual hace aumentar de nuevo los celos hasta la locura.

Como bien sabe el médico clínico, la ansiedad ante la expectativa es con frecuencia lo principalmente patógeno dentro de la etiología de las neurosis. Tanto es así, que fija un síntoma (pasajero por sí mismo y, hasta cierto punto, inocuo) focalizando la atención del paciente en torno a este síntoma.

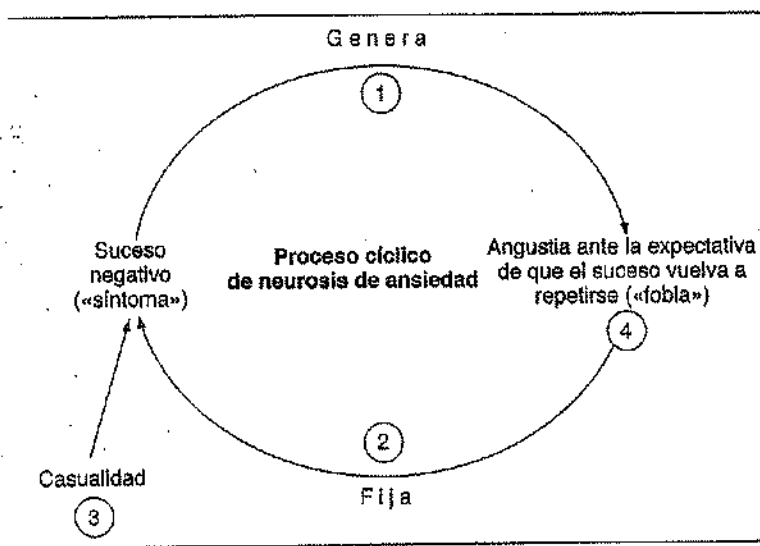
El llamado mecanismo de la ansiedad ante la expectativa es corriente para el médico no especialista: el síntoma crea una fobia correspondiente, la fobia refuerza el síntoma y el síntoma así reforzado confirma al paciente todavía más en su temor a un retorno del síntoma. El círculo vicioso se cierra aquí y el paciente se encierra en él, como hace el gusano de seda en su capullo. (Frankl, 26)

En las neurosis de ansiedad, el círculo vicioso se dibuja del modo siguiente.

Un suceso casual y desagradable, mayormente traumático, crea el temor a que dicho incidente se repita en una situación parecida. Esta angustia ante la expectativa deja tan inseguro al afectado, o le hace actuar de forma tan forzada, que el suceso temido vuelve inmediatamente. Con ello ya se cierra el círculo, porque tras el retorno del suceso («síntoma»), la angustia ante la expectativa aumenta a niveles altísimos (va creciendo hacia la «fobia») y vuelve a producir el síntoma cada vez que aparece la situación ocupada por la angustia. El afectado, preso en el círculo vicioso, piensa que sólo puede salvarse evitando la situación ocupada por la angustia, pero ello lo entrega definitivamente a la neurosis de ansiedad, porque la angustia acostumbra a extenderse (a generalizarse) a ámbitos de la vida no invadidos. Cuanto más evitemos las situaciones angustiosas, menos capacidad de resistencia tendremos frente a nuestras angustias.

Ilustremos esta situación con un ejemplo de *fobia al metro*. A un hombre le entran náuseas durante un trayecto en el ferrocarril metropolitano, posiblemente causadas por una falta de oxígeno en el vagón repleto de pasajeros. El hombre se apea prematuramente y llega tarde a su destino. Este viajero emprende su siguiente viaje en metro ya con grandes molestias, porque no deja de pensar en lo penoso y desagradable que será si le vuelven a entrar náuseas y se ve obligado a pedir un asiento para no tener que interrumpir el viaje. El hombre se pone nervioso a causa de sus cavila-

ciones e, inmediatamente, empieza a encontrarse extraordinariamente mal. El sudor le corre por la frente, se siente oprimido y, al final, no le queda más remedio que abandonar el vagón desesperadamente en la siguiente parada. Así se configura el modelo fóbico: el pasajero ya no soporta viajar en metro. Es posible que, más adelante, tampoco viaje en autobús, porque en él se darían cita las mismas angustias ante la expectativa, ni en coche. La angustia ante unas náuseas inminentes se generaliza y reduce drásticamente su libertad de movimientos, y las visitas a médicos aumentan sin que se aporte ningún diagnóstico fisiológico. Al final del camino sólo aparece un pánico permanente, una dependencia de tranquilizantes o una renuncia irracional a utilizar medios de transporte colectivo.



Cuando se establece este proceso cíclico neurótico, en el paciente se dan cita cuatro factores:

1. Predisposición de carácter ansioso.
2. Labilidad vegetativa.

3. Suceso traumático.

4. Autotranscendencia débilmente desarrollada.

Estos cuatro factores aparecen en el dibujo anterior marcados con números en su correspondiente «lugar» de actuación.

La *predisposición de carácter* que predestina a cualquier neurosis se caracteriza por los dos rasgos mencionados anteriormente: la inclinación rápida y fácil a la inseguridad y el hecho de «quedarse atascado» en pensamientos irrelevantes que no se pueden dejar de lado. En el ejemplo de la fobia al metro, esta predisposición de carácter conduce a que, tras el primer y casual acceso de náuseas durante el trayecto, el afectado no diga, en un estado de alivio: «Gracias a Dios, ya ha pasado», y no vaya a más. Si fuera de esta manera, el proceso cíclico se detendría. Es precisamente aquí donde la falta de seguridad y de confianza original se muestra inoportuna e induce a la persona afectada a pensar: «¡Cielo santo, la próxima vez me volverá a pasar!». A este pesimismo básico se le añade el hecho de «quedarse atascado» en los pensamientos, que hace que la desagradable experiencia del viaje en metro resuene como un eco y generalice el temor. La combinación de estos dos aspectos introduce la peligrosa angustia ante la expectativa.

La *labilidad vegetativa* hace que la angustia ante la expectativa provoque reacciones corporales reales. No todos los organismos actúan del mismo modo. Si el afectado teme al siguiente viaje en metro, pero no siente náuseas, el círculo vicioso se habrá detenido y la angustia irá desapareciendo paulatinamente. Sin embargo, entre la psique y el soma existen relaciones muy estrechas —pensemos sólo en la muerte aparentemente «sin causas» que se da entre miembros de pueblos primitivos, los cuales pueden morir a causa de heridas psíquicas («excomunión»)—, y el individuo con neurosis de ansiedad es especialmente sensible a este respecto. El neurótico ansioso tiene la mala suerte de que, en él, la angustia reactiva ante la expectativa conecta con una disposi-

ción vegetativa a la angustia, tal como Frankl describió. De esta manera, su angustia atrae directamente lo temido.

El *destino*, que interviene de alguna manera en todo, también pone su granito de arena en el proceso cíclico de la neurosis de ansiedad. No siempre, pero sí la mayoría de las veces, el destino presenta un suceso original desencadenante. Ante nosotros desfilan miles de situaciones sin que se desencadene ninguna reacción neurótica, pero ciertos sucesos llevan el germen latente, especialmente los que afectan a la «sustancia vital» de la persona. Se trata de:

- a) sucesos sentidos como amenazadores de la vida (por ejemplo, caídas peligrosas, asfixias),
- b) sucesos que evocan recuerdos dolorosos (por ejemplo, situaciones de *shock* o estrés padecidas en el pasado),
- c) sucesos vinculados a una desventaja social —real o imaginada— (por ejemplo, el ridículo o la vergüenza ante otras personas).

Por último, una *autotrascendencia débilmente desarrollada* favorece una patología fóbica porque «permite» que el miedo domine. Si nuestro pasajero del metro se concentrara de verdad en contenidos vitales llenos de sentido, su angustia ante la expectativa ya no tendría ninguna razón de ser, porque ya no se le prestaría aquella atención tan unánime. Si, de camino al metro, el todavía *no-paciente* reflexionara con cierta intensidad sobre, por ejemplo, el regalo de cumpleaños que le gustaría recibir a su madre, olvidaría sus angustias y llegaría sin complicaciones al lugar de destino.

¿En qué punto se puede hacer estallar convenientemente este círculo vicioso? Las predisposiciones de carácter innatas y el «destino», entendido como las experiencias pasadas desagradables, no se pueden cambiar. Aunque pongamos ambas cosas bajo la deslumbrante luz de la conciencia de un paciente, ya sea en forma de un análisis de carácter o en forma de reconstrucciones de la psicología profunda, el trastorno no desaparece porque el círculo vicioso, entre la expectativa

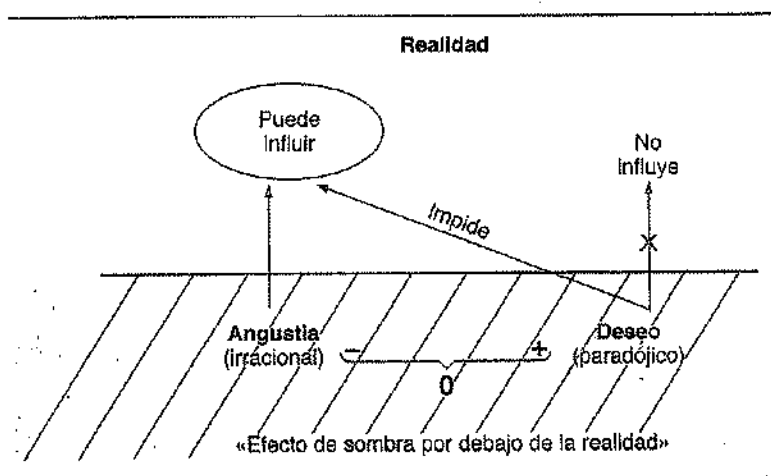
negativa y la llegada de lo esperado, ya hace tiempo que se ha independizado.

Con la labilidad vegetativa parece que hay más esperanzas, porque se puede atenuar mediante una práctica regular de deporte, alimentación sana y (en casos de extrema necesidad) medicación. Pero lo mejor es reforzar la autotrascendencia de la persona, la cual, en tanto que potencial espiritual, no se ve afectada por la patología. La autotrascendencia y la capacidad humana de autodistanciamiento son los lugares donde se aplica la logoterapia.

En el sentido de una terapia psicosomática simultánea, hay que situar uno de los brazos de la tenaza terapéutica —el destinado a atravesar y hacer estallar el círculo neurótico— en la labilidad vegetativa, como polo somático, y el otro brazo de la tenaza terapéutica junto a la angustia ante la expectativa, como polo psíquico. (Frankl, 27)

Además de la combinación «logoterapia y medicina», los métodos logoterapéuticos también se alternan con procedimientos curativos naturales (homeopatía), técnicas de relajación (entrenamiento autógeno), programas de terapia conductista (desensibilización sistemática) y terapias artísticas (terapias basadas en la música, la pintura, la danza), con resultados extraordinariamente fructíferos. Menos posibilidades de éxito tiene la combinación de la logoterapia con procedimientos retrospectivos (como el psicoanálisis). Estos métodos transmiten rápidamente un sentimiento de falta de libertad que se contradice con el conocimiento del espacio espiritual libre, existente a pesar de todo, con el que opera la logoterapia. Además, la preocupación por la biografía propia aumenta inevitablemente la focalización en torno al sí mismo (¿digno de compasión?), lo cual debilita precisamente la capacidad de autotrascendencia, cuando debería reforzarse.

tir efecto de forma autosugestiva. Las fórmulas paradójicas nunca dirán «me van a entrar náuseas», o «seguro que me muerde un perro», lo cual sería psicosocialmente peligroso. Al contrario, la intención paradójica contiene una conformidad irónico intrépida con el peor medio amenazador, un contundente acto de decisión del espíritu consistente en no ceder más a las angustias del alma desplazadas y engañarlas por medio del humor.



Las mediciones experimentales realizadas por el Instituto de Psicología de Viena, bajo la dirección de Giselher Guttmann, aportan a este respecto otra vía de explicación. El laboratorio de investigación cerebral de Viena dispone de un equipo que capta las fluctuaciones de tensión, en millonésimas de voltios, emitidas por el cuero cabelludo intacto. Esto permite observar el potencial de tensión continua de la corteza cerebral como si fuera un indicador del nivel de actividad de la persona. De estos experimentos se deduce que el aumento de la negatividad eléctrica viene acompañado de fases de mayor capacidad de rendimiento. Dicho de un modo más sencillo: siempre que el potencial de voltaje con-

tinuo empieza a desplazarse hacia valores negativos, aumenta la aptitud de una persona (hay que tener en cuenta que un intervalo de 10 a 20 microvoltios supone ya una enorme diferencia en este sentido).

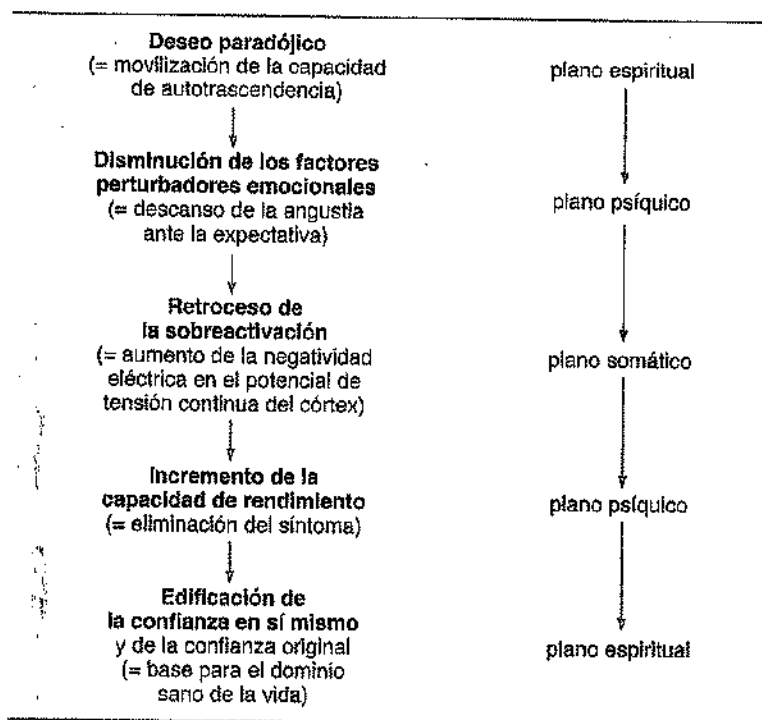
Con independencia de ello, la ergopsicometría nos dice que la capacidad de rendimiento en situaciones de estrés grave varía de manera muy desequilibrada. Así, hay personas que se descompensan y su rendimiento cae, y otras que, en la misma situación, se ven verdaderamente estimuladas y consiguen el éxito. A las primeras se las llama, de forma chistosa, «campeones del entrenamiento», porque se asemejan a los deportistas que, en situaciones de neutralidad, alcanzan un rendimiento altísimo pero que, cuando compiten, fracasan.

Las encontramos no sólo en el mundo del deporte, sino también en la escuela y en el trabajo. Estas personas no son fáciles de descubrir mediante las pruebas psicológicas habituales, porque un test convencional se desarrolla, como sabemos, bajo condiciones de tranquilidad (a nadie se le ocurriría hacer un test de inteligencia después de pasar una noche en vela).

Pero si decidiéramos repetir un test bajo estrés, nos llevaríamos más de una sorpresa. Por lo menos, así nos sucedió hace más de diez años en el Instituto de Psicología de Viena, cuando realizamos esta clase de pruebas en condiciones de estrés parecidas a las reales. El resultado principal fue sorprendente y trascendental, porque hallamos personas que, a diferencia del rendimiento en circunstancias neutrales, se derrumbaban cuando se sometían a estrés, mientras que había otras que sólo llegaban a su plena forma en las situaciones estresantes y eran mucho mejores que bajo las condiciones neutrales. (Guttmann, 28)

En el marco de la línea de investigación citada, también comprobó que la caída del rendimiento en estos «campeones del entrenamiento» se debe a una activación incontrola-

da y excesiva de la corteza cerebral, y que esta sobreactivación vuelve a estar condicionada por factores perturbadores emocionales, es decir, por la angustia. Volviendo al principio: si conseguimos suprimir a corto plazo la angustia —utilizando un «truco»—, la sobreactivación retrocede y la negatividad eléctrica de la corteza cerebral aumenta, con lo que crece también la capacidad de rendimiento de la persona, reduciéndose así la base para la angustia. Ésta es exactamente la «cadena» curativa que se inicia con la aplicación de la intención paradójica.

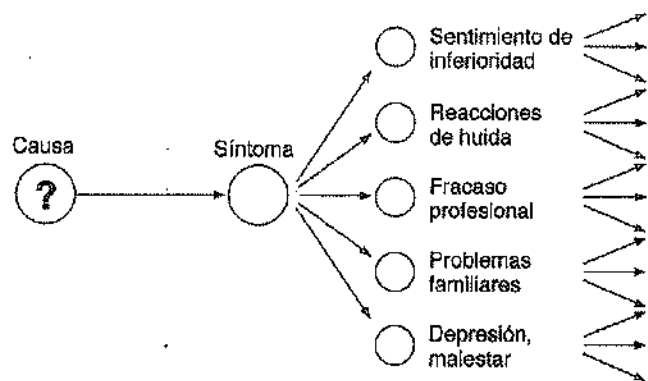


Paralelamente a la «cadena» curativa, el esquema alude también a la interacción entre las tres dimensiones del ser al mostrar que la logoterapia se aplica con sus métodos en lo espiritual —lo que nunca puede enfermar— para,

atravesando los otros planos del ser, enfermos o con trastornos funcionales, fortalecer de nuevo el plano espiritual y crear finalmente un estado de salud general. Sin embargo, el deseo paradójico nunca deberá llevarse al terreno consciente demasiado tarde. Un paciente dispone de la fuerza necesaria para hacerlo mientras se está aproximando a su problema, pero si ya se encuentra en medio del conflicto, le vencerán los elementos perturbadores procedentes de lo psicofísico. Nuestro poder de distanciamiento espiritual es extraordinariamente fuerte, pero también tiene sus límites.

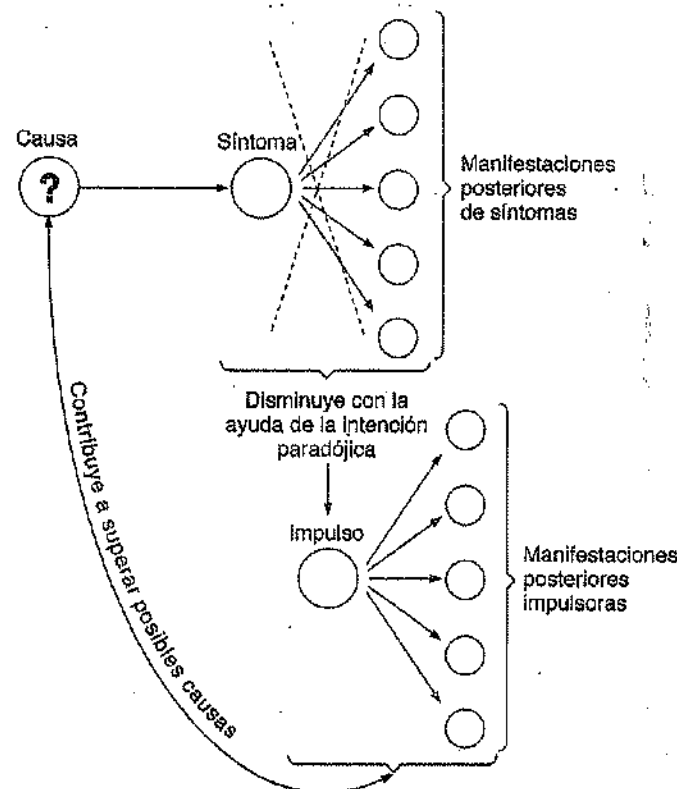
Para acabar, analicemos una cuestión general: hemos visto que, al aplicar la intención paradójica, el paciente supera su miedo irracional durante cierto tiempo, el suficiente para suprimir el síntoma. ¿Se trata, por tanto, de un método de reducción de síntomas? Y si es así, ¿no se corre el riesgo de que se desarrollen síntomas sustitutivos?

De hecho, en ninguno de los numerosos estudios longitudinales norteamericanos relativos a la efectividad de este método han aparecido síntomas sustitutivos. Ello se debe a dos motivos. En primer lugar, el enfermo aprende a manejar la intención paradójica con autonomía y, por ello, puede ayudarse a sí mismo cada vez que la angustia irracional vuelve al acecho. En segundo lugar, no se sabe si es del todo cierta la hipótesis de que los procedimientos de reducción de síntomas ordenan necesariamente el despliegue de síntomas sustitutivos. En cambio, lo que sí está anticuado es el modelo según el cual una única causa comprensible conduce a un síntoma patológico determinado y que el síntoma no se puede eliminar si no se elimina antes esa causa. Actualmente sabemos que las cosas son algo más complejas, que los trastornos mentales se amontonan en complicadas redes etiológicas y que cualquier trastorno se convierte nuevamente en la causa de un trastorno posterior. En el gráfico de la página siguiente aparecen algunos de estos trastornos posteriores, como el fracaso profesional, los problemas familiares o la depresión.



Si consideramos que un paciente puede controlar su síntoma neurótico-ansioso (u obsesivo-compulsivo) mediante la intención paradójica, las manifestaciones posteriores del síntoma desaparecerán. Esto confiere al paciente un impulso mental que, a su vez, presenta manifestaciones posteriores: aumento de confianza en sí mismo, normalización profesional, estabilidad familiar, etc. Todo esto puede contribuir a que, finalmente, se superen las eventuales causas que, en su momento, hayan podido provocar la enfermedad (traumas vividos). En cualquier caso, las posibilidades de éxito son más halagüeñas que si se intenta «elaborar el pasado» todavía en la fase aguda de la enfermedad, durante la cual el paciente se encuentra tan triste y abatido. Por lo tanto, la reducción del síntoma no sólo tiene la importancia de ser un «primer auxilio» psicoterapéutico para frenar al instante las posteriores manifestaciones negativas de síntomas, sino que incluso puede revelarse como un medio que, en determinadas circunstancias, contribuye a eliminar las causas de la enfermedad.

Al fin y al cabo, la intención paradójica es más que un tratamiento de síntomas. Sirviéndose del humor, el paciente se eleva por encima de sí mismo y deja de someterse a sus impulsos psicofísicos. Se siente fuerte porque demuestra valentía, «agarra el toro por los cuernos» y se encara consciente e



intencionadamente a la situación ocupada por el miedo. Todo ello introduce un crecimiento interior en el paciente que nunca se conseguiría con un mero combate racional contra sus angustias. Su actitud frente a la vida se modifica por completo y se recupera una parte de la confianza original. Esta confianza original constituye la mejor protección contra cualquier desliz neurótico, dondequiera que se hallen sus raíces.

La predisposición psicofísica y, junto con la predisposición vital, la situación social conforman juntas la posición natural de una persona. Sin embargo, la posición natural nunca es determinante. Lo determinante es la persona espi-

ritual, la actitud personal ante la posición natural. Pero allí donde se da una actitud, siempre es posible un reposicionamiento, y es a este reposicionamiento al que aspira básicamente la logoterapia. Pero con ello no se está dirigiendo hacia las primeras causas, sino a la última causa del sufrimiento. La logoterapia no se ocupa de las causas impropias, es decir, de las condiciones, sino de la causa verdadera, de la causa real de un sufrimiento. Sin embargo, esta causa real se halla en la persona del enfermo que adopta una posición —con respecto a todas las condiciones (interiores y exteriores)—; y es a esta causa, en tanto que instancia última que está en posesión de la última palabra, la decisiva, a la que recurre y apela la logoterapia. (Frankl, 29)

Para hacernos una idea del «reposicionamiento existencial» al que se puede llegar en el transcurso de un tratamiento logoterapéutico, reproducimos a continuación un dibujo de uno de mis pacientes, quien me ha autorizado su publicación. Este paciente había padecido durante años una serie de neurosis obsesivas y de ansiedad de carácter agudo que le impedían llevar una vida con un mínimo de libertad, hasta que consiguió —mediante la intención paradójica— enfrentarse a sus angustias, tal como él mismo representó en el dibujo:



Jaque al carácter neurótico obsesivo

Así como el paciente con neurosis de ansiedad únicamente tiende, según la estructura de su carácter, a la inseguridad y a «quedarse atascado» en los pensamientos, en el caso del neurótico obsesivo-compulsivo estamos ante una predisposición de carácter «anancástico» que lo induce a la pedantería, al fanatismo por la limpieza y a las ideas escrupulosas. Es propio del neurótico obsesivo aspirar al cien por cien en todo. Quiere hacerlo todo a la perfección y no quiere ser culpable de ninguna desgracia, simplemente por no ser rechazado, boicoteado o «condenado» por ninguna instancia. No pocas veces, la idea de un castigo divino acecha, consciente o inconscientemente, en segundo plano. Todo ello conduce a un miedo exagerado y prepotente a los errores, lo que se revela como el mayor error.

Tanto el neurótico ansioso como el neurótico obsesivo comparten las características siguientes:

- a) una actitud negativa de esperanza frente a la vida,
- b) una angustia irracional (en la neurosis de ansiedad, angustia *en torno* a uno mismo, y en la neurosis obsesiva, angustia *de* uno mismo) y
- c) una tendencia al enfurecimiento por cosas insignificantes.

El carácter anancástico es el caldo de cultivo donde puede, pero no debe, formarse una neurosis obsesiva. La irrupción de la enfermedad dependerá esencialmente de la actitud del afectado frente a su predisposición de carácter, y esta actitud es libre. En cualquier caso, una educación estricta, extremadamente correcta y moralizante nunca es beneficiosa para alguien con una estructura de carácter anancástica y supone una dificultad añadida en el esfuerzo para liberarse de los impulsos obsesivos. Cuando uno de los padres tiene un carácter parecido, las taras innatas se juntan con las adquiridas.

La enfermedad declarada se manifiesta también en forma de círculo vicioso que deberá ser destruido mediante el método de la intención paradójica. Al principio del proceso cíclico —como ocurre en la neurosis de ansiedad—, se produce un suceso fatídico: la ocurrencia obsesivo-compulsiva. En la mayoría de los casos, esta ocurrencia alberga una idea absurda referida a una acción horrible que el afectado podría llegar a perpetrar. En un momento de obcecación o de pérdida del autocontrol, el neurótico obsesivo piensa que podría tirar a su bebé por la ventana, clavarle un cuchillo a su vecina en el estómago, empujar a las personas que están esperando en la parada del autobús para que las atropellen, etcétera.

El origen de estas ocurrencias es algo absolutamente desconocido. Ni siquiera sabemos cómo se producen las ocurrencias en la vida sana. No sabemos de dónde saca un compositor sus melodías, ni tampoco cómo se le ocurren a un inventor sus ideas ingeniosas. El neurótico obsesivo está predestinado a alimentar fantasías extremadamente irreales y pesimistas sobre él y su forma de actuar. En principio, no se trata de fantasías ajenas a la realidad, como en el caso del psicótico (quien, por ejemplo, cree ser el diablo en persona), sino de catástrofes «perfectamente posibles» que él se imagina (por ejemplo, haber podido infectar a alguien con bacterias mortales por no tener las manos suficientemente limpias). Son, simplemente, fantasías de terror nacidas de un miedo extraordinario a la culpa y de una desconfianza excesiva hacia uno mismo.

En cualquier caso, lo que sí sabemos es que las ocurrencias de la neurosis obsesiva no provienen de un deseo secreto. Seríamos muy injustos con el neurótico obsesivo si quisiéramos achacarle falsamente que anhela aquello que teme (y rechaza, por ejemplo, al bebé o a la vecina). Su temor es real, de lo contrario, no podría ni debería beneficiarse de la ayuda de la intención paradójica. Pensemos en lo peligroso que resultaría que alguien que teme obsesivamente herir a otras personas recibiera el consejo de «perpetrar un gigan-

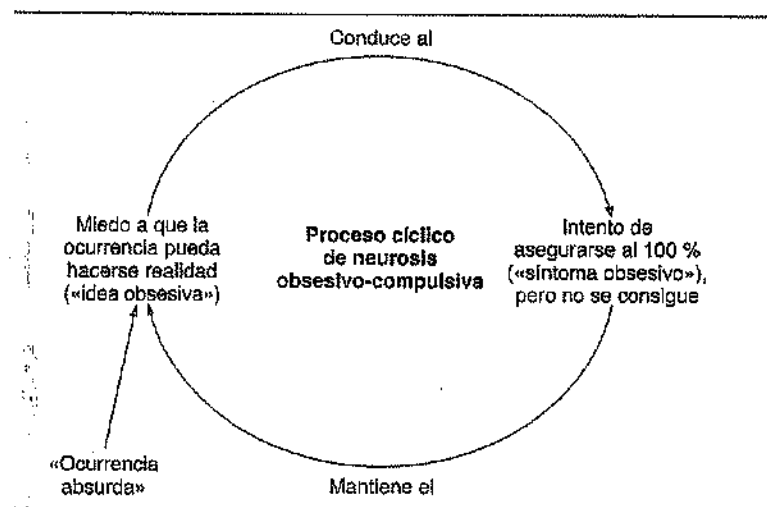
tesco baño de sangre» si detrás de esta obsesión anidara una intención asesina real. Pero éste no es el caso.

Pero volvamos al círculo vicioso. Si una persona que lleva la tara de esta predisposición de carácter anancástica consigue no tomar en serio sus ocurrencias obsesivas, todo estará bajo control. Sin embargo, si a pesar de la inverosimilitud de tales ideas, se deja llevar por ellas y las contempla como una amenaza que debe tomar en serio, el proceso no irá bien. En este caso, la persona luchará contra la presunta amenaza intentando impedirla a cualquier precio: dejará de tocar a su bebé, vaciará la casa de cuchillos, ya no utilizará el autobús, se lavará las manos cien veces al día, etc., sólo por no infligir dolor a nadie. Pero como la «película de terror» continúa, tales medidas preventivas tampoco le tranquilizarán. La persona empieza a controlar si hay algún objeto punzante en la vivienda o si la vecina está sana y salva en su casa, medita durante horas acerca de los caminos que ha tomado recientemente y si en ellos ha pasado por la parada de autobús, o si el jabón que ha utilizado el mes pasado ha desinfectado realmente. El neurótico obsesivo busca *de facto* una seguridad al cien por cien en un mundo donde nada es seguro al cien por cien.

Está demostrado que la tan típica compulsión repetitiva de la neurosis obsesiva puede atribuirse a una insuficiencia del sentimiento de evidencia, y la compulsión controladora, a una insuficiencia de la seguridad instintiva. Con toda razón, E. Straus ha apuntado a que el neurótico obsesivo-compulsivo se caracteriza por una aversión a la provisionalidad. Pero no menos significativa resulta, a nuestro parecer, una intolerancia frente a cualquier casualidad. Cuando se trata de conocimiento, nada puede ser casual, y cuando se trata de decisión, nada puede ser provisional. Más bien hay que definirlo todo y dejarlo como definitivo. Lo que más le gustaría al neurótico obsesivo es demostrarlo todo, incluso lo que no es ni siquiera demostrable racionalmente, como por ejemplo, su propia existencia o

la realidad del mundo exterior. Pero el mundo exterior es tan incuestionable como indemostrable. (Frankl, 30)

Por lo tanto, el intento de asegurarse al cien por cien está condenado al fracaso, mientras que, con la conducta de evitación, lo único que consigue el neurótico obsesivo es no vivir la evidencia de que sus absurdas ocurrencias son, precisamente, absurdas (al ser altamente improbables). Si no tiene ningún cuchillo en casa, la incertidumbre de si degollaría a alguien si tuviera un cuchillo a mano sería aún mayor. Efectivamente, el hecho de quitar de en medio todos los cuchillos no le garantiza que, en un ataque de locura, no pudiera utilizar cualquier otra «herramienta homicida». Así, la angustia ante lo temido estará a la orden del día a pesar de que esa cosa temida (a diferencia de la reacción corporal vegetativa en la neurosis de ansiedad) nunca llegue.



Aquí se pone en práctica el deseo paradójico que, según el modelo demostrado, aspira a que «nada puede merecer más la pena que llevar a cabo precisamente lo temido». Si se suprime el miedo neutralizado a través del deseo paradójico,

co, se suprimirá también el motivo para las ansias de seguridad y la conducta de evitación, y el paciente podrá volver a enfrentarse al peligro, «dejar que éste vuelva», con lo cual experimentará que todo se desarrolla de manera completamente inofensiva y que, en realidad, él es incapaz de hacer daño a una mosca y menos aún hacer realidad sus horribles imaginaciones. Esto confiere al paciente la «miniseguridad» que tanto necesita para, a pesar de su carácter escrupuloso, no dudar continuamente de sí mismo.

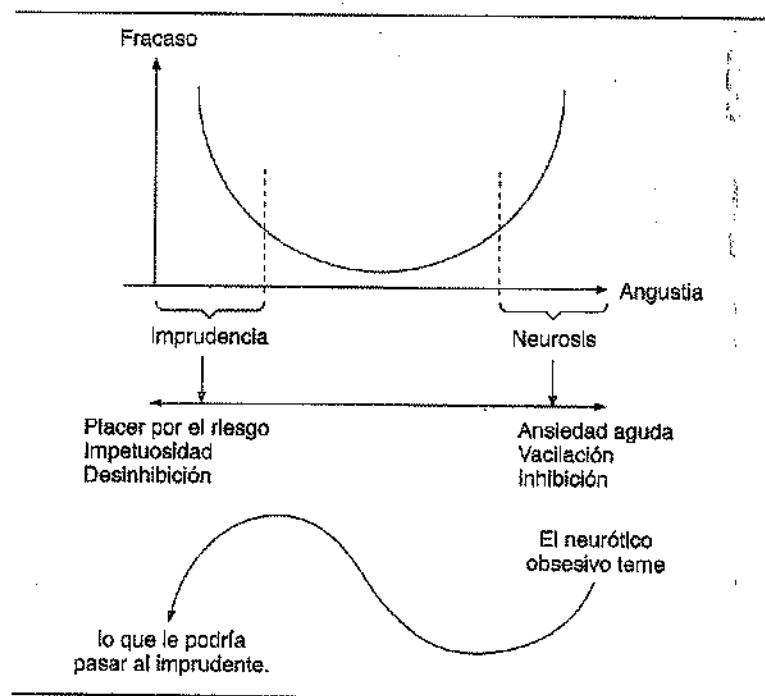
En cierta ocasión tuve un paciente que cada vez que su hija pequeña traía a sus amigas a jugar a casa, se veía atormentado por la idea de que podría tocar a aquellas niñas desconocidas de manera deshonesto e, incluso, llegar a abusar de ellas cuando no hubiera nadie vigilando. Aunque era un hombre profundamente honesto y creyente, aquella terrible visión le acechaba de tal manera que se encerraba en su despacho siempre que había visita infantil. Ni la hija ni la esposa podían comprender aquella extraña conducta, cuya explicación el paciente se guardaba avergonzado. La hija decía que su padre era malo porque no le gustaban sus amigas, y la mujer le reprochaba el haber abandonado sus obligaciones paternales. Las desavenencias entre la pareja no tardaron en llegar y la hija experimentó una disminución de su rendimiento escolar.

Siguiendo mis instrucciones, el paciente aprendió el método de la intención paradójica. Cuando las compañeras de colegio de su hija corrieran por casa, él debía atreverse a salir de su despacho y, nada más abrir la puerta, proponerse «llevarse a la cama al menos a dos niñas para la hora de la merienda». Entretanto, debía «intentarlo un poco con su propia hija» para «no quedarse sin practicar hasta la cena». Pero, a los ojos de su Señor, el paciente podía tener plena confianza en que «Dios sabía muy bien lo que en realidad había en su corazón, y que este inmoral deseo paradójico no tenía otro fin que el de restablecer su salud mental (deseada por el Señor)». De este modo, la visión obsesiva desapareció al cabo de unos meses, y volvió para quedarse lo que el hombre ya había sido antes: un padre y un marido cariñoso.

En las neurosis obsesivas se puede aplicar la intención paradójica sin reservas. Se puede proponer al paciente que «lance a sus bebés por la ventana describiendo una parábola lo más amplia posible», que «empale a las vecinas una a una» o que «extermine a todo el barrio con sus bacterias»... La única repercusión que esto puede tener en la realidad es que la pobre persona atormentada se libere de su sufrimiento. Un neurótico obsesivo-compulsivo nunca hará lo que teme hacer, porque, debido a su carácter anancástico, tiende al perfeccionismo, quiere hacer bien todo lo que pueda, absolutamente bien, y entonces se atasca en el problema de que, al final, ante un claro querer-hacerlo-bien, se plantean actos totalmente equivocados. Pero tan pronto como su angustia enfermiza retrocede bajo la protección de la intención paradójica, se restablece su inclinación al orden y a la conducta correcta dentro de un marco normal y no habrá el menor motivo para preocuparse por un posible desliz psicótico del paciente.

La psicología experimental ha descrito la llamada función en U de la angustia, según la cual el fracaso de las personas (entendido de modo general) aumenta tanto en el caso de un nivel de angustia muy alto como en el de un nivel muy bajo. Esto significa, por ejemplo, en el caso de los escaladores, que sólo existen principalmente dos grupos de personas susceptibles de sufrir caídas: las imprudentes, que quieren asaltar la cima en zapatillas y sin datos meteorológicos, y las vacilantes, que por puro miedo no consiguen escalar.

El neurótico obsesivo pertenece al grupo de los ansiosos, vacilantes e inhibidos (parte derecha del gráfico). Sin embargo, el contenido de sus ideas compulsivas sólo podría hacerse realidad, como mucho, si se trata de personas imprudentes y desinhibidas. (¡Hay que ser muy imprudente y desinhibido para faltar el respeto a las compañeras de colegio de una hija, para apuñalar con furia a otras personas o para ensuciarse con gérmenes y contagiar a los demás!) En consecuencia, lo que le podría pasar al neurótico obsesivo y que lo tortura como una pesadilla le puede pasar en todo caso a alguien que sea todo lo contrario: un impetuoso te-



merario o un psicótico corrompido (parte izquierda del gráfico). Y éste —¡he aquí lo tragicómico!— no se espanta por ello, aunque haría bien preocupándose algo más.

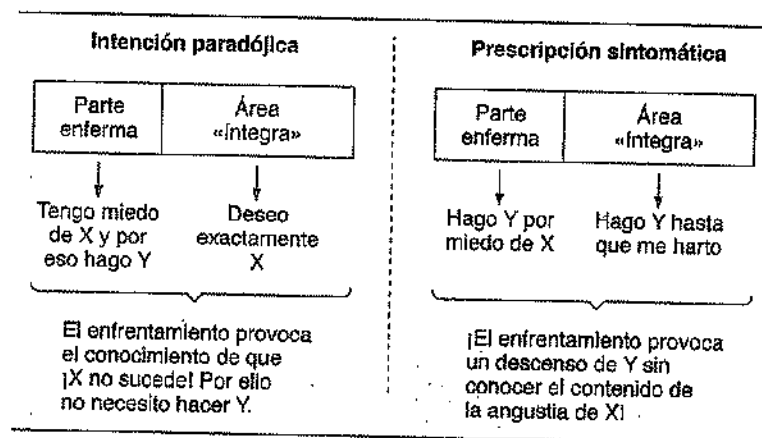
Por tanto, cuando las fórmulas paradójicas alientan al neurótico obsesivo a un «placer por el riesgo» y a una desinhibición, únicamente lo hacen para desplazarlo al valle central del gráfico, sin dejarlo caer nunca en su carácter contrario, el cual apenas coincide con su carácter natural.

El lector especializado habrá notado que se dan ciertos paralelismos entre el método de la intención paradójica, de Viktor E. Frankl, y el de la prescripción sintomática, de Paul Watzlawick. Sin embargo (y sin tener en cuenta que Frankl desarrolló su método en la década de 1920, mientras que el grupo de Palo Alto, en torno a Watzlawick, desarrolló su sistema en el Mental Research Institute de California en la década de 1960), existe una diferencia de procedimiento que

se hace especialmente clara en el tratamiento de las neurosis obsesivo-compulsivas. Por ejemplo, ante una compulsión de limpieza, la prescripción sintomática solicita al paciente que se lave las manos por lo menos el doble de veces que antes. Con ello se espera un efecto de fatiga y saciedad que «amarque» al paciente su acto higiénico, de tal manera que sea capaz de dejarlo. En cambio, la intención paradójica instruye al paciente para que, en un juego conceptual lleno de humor, «invite amablemente a todas las bacterias de su entorno a tomar asiento en sus manos e instalarse en ellas como en casa». En opinión de Frankl, de esta manera se echan por tierra los argumentos del miedo exagerado del paciente a una posible infección, y con la superación del miedo, el lavado de manos anormalmente frecuente se convierte en algo inútil.

La técnica de la prescripción sintomática no requiere sentido del humor ni distanciamiento de sí mismo. Ciertamente que también opera con una paradoja, pero desaparece el acto espiritual de la *intención*, cuando la intencionalidad del ser humano es uno de los pilares del «área íntegra» de su personalidad.

En la práctica, la intención paradójica consigue resultados curativos mucho más duraderos que la prescripción sin-



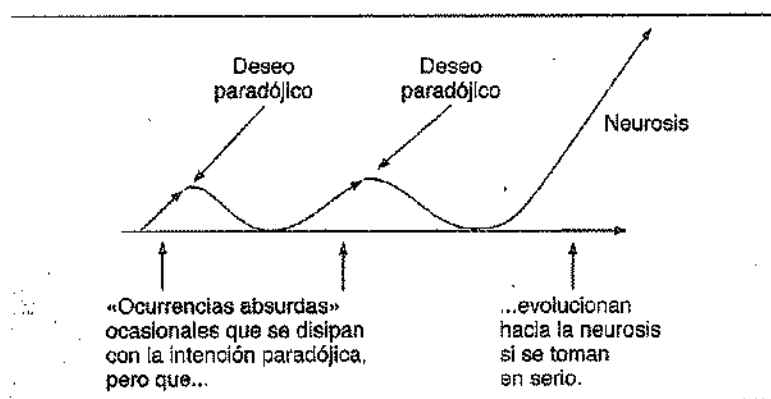
tomática. Yo lo atribuyo a que, al final, en la prescripción sintomática no se llega al conocimiento de que el temido contenido de la angustia (la idea compulsiva) es inofensivo, con lo cual, tras el descenso de la fase de cansancio terapéuticamente creada (desde el punto de vista del síntoma obsesivo), la angustia vuelve a crecer.

Ahora bien, aunque se haya conseguido «disolver» la neurosis obsesiva de un paciente con la ayuda de la intención paradójica, la terapia aún no se podrá dar por concluida. La actitud fundamental del paciente de antes con respecto a su predisposición de carácter todavía precisa más atención terapéutica. Decíamos que el paciente obsesivo aspira a la perfección: repasa las facturas varias veces para ver si el total es correcto; al salir de casa comprueba varias veces que los aparatos estén correctamente desconectados, etc. Lógicamente, también busca al terapeuta ideal, quiere una curación perfecta. Pero como nada en la vida es perfecto y en todas las cosas siempre queda un poso de imperfección, el paciente debe hacer un esfuerzo para congeniar con lo incidental y lo provisional. Por así decirlo, debe comprender que:

[...] lo más razonable de todo es no querer ser demasiado razonable o tener que realizar alguna vez actos discutibles, porque lo que quizá sí sería discutible es no actuar.
(Frankl, 31)

Lo mismo se puede decir de la actitud del paciente respecto a sí mismo. Si incluimos sus ocasionales ocurrencias absurdas en el cuadro clínico, deberemos convenir en que nunca estará completamente curado. Las ideas compulsivas se le ocurrirán por momentos, pero si es capaz de identificarlas como tales y está «espiritualmente presente» con la suficiente intensidad como para actuar paradójicamente, no se verá expuesto a recaídas. Si, pasado algún tiempo, le importa una nueva visión terrorífica, podrá volver a parodiarla y hacer que se desvanezca. Éste es el mejor modo de vida que

puede conseguir. Tan sólo tiene que impedir que sus ideas compulsivas vayan en aumento, porque éstas le volverían a enredar con suma rapidez en aquel proceso cíclico neurótico del que con tanto esfuerzo ha conseguido salir. En suma, el paciente debería comprender no sólo con la cabeza, sino como persona completa, que él no es el responsable de sus ocurrencias neurótico-obsesivas, pero sí es responsable de cómo reacciona ante ellas. La duda forma parte de su predisposición, pero no la actitud frente a la duda.



En este contexto, suelo explicar a mis pacientes la metáfora del jardinero que tiene que arrancar los pequeños brotes de mala hierba si quiere conseguir un hermoso bancal de rosas. Si se descuida y deja crecer la mala hierba, se encontrará pronto con un terreno salvaje y le costará un esfuerzo considerable restaurar su bancal. De manera análoga, la persona amenazada por la neurosis obsesiva debe mantener sus pequeñas ideas absurdas bajo «control paradójico» para que su vida pueda florecer y aportar alegría, como cualquier otra vida normal. Todavía no he tenido ningún paciente que al final no haya estado dispuesto a tomar en serio esta metáfora. Pero todos —también los «no neuróticos»— deberíamos tomar en serio que hay impulsos en nuestro interior a los que hemos de enfrentarnos desde la misma liber-

tad y responsabilidad de la que posiblemente surgen dichos impulsos.

Si imaginamos el área fenomenológica de las neurosis psicógenas como delimitada por una elipse, la angustia y la obsesión serían los dos focos de dicha elipse. Sin embargo, ambas constituyen, por así decirlo, dos fenómenos clínicos primarios. Y no es ninguna casualidad, porque la angustia y la obsesión se corresponden con las dos posibilidades fundamentales del ser: el «miedo» y la «culpa» (todos sabemos que el sentimiento de culpa tiene un papel muy importante en la psicología de la neurosis obsesiva). Pero las condiciones ontológicas para estas dos posibilidades, es decir, lo que origina el miedo y la culpa, son la libertad y la responsabilidad de la persona: solamente un ser libre puede tener miedo y solamente un ser responsable puede ser culpable. Por lo tanto, un ser agraciado con la capacidad de ser libre y responsable, estará condenado a la angustia y la culpabilidad. (Frankl, 32)

Un poco de falta de amor: la histeria

La explicación de la corrección de actitud necesaria en el neurótico obsesivo nos ha llevado del método de la intención paradójica al siguiente gran grupo metodológico de la logoterapia: la modulación de la actitud. Este método no consiste tanto en que el paciente «intente por primera vez» hacer algo que nunca se ha atrevido o se atreverá a hacer, como en que «reflexione por primera vez» sobre algo que (todavía) no se ha reflexionado de esta manera. Por lo tanto, lo que impulsa aquí el crecimiento interior no es tanto el distanciamiento de sí mismo como la configuración de sí mismo.

Mientras una neurosis resida en una circunstancia en cierto modo fatídica, se tratará —desde el punto de vista logoterapéutico— de posibilitar al paciente la actitud correcta ante esta circunstancia. (Frankl, 33)

En el centro del diálogo «modulador de la actitud» se halla la actitud espiritual de una persona ante circunstancias positivas o negativas que, o bien son inalterables, o bien hacen indispensable otra actitud para su modificación, o bien albergan posibilidades de sentido que no se perciben. Por supuesto, sería un error creer que el terapeuta quiere «modular» la postura de una persona frente a ella misma y al mundo exterior. Quien tiene que modular algo es el paciente. Sin embargo, la tarea del terapeuta sí puede ser la de hacer entender al paciente que su actitud debe cambiar.

Se podría decir que toda modulación de la actitud conlleva otra actitud hacia el objetivo más sana, mejor, más llena de valores éticos, más llena de esperanza. Pero todo esto no son más que descripciones que no tienen validez general y que sólo se hacen evidentes en cada caso concreto. Por ejemplo, cuando un paciente dice sobre él mismo: «Nunca consigo nada. ¡Soy un completo fracasado!», cualquiera se da cuenta de que aquí no hay ninguna actitud óptima. A grandes rasgos se podría expresar así: una actitud psicosocialmente ventajosa está «a favor de la vida», o sea, al contrario que todo lo destructivo, peyorativo y mortificante. O aún más preciso: las actitudes sanas proporcionan una elevada protección contra las afecciones mentales, así como una capacidad de resistencia enorme en situaciones críticas (la protección no se refiere a las afecciones endógenas, sino a la capacidad de resistencia en tales casos). Otra forma de verlo es que las actitudes positivas aportan una consonancia con la conciencia de la persona.

Para ilustrar estas ideas, veamos algunos ejemplos de modulaciones de actitud logradas:

Ejemplo 1

Una madre había padecido anorexia y trastornos de la alimentación durante muchos años. Al final se curó, pero no estaba contenta por haber normalizado su capacidad alimenticia, sino que se torturaba con el miedo a que su hija

también pudiera enfermar algún día y tener sus mismos problemas con la alimentación. Como era peligroso endosar a la hija una esperanza negativa de tal calibre, se tuvo que exhortar a la madre a que modulase su actitud. El consejo que recibió fue el siguiente: «No observe en su hija ningún indicio de enfermedad, porque eso podría más bien impedirle un crecimiento sano. Es preferible que se ocupe de usted misma para *llegar a ser* de tal manera que llegue el día en que pueda decir: "¡Por mi parte, ella puede estar tan tranquila como yo!"».

La idea de que todavía tenía la posibilidad de ser un ejemplo digno de ser imitado por su hija la impresionaba y la movía a abandonar la exagerada ansiedad por ésta, así como a dirigir su propia conducta hacia una escala más positiva.

Ejemplo 2

Una mujer mayor tenía que ingresar en una clínica especial para someterse a una sencilla intervención quirúrgica. Causalmente, su marido había estado dos años antes en el mismo centro, donde falleció tras una difícil lucha contra la muerte, hecho que dejó a la mujer profundamente abatida. Debido a ello, la anciana se negaba a realizar una estancia en un lugar que tan malos recuerdos le traía, pero tampoco podía trasladarse a ningún otro hospital, dado que aquel era el único en la zona que podía tratar su dolencia. Sumida en aquel dilema, se le propuso una modulación de la actitud. Utilizando un vocabulario cuidadoso, se le argumentó que precisamente el retorno al lugar de la despedida de su marido le ofrecía la oportunidad de reconciliarse en el mismo recinto con aquel adiós y, de una vez por todas, hacer desaparecer el dolor padecido, dando las gracias por haberle sido permitido acompañar a su amado esposo hasta el final de sus días y haberle dejado estar a su lado hasta en los momentos más tristes. También se le dijo que no era posible demostrar verdadero amor con mayor tenacidad y que, visto así, el hospital era en cierto modo un monumento al gran

amor de su vida, un monumento al que ella podía entrar siempre con valentía y con la conciencia tranquila.

Tras la conversación, la anciana se puso sin reparos en manos de los médicos y abandonó la clínica diez días después, ya restablecida.

Ejemplo 3

Un hombre se quejaba amargamente porque su madre había muerto cuando él apenas tenía un año de edad. El hombre se sentía perjudicado por el destino. En la terapia se le ofreció el siguiente modo de ver las cosas: «En aquel entonces su madre estaba visiblemente muy enferma y con toda probabilidad ya sufría desde hacía tiempo. Pero ella le trajo al mundo cuando todavía estaba sana. ¡Menuda suerte para usted! Las posibilidades que tenía de existir eran extraordinariamente escasas y, en cambio, su existencia en la Tierra ha salido bien. Es un compromiso muy elevado sacar el mejor partido de ello...».

El hombre pudo aceptarlo con una sonrisa y liberarse de su amargura.

Ejemplo 4

Una mujer creció junto a una hermana gravemente discapacitada. Debido a esta circunstancia, ella estuvo siempre un poco «en la sombra» durante la educación, porque la mayor parte de la dedicación de los padres tuvo que concentrarse en la hermana. A pesar de todo, ella la quiso mucho y sufrió un duro trastorno cuando murió, a la edad de 14 años. «¡Pusimos tantos cuidados y nos sacrificamos tanto por ella, y todo ha sido en vano! —se quejaba—. Pero ¿por qué? ¿Por qué?»

Después de la modulación de actitud, ella misma se dio una respuesta nueva a la pregunta: «No, la vida de mi hermana no ha sido en vano. Ella supo sacar de los miembros de la familia una hermosa medida de amor. Todos hemos

crecido increíblemente en contacto con ella. Sin saberlo, ella ha contribuido a nuestro desarrollo como personas. Se lo agradecemos mucho. Realmente, no ha vivido en vano...».

Pasemos ahora a las neurosis reactivas, que se cuentan entre las más difíciles de todas y encuentran su mayor desafío en la histeria. Por desgracia, la palabra «histeria» se ha convertido casi en un insulto y, debido a ello, ha sido arrinconada por la psicoterapia. La expresión «neurosis de conversión» (en la sintomatología corporal) también está anticuada. Ambas formas han sido sustituidas por los términos «trastorno disociativo» y «trastorno somatomorfo», o bien se subordinan al concepto de trastorno histriónico (que llama la atención) de la personalidad. Sin embargo, y para coincidir con la obra de Frankl, mantendremos aquí la palabra «histeria» en su sentido clínico.

El cuadro clínico histérico estaba muy extendido en la época de Freud. Posteriormente sufrió un retroceso y, a partir de la década de 1970, volvió a ganar terreno. Este cuadro reúne elementos psicógenos y reactivos y, al igual que en la neurosis obsesiva, se basa en determinadas cualidades de carácter. La histeria no se puede combatir mediante la intención paradójica porque los síntomas que aparecen no dependen de ninguna angustia frente a la expectativa, sino que actúan como medios de coacción. (Por ejemplo, si el ansioso se desmaya porque se convulsiona a causa de la simple angustia frente al posible desmayo, el histérico lo hará porque se crea él mismo un desmayo hiperventilándose [respirando rápidamente y a golpes secos] con el fin de castigar o asustar a alguien. Por lo tanto, y a diferencia del neurótico ansioso, el histérico tiene, en cualquier caso, la intención de desmayarse, lo cual no se puede neutralizar con otra intención —paradójica—.) La histeria requiere una «reeducación de toda la persona» (Frankl), y esto sólo se consigue mediante una serie de modulaciones de actitud con las que llevar al paciente, en cierto modo, a renunciar voluntariamente a su conducta histérica.

¿Cuáles son, por tanto, las cualidades de carácter del histérico? Si en el caso del neurótico ansioso nos hemos referido a una insuficiencia del sentimiento de evidencia, en el caso del histérico podemos hablar de una insuficiencia de la sensación ética. En la Edad Media, la creencia de que los histéricos estaban «poseídos por el demonio» no era más que una descripción exagerada de un estado, pero contenía simbólicamente un ápice de verdad: en el histérico hay una cierta fascinación por el mal, una alegría por lo negativo, un impedimento para tolerar lo positivo.

Esto significa que la curación y el dominio autónomo de los problemas de la vida no constituyen obligatoriamente el objetivo de un paciente de estas características; ése será el objetivo del terapeuta, quien con sus iniciativas *pro forma* toma parte en el juego para hacer que el paciente finalice lo que él mismo ha empezado. Pero si, un día, el terapeuta dice que el paciente ya no necesita más sesiones porque ya ha hecho buenos progresos, puede obtener la siguiente respuesta: «Si no me da pronto otra cita, recaeré. ¡Ya lo verás!». En lugar de alegrarse por la estabilidad conseguida, el histérico se sacrificaría sin pensarlo sólo para conservar la atención de su terapeuta. Y, en vez de estarle agradecido por su intervención, intenta chantajearlo (he aquí la insuficiencia de la sensación ética).

Frankl enumeró los tres rasgos típicos del carácter histérico: falsedad, egoísmo enfermizo y naturaleza calculadora.

Falsedad significa que las personas histéricas carecen profundamente de vivencias, hecho que las hace ávidas de experiencias, llegando incluso a preferir una experiencia triste a ninguna. Estas personas apenas son capaces de vivir una verdadera alegría, un verdadero amor, ni siquiera un verdadero dolor. Todo es una puesta en escena para experimentar o conseguir algo; hasta los síntomas forman parte de la escenografía.

Egoísmo enfermizo significa que si hay que llevarse a alguien por delante, se hace, incluso a uno mismo. Las personas histéricas quieren manipular constantemente su entor-

no, ser el centro de atención o vengarse de los demás por el desprecio que les profesan, cuando la venganza sería su propia autodestrucción. Su capacidad de compenetración con sus semejantes es nula.

Naturaleza calculadora significa que hacen mucho teatro, gustan de las apariciones dramáticas y siempre denotan algo de artificialidad. Piensan exclusivamente personalizando y nunca de manera objetiva, y disfrutan con el triste placer de endosar sentimientos de culpa al prójimo o de obligarle a asumir determinados papeles (encaminados no pocas veces a la autolesión).

Puede que sea su especial disposición a la sugestión, es decir, la influenciabilidad sugestiva de estas personas, pero también su disposición a la conversión, es decir, su capacidad de exteriorizar físicamente contenidos psíquicos en forma de estados patológicos corporales; puede también que esto represente la compensación de la pobreza interior propia del histérico. Pero además hay que añadir, como segunda característica típica, la frialdad interior, el cálculo frío, el hecho de que en el histérico todo constituye un medio para un fin al servicio del egoísmo; y por ello siempre actúa teatralmente, siempre pensando en un efecto, y, al final, todo en él da la sensación de ser artificial. (Frankl, 34)

Es decir, mientras el problema esencial en las neurosis de ansiedad y obsesivas reside en que el neurótico no quiere asumir ningún riesgo y busca seguridad y protección a toda costa, llegando a pagar precios demasiado altos, el problema básico del histérico consiste en que no quiere renunciar a nada (o en creer que no puede renunciar) y quiere conseguir la dedicación del prójimo también a toda costa, pagando «precios» completamente desajustados.

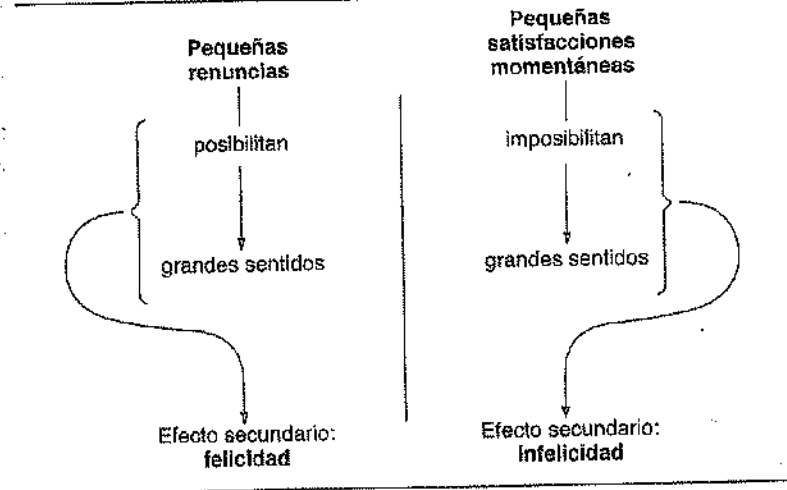
Pero en la vida son necesarias ambas cosas, tanto el poder aceptar lo inseguro, porque no todo se puede asegurar, como el poder soltarse y quedarse atrás, porque no todo se puede obtener por la fuerza. Así, en ambas patologías de tras-

vertirse a costa de los demás) y el cálculo (evidentemente, la mujer hizo una muy buena interpretación y, al parecer, también notó que estaba ante una consejera poco experimentada a la que podía «endosar» un drama de aquel calibre). Al fin y al cabo, la conducta histérica no es más que un poco de vacío, porque esta comunicante, por ejemplo, habría podido emprender en su tiempo libre cosas con mucho más sentido. También es un poco de falta de amor, es decir, incapacidad para entregarse a otra persona o siquiera para tenerla en consideración. Y, por supuesto, las personas que actúan de este modo no reciben nada de amor a cambio, por mucho que su conducta enfermiza parezca ser, en definitiva, un grito en demanda de amor.

Salvación mediante renuncia

Hemos dicho que el histérico debía desarrollar básicamente una disposición para asumir pequeñas renunciaciones. Naturalmente, sólo lo hará si sabe para qué lo hace. Y este «para qué» también se le puede mostrar, dado que existe una estrecha relación entre las pequeñas renunciaciones y los grandes sentidos en la vida. Sólo mediante pequeñas renunciaciones se pueden satisfacer los grandes contenidos de sentido, y éstos posibilitan a su vez, como un efecto secundario no perseguido, lo que conocemos con el nombre de felicidad. Y viceversa: las muchas y pequeñas satisfacciones momentáneas que resultan de no querer renunciar dejan insatisfechos los grandes sentidos, acarreando así el inevitable efecto secundario de la infelicidad.

Si, por ejemplo, una persona está cursando una formación profesional, deberá hacer una serie de pequeños sacrificios, tales como seguir estudiando por las noches o prepararse para los exámenes, en lugar de disfrutar de su tiempo libre. Pero con todo esto podrá hacer realidad un sentido ocupando un día un puesto en un área profesional de responsabilidad. En cambio, si esta persona no está dispuesta a



hacer esos pequeños sacrificios en su época de formación, sino que se decanta por el placer momentáneo (hoy salir a bailar, mañana a esquiar, pasado mañana de viaje...), sus objetivos profesionales se quedarán muy atrás y deberá dedicarse algún día a un trabajo que no le gusta.

Poder efectuar renunciaciones llenas de sentido es, por lo tanto, la clave de la felicidad, y en algunas enfermedades como la histeria —así como en las problemáticas de la adicción o el desamparo—, es, además, la clave de la salud. Un alcohólico que renuncia al siguiente vaso de vino está tan salvado como un criminal que renuncia a su siguiente acto delictivo.

Veamos a continuación el ejemplo de una neurosis cardíaca (histérica). Siempre que en la familia va todo bien, se celebra algo y todos se alegran, a la madre le da un infarto. Entonces se acaba la fiesta, desaparece la alegría y todo el mundo, angustiado, se preocupa por ella. El infarto ha cumplido así su objetivo: la madre ha experimentado la anhelada satisfacción momentánea de estar en el centro de atención de la familia. Si repite con frecuencia la misma escena, las consecuencias a largo plazo serán muy tristes. Los hijos se irán pronto de casa, quizás el marido se separe de ella y, al final, su estado de salud es

tará realmente deteriorado (porque con el corazón no se juega) y se habrá convertido en una mujer sola y afligida.

El terapeuta debería aclarar la catástrofe que se avecina no como un reproche, sino desde una verdadera preocupación por la paciente. Pero también como una advertencia y para desencadenar una conmoción existencial que «ablande» el terreno para una disposición al cambio. Hay que dar señales: «No llevarás una vida buena». «Mira, tú me gustas, pero no me gusta tu histeria.» De esta manera se establece la diferencia entre lo que alguien *es* como persona y el carácter que *tiene*. A esto se añade una segunda diferencia, la que existe entre el *sentido* y la *finalidad*. Todos y cada uno de los síntomas histéricos tienen una finalidad (proporcionan un aumento de la atención a corto plazo), cuando lo que tendría sentido sería estar libre de síntomas, porque esta libertad concedería a la paciente un nivel más elevado en el desarrollo de su ser. Mientras lo que se obtiene, lo que se *tiene*, se puede perder, lo que se *es* se perpetúa y ya no se puede extraviar.

La libertad no se «tiene» —como algo que también se puede perder—, sino que la libertad «soy yo». (Frankl, 35)

Síntoma	Libertad de síntoma
Tiene una finalidad	Tiene un sentido
Sirve para obtener placer a corto plazo, mantiene la interpretación de un rol	Sirve para hacer realidad a largo plazo una nueva identidad
Da poder sobre los demás	Da poder sobre uno mismo
Aumenta lo que se tiene	Mejora lo que se es
Pero: todo lo que se obtiene, lo que se tiene, se puede perder	En cambio: el ser no se puede perder, ni siquiera cuando dejamos de ser [existir]

¿Qué *obtiene* entonces la madre de nuestro ejemplo con la neurosis cardíaca? Como mucho, algunas horas de atención familiar arrebatada por la fuerza, y que va a perder. ¿Y quién *es* ella? Una mujer enferma en cuya compañía nadie quiere estar por miedo a la próxima escena histérica. Y esto seguirá así hasta el final de sus días, cuando ya no haya tiempo para corregir radicalmente la actitud. Incluso cuando esté muerta seguirá siendo aquella mujer enferma a la que nadie quiere ver cerca, porque la cualidad del ser no cambia cuando dejamos de ser [existir].

Sin embargo, ¿quién es la persona que esta mujer también podría ser? Sobre esto hay que hablar con ella en la terapia. Podría ser una mujer y una madre digna de ser amada, a quien todos los miembros de la familia les gusta ir a visitar, con quien todo el mundo se siente a gusto. ¿Acaso no será esto lo que desea en el fondo de su corazón? Si es así, el logoterapeuta le podrá indicar el camino, pero este camino pasa por la renuncia a las escenas dramáticas, por la disposición a situarse de vez en cuando en segundo plano y por permitir la alegría de los demás. El camino conduce del tener al ser.

Las dotes interpretativas del carácter histérico pueden utilizarse precisamente en sentido positivo ofreciendo en la conversación terapéutica la descripción de un nuevo rol e instando al paciente a meterse en él. ¿Por qué no, por ejemplo, en el personaje de una madre amante y desinteresada? Que el lector no piense: «Bah, de qué sirve que la madre se limite a interpretar un nuevo papel. Este rol nunca será una conducta real detrás de la cual esté la paciente...». ¡No es del todo cierto! En la histeria se producen transiciones que fluctúan entre el ámbito consciente y el inconsciente, entre lo real y lo irreal. Se corre incluso el serio peligro de que el paciente histérico se mezcle de tal manera con un papel patológico originalmente irreal, que ya no pueda salir de él —ni aunque así lo quisiera— porque sus síntomas se han independizado. (A la madre del ejemplo citado con anterioridad le puede ocurrir perfectamente que, con el tiem-

po, su corazón produzca arritmias reales, incluso cuando ella no lo desee.) Siendo así, ¿por qué no va a poder un paciente meterse igualmente en un papel positivo, o mejor aún, en un papel que le aporte, a más largo plazo, mucha más atención que el anterior negativo, de lo cual él mismo alguna vez deberá darse cuenta? Dicho de un modo más exagerado: quizás al neurótico, debido a su déficit de sensación ética, le falta el «libreto del papel positivo» y es tarea del terapeuta entregárselo.

Pero lo que *no* es tarea del terapeuta es tomar parte en la escena montada por el paciente. Las personas histéricas aman la terapia de larga duración porque en ella obtienen todo lo que necesitan: están en el centro de atención y tienen un espectador «incondicionalmente» comprensivo. Una vez que han roto con todo su entorno, el terapeuta es la última persona que todavía permanece intensamente entregada a ellas. Por ello, no sólo le dan dinero, sino también todo aquello por lo que él muestre interés, empezando por las más espantosas experiencias infantiles y acabando con los sueños o fantasías sexuales más salvajes. Pero esto no soluciona el problema. Si un terapeuta registra que, como persona que ayuda, no le toman en serio, que no consigue hacerse valer con sus argumentos del papel positivo, del desplazamiento del tener al ser y de la renuncia con sentido en aras de una realización de valores reales, debería notar que él mismo está siendo utilizado como medio para un fin y que su paciente está convirtiendo la terapia en una ocupación ociosa, por no decir en un «sucedáneo del sentido». En tal caso, el terapeuta debería finalizar la terapia. No se puede ayudar a todo el mundo, pero tampoco está permitido hacer daño a nadie, y seguir el juego en una patología histérica supondría una lesión. En concreto, esto significa que un mantenimiento persistente del comportamiento histérico por parte del paciente constituye un motivo para cortar la terapia por parte del terapeuta. (Aquí nos adentramos en el terreno de la «adicción a la terapia», y nunca hay que poner la droga al alcance del adicto.)

Para acabar, unas palabras sobre las amenazas suicidas en las personas histéricas. Muchas veces, bajo tales amenazas no se halla ninguna creencia en el sentido que pueda tener la muerte, sino más bien la creencia en la conveniencia del deseo de morir. Sin embargo, hay que ir con cuidado, porque el paciente histérico tampoco puede evitar plantearse la cuestión del sentido, y si la conveniencia de su conducta patológica resulta ser engañosa, la pobreza de sentido de toda su vida anterior se desatará seriamente sobre él.

De la misma manera que desde Kant sabemos que, de algún modo, no tiene sentido cuestionarse categorías como el espacio y el tiempo, simplemente porque no podemos pensar ni, por tanto, preguntar sin dar siempre por supuestos el espacio y el tiempo; de la misma manera, pues, el ser de la persona siempre es un ser entregado a un sentido, por muy poco que éste aún se conozca: hay algo así como un conocimiento previo del sentido, y una idea del sentido también es lo que preside la «voluntad de sentido», llamada así en logoterapia. Lo quiera o no, esté convencido de ello o no, el hombre cree en un sentido igual que respira. Hasta el suicida cree en un sentido, si no en el sentido de la vida o de seguir viviendo, sí en el de la muerte. Si realmente no creyera en ningún sentido, en ninguna clase de sentido, no podría mover un solo dedo y, por este mismo motivo, no podría suicidarse. (Frankl, 36)

Al neurótico obsesivo le atormenta la idea de que se le podrían «cruzar los cables» de repente y podría tirarse por la ventana, pero nunca llevaría a cabo tal ocurrencia (y por ello se le puede aconsejar, en el sentido de la intención paradójica, que se proponga, «como gimnasia diaria, saltar tres veces seguidas por la ventana»). En cambio, el peligro de un suicidio o intento de suicidio es una realidad en el caso del histérico. Sin embargo, no es aconsejable dejarse amenazar por esta actitud; como en el caso de una mujer celosa que se sube al alféizar de la ventana de un octavo piso y le pregun-

ta por encima del hombro a su amante, que está en la habitación de ella, si la quiere...

Recomiendo a todo aquel, terapeuta o familiar, que se enfrente a una situación así, que responda al paciente del siguiente modo:

1. Que él, el terapeuta o familiar, estaría triste o sufriría si el otro muriese («Lloraría por ti»). Con ello da a entender al afectado que no le es indiferente, sino que lo aprecia como persona.

2. Que, sin embargo, él, el terapeuta o familiar, no puede eximirle de la responsabilidad de su acto. Esta responsabilidad la asume exclusivamente el afectado y la seguirá asumiendo a pesar de los intentos por su parte de achacar a otro las culpas.

Esta combinación es, a mi entender, la mejor prevención contra las autolesiones del histérico, porque atiende a la «demanda desesperada de amor» sin ignorar la libertad y la madurez espirituales del demandante.

En repetidas ocasiones me he encontrado con que, justo antes de irme de vacaciones, ciertos pacientes míos sufren «ataques» y se sienten «mortalmente enfermos». Traducido en otras palabras, estos pacientes quieren decir: «¿Cómo te permites irte de vacaciones y no estar a mi disposición durante un tiempo?». Así, si me voy de vacaciones, tengo que hacerlo como mínimo preocupada y con mala conciencia. Ahora bien, admito que en mis maletas incluyo a veces algo de preocupación por alguno de mis pacientes, pero aún no me he ido nunca con mala conciencia. El histérico es un persona discapacitada emocionalmente, de eso no hay duda, pero puede responder de sus propios actos, y esto es precisamente lo que tiene que aprender.

Un esbozo multidimensional contra las adicciones

El tema de las «neurosis reactivas» no se acaba con las perspectivas logoterapéuticas para la superación de la histeria. En este tipo de neurosis se incluyen también las «neurosis iatrógenas» y las adicciones, cuya problemática, a pesar de su tremenda complejidad, trataremos a grandes rasgos.

Toda adicción es, tanto por su génesis como por su capacidad de reacción a síntomas de abstinencia, una patología interactiva en la que se hallan entretreídas las tres dimensiones del ser de la persona.

1. La dimensión somática

Las sustancias adictivas intervienen en el gobierno del «bienestar» en el cerebro y lo trastornan masivamente. Cuanto más se dispara artificialmente el «nivel de bienestar», más se prolonga la siguiente fase profunda de malestar, la cual ya no podrá ser equilibrada por el cerebro. Con la continuación de la adicción, las resacas y los síntomas de abstinencia adoptan formas cada vez más graves y al poco tiempo sólo se pueden dominar readministrando la sustancia adictiva. Si tal readministración no existe, la persona cae en un abismo, su rendimiento disminuye y fracasa en todos los frentes. Si el afectado se vuelve a enganchar a la sustancia adictiva (cuya dosis deberá aumentar paulatinamente), cae en una dependencia mortal. Estas son las alternativas que el organismo ofrece, ninguna más.

Pero cuando la persona sale victoriosa del abismo de la dependencia, aún sigue durante mucho tiempo presa de las garras de la adicción. El organismo del ex adicto reacciona a la sustancia adictiva de manera distinta que el del no adicto. Cuando su organismo vuelve a entrar en contacto con la sustancia, «recuerda» el antiguo modelo y hace empeorar inevitablemente el «nivel de bienestar», con la esperanza de que la readministración vuelva a levantarlo. Esto hace arrojarse hasta al más fuerte.

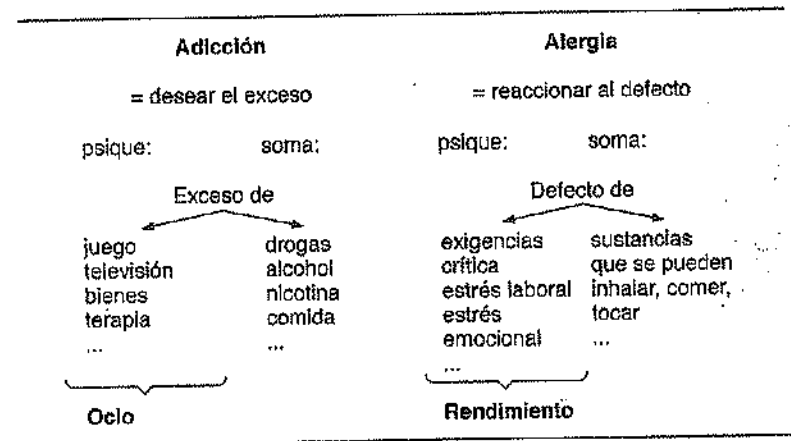
La consecuencia de ello es que el adicto tiene que evitar la sustancia adictiva durante toda la vida para poder vivir con normalidad. Naturalmente, no siempre es posible. En la adicción a la comida, por ejemplo, la evitación de por vida se refiere a las porciones de más y a las comidas entre horas que se salen de la alimentación adecuada. También en la adicción a los medicamentos deben adoptarse compromisos en casos de patologías serias. Sin embargo, el «ex» siempre tiene que ser consciente de que, *después* de la patología adictiva, el mecanismo regulador de su sistema nervioso ya no será tan fuerte como lo era *antes*. El peligro de recaída le acompañará durante toda la vida.

2. La dimensión psíquica

Todavía se discute la presencia de una predisposición constitucional en la propensión a la adicción. Distintas voces están a favor en el caso del alcoholismo, como han podido apuntar investigadores de la Universidad de Kansas bajo la dirección de D. Goodwin. Pero, al fin y al cabo, cada persona lleva consigo todo un abanico de fuerzas de resistencia saludables. La situación es más crítica cuando en el plano psíquico hay puntos flacos que hacen inclinar a la persona a reacciones inadecuadas. Tales reacciones integran entonces el peligroso componente «reactivamente neurótico» que acostumbra a urdir círculos viciosos, como el que se genera entre el malestar y la dependencia de la sustancia en el caso de las adicciones. Por ejemplo: la reacción de anular la frustración con alcohol genera frustraciones aún más fuertes, etc.

Los puntos flacos psíquicos que contribuyen al establecimiento de las patologías adictivas son, en su mayoría, hipersensibilidades. Somos demasiado sensibles, incluso alérgicos: a las críticas, a las exigencias, a cambios repentinos de planes y de lugares, a los desengaños y a las pérdidas... Alérgicos a la vida con todas sus sorpresas. Creemos que no lo soportamos y, para huir, nos enganchamos al mundo ficticio de las drogas, el juego y los sueños. Por lo tanto, existen víncu-

los entre las adicciones y las alergias. Ambas forman parte de las plagas de nuestro tiempo, aunque la mayoría de alergias, no obstante, tiene un trasfondo somático consistente en un déficit parcial del sistema inmunológico del propio cuerpo. En cualquier caso, en la adicción, el trastorno psíquico se manifiesta más bien en el área del ocio (cuando disminuye el control interior), mientras que en la alergia lo hace en el área del rendimiento (a causa de una capacidad de resistencia demasiado baja).



3. La dimensión noética

Se han desarrollado distintas hipótesis acerca de la fenomenología de la autodestrucción que tiene lugar de manera ostensible en la histeria, las patologías adictivas y la delincuencia. Freud hablaba de una «pulsión de muerte» en la persona para explicar tanto las agresiones incomprensibles hacia el exterior (delincuencia) como las no menos incomprensibles hacia el interior (adicción) y sus formas mixtas (histeria). Sin embargo, la idea de «estar impulsado a la autodestrucción» como argumentación general de la conducta fallida psicopática resultaría algo primitiva. La esfera espiritual de la persona debe dar su beneplácito al respecto, de lo

Las muchachas, que se encuentran deliciosamente ágiles y fuertes, no se dan la menor cuenta de que deben deshacerse de esta valiosa herramienta de poder y presión, ni tampoco se pueden imaginar que se hallan al borde de la muerte. Boicotean los intentos de alimentación artificial en las clínicas y se deleitan con el desamparo manifiesto de médicos y padres. Cuando, finalmente, se desmoronan, ya es demasiado tarde para rescatarlas.

Hablemos ahora de la doble renuncia, ese camino escarpado que conduce a la curación. Se trataría de una renuncia a los medios de poder y al sentimiento de euforia. La primera renuncia se puede introducir mediante una separación de la familia, siempre que la dramaturgia histórica no continúe en la residencia o el piso de estudiantes. De vez en cuando, los intercambios educativos, los viajes o los contactos sociales nuevos también contribuyen a abrir oportunidades. La segunda renuncia se puede proponer a través de un compromiso y un interés particulares, siempre que todavía queden fuerzas. Si una chica quiere destacar en el deporte, pero se hunde tras una hora de entrenamiento, se animará a comer (en contra de su voluntad). Si quiere hacer de monitora de un grupo de peregrinos durante las vacaciones, pero no le dejan por falta de peso suficiente, se acostumbrará a un par de kilos de más. Se trata, por lo menos, de destellos de esperanza. Una «existencia para algo o para alguien», tal como Frankl describió la capacidad humana de autotranscendencia, podría arrancar a las anoréxicas de los brazos de la muerte.

Pero de este modo no retornan automáticamente a la vida normal, porque los centros del hambre y de la saciedad alterados en el cerebro no se recuperan o, en cualquier caso, no lo hacen rápidamente. Antes, las anoréxicas deberán pasar unos años comiendo como un despertador, es decir, poniéndose algo en el plato por la mañana, al mediodía y por la noche y comerlo sin tener ganas o sin experimentar ningún tipo de satisfacción. La regulación hormonal también exigirá un elevado esfuerzo para estabilizarse.

Algo mejor lo tienen los pacientes que padecen ataques de sobrealimentación y vómitos (bulimia). En general, las dos raíces patológicas antes citadas no se dan en este cuadro. Los pacientes sólo son «débiles» en la renuncia y quieren tenerlo todo a la vez: una esbeltez atractiva y una alimentación ilimitada. Entonces se inventan la misma solución que los ricos y apoltronados romanos de la Antigüedad: comer lo que el cuerpo aguante y vomitarlo después. Ello generará una costumbre desagradable de la que es tan difícil salirse como de morderse las uñas o retorcerse el cabello. Las encías se inflaman a causa de los jugos gástricos que regurgitan al vomitar y los eventuales compañeros se mantienen a distancia. De no ser así, el malestar no es muy elevado, a no ser que se utilicen productos laxantes, los cuales pueden ser perjudiciales.

Quien de verdad desee acabar con la bulimia, deberá empezar renunciando al vómito. Si entonces aumenta de peso y no le gusta, deberá reducir su alimentación. A una de mis pacientes le dije que colgara un cartel en el lavabo que dijera: «Vomito porque quiero seguir enferma». Antes de cada vómito tenía que mirar el cartel. «Si la frase es correcta, ¡vomita! —le ordené—. Si no, abandone el lavabo inmediatamente.» En la siguiente sesión, confesó que la frase le irritaba mientras ejecutaba su hábito, porque, efectivamente, no quería permanecer enferma. «Usted decide cada vez entre la salud y la enfermedad. Piénselo cada vez que se meta el dedo en la boca», le aconsejé. Todavía pasaron unas semanas de lucha interna, pero la paciente salió victoriosa y descolgó el cartel...

Los trastornos de la conducta alimentaria son desconocidos en los antiguos países de la Europa del Este y el Tercer Mundo. Allí son un «lujo» y, por triste que parezca, también aumentan en el lujo, porque bajo la superficie de estos trastornos subyace un desprecio hacia los alimentos, cuya importancia no se valora en los lugares donde no escasean. Y, todavía más profundamente, subyace un desprecio hacia personas próximas que se ven sumidas en la compasión.

Una chispa de amor y perdón hacia los padres sofocaría la anorexia desde su origen. Una pizca de lástima por los que se mueren de hambre en este mundo atajaría la bulimia. Un soplo de agradecimiento al Creador por un cuerpo sano podría hacer arrancar de cuajo dos raíces patológicas al mismo tiempo.

Evitar las lesiones iatrógenas

¿Cómo puede llegar a formarse un cuadro tan particular como la neurosis iatrógena, desencadenada por una conducta terapéutica fallida? El punto de partida es la ya mencionada propensión de los amenazados por una neurosis a mostrarse inseguros con facilidad. El resultado es una alta necesidad de apoyo y, a menudo, una cierta creencia de autoridad que, a pesar de que hoy en día está en retroceso, pone al descubierto la misma «falta de ego» en relación con su influenciabilidad y la falta de opinión personal. Es como un cable eléctrico cuyo aislante es tan fino que el propio alambre queda al descubierto en ciertos puntos. Por aquí se introduce la apreciación descuidada y desafortunada del médico o terapeuta, quien puede esconder una concepción del hombre algo dudosa, a lo cual el neurótico reacciona y se produce el «cortocircuito».

Ya conocemos la regla fundamental del procedimiento terapéutico:

Hay que prestar ayuda,
pero no eximir de responsabilidad.

En el caso de lesión iatrógena sucede lo contrario: el paciente no encuentra ninguna ayuda pero sí una posibilidad para declinar su responsabilidad, lo cual conduce su evolución por derroteros nocivos. Constantemente se repite el argumento —incluso por especialistas de primera línea— de que, en la vida mental del ser humano, «la enorme masa

inconsciente solamente está cubierta por una delgada capa consciente» (Freud) y que, debido a ello, hay que dudar de la responsabilidad de la persona y, especialmente, de la del neurótico. Frankl decía al respecto que la idea de una relación tan sumisa del yo con el ello se podría comparar con la idea de que un juez decrepito no podría condenar a un acusado de complexión atlética. De la misma manera que el poder judicial no se basa en la fuerza bruta, el yo capaz de decidir libremente tampoco se puede dejar dominar por las poderosas fuerzas pulsionales, a no ser que decida que éstas dominen.

Según la logoterapia, los pacientes que son conducidos por el tratamiento psicoterapéutico a capitular, directa o indirectamente, ante sus conflictos y complejos inconscientes y regalar su libertad espiritual y su responsabilidad, sufren serios daños iatrógenos. Con el fin de evitarlos, he confeccionado una lista de los seis errores terapéuticos más frecuentes para que el especialista pueda ponerse a salvo de estos «escollos iatrógenos» y el paciente pueda abrir los ojos y ver que tiene derecho a que le «ayuden a curarse», pero no a que le den una excusa basada en la dinámica de las pulsiones para cada travesura cometida. He aquí la lista:

Errores terapéuticos más frecuentes:

1. Demostrar más interés por los trastornos del paciente que por sus áreas vitales intactas.
2. Tomarse trágicamente los sucesos «fatídicos» de la vida del paciente.
3. Emitir pronósticos negativos que no sirvan para advertir.
4. Comunicar un diagnóstico sin explicar su significado práctico.
5. Permanecer en silencio en el momento equivocado.
6. Hacer interpretaciones imprudentes y emitir hipótesis sin garantías.

Por consiguiente, la modulación de la actitud en las psicosis se desarrolla a partir de una regla número 1 distinta. No hay que modificar la hipótesis del derecho (que, de todos modos, en las patologías psicóticas está deformada a causa del desconocimiento de la realidad), sino que hay que aflojar la unión psique-espíritu para que el paciente, como persona espiritual, no se entregue por completo a los «espejismos» de su psique. Aquí, el antagonismo noo-psíquico adquiere relevancia terapéutica.

La logoterapia en (!) las psicosis (no existe ninguna logoterapia de las psicosis) es, esencialmente, una terapia sobre lo que queda sano, que en realidad es el tratamiento de la actitud de lo que queda sano en el enfermo frente a lo que ha enfermado en la persona; porque lo que ha quedado sano no es susceptible de enfermar, y lo que ha enfermado no es, en el sentido de una psicoterapia (¡no sólo de la logoterapia!), susceptible de tratamiento (sino que sólo es abordable por una terapia simultánea). (Frankl, 48)

A continuación, explicaremos las posibilidades de las modulaciones de la actitud —es decir, del «tratamiento de la actitud en lo que ha quedado sano»— en las dos formas psicóticas más frecuentes: la depresión endógena y la esquizofrenia.

La depresión endógena

Los «espejismos» en la depresión endógena consisten en tristeza sin motivos, rigidez mental, angustias de futuro sin contenido, pasividad, quejas improcedentes hacia uno mismo y, en general, la impresión de no estar nunca a la altura de las exigencias cotidianas. Este engaño emocional se genera a través de una carencia transitoria de neurotransmisores en las sinapsis de las células cerebrales que impide la transmisión de impulsos nerviosos importantes. Esta carencia se manifiesta en mayor medida por las mañanas, cuando el flujo de neurotransmisores apenas puede «ponerse en

marcha» tras el «declive nocturno». Por ello, las curas que evitan este «declive», como la de abstinencia del sueño, entre otras, registran resultados de curación bastante buenos.

Los antidepresivos son inevitables dependiendo de la gravedad de la enfermedad. Además, el paciente puede aprender a identificar sus «espejismos» como tales y distanciarse espiritualmente de ellos un poco. Esto no reduce la tristeza, pero corrige la actitud hacia ella y hacia la dolencia (que es cíclicamente recurrente). Frankl se sirvió en sus libros de una analogía según la cual la tristeza sin motivos de la depresión endógena altera la visión del horizonte de sentido de la vida igual que una nube impide ver el sol y, por consiguiente, se puede y se debe esperar, con la misma tranquilidad, a que la nube psíquica se disipe, con la confianza puesta en que la luz de una existencia llena de valores vuelva a brillar con la misma intensidad que antes. Un paciente que se decide a adoptar esta actitud soporta mucho mejor las fases depresivas, porque se mantiene espiritualmente alejado de su oscuro remolino. Y aunque, desde su tristeza, no confie nunca en que llegarán tiempos más sanos, en su interior centellea una chispa que sueña desde la luz.

La esquizofrenia

Los «espejismos» en la esquizofrenia consisten en ideas delirantes, estimaciones erróneas de la realidad, sentimientos de cambio de identidad, ideas de persecución y, en general, la impresión de ser antes objeto (por ejemplo, de influencias externas) que sujeto. Este engaño cognitivo está provocado por trastornos en el metabolismo de las células del cerebro por una contracción de las membranas que dificulta a las células nerviosas la excreción de residuos. En la esquizofrenia, la propensión a la contracción de membranas es hereditaria, a diferencia de en la paranoia senil y la demencia senil, en las que está causada por concreciones, y que también puede ser virulenta en personas jóvenes.

Un suministro oportuno de narcolépticos es indispensable para frenar la evolución de la enfermedad. Desgracia-

damente, el enfermo es incapaz de identificar sus «espejismos» porque carece de la comprensión de la enfermedad. Debido a ello, la última oportunidad que le queda es corregir la actitud *dentro* del espejismo. El terapeuta debe introducirse en el ideario irreal del enfermo para desactivar todo lo que pueda serle dañino, porque incluso en este mundo deformado de ideas delirantes existe un margen de manobra espiritual. De esta manera, el enfermo podrá atacar a sus supuestos enemigos o bien perdonarlos generosamente; por supuesto, se abogará por el perdón. El enfermo también podrá divulgar a los cuatro vientos sus locas ideas o bien considerarlas como un secreto íntimo entre él y su médico; naturalmente, se favorecerá el mantenerlas en secreto.

Con ello no se cambia nada desde el punto de vista médico, pero, en la práctica, estas modulaciones de la actitud permiten al enfermo llevar una vida discreta y casi normal en el entorno habitual.

En las psicosis se presentan «barreras de sentido» psicofísicas, por lo que sería inoportuno hacer una llamada a la «voluntad de sentido». En el depresivo endógeno, una llamada de este tipo únicamente aumentaría sus sentimientos irracionales de culpa, mientras que en el esquizofrénico podría derivar fácilmente en una «voluntad de sinsentido», porque este enfermo tiene problemas para mantener separado el sentido del sinsentido. Por su parte, al psicótico —a diferencia del neurótico— habrá que tratarlo para que sea consciente de que está enfermo (y de que no es responsable de estar enfermo), ante lo cual no tendrá más remedio que soportarlo con paciencia y dejar que pase lo antes posible. Pero, simultáneamente, también se puede hacer una llamada al «poder de obstinación del espíritu» del paciente, ese espíritu que puede arrebatarse al cuadro clínico los últimos espacios libres que quedan y extraer de ellos posibilidades de sentido aún mayores.

Por lo tanto, las tres reglas para el trato con pacientes psicóticos son las siguientes:

1. Identificar o evitar el espejismo y desactivar el engaño adoptando actitudes positivas dentro de éste.

2. Alentar al paciente para que aguante con paciencia las malas fases y desviar su atención hacia las buenas épocas.

3. En las buenas épocas, indicar las posibilidades de sentido, las cuales podrían incluso llegar a eclipsar de algún modo las malas fases.

Si se consigue dar los tres pasos, los episodios depresivos o la pérdida (parcial) de realidad no se eliminarán, pero el paciente se encontrará con más fuerzas para aceptar su vida. Como ya hemos dicho, la cura de almas médica es una propuesta complementaria a la administración de fármacos.

Para ilustrarlo con un ejemplo, me gustaría mencionar el caso de una de mis pacientes, que había sido derivada a mi consulta desde una clínica para someterse a mis cuidados tras una última fase de depresión endógena. La mujer arrastraba la enfermedad desde hacía seis años, coincidiendo con el inicio de la menopausia. Durante este período había cometido cuatro intentos serios de suicidio, el último de ellos bajo circunstancias extraordinariamente dramáticas: el perro de un excursionista la descubrió entre la maleza de un bosque, donde yacía inconsciente atiborrada de somníferos. Posteriormente, en los tres años que la tuve en tratamiento —antes de fallecer a causa de un paro cardíaco— la paciente no cometió ningún otro intento de suicidio.

Confeccioné el trabajo terapéutico con ella del siguiente modo. En primer lugar, empezamos a aprovechar intensamente las épocas sanas de su vida. Ella me explicó que, en la posguerra, le había gustado mucho coser, y la alenté a que fuera a un curso de modista en la universidad popular para refrescar sus habilidades. Al poco tiempo, ya hacía patrones para amigas y vecinas, hecho que la llenaba de satisfacción y le aportaba nuevos contactos sociales. Además, se apuntó a clases de gimnasia para gente mayor, en las cuales tomó parte con reservas, al principio, pero con ganas al final.

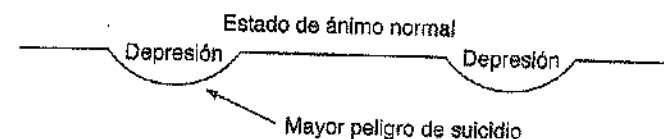
Lo segundo que hice con ella fue un entrenamiento preventivo para el caso (muy probable) de recaída en un nuevo episodio depresivo. Aportando los argumentos objetivos adecuados, le dije que, al primer indicio de llegada de «nubes depresivas», debía acercarse voluntariamente al hospital, donde le podrían ayudar a resistir con entereza los peores momentos. Le comenté que no era ninguna deshonra si, de vez en cuando, no se sentía en forma durante algunas semanas; que otras personas tienen reuma o neurodermitis, y que ella tenía aquella dolencia. Por lo tanto, debía ir, por así decirlo, «al balneario» para poder seguir viviendo normalmente. La adopción de este modo de ver las cosas supuso una difícil modulación de actitud para ella, porque en sus depresiones se había acostumbrado a quedarse en casa consumiendo antidepresivos (sin prescripción médica), lo cual le hacía caer en un sentimiento aún mayor de imposibilidad de hallar salidas. Pero, al final, a la paciente le acabaron gustando las alternativas que le propuse.

La tercera medida terapéutica estaba dirigida a la profilaxis del suicidio. La paciente tenía un hijo casi adulto que todavía vivía en casa. Le propuse que, por amor a él, conservara la vida bajo cualquier circunstancia, pero no porque su hijo todavía la necesitase urgentemente como madre —el joven era muy independiente—, sino por otro motivo. Le expliqué que los hijos de suicidas viven bajo la amenaza constante de acabar con sus crisis con la misma «receta». Es decir, estos hijos pierden de vista la evidencia de que se está viviendo, por muy bien o mal que le pueda ir a uno en la vida. Han tenido un modelo según el cual vivir no es evidente, y el modelo influye en ellos —aunque no forzosamente.

¿Acaso quería la mujer que, si algún día su hijo tuviera una preocupación, éste barajase la idea de hacerse daño? No, no lo quería. Por lo tanto, la desafié a sacrificarse en cierta medida por él y a aguantar, a pesar de todo, «por la seguridad de su hijo» en aquellos momentos en los que la vida no mereciera ser vivida. La advertencia le llegó al cora-

zón y, como hemos dicho antes, no cometió ningún acto desesperado, a pesar de que, en el transcurso de los tres años de trabajo juntas, todavía tuvo que visitar la clínica en dos breves ocasiones (inevitables) a causa de sendas fases depresivas. Sé que no sólo resistió valientemente a estas dos fases, sino que sus últimos tres años fueron, a pesar de la enfermedad, los más plenos de su vida.

Llegados a este punto, quisiera comentar al lector especializado que las crisis suicidas en depresiones endógenas alcanzan el mayor grado de peligro cuando la fase depresiva llega a su fin. Por un lado, los pacientes todavía se encuentran profundamente deprimidos y, por el otro, la fuerza de decisión, que en el punto más bajo de la fase depresiva está como paralizada, se regenera, poniendo a los afectados en disposición de matarse.



Por ello, la aparente mejoría del paciente al final de una fase depresiva no debe inducir a una reducción de los cuidados médico-psicológicos. Esta fase final es el momento más peligroso de todo el desarrollo patológico, pero también es el momento en que se puede volver a apreciar aquella abundancia de valores vitales que permanece íntegra en las épocas sanas del paciente.

Dominar los golpes del destino

La imagen del *homo patiens* no se completa sólo con las patologías corporales y psicóticas. Hay golpes del destino que no consisten en una enfermedad, sino en una pérdida; en una pérdida de valores, para ser más exactos. Ejemplos de ello son la ruptura de una amistad, la separación matri-

monial, el fallecimiento de un ser querido, el final de una carrera profesional, los engaños, los errores irreparables, las pérdidas materiales, etc. Todos estos factores acarrear frustraciones espirituales porque, como ya sabemos, los sistemas de valores están anclados en la dimensión noética. Sin embargo, las frustraciones espirituales tienen sus efectos en lo psíquico y lo somático; efectos tales como una aflicción tan grande (depresión psicorreactiva) que quita las ganas de comer (reacción psicósomática). La frustración espiritual aporta el motivo para la aflicción, y la aflicción es un estado emocional que influye a su vez en el proceso alimentario, es decir, en lo corporal.

Hagamos aquí una pequeña digresión para explicar la diferencia existente entre *motivos* y *causas*. Supongamos que sobre mi mesa hay virus de la gripe, los toco y me contagio con ellos. En este caso, los virus son la causa de que yo contraiga una gripe. Sin embargo, mi sistema inmunológico, si fuera lo suficientemente fuerte, podría rechazar la infección. Pero imaginemos que se ha debilitado a causa de mi mal estado anímico, porque el estado inmunológico «baila al mismo compás» que el estado afectivo. Supongamos, además, que últimamente me pongo de mal humor y tengo dificultades laborales o personales. Entonces, el enfado tiene como efecto mi propensión a contraer la gripe. ¿Y por qué me enfado por cualquier insignificancia? ¿De dónde proviene mi constante insatisfacción e irritabilidad? Quizás no estoy satisfecha con mi vida en general, considero mi actividad como un trabajo de Sísifo, noto que estoy en el lugar equivocado, no sintonizo con mi conciencia, etc. En resumen, no experimento una existencia llena de sentido y, debido a ello, soy infeliz. Por lo tanto, todo esto sería un motivo para que el estrés psicológico o los pretextos para el enfado o la aflicción pudieran influir negativamente en mi salud. En consecuencia, la causa de que contraiga una gripe seguirán siendo los virus que hay encima de la mesa, pero el motivo de mi propensión a la gripe sería mi urgencia existencial.

Lo mismo ocurre a la inversa. Quien tiene un motivo para seguir sano no se ve afectado por el enfado causado por cualquier pequeñez, porque se halla a salvo en su disposición de ánimo positiva. En consecuencia, su enfado apenas tiene efecto alguno sobre su sistema inmunológico y en raras ocasiones se desarrollará una enfermedad si, por ejemplo, hay un virus de la gripe a su alrededor. Un ejemplo clásico de ello son las madres de niños pequeños, las cuales, según las estadísticas, son sumamente estables porque precisamente tienen un motivo preponderante por el que seguir estando sanas.

Las causas no son lo mismo que los motivos. Cuando cortamos una cebolla, lloramos. Las lágrimas tienen una causa, pero nosotros no tenemos ningún motivo para llorar. Y cuando estamos tristes y nos tomamos un whisky, estaremos menos tristes y el whisky será la causa de ello. Pero el motivo por el que estamos tristes no se elimina con el alcohol. (Frankl, 49)

Otro ejemplo es el del tabaquismo. Fumar es la causa más frecuente de cáncer de pulmón, pero ¿por qué motivo alguien fuma demasiado? Puede ser que lleve latente una predisposición adictiva o que se sienta atraído a fumar por determinados modelos. Sin embargo, debemos volver a preguntar: ¿por qué esta persona no conoce ningún motivo de peso para renunciar a su hábito, ningún motivo para seguir sana? En el ejemplo del fumador, el cuerpo refleja la decisión de la persona. El fumador hace algo que le perjudica: está enganchado al tabaco, mientras que el cuerpo hace algo que le perjudica: produce células cancerosas. Como vemos, buscar motivos y fundamentos en la vida humana es, como mínimo, tan importante como descubrir causas patológicas, cuando no, incluso, lo más importante.

Comparemos ahora la problemática de los golpes del destino, que no aportan ninguna causa pero sí un motivo suficiente para un estado alterado, con las enfermedades corporales y psicóticas.

<i>Enfermedad corporal grave</i>	<i>Enfermedad psicótica</i>	<i>Golpe del destino</i>
Motivo		Motivo
Causa	Causa	
del estado alterado del enfermo		

En las enfermedades corporales graves se dan ambas cosas: una causa del estado alterado del paciente por la lesión de su organismo y un motivo para no encontrarse bien basado en la inminencia de la enfermedad y en la incapacidad de realizar las actividades deseadas. En cambio, durante el brote psicótico o el estadio avanzado de la enfermedad, sólo existe la causa, condicionada por factores neuroquímicos. El enfermo psicótico no concibe ningún motivo para encontrarse mal por su enfermedad, dado que su pensamiento está demasiado empañado por los «espejismos».

Volvamos a los golpes del destino en los afectados. Si deseamos prestarles ayuda psicoterapéutica, tendremos que ocuparnos de los motivos de su sufrimiento, los cuales se basan, sin excepciones, en alguna pérdida de valores. Al principio se les debe hacer entender que mediante la actitud adoptada ante esta pérdida de valores y la manera de soportarla y aceptarla, podrían volver a crear valores nuevos en sus vidas; valores que compensen en un «plano superior» la pérdida de valores sufrida. Esto es más plausible filosóficamente de lo que en un principio parece. Recordemos las tres «columnas» sobre las que se apoya el sistema conceptual de la logoterapia. Sus nombres eran Libertad de voluntad, Voluntad de sentido y Sentido de la vida. Según Frankl, a la tercera de ellas, al sentido de la vida, se accede por tres «avenidas», es decir, haciendo realidad valores de creación, valores de vivencia y valores de actitud. Por consiguiente, la

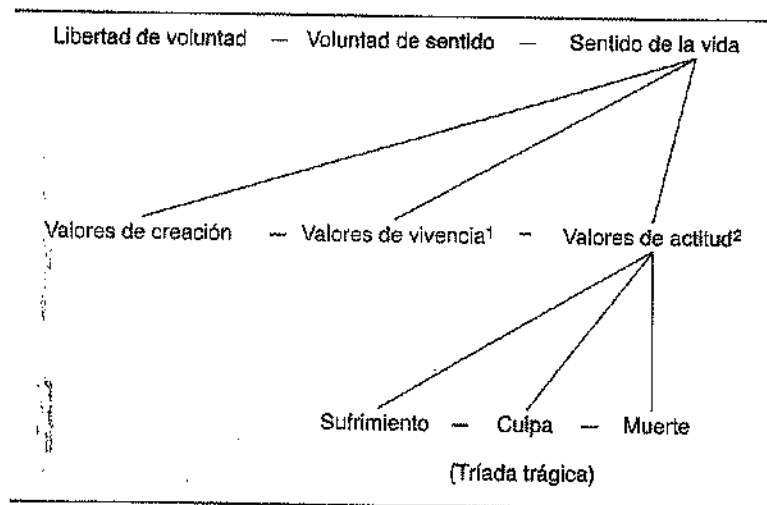
actitud valerosa y digna frente a un hecho doloroso es una «avenida» hacia la satisfacción de un sentido, y la satisfacción de un sentido supone un enriquecimiento de la vida, incluida aquélla que se ha quedado pobre de sentido a causa de una pérdida de valores.

Un análisis fenomenológico de la experiencia inmediata y genuina representada por el simple y llano «hombre de la calle», y que tan sólo tenemos que traducir a la terminología científica, consistiría en revelar que el ser humano —en virtud de su voluntad de sentido— no solamente busca un sentido, sino que también lo encuentra, y lo hace por tres vías. En primer lugar, ve un sentido en hacer o crear algo. Después, ve un sentido en experimentar algo o en amar a alguien; pero, en determinadas circunstancias, también ve un sentido en una situación desesperada ante la que se encuentra desamparado. Entonces, todo dependerá de la postura y la actitud que el hombre adopte frente al inevitable e inalterable destino. Sólo la postura y la actitud le permitirán dar testimonio de algo de lo que sólo el ser humano es capaz: convertir y transformar el sufrimiento sobre el plano humano en un mérito. (Frankl, 50)

Por lo tanto, la realización de valores de actitud está especialmente reservada (o impuesta) para aquellas personas que se enfrentan a un destino inalterable y ante el cual todavía pueden adoptar una actitud heroica. Si lo hacen y aceptan su sufrimiento sin dar palos de ciego ni ensañarse encarnizadamente con Dios y el mundo, harán realidad algo muy valioso. Impedirán que se creen cadenas de sufrimiento, que se descargue su frustración sobre inocentes y que se destruyan las oportunidades positivas que todavía poseen. Su vida, oscurecida por la pérdida de valores, vuelve a ser valiosa.

El destino inalterable, frente al cual la persona no puede hacer otra cosa que adoptar una actitud, también se divide, según Frankl, en la «tríada trágica» del sufrimiento, la

culpa y la muerte. Todo ser humano sufre alguna vez, se siente culpable de alguna manera y muere una vez. Con ello, las tres «columnas» de la logoterapia culminan en el máximo inquisidor de la vida: la muerte.



Respecto al procedimiento práctico en la aplicación del método de la modulación de la actitud, recurriré a los cuatro puntos de partida citados en la cura de almas médica de Frankl y los explicaré brevemente bajo los epígrafes «Mostrar el valor», «Mostrar el sentido», «Mostrar el resto» y «Mostrar perspectivas».

1. Walter Böckmann divide a su vez los valores de vivencia en «ligados a lo social», es decir, valores surgidos del encuentro con o la entrega a otras personas, y «no ligados a lo social», es decir, valores relativos a vivencias artísticas, religiosas o naturales (*Sinn-orientierte Leistungsmotivation und Mitarbeiterführung*, Stuttgart, 1980-1986).

2. Elisabeth Lukas ha ampliado el concepto de valores de actitud en la logoterapia señalando que la actitud frente a condiciones de vida favorables también puede estar llena de valores. Los valores realizados con esta actitud los ha denominado «valores de actitud generalizados» (Tesis doctoral, Universidad de Viena, 1971).

1. Mostrar el valor

Lo que yo denomino «mostrar el valor» consiste simplemente en indicar que una actitud positiva y recta frente a un destino negativo es una actividad humana sublime. Con sólo indicar que ya es mucho mantenerse firme en una mala situación y que esto es realmente digno de reconocimiento, ya se aporta consuelo y alivio. Este reconocimiento va más allá del simple aliento o de la pura compasión. Expresa una consideración honesta y verdadera hacia las capacidades de un espíritu humano que es capaz de transformar el suplicio en triunfo.

2. Mostrar el sentido

«Mostrar el sentido» significa indicar algo bueno o lleno de sentido que, a pesar de todo, todavía se halla en el sufrimiento del enfermo. Este punto deberá manejarse con cautela, porque este «algo bueno a pesar de todo» podría ser descubierto antes por el no interesado que por la propia persona afectada.

Hace años hablé con una mujer joven que se había estrellado de cara contra el parabrisas delantero de un coche en un accidente y a la que, de las heridas sufridas, le habían quedado unas cicatrices espantosas. En aquel entonces, la cirugía plástica no estaba tan avanzada como hoy para una intervención correctiva. Aquella mujer de rostro desfigurado estaba desesperada porque tenía miedo de no encontrar nunca más un novio y también le daba vergüenza caminar entre la gente, ante lo cual le di un consejo urgente. Le dije: «Sí, tiene usted cicatrices y, encima, está comprensiblemente triste. Pero hay una cosa que debe saber. Estas cicatrices son un instrumento formidable para medir la bondad de una persona desconocida o el valor de una amistad. Quien no la quiera *por* un par de cicatrices nunca será merecedor de su amor, y menos si usted tuviera la belleza de una estrella de cine. En cambio, quien la quiera *a pesar* de las cicatri-

ces, la amaré de verdad. Disponer de este instrumento de medida puede resultar muy útil en determinadas ocasiones...». Este aspecto convenció a la paciente y le ayudó a salir de su desesperación.

3. *Mostrar el resto*

«Mostrar el resto» consiste en indicar las oportunidades positivas de la vida existentes en cada momento y que no estén afectadas por el sufrimiento. Son oportunidades que el dolor actual no debe arrastrar. Se trata de «salvar el resto» sin querer sustituir lo perdido. También aquí será necesario proceder con mucho tacto. Por ejemplo, a una madre que llora la muerte de un hijo no se la puede consolar diciéndole que aún le quedan dos hijos, pero es del todo aconsejable desviar cuidadosamente su atención al hecho de que sus otros dos hijos la necesitan —ahora, tras el trauma sufrido en la familia, más que nunca— y que por ello no debe atrincherarse en su aflicción.

Otro campo de intervención es la gerontopsicología. Con la vejez, crecen las pérdidas, las áreas de valores se reducen, lo inmutable aumenta, no se puede volver a vivir la vida y hacerla mejor. Pero no todas las dimensiones humanas del ser son propensas a envejecer del mismo modo. Así, mientras la dimensión corporal se va limitando cada vez más y la dimensión psíquica se va haciendo cada vez más inflexible, la dimensión espiritual todavía es capaz de seguir expandiéndose. Hay incontables casos de personas que todavía conservan un espíritu sorprendentemente despierto y que, incluso, llevan a cabo obras considerables. Por ello, a las personas que envejecen hay que explicarles que de ningún modo tienen que tropezar con límites en todos los ámbitos y que en el área espiritual todavía puede quedar abierto un resto de oportunidades maravillosas.

4. *Mostrar perspectivas*

El *homo patiens* avanza directamente siguiendo perspectivas filosóficas o teológicas desde las cuales se haría comprensible su dolor. Sin embargo, deben seguirse con moderación, porque un golpe del destino no es, en principio, «comprensible». En todo caso, junto con el enfermo se pueden ponderar perspectivas que hagan ver la situación con otra luz —más suave—. Éstas son algunas reflexiones que la «logofilosofía» propone al respecto.

Todo sufrimiento es un estímulo para el proceso de maduración: metafóricamente hablando, el hombre aprende a avanzar de lo superficial a lo profundo. Allí se revelan conocimientos que habían estado inconscientes hasta entonces. Como escribió san Agustín: «Si sientes dolor por la pérdida de una cosa, significa que la querías mientras la tenías». Podríamos completar la frase y decir: «Y si sientes dolor por la pérdida de una persona, significa que *ella te quería* cuando estaba cerca de ti». La persona que ha madurado en el dolor suele ser más consciente del amor que antes y más agradecida por los lujos de una vida de cuya temporalidad ya es plenamente consciente.

La culpa también se puede entender como una incitación al cambio interior y a la reparación. Aunque no siempre es posible reparar una falta, como mínimo en la persona ante la que uno es culpable, la reparación se puede «compensar» con otras buenas acciones y, también, gracias al arrepentimiento sincero y a la disposición del culpable a mejorar, se puede inundar retroactivamente y con sentido todo lo pasado. Además la reparación actualiza el perdón, que es el acto humano más elevado de todos. Los seres humanos se superan enormemente a sí mismos en la unidad benéfica de la disculpa y el perdón mutuos.

Finalmente, la muerte también se puede contemplar desde distintas perspectivas. En realidad, la muerte es nuestro acicate para la vida, porque si tuviéramos un tiempo infinito para realizar nuestros proyectos, nos faltaría el motivo pa-

ra obrar en el presente. Precisamente porque no vivimos eternamente es necesario aprovechar y hacer realidad las ofertas de sentido de cada día, dado que al día siguiente no podrían presentarse. Y quien así lo hace, no necesita temer al mañana, porque lo que se ha realizado una vez, se ha conquistado para la historia de la vida personal y ya no se podrá extirpar de allí, ni siquiera al morir.

La finitud del hombre se da, sobre todo, en la temporalidad de su existencia. Ésta se nos aparece en primer lugar como mortalidad. Pero de ella sabemos que es justamente la que integra por completo la responsabilidad humana. Una persona que fuera inmortal podría, con todo derecho, desaprovechar todas las oportunidades de hacer realidad los valores, porque nunca dependería de hacerlo ahora o no; podría igualmente hacerlo en cualquier otro momento. Sólo teniendo en cuenta la finitud temporal de nuestra existencia es posible, con una especie de imperativo categórico, invitar a la responsabilidad humana a su completa plenitud, como con el siguiente imperativo: actúa como si vivieras por segunda vez y en la primera lo hubieras hecho todo tan mal como estás a punto de hacerlo ahora. (Frankl, 51)

Neurosis y depresiones noógenas

Las consideraciones de los capítulos anteriores giraban en torno al dominio de destinos dolorosos. Sin embargo, debemos familiarizarnos con la idea de que los estados melancólicos también pueden aparecer en circunstancias de la vida marcadamente «alegres». La mejor muestra de ello son las depresiones y las neurosis noógenas que florecieron claramente en la última época de bienestar en los países industrializados de Occidente (excepción hecha de los conflictos morales, propios también de estas sociedades). De esta manera, en nuestro paseo por las patologías somatógenas y endógenas, volvemos a encontrarnos en el centro de

la teoría frankliana de las neurosis. Ésta es la definición original de la problemática noógena:

En aquellos casos en los que un problema espiritual, un conflicto moral o bien una crisis existencial dan lugar a la correspondiente neurosis, hablaremos de neurosis noógena. (Frankl, 52)

Mientras la logoterapia representa una forma terapéutica no específica en las neurosis psicógenas y una terapia únicamente de apoyo en las enfermedades somatógenas y endógenas, en el caso de las neurosis noógenas constituye «la forma terapéutica específica», porque las neurosis procedentes de lo espiritual requieren, precisamente, una terapia desde lo espiritual. Frankl también describió estas neurosis como «frustraciones existenciales devenidas patógenas», pero añadiendo siempre que un malestar espiritual no es patógeno en sí mismo y que no se debe interpretar como algo patológico (el espíritu no puede enfermar), sino más bien como una fuente de energía creativa. Todo malestar espiritual alberga la voluntad de modificar una anomalía, asemejándose así a una señal de alarma que prepara el impulso para las correcciones. Sin embargo, en la neurosis noógena, la frustración existencial se asocia a una «afección psicósomática» que exagera el malestar e impide el impulso corrector: el descontento que debería inducir a algo satisfactorio se ve influido por sí mismo y se concreta en la enfermedad.

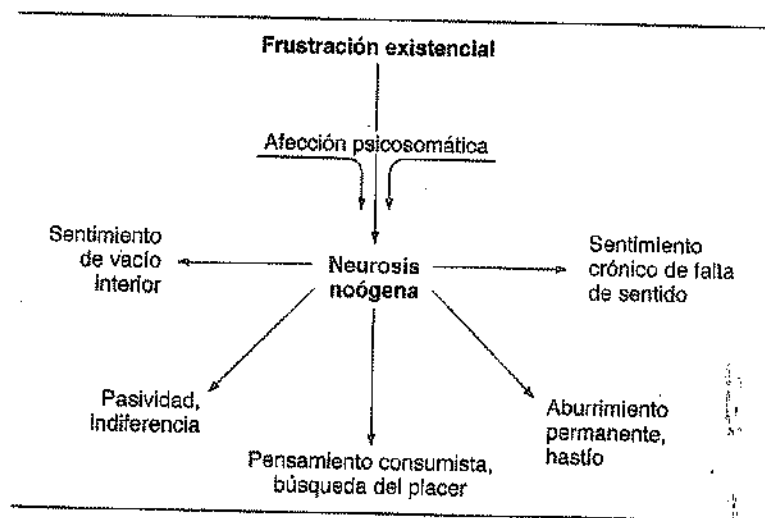
Normalmente, entre la enfermedad mental y el estado de urgencia espiritual existe, según Frankl, una relación de exclusividad. Es decir, desde el punto de vista de un diagnóstico diferencial, debe distinguirse claramente cuándo una depresión es un síntoma mórbido de tipo endógeno (debido a una falta de neurotransmisores) o de tipo reactivo (debido a una experiencia dolorosa), y cuándo es la expresión de una vivacidad espiritual que indica que el hombre adulto busca algo más que el «pan y circo» del antiguo Imperio Romano, es decir, algo más que dinero y disfrute.

¡Pero, en realidad, bajo las condiciones sociales actuales, el «hombre en busca de sentido» sólo se frustra! Ello obedece a que la sociedad o estado del bienestar está en disposición de satisfacer prácticamente todas las necesidades, o lo que es lo mismo, todas las necesidades están creadas por la sociedad de consumo. Sólo una necesidad se sustrae a ella, y es la necesidad de sentido del ser humano o, como yo la llamo, la «voluntad de sentido» del hombre. Es decir, la necesidad latente en lo más profundo de la persona de encontrar un sentido en la vida (o, mejor dicho, en cada situación de la vida), de ir hacia él y de satisfacerlo. (Frankl, 53)

El estado de urgencia espiritual puede desembocar en una enfermedad mental si la persona malinterpreta las señales procedentes de su fuero interno, si no halla ninguna respuesta o sólo encuentra respuestas erróneas a sus preguntas existenciales más importantes, si no siente para qué está en el mundo, si no relaciona ningún sentido con su existencia y si le oprime el sentimiento de indiferencia ante la pertenencia o no a este mundo. Los síntomas son distintos en función de la edad. En los jóvenes se traducen en conductas extremas como las revueltas destructoras, el radicalismo y el terrorismo; en actos arriesgados y excitantes (montar en la parte exterior de vagones y tranvías, lanzarse al vacío desde edificios, cultos satánicos); en la huida a músicas y ritmos ensordecedores o en la desobediencia de la generación *no future*. En las personas de mediana edad, el síntoma típico de las crisis noógenas es más bien un lamento por haberse quedado rezagado en la vida: la crisis de los cuarenta. Las ansias de recuperar el tiempo perdido, la frustración de la vida cotidiana y la huida de los lazos familiares o profesionales se recrudece aún más con el desengaño de pensar que no hay nada más que hacer. La angustia ante la enorme pérdida de tiempo y la pregunta de si todavía cabe esperar algo bueno intranquiliza a los adultos en el cenit de su capacidad de rendimiento y los induce a los actos irreflexivos más disparatados. Finalmente, en la vejez, la problemática noógena retro-

cede hacia una capacidad depresiva amarga, una apatía desanimada y una resignación embrutecida. Las personas de edad avanzada se convierten en eternos críticos o se recluyen abiertamente en su caparazón, sumiéndose en un pesimismo crónico marcado por el lema «de desagradecidos está el mundo lleno». No gustan a nadie porque nada les gusta, ni siquiera su vida supuestamente superficial.

El neurótico ansioso quiere huir de su angustia, el histérico desea obtener poder, consideración y amor, y el *homo patiens* llora la pérdida de sus valores y espacios libres. En cambio, al neurótico noógeno no le importa realmente nada. Exceptuando a aquellos pacientes interesados en un problema espiritual distinto, por ejemplo, la duda de conciencia, al neurótico noógeno se le reconoce por su desinterés por sí mismo y el mundo; para él, «todo lo que existe merece la ruina».



Pero preguntémosnos sólo cuál sería el resultado si un ser humano fuera capaz de satisfacer por completo todas las necesidades que pudiera haber en su época. ¿Cuál sería el resultado? ¿La experiencia de la satisfacción? ¿O no se

ría más bien lo contrario, es decir, la experiencia del profundo aburrimiento, de la inmensa vacuidad del vacío existencial?

Los neurólogos nos enfrentamos a diario en nuestras consultas con este vacío [...]

Tras ser expulsado del paraíso del recogimiento y la seguridad proporcionados por los instintos, que son propios del animal, el ser humano debería soportar con resignación una segunda pérdida. Tras el instinto, el hombre debería perder además la tradición: por lo tanto, no sólo una pérdida en la dimensión vital, sino también en la dimensión social de su existencia. En el marco de la terminología logoterapéutica, llamamos «neurosis noógena» a la reacción a este vacío interior. (Frankl, 54)

Como sucede en cualquier neurosis, las señales de «inseguridad» e «hiperreflexión» también toman parte en las neurosis noógenas. Frankl explicó la inseguridad del hombre avanzado moderno a través de la pérdida progresiva de las «instrucciones instintivas» naturales y las «instrucciones normativas» tradicionales: ya no aparecen apoyos orientadores ni «dentro» ni «fuera». De nuevo, la tendencia del hombre moderno a la hiperreflexión es el resultado de un alivio repentino de las urgencias vitales y sociales (disponibilidad de bienes materiales, reducción del horario laboral, seguridad social, etc.), así como de la tecnificación y automatización de un gran número de actividades, fomentando así el atascamiento mental en el «para qué vivir o seguir viviendo». No en vano Ernst Bloch afirmó que, actualmente, el hombre es obsequiado con preocupaciones que antes sólo habría tenido al llegar su hora final.

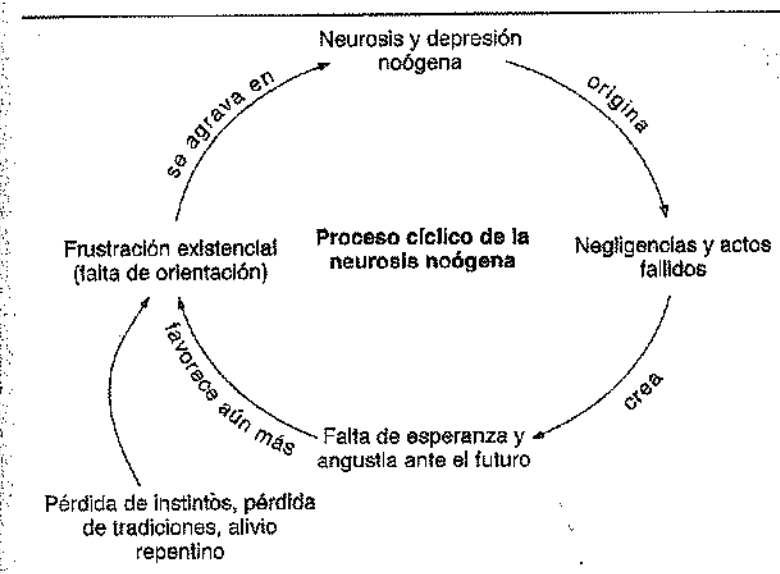
Los efectos peligrosos de las neurosis y depresiones noógenas son dos:

1. Negligencia ante las oportunidades positivas de la vida. Por ejemplo, un exceso de libertad ofrece la oportunidad de realizar acciones llenas de sentido, pero tal oportu-

nidad no se obtiene en el «vacío existencial». Esta situación se acentúa en problemas como la «neurosis dominical», la «crisis del pensionista» o el «síndrome del nido vacío».

2. Habitación a los actos fallidos. No se pone ningún reparo espiritual a los excesos de ira irrefrenables, a las perversiones sexuales, al impulso por el consumo de drogas, las sectas, el pasotismo, etc. ¿Para qué? Si todo se consagra a la decadencia o merece desaparecer, ¿por qué seguir luchando?

De esta manera, en la problemática noógena —como acostumbra a suceder en las neurosis— aparecen los trazos del círculo vicioso: las negligencias y los actos fallidos originan falta de esperanza y angustia ante el futuro, las cuales elevan el malestar espiritual a lo insoportable.



Una vez pedí a mis estudiantes de la Universidad de Mú-nich que recopilaran para la siguiente clase informaciones de periódicos relativas a actos desesperados de los que pudiera extraerse algún indicio de depresión noógena. A la

semana siguiente, me trajeron tres noticias sobre cuatro jóvenes que se habían suicidado «por miedo al futuro». Una pareja había saltado desde un edificio después de haber dejado escrita una carta de despedida en la que se leía: «Queríamos vivir sin proyectiles nucleares ni destrucción del medio ambiente, pero no veíamos ninguna otra opción...». Una chica de 20 años había inhalado los gases de escape de un coche «porque no sabía qué hacer con su vida». Finalmente, un estudiante de instituto se había precipitado ante un tren en marcha, pero no por tener dificultades académicas, sino porque, a pesar de sus buenas notas, veía que se le avecinaba una «situación desesperante al acabar los estudios». Este balance estremecedor deja patente lo estrechamente entretreídos que están los sentimientos de falta de sentido y falta de esperanza, pero también los sentimientos de falta de sentido y falta de valores en la vida, con lo cual se derriban los obstáculos que imposibilitan su destrucción.

La problemática noógena es muy frecuente entre los clientes de las consultas médicas y psicológicas. Los pacientes no saben exactamente lo que tienen, sólo saben que tienen algo. Están de mal humor y se muestran poco colaboradores. En la variante neurótica, el hecho de «adolecer de una vida sin sentido» (Frankl) les incita a una búsqueda incansable de experiencias y sensaciones placenteras, lo que les depara frustraciones aún más fuertes. En la variante depresiva no existe ningún tipo de aliciente (en el sentido behaviorista) para ellos, ningún objetivo que merezca la pena. Los pacientes se muestran incapaces de valorar o apreciar cosas como la propia salud y se indignan cuando tienen que adoptar compromisos con algo o con alguien. Pero esta indignación no proviene de ningún egoísmo enfermizo, sino de una resignación por los ideales abandonados.

Como vemos, la neurosis o la depresión noógena no se basa, a diferencia de la tragedia de los golpes del destino, en una pérdida de valores —que el enfermo lamentaría—, sino en la pérdida de una *percepción de valores* oportuna. Sólo el grupo de pacientes cuya problemática se remonta a

colisiones de valores y ambivalencias (a conflictos morales, como dice Frankl) dispone de representaciones de valores que, simplemente, no se pueden hacer realidad en grupo o simultáneamente y respecto a las cuales existe una falta de *percepción de prioridades de valores*. Además, la persona que ya no percibe absolutamente ningún valor o tarea con sentido en su vida, ve cómo se marchita en ella la más elevada de las aptitudes humanas: la capacidad de autotranscendencia. Es decir, le faltará aquello a lo que ella podría y debería trascender por encima de sí misma, y ello genera una permanente puesta en duda de toda su existencia.

Finalizaremos este apartado apuntando que la logoterapia no comete el error de interpretar todos los trastornos de la vida humana como «finalmente noógenos», cosa que generaría una nueva parcialidad. Sin embargo, no se pueden buscar causas puramente psíquicas —por ejemplo, procedentes del inconsciente de los instintos— allí donde una frustración espiritual socava la salud psíquica del individuo. De lo contrario, pasaríamos de largo ante la demanda más esencial del ser humano e iríamos a parar, literalmente, al vacío terapéutico.

Salir del vacío existencial

¿Cómo se puede liberar a las personas del «vacío existencial»? La logoterapia ve en las neurosis y depresiones noógenas una de las pocas indicaciones para dilucidar extensamente el pasado de una persona. Naturalmente, no para barrer los fallos y los fracasos de su vida, sino para plantearse una cuestión: ¿cuál ha sido la mejor época del paciente? ¿Cuándo le pareció la vida llena de sentido en todos sus aspectos? ¿Qué sucedió entonces, qué proyectos se había marcado, cuáles eran sus principales preocupaciones? El paciente se somete a un «análisis existencial» (Frankl) que lo examina «hacia su capacidad personal de ser responsable» e indaga contenidos colmados de sentido en su existencia ante los cuales todavía ten-

ga contraído un compromiso. Por ejemplo, una persona que nace con dotes musicales es responsable de hacerlas florecer de manera constructiva; una persona que ha disfrutado de una educación multidisciplinar es responsable de sacar partido de sus conocimientos; o una persona que ha experimentado el amor y la bondad del prójimo es responsable de transmitir lo que le han dado.

Al indagar «legados» positivos en el pasado y estructuras de sentido antiguas, emergen puntos de conexión con el presente que permiten al paciente reanimar unos contenidos que, como le son familiares y él está mentalmente unido a ellos, tienen una buena oportunidad para ascender al grado de «contenidos vitales». Por ejemplo, puede suceder que una persona haya aprendido hace mucho tiempo a tocar un instrumento musical, actividad que desempeñaba con alegría, y que en la conversación terapéutica tome la decisión de volver a refrescar esta habilidad y reservarle una parte de su tiempo libre en un futuro. Sólo con esto, la persona puede lograr desprenderse del consumo pasivo de televisión y ganar una actividad —por ejemplo, en un círculo musical— que le proporcione una experiencia de sentido actualizada.

Otra posibilidad terapéutica es la búsqueda de modelos. El terapeuta pide al paciente que piense en qué personas, a su parecer, llevan o han llevado una vida llena de sentido. En general, será capaz citar algunos nombres, aunque se trate de ídolos legendarios como Albert Schweitzer o la Madre Teresa. A continuación, se discutirá sobre el motivo por el que el paciente atribuye tal abundancia de sentido a la vida de las personas citadas. ¿Qué es o era lo singular de sus estilos de vida? ¿Podría el paciente hacer lo mismo? ¿Qué se lo impide? En la búsqueda de modelos adecuados aflora, prácticamente siempre, la conexión entre suerte y entrega, es decir, el hecho banal de que la suerte no significa que las cosas le vayan bien a uno, sino que uno es bueno para algo. Resulta interesante comprobar que los enfermos adivinan esta conexión con suma precisión, lo que demuestra que el

primitivo conocimiento humano del *logos* no muere, ni siquiera en el «vacío existencial».

De aquí se pasa a la búsqueda de personas *para las cuales* el paciente podría ser importante, personas que podrían *necesitarlo*, porque el «vacío existencial» también es un vacío social: nadie llama a su puerta. ¿Es que no hay suficientes personas ahí fuera, al otro lado de la puerta, que podrían necesitar *a alguien*? ¿Cómo sería este alguien que podría serles útil? ¿Qué cosas emanaría de su personalidad, cómo se comportaría, qué debería hacer? Un «retrato robot» de este alguien puede hacer que el paciente empiece a identificarse con él.

Aquí se pueden poner en práctica técnicas de imaginación destinadas a despertar visiones en el paciente. Este, por así decirlo, abre en el sueño la puerta de su celda neurótico-depresiva, sale de ella y mira alrededor. ¿Qué ve en el mundo exterior? Si es algo agradable, ¿no será simplemente un sentido en la vida? Si es algo desagradable, ¿no será simplemente una llamada para emprender una revisión? Tratar al enfermo noógeno significa sacarlo de la indiferencia. No hay que ofrecerle un trozo de mundo íntegro, sino un pedazo que hay que curar. Si acepta el encargo, se curará a sí mismo.

Otra posibilidad terapéutica es el «entrenamiento de sensibilización de sentido». Ante las pequeñas decisiones cotidianas (y también ante las grandes, sólo que éstas vendrán después), el paciente deberá acostumbrarse a sacar el siguiente cuestionario de cinco puntos y responderlo:

1. ¿Cuál es mi problema?

El problema no debe ser impreciso ni incomprensible, sino que ha de estar relacionado con una situación concreta para poder adoptar una actitud espiritual frente a él. Si el problema aparece con claridad, el área no problemática también dejará ver sus contornos claramente, lo cual siempre resultará consolador.

2. *¿Dónde está mi espacio libre?*

El problema ligado a la situación concreta se debe localizar en el ámbito de lo fatídico, porque está absorbido por la historia. Es posible modificarlo y, sin embargo, hay partes inevitables surgidas de su génesis. El objetivo es desviar la atención de éstas y orientarse hacia el campo de acción libre no mencionado por el problema.

3. *¿Qué opciones tengo?*

En el campo de acción libre hay opciones. La siguiente tarea consiste en agruparlas mentalmente —sin entrar todavía en valoraciones—. Esta actividad se convierte en un ejercicio de fantasía lleno de sorpresas. A veces, las posibilidades que existen más allá de lo usual y de las que no somos conscientes resultan ser fenomenales.

4. *¿Hay alguna que tenga más sentido que las otras?*

Aquí se invita al «órgano de sentido» conciencia a «jugar a detectives». La conciencia debe descubrir qué es lo que hay, aunque esté escondido: la opción de mayor sentido. No se tendrá en cuenta si aporta placer o no, pero sí las consecuencias imaginables para todos los afectados.

Inciso recordatorio

La imagen logoterapéutica del mundo no sólo es optimista, sino también objetivista, dado que parte del hecho de que el sentido no se puede inventar, sino que siempre se puede encontrar porque, objetivamente, «existe». No sólo existe sentido en nuestra conciencia, también existe sentido en el mundo. Según la logoterapia, el «sentido del instante» que hay que descubrir en el punto 4 es como una mancha de luz dorada en el suelo creada por un rayo de sol que penetra por una persiana casi cerrada. Esta mancha es el reflejo de un «suprasentido» (Frankl) nuestro que supera toda com-

prensión, de la misma manera que el rayo de sol es el destello de una bola de fuego más luminosa que todas las luces de la Tierra. La logoterapia no venera la concepción subjetiva del sentido, según la cual el hombre podría definir arbitrariamente qué es lo que considera que tiene sentido. Tal concepción sería como decir que se puede pintar una mancha de color amarillo en el suelo y hacerla pasar por luz solar.

5. *¡Quiero hacer realidad esa opción!*

El paciente lleva a cabo a solas el último paso del entrenamiento. Nadie puede ayudarlo; lo único que se puede hacer es pedirle encarecidamente que lo haga. Es su *fiat*, su «hágase» lo que él mismo ha descubierto, su decisión para el sentido.

De la suma de estas decisiones cotidianas tomadas con acierto va formándose poco a poco una nueva línea de orientación en el paciente. Una línea que lo extrae del vacío «a lo largo de un rayo de sol». Veamos un ejemplo:

1. *¿Cuál es mi problema?*

El problema del paciente es el inicio del fin de semana, durante el cual no sabe qué hacer. Está desanimado y no muestra interés por nada (padece una «neurosis dominical»). Su problema no son tanto los días laborables en los que está firmemente enganchado a la dinámica laboral y con frecuencia tiene que hacer horas extra.

2. *¿Dónde está mi espacio libre?*

Lo fatídico para el paciente es que es fin de semana y, también, que no experimenta placer por nada. No puede elegir a voluntad sus sentimientos. Sin embargo, sí que puede determinar libremente lo que hará el fin de semana —con y a pesar de su desinterés.

3. ¿Qué opciones tengo?

Hay que dar rienda suelta a la imaginación. El paciente tiene permiso para recopilar todo lo que se le ocurra: puede quedarse medio dormido en la cama, puede levantarse y leer, fumar un porro, escuchar música, saltar por la ventana, ir a algún bar, hacer una excursión en bicicleta, llamar a su madre, escribir una carta...

4. ¿Hay alguna que tenga más sentido que las otras?

Sin tener ganas, el paciente admite que, en su situación, lo más sensato el fin de semana sería escribir una carta que desde hacía tiempo había prometido a un antiguo compañero, dado que éste ya le ha llamado varias veces y nunca ha recibido señales de vida.

5. ¡Quiero hacer realidad esa opción!

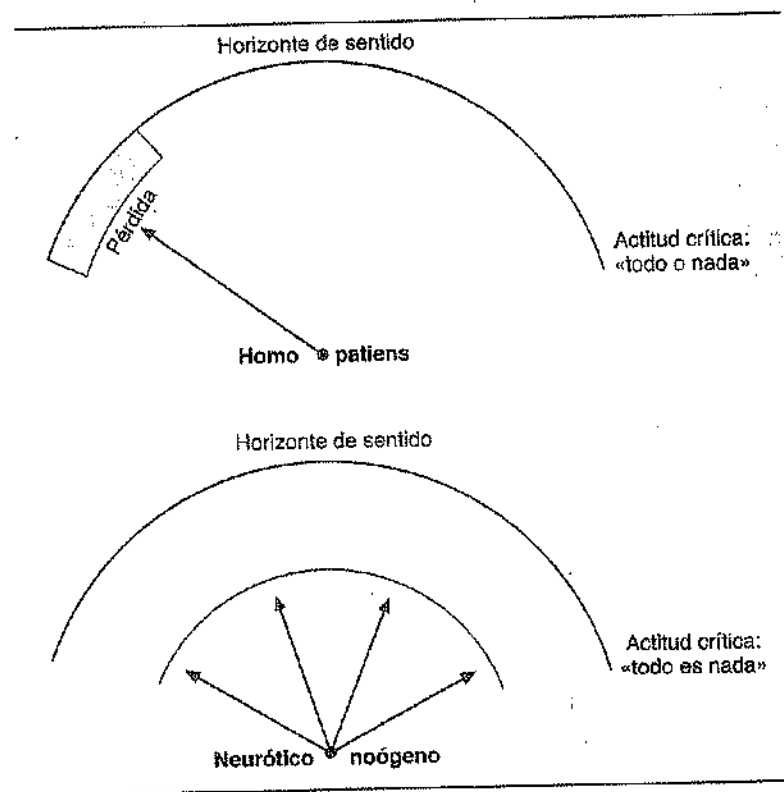
Aunque no le apetece, el paciente se esfuerza en escribir un borrador de la carta. Mientras escribe, se le van ocurriendo más ideas de lo que había imaginado y, contra todo pronóstico, le sale una carta que no está mal. El paciente experimenta una leve sensación de satisfacción que le permite acabar el fin de semana de manera aceptable.

Con independencia de todo esto, se está abriendo camino a otras oportunidades de sentido. Quizás el destinatario de la carta se vuelva a animar y revitalice una relación que había quedado estancada. Y quizás esta relación dé un impulso para superar la frustración existencial. Nunca se sabe...

A veces, a pesar de la falta de ganas, hay que iniciar algo sin otro motivo que porque tiene sentido, y las ganas o el placer llegan al llevar a cabo lo que tiene sentido, porque en la corriente de todo acto lleno de sentido navega también la satisfacción. Sin embargo, rara vez se consigue la satisfacción si, a la inversa, se espera a que a uno le lleguen las

ganas de hacer algo con sentido. La espera puede hacerse eterna.

Para finalizar, compararemos los dos grupos de trastornos discutidos. En psicoterapia apenas se tienen en cuenta, a pesar de que están representados en elevados porcentajes de población: se trata del trastorno del neurótico noógeno y el del *homo patiens*. Si bien los puntos de partida de ambos son contrarios, existe una coincidencia entre ellos: no perciben ni capturan las posibilidades de sentido que ofrece la vida.



En el *homo patiens*, el horizonte de sentido está parcialmente tapado. Allí donde ha padecido graves pérdidas de valores, sus posibilidades de realización al respecto están li-

[...] El neurótico sexual lucha por algo, y lo hace desde el momento en que lucha por el placer sexual en forma de potencia y orgasmo. Pero, desgraciadamente, cuanto más se concentra en el placer, más rápido va desapareciendo éste. El camino hacia la obtención de placer y la realización de sí mismo pasa únicamente por la entrega y el olvido de sí mismo. Quien considere este camino un rodeo, se verá inclinado a elegir un atajo e ir derecho al placer como objetivo, sólo que el atajo se mostrará entonces como un callejón sin salida. (Frankl, 58)

Las consecuencias de una búsqueda forzada de placer son impotencia psicógena, frigidez, inseguridad en los roles sexuales, etc., lo que se traduce, en cada encuentro sexual, en una conducta convulsiva a través de la cual se va perfilando el trastorno.

Aquí también debemos incluir las distintas perversiones sexuales. La falta de entrega cariñosa a la pareja y del olvido de sí mismo envuelve la relación sexual «normal» con la aureola de lo problemático. De repente, se produce un estímulo sexual cualquiera, lo suficientemente potente como para evocar un orgasmo, y el afectado quedará «enganchado» a él: simplemente, se sentirá potente si lo encadenan, si mete la nariz en unas bragas, si tiene a un niño delante, si una mujer se defiende con fuerza, etc. La peligrosidad práctica de una dependencia de estímulos inadecuados como éstos es evidente.

Además de en la sexualidad, también se conocen mecanismos patógenos de hiperreflexión en los trastornos del lenguaje, la motilidad, la deglución, etc., es decir, en procesos psicomotrices que dependen de automatismos irreflexivos cuya constancia y armonía sólo se garantiza si no se piensa en ellos. En el caso del habla, por ejemplo, hay que prestar atención a *qué* se dice, y no a *cómo* se dice. En el momento en que alguien se fija en sus movimientos de lengua y labios al hablar, tartamudea, dado que interfiere en el mecanismo automático del habla. (Ya hemos hablado de lo

que ocurre cuando, acto seguido, la angustia ante la expectativa transforma el tartamudeo casual en un síntoma de neurosis de ansiedad.) Lo mismo sucede en el proceso de ingestión de alimentos, donde también hay que prestar atención a *qué* se come y no a *cómo* se come. La persona que quiere controlar exactamente sus movimientos de masticación y deglución tendrá dificultades para digerir un simple bocado. Otro ejemplo es el del baile. Cualquier principiante sabe lo difícil que resulta concentrarse en un paso recién aprendido y seguir simultáneamente el compás. Sin embargo, un bailarín experimentado que se olvida de las piernas y se deja llevar mentalmente por el sonido de la música, mantendrá el ritmo. Algo parecido nos explica la fábula del ciempiés que olvida cómo se camina cuando le preguntan cómo puede mover sus incontables patitas al mismo tiempo.

3. Actitudes vitales fundamentales alteradas (con factores desencadenantes)

Imaginemos a una persona que ha finalizado sus estudios y no encuentra ningún puesto de trabajo relacionado con su profesión. En adelante, ya no muestra interés por nada, habla únicamente de lo que habría ocurrido si hubiera podido trabajar en su oficio y hace responsables al estado y a la sociedad de su situación, pero no hace nada para cambiarla. Esta persona se encalla continuamente en sus preocupaciones, con lo cual bloquea la búsqueda de salidas y posibilidades de solución, así como su propia flexibilidad. El desempleado mantiene el *statu quo* de la misma manera que el insomne mantiene su vigilia.

Lo sorprendente es que el «desencadenante de la hiperreflexión» no tiene por qué ser en ningún caso un golpe del destino, como es el innmercido desempleo. Las pequeñas cosas cotidianas también pueden convertirse en el principio de una espiral de ocurrencias que obligue al individuo a ensimismarse de manera enfermiza.

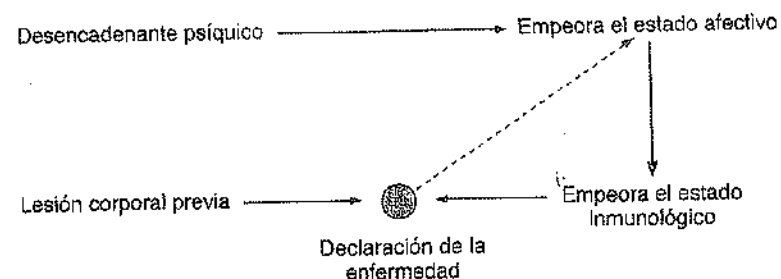
4. Actitudes vitales fundamentales alteradas (sin factores desencadenantes)

En los mecanismos de hiperreflexión no siempre encontramos factores desencadenantes. Existe una hiperreflexión «espontánea» del bienestar que impide un verdadero bienestar. Hay personas que, nada más despertar, ya piensan que quizás han dormido mal o han tenido pesadillas. Cuando se dirigen al trabajo, intentan comprender por qué tienen ganas de trabajar y, cuanto más cavilan, menos ganas tienen. Mientras trabajan, registran todas y cada una de las palabras descuidadas que salen de los compañeros y clientes y meditan sobre si éstos quieren insultarles, y así sucesivamente. Se trata de personas que están continuamente preocupadas por saber si les va bien, lo cual hace que les vaya mal las veinticuatro horas del día. Esta actitud deteriora la sencilla preocupación de vivir y reduce el mundo exterior a un reflejo del estado de ánimo de estas personas.

El problema de estas egocéntricas actitudes vitales fundamentales, acentuadas por hiperreflexiones, es su relevancia psicósomática, ya que producen una tensión constante que despierta enfermedades latentes.

En las enfermedades psicósomáticas —a diferencia de las psicógenas— intervienen dos factores: una lesión corporal previa y un desencadenante psíquico o factor estresante. En un congreso de médicos escuché una comparación muy fácil de recordar: la lesión corporal previa sería una fisura en una teja, mientras que el desencadenante psíquico sería un temporal. Cuando ambos coinciden, se rompe la teja. No se puede suponer que la fisura sería la culpable de la rotura de la teja porque, de lo contrario, ya llevaría tiempo rota, ni que el temporal sería el culpable porque, de lo contrario, se habrían roto todas las tejas del tejado. No, la lesión previa e inofensiva de la teja no ha resistido al temporal.

Esquema de una enfermedad psicósomática



En un episodio psicósomático, el desencadenante psíquico o factor estresante empeora el estado afectivo de una persona. Este empeoramiento debilita el estado inmunológico, mientras que la reducida defensa o capacidad de compensación del organismo introduce, en combinación con la inevitable lesión corporal previa, la declaración de la enfermedad. En el caso de una situación de tensión persistente debida a una actitud vital fundamental alterada, ni siquiera hace falta ningún desencadenante psíquico: la situación afectiva, como estado persistente, es mala, y la propensión de la persona a enfermar aumenta de manera correspondiente.

¿Cómo podemos protegernos contra las enfermedades psicósomáticas? El ser humano es bastante débil frente a las lesiones previas orgánicas o celulares; cada uno de nosotros tiene su punto débil orgánico en algún sitio. El deporte y la alimentación sana pueden mantener el cuerpo en forma, pero nadie es inmune al envejecimiento natural. Los desencadenantes psíquicos y factores estresantes tampoco se pueden evitar de manera habitual, pues están sometidos a los designios del azar. Sin duda, la mejor prevención es vivir con tranquilidad, haciendo las cosas regularmente y utilizando la razón, aunque ello no evite los imponderables de la vida. Sin embargo, la situación afectiva y, con ella, también la situación inmunológica, se puede alterar utilizando medios espirituales. Del mismo modo que la hiperreflexiva

tensión persistente fijada en el yo abre las puertas a cualquier enfermedad, el hecho de centrarse espiritualmente en elementos positivos y enriquecedores del mundo exterior protege la salud corporal y mental. Éste es precisamente el secreto de la hiperreflexión: construye un techo protector de cristal (y volvemos a la comparación que escuché en el congreso de médicos) a través del cual penetra la luz del sol, pero sobre el cual rebota la tormenta.

La medicina psicosomática nos permite comprender no tanto la razón por la que alguien enferma, como la razón por la que alguien permanece sano [...]. Con respecto a ello, la medicina psicosomática puede ofrecernos indicaciones realmente importantes. Pero, con ello, va de la esfera de un tratamiento necesario de enfermedades a la esfera de una posible prevención. Pues es evidente que allí donde hay un desencadenamiento desde lo psíquico, ha de haber también una prevención desde lo psíquico. (Frankl, 59)

El acto de centrarse espiritualmente en la abundancia de sentido del mundo exterior estabiliza la situación afectiva de la persona, estabiliza también, por tanto, su situación inmunológica, e impide sensiblemente la declaración de enfermedades psicosomáticas.

Una receta contra el egocentrismo

El método de la desreflexión consiste en levantar una «señal de stop», destinada a frenar de manera inmediata la hiperreflexión patógena del paciente, y una «señal de desvío» que indique una nueva dirección a sus pensamientos, una dirección encaminada al mundo exterior y no egocéntrica, sino centrada en el sentido.

La «señal de stop» es una especie de prohibición: hay que ignorar. Naturalmente, se trata de ignorar algo despreciable y, por tanto, no se reprimen contenidos ante los que

uno se encare con valentía. Por su parte, la «señal de desvío» es una especie de mandamiento: no hay que ignorar. La conjunción de ambas señales genera una corrección de la atención.

Recordemos: con la intención paradójica, el paciente corrige su expectativa angustiosa; con la modulación de actitud, la actitud negativa y, con la desreflexión, la atención mal dirigida. Estas tres «fes de erratas» —la espera, la actitud y la atención— son actos espirituales que representan el enfrentamiento de la persona con el mundo en el que vive. La espera se refiere a lo que afluye del mundo hacia la persona; la actitud, a lo que irradia la persona al mundo; y la atención, a la parte del mundo que «pertenece» a la persona porque ésta está espiritualmente «con aquélla».

Veamos cómo se lleva a la práctica el procedimiento de la desreflexión en los cuatro cuadros sintomáticos antes descritos, no sin dejar de mencionar que este procedimiento admite, e incluso necesita, un gran número de variantes.

1. Trastornos psicógenos del sueño

Para levantar la «señal de stop», se comunica al paciente que, en contra de lo que se acostumbra a creer, la cantidad de horas de sueño nocturno es completamente irrelevante, porque el cuerpo busca la medida de sueño estrictamente necesaria en cada caso. Debido a ello, el paciente no tiene que preocuparse por manifestaciones carenciales, pérdidas de actividad, etc. Los períodos prolongados de alteración del sueño siempre se alternan con épocas de descanso profundo en las que se recupera la medida de sueño perdida. Por lo tanto, el paciente ya no debe inquietarse por el sueño, sino que, al contrario, cuando se despierte por la noche, ha de decir: «¡Qué bien que estoy despierto! Esto me proporciona un tiempo precioso en el que puedo soñar cosas formidables. De todos modos, como nos pasamos media vida durmiendo...». (Esto nos recuerda ligeramente a la intención paradójica.)

La confianza, en cierta medida sólo teórica, en suponer que el organismo puede asegurar en cada momento la cantidad de sueño estrictamente necesaria no es en absoluto suficiente para tranquilizar a nuestros pacientes insomnes hasta el punto de que no surjan complicaciones en el trastorno del sueño, promovidas por esa angustia ante la expectativa, que, como sabemos, es la que constituye el trastorno neurótico del sueño. En consecuencia, tenemos que indicar a estos enfermos que también durante el insomnio se comporten de una forma correcta; simplemente, se tienen que limitar a relajarse todo lo que puedan, porque la simple relajación tiene el mismo efecto que el sueño (si bien más breve o superficial). (Frankl, 60)

En cuanto a la «señal de desvío», está claro que no se puede ordenar al paciente que *no* piense en algo —a saber, en el problema del sueño—; lo único que se le puede indicar es que piense en otra cosa. Por ello, para las horas de insomnio, es importante proponerle pequeñas tareas que deberá realizar mentalmente. Por ejemplo, podría volver a meditar acerca de lo ocurrido el día anterior y «saborear» interiormente los buenos momentos; o también podría catapultarse a su «país de las maravillas» personal: a un prado donde tenderse sobre el frescor aromático de la hierba, o a una playa donde enterrarse completamente en la cálida arena y dejarse abanicar con hojas de palmera, imaginándolo todo hasta el más mínimo detalle. A una de mis pacientes, a la que podríamos definir como lectora empedernida, le propuse que leyera cada noche al acostarse un capítulo de un libro, pero sólo hasta las dos o tres últimas páginas, y, a continuación, apagara la luz. Entonces, en las horas de vigilia que, según las circunstancias, pudieran darse, tendría la oportunidad de imaginar cómo podría acabar el capítulo o cómo lo continuaría ella si fuera la autora. La paciente se enfadó mucho porque no lo conseguía: cada vez que, por la noche, se quería concentrar en el texto, se quedaba dormida en un santiamén...

Hemos pedido expresamente al enfermo que «piense en todo lo que no sea» dormir. Con ello queríamos decir que no le exigimos que desvíe negativamente su atención del asunto «sueño», sino que se dedique positivamente a otros temas en su meditación. (Frankl, 61)

En cuanto se estimula en el paciente una concentración espiritual relacionada con algo distinto al problema del sueño, se pone en marcha un proceso desreflexivo y el paciente se queda automáticamente dormido.

Con respecto a la cuestión de los somníferos, lo único que se puede hacer es disuadir a todo el mundo de su empleo. Estos medicamentos generan dependencia y es muy difícil dejarlos, porque el cuerpo se acostumbra a su «ayuda». Mucho más efectiva a largo plazo es la «medicación paradójica» descrita por Frankl, consistente en aumentar durante el día el grado de vigilia a un nivel muy alto (se puede conseguir mediante la ingestión de café o la alta oxigenación a través del *jogging*) con el objetivo de conseguir por la noche un cansancio que favorezca de manera natural el proceso de conciliación del sueño.

2. Disfunciones sexuales psicógenas

En las disfunciones sexuales, especialmente en los casos de impotencia, se levanta una «señal de stop» flagrante: prohibición temporal del coito. De este modo, la situación íntima pierde su carácter obligatorio porque ya no existe la voluntad de forzar la unión sexual, y la observación convulsiva de uno mismo se vuelve absurda. El paciente recibe la indicación de comunicar a su compañera que, por motivos de salud, le han recomendado un tiempo de abstinencia obligatoria. Con ello, el fracaso sexual hiperreflexivo se corta.

A continuación, se presenta —con el mayor tacto posible— la «señal de desvío». El paciente deberá dedicarse a su compañera con el amor que verdaderamente siente por ella. Deberá acariciarla con ternura, si ella así lo quiere; de-

berá escuchar lo que ella le quiera confiar; deberá intentar comprenderla como una persona única e irrepetible y expresar su compenetración con ella de la forma más creativa que se le ocurra.

La sexualidad humana siempre es algo más que simple sexualidad desde el momento en que es la expresión de una búsqueda de amor. Pero si no lo es, tampoco se consigue un disfrute sexual completo. Incluso si no hubiera más motivos para corroborarlo, y en interés del mayor disfrute posible, deberíamos luchar para que se use todo el potencial humano inherente a la sexualidad, a saber, la posibilidad de encarnar la relación más íntima y personal entre las personas que es el amor. (Frankl, 62)

Como, por un lado, se prohíbe el coito, y, por el otro, se reclama una dedicación amorosa y tierna hacia la compañera, es decir, una concentración espiritual hacia otra persona y no hacia uno mismo, la capacidad sexual se regenera automáticamente y el paciente deja de cumplir en algún momento con la prohibición del coito. De este modo, su trastorno sexual psicógeno queda eliminado. Lo mismo ocurre en los casos de frigidez en las mujeres. Cuanto menos se persiga el orgasmo durante el coito, antes se producirá éste.

En cuanto a las perversiones sexuales, también se puede salir de ellas empezando con una prohibición del coito. La combinación de un estímulo sexual inadecuado con la experiencia de un orgasmo debe cortarse con las tijeras de la abstinencia. A continuación, la «señal de desvío» adecuada indica la dirección de un aumento de las relaciones sociales en general, es decir, relaciones de amistad con hombres, mujeres, niños y ancianos. De la amistad verdadera —y del trato correcto— puede salir el verdadero amor. Y del amor verdadero puede volver a brotar una sexualidad normalizada.

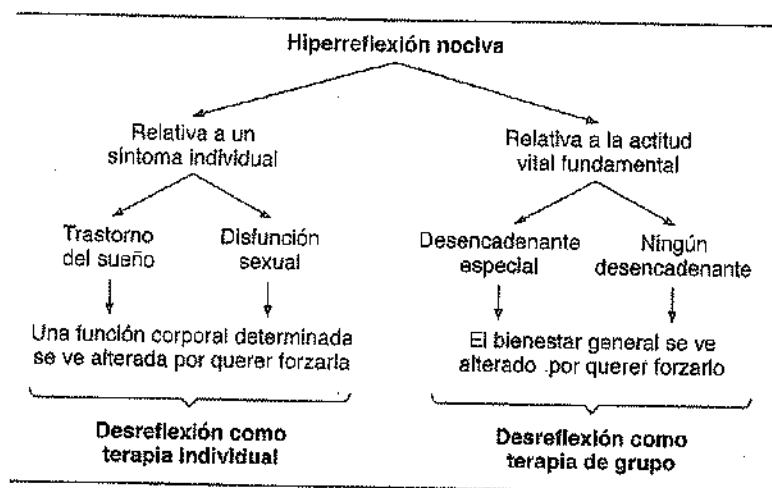
3. Actitudes vitales fundamentales alteradas (con factores desencadenantes)

Cuando exista un desencadenante especial para una hiperreflexión del bienestar propio, habrá que desdramatizarlo con la ayuda de la modulación de la actitud. Por ejemplo, con aquel paciente que no podía ejercer su profesión por motivos específicos del mercado laboral, se realizarían sesiones logoterapéuticas basadas en el modelo de dominio de los golpes del destino desviando su atención hacia el espacio libre que le queda y, una vez allí, se buscarían con él las posibilidades llenas de sentido. Pero, a continuación, habrá que añadir obligatoriamente un tratamiento desreflexivo, de lo contrario, el paciente correría el riesgo de reaccionar con una hiperreflexión extremada ante el siguiente infortunio, pequeño o grande, de su vida.

4. Actitudes vitales fundamentales alteradas (sin factores desencadenantes)

Un método que ha dado buenos resultados en casos de actitudes vitales fundamentales negativas (solo o asociado a una modulación de actitud) consiste en una ampliación del método de la desreflexión que he desarrollado para «grupos de desreflexión». Esta ampliación no sustituye a la terapia individual, sino que la complementa.

Nos ha salido el concepto «colectivización de la psicoterapia». ¿Qué significa? Al escucharlo, pensamos en la psicoterapia de grupo. Pues bien, a este respecto sólo cabría decir que la psicoterapia de grupo tiene sus indicaciones. Sin embargo, no debemos olvidar que carece del objeto adecuado, porque, efectivamente, el objeto de la psicoterapia de grupo debería ser la «psique colectiva», la cual, en sentido estricto y ontológico, no existe. Por lo tanto, toda psicoterapia que se precie es la que se dedica al individuo como tal. (Frankl, 63)



La «señal de stop» en el grupo de desreflexión consiste en ponerse de acuerdo sobre una cláusula, y a este acuerdo se llega en la primera sesión de grupo. Los participantes —cuyo diagnóstico y antecedentes deberán ser adecuados para una terapia de grupo— convienen en que nadie puede hablar sobre algo negativo que le afecte. Esto deshace al instante la típica combinación neurótica de hiperreflexión, negativismo y egocentrismo. Como está permitido hablar de cualquier tema, excepto de algo negativo que afecte a uno mismo, los participantes se ven obligados a olvidarse de sus pensamientos hiperreflexivos, al menos mientras dure la sesión de grupo, y dedicarse a contenidos positivos y autotrascendentes.

La experiencia demuestra que los participantes aceptan la cláusula voluntariamente y sin reservas, porque tampoco desean escuchar ningún lamento autocompasivo por parte de los otros miembros del grupo. Por lo tanto, aceptan y... se hace el silencio. Nadie sabe qué decir cuando se trata de respetar la «señal de stop»; nadie es capaz de entablar una conversación sobre algo positivo o que no le afecte. Este silencio es un síntoma, un indicador de la enorme tendencia a la hiperreflexión de los miembros del grupo, que se hallan profundamente absortos en sus cavilaciones.

Ahora, el terapeuta debe fijar la «señal de desvío» presentando pequeños impulsos estimuladores. Puede poner sobre la mesa una imagen cargada de símbolos o un dicho popular y pedir asociaciones de ideas. Por ejemplo, el refrán africano «No sabes cuánto pesa la carga que *no* soportas» proporciona un punto de partida ideal para la discusión. El terapeuta también puede traer a colación el tema «vecinos», o «el verano pasado», y recopilar todos los recuerdos que surjan al respecto. Cuando un participante rompe la cláusula y, por ejemplo, emite una extensa queja sobre un vecino suyo, recibe una «tarea suplementaria» consistente en elaborar, para la siguiente sesión, una lista de todos los rasgos de su vecino que sean dignos de aprecio. Resulta fascinante ver los impulsos positivos que ello genera y cómo las buenas razones consiguen atravesar las capas espirituales de la pedantería y la terquedad.

Tras cuatro o cinco sesiones de grupo, la fuerte tendencia a la hiperreflexión va debilitándose paulatinamente y los participantes empiezan a cooperar activamente y con entrega. Todos juntos descubren el terreno de la realidad cargado de sentido que les rodea y empiezan a escribir «diarios de los buenos momentos» o se animan mutuamente a aprovechar su talento y ponerlo a disposición de sus congéneres. Los miembros del grupo también controlan entre ellos el cumplimiento de la cláusula, pero pronto deja de hacer falta, porque va avanzando un saludable proceso de aprendizaje que hace disminuir la sobrevaloración de lo negativo.

Pero hay otro aspecto que también es interesante destacar. Paralelamente a todo grupo de desreflexión, siempre propongo a los participantes que me expliquen, en sesiones individuales, los problemas que les vayan surgiendo en sus vidas. Sin embargo, raras veces toman en consideración mi propuesta, lo que demuestra que la necesidad de hablar de problemas disminuye a medida que transcurre la terapia de grupo. Por otro lado, nunca he registrado «síntomas de abstinencia» de ningún tipo. El requisito para que éstos no aparezcan consiste en procurar que no se admita en un gru-

determinado y señala aspectos del pensamiento frankliano, eventualmente aderezados con citas convenientes de grandes filósofos o poetas, para que sean los propios pacientes, por supuesto, quienes elaboren toda la información en un *brainstorming*. Hay que recordar que los temas introducidos son completamente asequibles para personas con poca formación, las cuales, a menudo, tropiezan incluso con una sabiduría intrínseca que reconoce los enunciados logoterapéuticos como algo que siempre han llevado latente sin estar formulado. Frankl hablaba a este respecto de una «metafísica de la vida cotidiana» que él acostumbraba a inducir en sus pacientes.

Espero que el lector entienda correctamente este concepto. No sólo se trataba de hacer, por así decirlo, transparente la vida cotidiana —aparentemente tan gris, banal y anodina—, es decir, hacernos visibles a través de ella hacia lo eterno, sino que, finalmente, se trataba de hacer ver cómo este eterno remite a lo temporal, a lo cotidiano, como el lugar de un encuentro constante de lo finito con lo infinito. Todo lo que creamos, experimentamos y sufrimos en el tiempo, lo creamos, experimentamos y sufrimos simultáneamente para toda la eternidad. Mientras asumamos la responsabilidad del acontecimiento, mientras éste sea, por tanto, «historia», nuestra responsabilidad se verá extraordinariamente gravada por el hecho de que no podemos eliminar de este mundo lo que no acontece. Pero, simultáneamente, se apela a nuestra responsabilidad: precisamente para traer al mundo lo no acontecido y hacerlo en el marco de nuestra obra diaria, en el marco de nuestro día a día. Es así como lo cotidiano se convierte en la pura realidad, y esta realidad, en la posibilidad de obrar. Y, por ello, la metafísica de la vida cotidiana nos saca de la vida cotidiana, pero para volver a llevarnos, de manera consciente y conscientes de nuestra responsabilidad, a la vida cotidiana. (Frankl, 65)

Nivel 4

El cuarto nivel consiste en una última conversación individual sobre cualquier tema, cuyo objetivo es el de disolver definitivamente la relación terapeuta-paciente. Los antiguos pacientes no deberán sentirse más como tales y la imagen que tienen de sí mismos deberá ser la de una persona sana y adulta. Por ello, en este nivel hay que adoptar una conducta totalmente «aterapéutica». Se puede charlar con los pacientes curados de lo que ellos deseen, pero no hay que mostrar nunca el más mínimo interés en cualquier dificultad que pudieran tener, porque ahora les toca a ellos curarse a sí mismos. Prácticamente, es como un «examen final»: deberán demostrar que son lo suficientemente maduros y que pueden andar por su propio pie; en general, se suelen ver así y se muestran orgullosos de la autonomía conquistada. Naturalmente, no se le negará la ayuda a quien esté seriamente afectado, pero, antes, los pacientes curados deberán comprobar si la herramienta logoterapéutica que han obtenido y su propio «poder de obstinación del espíritu» les bastan para curarse a sí mismos. Sólo así se podrá minimizar el enorme peligro de recaída y ayudar de una vez por todas a aquellos cuya alma ha cedido (quién sabe desde cuándo) a la tristeza.

Programa de cuatro niveles para la prevención de recaídas

Nivel 1: Terapia individual	→ Tratamiento logoterapéutico (eliminación de síntomas, afianzamiento de las fuerzas autocurativas)
Nivel 2: Terapia de grupo	→ Grupo de desreflexión (eliminación de la hiperreflexión del problema)
Nivel 3: Terapia de grupo	→ Círculo de meditación logoterapéutica (aportación de un «apoyo en lo espiritual»)
Nivel 4: Terapia individual	→ Conversación de alta (disolución de la relación terapeuta-paciente)

Sobre los valores de la vida

Seguidamente presentamos una selección comentada de algunos de los temas que se utilizan no sólo en el «círculo de meditación logoterapéutica», sino también para el «trabajo de formación existencial» (Theodor Rütter), los «seminarios de aprendizaje de la vida» y las conversaciones de supervisión.

La pregunta sobre el sentido del sufrimiento

Hay que admitir que el sentido de un sufrimiento nunca es manifiesto; en todo caso, lo es con posterioridad al momento en que se produce. Sin embargo, un sufrimiento podría tener un sentido que se escapara de cualquier entendimiento humano. Viktor E. Frankl recurrió a una deducción analógica entre el mundo animal y el mundo humano para explicar la relación entre éste y un hipotético «más allá».

Siguiendo esta idea, de vez en cuando explico a los participantes en mis terapias de grupo la anécdota de un gato que vivía en nuestra casa y al que habíamos cogido mucho cariño. Un día, un matrimonio conocido nuestro nos hizo una visita y trajo a un enorme bulldog cuya diversión preferida era cazar felinos. Debido a ello, mientras duró la visita encerramos a nuestro gato en una habitación contigua, donde se pasó toda la tarde maullando desesperadamente. El animal no podía comprender por qué había sido excluido y nosotros no podíamos hacerle entender el «sentido de su sufrimiento», que no era otro que el de no ser destrozado de un bocado en el pescuezo. ¿Por qué no podíamos explicarle el sentido de su exclusión? No era porque no existiera tal sentido, sino porque el gatito no habría comprendido la más clara de nuestras explicaciones. Al finalizar este relato, pregunto a los participantes si son capaces de imaginarse que también nosotros, los seres humanos, nos encontramos de vez en cuando en la situación del gato, arañando una puerta cerrada y sin comprender el motivo de nuestra exclusión de los placeres de la vida. ¿No es posible que en no-

sotros también haya escondido un sentido superior que no se manifiesta ante nuestro entendimiento?

Los participantes acogen positivamente esta metáfora y, a menudo, aportan ejemplos de vivencias propias de los que se deduce que un suceso de sus vidas, en un principio doloroso, ha tenido posteriormente un sentido que en un primer momento no veían. Estas reflexiones ayudan a cargar con valentía la cruz que cada uno lleva a sus espaldas.

El sistema de valores personal

En el círculo de meditación se averigua aquello que los participantes consideran sus valores más elevados y, al mismo tiempo, se hace constar que algunos sistemas de valores son muy ricos, mientras que otros no van más allá de un único y gran valor, como el trabajo o la educación de los hijos. También se trata la cuestión de que lo segundo es peligroso, porque cuando un único «valor máximo» se pierde, el afectado cae inmediatamente en el vacío de valores. Frankl descubrió muy sabiamente que detrás de todo malestar hay una idolatría. Siempre que se da una validez absoluta a algo, es decir, siempre que se sobrevalora de forma exclusiva, su pérdida arrastra a las personas al malestar.

Por consiguiente, en toda valoración, los valores se someten finalmente al tribunal de arbitraje divino. Este tribunal llama los valores al orden por su grado de importancia: se colocan en una jerarquía de valores. Dentro de esta jerarquía, se sitúa cada valor en su lugar y se aplica un correctivo cuando se exagera el valor de las cosas, cuando éstas se sobrevaloran e idolatran, es decir, cuando éstas quieren usurpar el lugar reservado exclusivamente para la persona de valor absoluto. Ésta es la esencia de toda idolatría: que se haya vuelto a olvidar, por encima del valor de una cosa, este valor absoluto anterior a toda valoración; que se haya vuelto a olvidar que «todas las cosas no eran más que sustitutos del Señor». (Frankl, 66)

Por consiguiente, quien haga constar que su sistema de valores es demasiado exclusivo, es invitado a considerar un aumento de la variedad de sus valores. En estos casos, los componentes del grupo se pueden presentar mutuamente propuestas para ampliar el sistema de valores, con lo cual cada participante se aprovecha de la creatividad de los demás.

El criterio de prioridad

A lo largo de mi labor de décadas con familias, he llegado a la conclusión de que una familia sólo puede vivir en sintonía si cada miembro tiene una función asignada. La armonía familiar se asemeja a la de una orquesta donde cada instrumento es importante, cada voz es útil, pero también donde cada músico depende de los otros miembros del grupo que lo acompañan y que, en el momento oportuno, llevan la voz cantante. En una familia intacta hay una situación determinada para todos y cada uno de los miembros y una función llena de sentido, adecuada a las capacidades de cada uno, que no se puede tapar —como si un instrumento de la orquesta sonara continuamente por encima de los demás— ni despreciar —como si un músico abandonara de repente la orquesta en pleno recital.

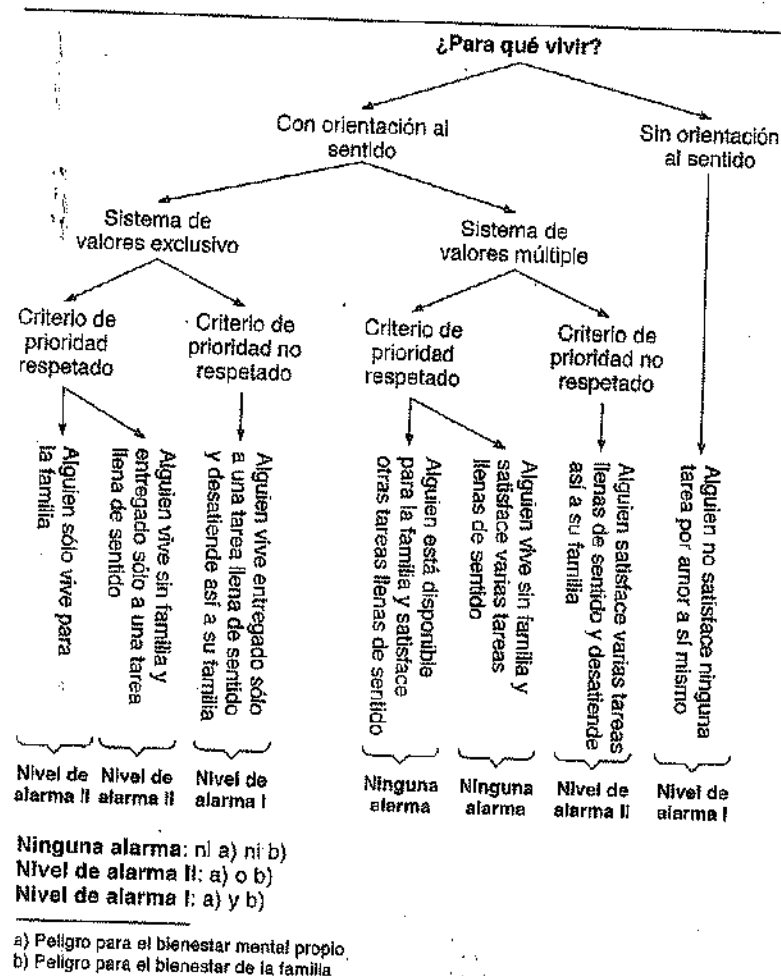
De este modelo se derivan indicaciones útiles para la orientación familiar, pero aquí sólo quisiera considerar un aspecto como continuación de lo dicho anteriormente. En la formación del sistema de valores personal debería considerarse preferentemente la función llena de sentido que una persona desempeña en su familia o que le es requerida responsablemente en interés de la prosperidad de la misma. Nadie en nuestra sociedad está obligado a fundar una familia; todo el mundo es libre de seguir estando solo. Sin embargo, quien se ha decidido por formar una familia, quien ha dado el sí a su cónyuge y quizás ha traído hijos al mundo, ha adquirido la obligación de satisfacer aquella función llena de sentido que le corresponde en la unión familiar.

Si, en un determinado momento, la función llena de sentido de un miembro de la familia es muy extensa —como puede ser el caso de una madre con varios hijos pequeños o un hombre cuyo sueldo es la única fuente de ingresos de la familia—, dicho miembro no deberá ampliar sus áreas de valores con aspectos extrafamiliares y descuidar así su función familiar. Este sería el caso si, por ejemplo, la madre de varios hijos pequeños decidiera ponerse a estudiar una carrera. No estamos diciendo nada en contra de estudiar. La ampliación de conocimientos es un gran valor, pero cuando se desarrolla en detrimento de la educación de los hijos, contraviene el «sentido del momento» y supone un desprecio del criterio de prioridad que desvaloriza esta actividad académica. Lo mismo sucedería si el hombre cuyo sueldo es el único dinero de la familia quisiera intensificar su vida dedicándose en adelante a la pintura aunque ésta no le proporcione ningún ingreso. Tampoco estamos diciendo nada en contra del arte, que es uno de los valores más estimulantes de la vida. Sin embargo, cuando el arte se conquista a través de la falta de responsabilidad, también adquiere tintes dudosos.

La situación cambia cuando la función actual y llena de sentido de un miembro de la familia es pequeña. Las madres con hijos mayores, los matrimonios sin hijos, las parejas en las que ambos cónyuges tienen ingresos, etc., disponen indudablemente de un campo de acción mayor para desarrollar áreas de valores personales, pero, en cambio, satisfacen claramente menos el sentido de un compromiso familiar. Por lo tanto, y en definitiva, se trata de una cuestión de equilibrio. Ya sea dentro o fuera de la familia, toda vida humana está llena de sentido, pero cuando esta vida está vinculada a una unión familiar, dicha vinculación es prioritaria y habrá que tenerla en cuenta al decidir libremente las áreas de valores personales.

Desde el punto de vista de la psicohigiene, pasar por alto el criterio de prioridad significa «nivel de alarma II» o, incluso, «nivel de alarma I», como se muestra en el cuadro siguiente. «Nivel de alarma II» quiere decir que hay un peligro para el propio bienestar mental (a causa de la exclusividad del sistema propio de valores, de la idolatría), o que

hay un peligro para el bienestar de la familia (por no respetar el criterio de prioridad). «Nivel de alarma I» significa que ambos momentos de peligro son simultáneos (tanto la exclusividad de la satisfacción del sentido propio como el desprecio del criterio de prioridad), o que ya no existe ninguna orientación hacia un sentido. El «nivel de alarma II» se considera «crítico», mientras que el «nivel de alarma I» marca una situación de alto peligro para el estado mental.



La transitoriedad de la vida

Cuando los miembros del grupo han perfeccionado su sistema personal de valores, lo han ampliado, lo han hecho compatible con la familia, se han sometido al «sentido del momento» y han hecho examen de conciencia, entonces aflora inevitablemente la pregunta de si la transitoriedad de la vida no apagará su capacidad de tener valores. Por ello, al finalizar el círculo de meditación hay que plantear la asociación de ideas logoterapéutica según la cual la capacidad de la vida para tener valores no depende de la duración de la propia vida, sino de su calidad. Frankl comparaba la vida con una película que se está rodando y cuya calidad tampoco depende de su metraje. Por ejemplo, una película de viajes que se limita a mostrar durante dos horas una camioneta avanzando por carreteras polvorientas estará menos conseguida que otro filme que haya captado las vistas más bonitas del territorio por el que se ha viajado.

Esta comparación del paso de la vida con una película también sirve para comprender que la vida —como una película— sólo se acaba y se completa con su final. Entonces, cada una de sus escenas quedará irrevocablemente expuesta a la luz, plasmada en el celuloide del pasado, donde ya nada podrá ser modificado ni falseado. Lo que estuvo mal seguirá estando mal, y lo que estuvo bien seguirá estando bien.

El tiempo pasa, pero el acontecimiento se queda estacionado en la historia. No podemos evitar lo acontecido; no podemos quitar de en medio lo creado. En el pasado no hay nada perdido para siempre; en el pasado todo está a salvo de la pérdida. (Frankl, 67)

Con la metáfora de la filmoteca del pasado donde se almacenan las películas de las vidas humanas concluidas, la persona creyente también puede imaginarse al archivero, esa instancia que conoce todas las películas y se sabe hasta la

más mínima escena. Entonces, el hecho de «ser consciente» en vida sería reemplazado por el de «ser conocido» en la muerte.

Pero la metáfora del rodaje de la película comentada anteriormente también resulta muy sugestiva para los no creyentes, porque expresa visualmente el punto en el que se encuentra la persona. Siempre nos hallamos en la frontera entre la parte expuesta de la película de nuestra vida y la parte no expuesta; dejamos atrás la abundancia de actos, experiencias y sufrimientos, y tenemos delante el vacío de posibilidades que están por nacer. Y de nosotros depende, esencialmente, lo que se plasmará para siempre en la siguiente imagen, qué escena nacerá en el pasado y formará eternamente parte de nuestra vida, incluso cuando ésta ya haya acabado hace tiempo. Por supuesto, ya nada se podrá extraer del pasado y el azar será muchas veces el director. Sin embargo, en los momentos en que nosotros podamos, por así decirlo, llevar la cámara, la escena que rodemos será nuestra obra, la obra de nuestra vida. Frankl apuntaba a este respecto que, en la muerte, la persona ya no *tiene* vida, sino que *es* su propia vida. El hombre se convierte entonces en su vida completa y acabada y, por lo tanto, él también es su propio cielo o su propio infierno, dependiendo de lo que haya hecho con su vida.

No cabe duda de que estas consideraciones son importantes, pero no menos importante es la situación de los pacientes mentalmente trastornados y de las personas que se confían a nosotros, los terapeutas, para que les ayudemos a extraer lo mejor de sus vidas. No podemos prometer a estos pacientes que sus vidas serán siempre alegres y agradables, pero sí podemos asegurarles que la vida se puede dominar, y no sólo eso, sino que también merece la pena dominarla —a pesar de las preocupaciones y los fracasos, y a pesar de su transitoriedad—. Por encima de todo, estar vivo es un regalo formidable, una gracia que nos ha sido concedida... Y si nuestros pacientes perciben esto en nuestras palabras, pienso que ya están de algún modo salvados.

Cedamos la última palabra al pedagogo y filósofo romano Lucio Séneca a través de unas líneas escritas hace dos milenios:

Así es: no es la vida que recibimos la que es corta, sino que somos nosotros quienes la hacemos breve; no es que recibamos poco, sino que somos derrochadores. Igual que una regia riqueza librada a manos de un propietario inútil se desvanece a los cuatro vientos en un abrir y cerrar de ojos, mientras que un patrimonio, siquiera moderado, se multiplica en manos de un buen custodio por las artes que éste emplea con aquél, del mismo modo el conjunto de nuestra vida ofrece al que sabe manejarla un amplio campo de acción [...]. ¿Qué quejas tenemos contra la naturaleza? Ella se ha mostrado benévola: la vida es larga si se sabe utilizar bien. (Séneca, 68)

Capítulo 5

LA EVOLUCIÓN DE LA LOGOTERAPIA

Pax y logos. Rasgos fundamentales de la terapia familiar centrada en el sentido

Después de Viktor E. Frankl, la logoterapia se mantiene abierta a su propia evolución. En los esbozos del grupo de desreflexión y del círculo de meditación logoterapéutica ya se exploran nuevos campos de aplicación del pensamiento de Frankl. La «terapia familiar centrada en el sentido» constituye una conquista más de un mundo nuevo en la logoterapia, si bien proviene de las mismas «raíces», al igual que el resto de «ramas» de esta ciencia del sentido.

La aplicación de la terapia familiar centrada en el sentido requiere una cuidadosa preparación. A continuación, presentamos algunas reflexiones que ya han dado sus frutos en la práctica:

1. Empezar con conversaciones individuales

Los mejores resultados de la terapia familiar centrada en el sentido se consiguen con la orientación en pareja (entre cónyuges, padres e hijos adultos, hermanos). Sin embargo, al principio es recomendable hablar siempre con cada afectado por separado, como demuestran los siguientes argumentos:

1. En la conversación individual se puede comprobar si uno o ambos afectados padecen un trastorno mental. Si se presenta una patología, deberá ser tratada mediante psicoterapia antes de empezar la intervención terapéutica familiar. Hay que recordar que nadie en una situación anormal puede reaccionar con normalidad, y un miembro de la familia con un trastorno mental genera una situación anormal en el resto de familiares. El neurótico neurotiza su entorno, el depresivo provoca sentimientos de desamparo a su alrededor, etc. Por lo tanto, si uno de los cónyuges está mentalmente enfermo, necesitará la ayuda adecuada, mientras que el otro deberá recibir información sobre la situación e instrucciones para su propia protección.

2. En la conversación individual, el afectado puede llorar a lágrima viva o quejarse sin que el interlocutor se perturbe. No hay que menospreciar el impulso emocional de antiguas historias de pasión, especialmente cuando éstas contienen un «sufrimiento por el otro». Las historias de pasión se asemejan a un vía crucis: no son traumas singulares, sino largos caminos insostenibles que se han dejado atrás con una determinada «cruz» sobre la espalda, con constantes altibajos, es decir, alternando el nacimiento de una esperanza con un nuevo desengaño. Rara vez el sufrimiento se vislumbra adecuadamente. El afectado se lo ha gritado a la cara del otro y, a continuación, ha guardado un silencio resignado. Por las noches, no ha dejado de llorar. No ha manifestado su preocupación por vergüenza o por querer guardar las apariencias. Las historias de pasión no han encontrado su forma de expresión verbal y ahora le corresponde al terapeuta facilitarla, creando así un clima de confianza entre él y la persona que busca consejo.

3. En la conversación individual se puede sentar la base antropológica sobre la que se levanta la terapia familiar centrada en el sentido. Su elemento más importante es la capacidad de separar lo fatídico del espacio libre personal. Paso a paso, el afectado aprende que todo lo que la otra persona hace o le hace es «fatídico» para él en el momento en que

sucede y que de él depende su forma de responder en su propio espacio libre y todo lo nuevo que pueda sacar de esta situación. El paciente aprende que siempre hay una opción, y que la primera de todas dice lo siguiente: continuar eternamente en la encrucijada o llegar al final, «crucifixión» (es decir, el momento del verdadero enfrentamiento), muerte de la antigua relación y resurrección de la relación mejorada, y seguir juntos el camino sin llevar ninguna cruz a cuestas.

4. Cuando en la conversación individual se aclara que la concentración espiritual del afectado ha de culminar en su espacio libre porque sólo éste está lleno de sentido, el terapeuta plantea la pregunta crucial: ¿queda en el espacio libre del afectado un sí para la otra persona, por muy estresante que sea la relación entre ambos? El sí puede ser vacilante, inseguro o apenas audible y con muchos interrogantes, pero si no hay ningún sí interior para la otra persona, cualquier intento de terapia familiar resultará inútil. En repetidas ocasiones acuden a la consulta parejas en las que uno de los cónyuges quiere disolver el matrimonio, pero el otro se siente oprimido o considera las sesiones terapéuticas una excusa para, después de fracasar, poder decir que la convivencia estaba tan perturbada que ni siquiera una terapia la habría podido salvar. El terapeuta puede ahorrar este fiasco a los afectados si descubre desde un principio la disponibilidad de un sí mutuo (mínimo) entre ellos y si, en caso de que uno no lo tuviera, aboga al menos por una separación temporal y ofrece al cónyuge «denegado» una orientación individual.

2. Ejercitar la escucha activa

La escucha activa es un acto de autotranscendencia. No consiste en dejar que la verborrea entre por un oído y salga por el otro, sino en estar interiormente con la otra persona, demostrando un interés bienintencionado por ella y por la situación que describe. En toda comunicación inter-

personal es muy importante entender al interlocutor, incluso más que ser entendido. El que comprende al otro —incluso si es un adversario o un competidor— es capaz de llegar a él con sus palabras y hacerse entender. Desgraciadamente, la mayoría de la gente busca su dosis de comprensión y apenas comprende a los demás. Más de la mitad de las disputas se debe a una falta de entendimiento mutuo (lo que se entiende, se pondera con más justicia y templanza).

Por este motivo, las personas que acuden a las sesiones de terapia familiar necesitan practicar la escucha activa. El terapeuta les informa de todo aquello que puede intensificar o impedir la escucha activa:

1. La escucha requiere sosiego interior, poca distracción por estímulos externos, apertura hacia lo fútil y tiempo suficiente. El tiempo que se toma para escuchar —y hay que prepararlo en serio— es un verdadero regalo que se hace a los demás y que significa: «¡Te lo mereces!».

2. Quien está acostumbrado a exponerse a varios estímulos simultáneamente rara vez será capaz de escuchar, porque su atención está «repartida». No es necesario ver la televisión mientras se plancha, escuchar música rock mientras se hacen los deberes o leer el periódico mientras se desayuna. Formar parte de cada acción significa vivir el presente.

3. Quien no soporta las pausas de silencio que surgen en su vida rara vez podrá escuchar, porque su atención es «centrífuga». No hay que ponerse nervioso en cada momento de espera, no hay que agitarse involuntariamente junto a la caja del supermercado, ni ponerse los auriculares en la parada del autobús y evadirse constantemente. El recogimiento interior es una cosa valiosa que sólo madura en el silencio.

4. Quien quiere manifestarse constantemente, quien habla de lo que ha padecido y asegura que lo sabe todo, tampoco es capaz de escuchar, porque su atención está dirigida hacia su propia persona. Está demasiado enredado en

los intereses propios y se muestra indiferente ante los ajenos, creando un proceso autopunitivo que lo conduce rápidamente al aislamiento del mundo.

Otra indicación más: no sólo la espera impide dejar al interlocutor con la palabra en la boca; la escucha activa también impide caer en la frecuente mala costumbre de interrumpir. Por ejemplo, alguien cuenta una anécdota sobre su abuela y, cuando está en pleno relato, el oyente corta el hilo de la historia diciendo: «Mi abuela era todo lo contrario. Ella...», y continúa él mismo. Cuando ha acabado, el primer hablante ya no puede o no quiere retomar su tema interrumpido y cede al otro el mensaje inicialmente propuesto por él. Con el tiempo, se irá haciendo cada vez más parco en palabras...

Por supuesto, la escucha activa viene acompañada de un complemento autotranscendente: la concisión del hablante. Quien habla mucho de cosas que no son dignas de mención, toma la palabra en todo momento o en cada asociación de ideas oportuna saca su conocido «tema favorito», agota a su audiencia. Los «temas favoritos» son argumentos que no dejan libre al afectado. No se pueden dominar metiéndolos indirectamente en cada conversación, sino únicamente a través de un diálogo sincero con la propia conciencia que no incomode a los demás.

3. Ayudar a descargar el lastre

¿Todavía lo llevas encima?

En su peregrinación, dos monjes tienen que atravesar un río. En la orilla espera una hermosa doncella que también quiere cruzar, pero no se atreve a adentrarse en el agua. Decidido, uno de los monjes sube a la doncella a sus hombros y carga con ella a través de la corriente. El otro se enfurece, pero no dice nada. Constantemente le viene una pregunta a la cabeza: «¿Cómo ha podido tocar a una mu-

jer, siendo monje? ¡Y llevarla a cuestras! ¿No conoce los preceptos de los monjes?». Durante días, la ira le corroe el alma, pero en el fondo de su ira hay una envidia rabiosa.

Finalmente, ambos llegan a su destino, el monasterio del maestro. Al monje celoso le falta tiempo para informar al maestro de que su compañero ha llevado a cuestras a una mujer a través del río. El maestro responde: «Él la ha dejado en la otra orilla, pero tú todavía la llevas encima». (Cuento hindú, 69)

¡Cuánta animadversión acumulada, cuánta ira y envidia contenida, cuántos celos antiguos y deseos de venganza del pasado llevan encima las personas! No es nada sorprendente que los miembros enfrentados de una familia lleguen a la consulta, literalmente, con la espalda arqueada y el rostro amargado, cuando están arrastrando un absurdo montón de lastre hostil del pasado que se reprochan mutuamente.

El problema reside en que ese lastre no se puede resolver amigablemente mientras los afectados sean incapaces de comunicarse entre sí y de manera pacífica sobre asuntos actuales, es decir, mientras sus corazones estén emparejados con aquel antiguo lastre. Un círculo vicioso neurótico los envuelve y, por ello, deberán dejar provisionalmente a un lado los reproches de antaño para hacer un sitio, en el lugar y el momento presentes, a diálogos sin estrés que creen un «clima de paz» capaz de enterrar definitivamente las hostilidades pasadas. En este punto, los afectados también deberán practicar por separado algunas reglas:

1. Como ayuda inmediata, es necesario limitarse decididamente al lugar y el momento presentes con fines curativos. Si el «tono de la conversación» entre los afectados vuelve a ser bueno, serán capaces de depurar los antiguos conflictos, cosa que, de lo contrario, no sucedería. Existe un «truco» que facilita la limitación perseguida: los afectados deberán tratarse entre sí provisionalmente como si se acabaran de conocer y no tuvieran ningún pasado en común. Hay una

magia inherente a todo lo nuevo y no descrito, y lo mismo sucede con las nuevas amistades, ligues, etc., aunque sea producto de la imaginación

2. Si los afectados no tuvieran ningún pasado en común, reaccionarían con inocencia, despreocupación y sosiego a las afirmaciones de cada uno. Por ejemplo, si uno de ellos preguntase: «¿Quieres ir a dar una vuelta en bicicleta?», el otro respondería: «No, gracias, hoy hace mucho calor». Sin embargo, si hay experiencias pasadas comunes, el destinatario de la pregunta pensaría: «¡Ya sé que quieres verme agotado para reírte de mi falta de forma física!», y murmuraría como respuesta: «¡Déjame en paz!». Tales diálogos con antecedentes deben terminar, y esto sólo se consigue si se presta una atención férrea a lo que sucede en el presente, con independencia de lo que pueda aflorar en el interior de cada uno.

3. Las personas pueden decirse de todo, incluso criticarse, siempre que se mantenga la cortesía. Si, por el contrario, la forma comunicativa propende a los «golpes bajos», la ofensa estará programada de antemano, con independencia de si el contenido de la comunicación es cierto o no. Como todo el mundo sabe, para pelearse hacen falta dos, pero para ofender basta uno solo. Por tanto, si hay que discutir un asunto delicado, habría que escoger cuidadosamente el momento adecuado (no mientras se hacen otras cosas, no cuando el otro está cansado, etc.) y la forma de discusión debería someterse a un mínimo de respeto dirigido no obligatoriamente hacia la opinión del otro, sino hacia su persona.

4. No hay que mirar con lupa todo lo que moleste. A veces es aconsejable guardar silencio, pero no un silencio de rabia impotente, de malestar o de resignación, sino un silencio prudente para guardar distancia y tranquilizar el diálogo, con generosidad y amor. Los dolores pequeños desaparecen si no se exageran. Lo esencial perdura si no se habla hasta la saciedad.

5. Despedirse —no importa de qué— sólo se puede hacer por las buenas o no hacerse. Por lo tanto, cuando hay

que cerrar un tema desagradable entre dos personas, se necesita valentía para disculparse y, además, indulgencia para perdonar. La disculpa ha de ser un reconocimiento voluntario sin justificaciones, y esto es, precisamente, lo que no tienen las personas con una baja conciencia de sí mismas. Tienden constantemente a justificarse y a defenderse con el mero fin de salvaguardar su deteriorada imagen «ensuciándola» todavía más. Por consiguiente, su tarea consiste en aprender que los demás les prestarán más atención si reconocen sus errores y que, a la inversa, los demás también dependen del perdón...

Actualmente, la «capacidad de conflicto» se considera un elemento indispensable de las comunidades humanas que funcionan: las personas pueden resolver entre ellas sus disputas luchando limpiamente. Nada que objetar al respecto, pero se olvida con facilidad que la paz está por encima de la más limpia de las luchas y significa aceptarse mutuamente, tomarse en serio los unos a los otros y permitir que cada cual sea uno mismo y no el producto del deseo de un tercero —lo cual impediría la mayoría de conflictos ya desde un comienzo—. Por ello, la educación orientada a la «capacidad de paz» es el requisito principal de cualquier comunidad humana digna.

Si las personas que acuden a la consulta en busca de orientación ya están preparadas según las directrices indicadas, se puede comenzar la terapia familiar centrada en el sentido. La «marca» de esta terapia es una especie de «giro copernicano» hacia el modelo logoterapéutico clásico, es decir, eludir la esperanza en los demás y buscar la esperanza en uno mismo. Una historia sufí nos ayudará a ilustrar este requisito. A una persona que está buscando la diferencia existente entre cielo e infierno le muestran dos habitaciones en las que las realidades objetivas son idénticas. En cada habitación hay un enorme caldero lleno de comida de sabroso aroma, rodeado de unas cucharas con el mango tan largo que ni con el brazo extendido se pueden llevar a la bo-

ca. Ambos espacios simbolizan la polaridad de la vida: siempre hay condiciones buenas y malas, progreso y obstáculos, «comida» y «cucharas». La historia introduce una tercera variable: las decisiones personales que toma el ser humano en función de las condiciones de su vida. En una habitación resuena un sonoro clamor y un rechinar de dientes. Sus hambrientos ocupantes se esfuerzan por comer algo blandiendo con movimientos retorcidos e inútiles las larguísimas cucharas. Esta habitación recibe el nombre de Infierno. En la otra, reinan la alegría y la tranquilidad. Sus habitantes se sientan pacíficamente alrededor del caldero, sumergen a distancia las cucharas en la comida y la introducen en la boca de su vecino. Esta habitación recibe el nombre de Cielo.

La terapia familiar centrada en el sentido procura, en cierto modo, que las «cucharas» se muevan en la dirección correcta. Los participantes deberán transformar sus propios infiernos en una parcela de cielo. La primera «cucharada» con la que se darán mutuamente de comer será la de la comprensión. El terapeuta invita a cada uno a introducirse espiritualmente en la otra persona y descubrir los aspectos propios que tanto dificultan a ésta la convivencia; con qué hiere, tortura o enfurece cada uno al otro, o qué necesita y anhela el otro de cada uno. Para que se entienda: el tema de salida nunca deberá ser la rabia propia hacia el compañero o compañera ni los deseos puestos en él o ella; muy pronto, las «cucharas» se dirigirán hacia la boca ajena.

Tras la primera ronda de conversación, que finaliza con una breve confirmación o corrección (que ya no se discutirá) de lo que cada uno ha descubierto a través del otro, se va a buscar más «comida fresca», consistente en la más mínima concesión que cada uno sea capaz de hacer. Nadie da giros de ciento ochenta grados, pero en el ser humano siempre es posible desviar la conducta un par de grados. Los participantes, que acaban de descubrir cómo producen estrés al otro y cómo podrían facilitarle a éste la convivencia, son instados por el terapeuta a reflexionar sobre qué posibilidad —por pequeña que sea— avistan en su espacio libre propio

para tomar en cuenta este descubrimiento. La pregunta que se les hace sería, por ejemplo: «¿Qué creen que podrían cambiar en ustedes mismos para ayudar a su pareja en la situación estresante para ella?», o «¿Qué grado de flexibilidad podrían alcanzar sus costumbres en relación con un acercamiento a las necesidades de su pareja?». Es un ejercicio difícil, porque a cada uno le gustaría saborear para sí mismo la «comida» que debe ofrecer al otro. El terapeuta ha de procurar, con cuidado y paciencia, que los participantes no se desvíen del tema: hay que investigar sin subterfugios las posibilidades propias que sean realistas —es decir, que puedan realizarse— y que, simultáneamente, estén referidas al «tú» —es decir, al servicio el cónyuge.

La segunda ronda de conversación finaliza preguntando brevemente si la realización de las posibilidades de cambio pensadas por cada uno serían realmente de ayuda para el otro. La experiencia demuestra que la respuesta es afirmativa, pero también se pide qué es lo que se puede aceptar. Lo que hay en la cuchara debe bastar; lo principal es que la cuchara llegue a la boca.

En la tercera ronda se pesca lo más sabroso del caldero: un anticipo de amor. Entretanto, cada uno sabe claramente lo que le duele al otro. Cada uno tiene claramente ante sí la posibilidad de ahorrar al otro un poco de ese dolor en el futuro, pero ¿está preparado para hacerlo? Saber ya es mucho, pero querer es infinitamente más. En principio, cualquier posibilidad es desechable. Lo importante es el sí, un sí incondicional a la propia posibilidad de transformarse —beneficiando al otro—. El terapeuta explica lo que no es un sí. Un sí no es decir: «¡Si mi pareja cambia, yo también cambiaré!», ni tampoco: «¡Si estoy intentando cambiar, espero que mi pareja lo reconozca!». Amar y negociar es incompatible. El sí lo dice quien quiere hacer realidad su posibilidad benefactora por amor al otro, por ningún otro motivo que no sea porque su cónyuge lo merece. Éste es el sí al que apela el terapeuta. Si los participantes se deciden a darlo, «la cuchara llegará a todas las bocas» y se irán a casa obsequia-

dos, porque el sí del cónyuge permite a cada uno comprobar que todavía es amado, y cada uno se alimentará de ello durante un tiempo. Y aunque sólo uno se decida a dar el sí, todavía quedará una oportunidad para todos: el que «da de comer» puede salvar el cielo...

El amor no es inherente al yo, con lo cual solamente tiene al tú como «contenido», como objeto; el amor está entre el yo y el tú [...]. El amor es una actuación mundana. Al que está enamorado, al que mira con los ojos del amor, se le presentan las personas libres del alboroto mundano; buenos y malos, prudentes e insensatos, guapos y feos, cada uno es para él una persona verdadera y un «tú», es decir, un individuo liberado, exaltado, único y presente frente a él; la exclusividad nace cada vez como un milagro y, de esta manera, puede influir, ayudar, curar, educar, elevar y redimir. El amor es la responsabilidad de un yo para un tú. (Buber, 70)

Las sesiones de terapia familiar deberán repetirse varias veces, siguiendo el esquema descrito, hasta que se hayan eliminado las diferencias más graves entre los afectados. Si se consigue, éstos se encontrarán, generalmente, en situación de enterrar las hostilidades y disolver las posibles disonancias incipientes antes de que se destruya la armonía común.

A continuación, describimos otros aspectos, especialmente destinados a la amistad conyugal, que se pueden plantear en los seminarios de seguimiento:

1. Una buena amistad sólo la puede mantener alguien que esté en armonía consigo mismo y que podría vivir igual de bien a solas. Agarrarse o, incluso, apoyarse en la pareja es destructivo.
2. En una buena amistad, cada uno sabe qué le pasa al otro y qué debilidades tiene, y las compensa sin exagerar siguiendo el lema «completar en vez de criticar».
3. Una buena convivencia se corresponde con una buena «economía doméstica» en el sentido más amplio. Ello in-

cluye orden, limpieza, ahorro, cultura, atmósfera... Quien no pueda «llenar el depósito» en casa, es incapaz de controlar su vida.

4. El buen amigo se alegra de la felicidad del otro. No tiene celos si el otro tiene sus propios intereses, aficiones, amistades, etc. Simplemente, se alegra de que el otro exista.

5. Para conservar una buena amistad es recomendable decirse en ocasiones lo que se diría si se tratara de la última conversación que se mantiene antes de que uno de los dos muera. Una vez muerto, será demasiado tarde.

Dejar una huella dorada. Una manera muy distinta de autoconocimiento

«No aportas nada, no te llevas nada, dejas una huella dorada en la morada terrenal.» Friedrich Rückert escribió estas palabras en el siglo XIX, pero en pleno cambio de milenio muchas personas tienen problemas con la huella que dejan. Unas se muestran muy serenas y convencidas de que todas las huellas «las borra el viento» y otras se consideran demasiado ineficaces e insignificantes para poder dejar cualquier tipo de recuerdo interesante. También hay quien cree que mejor sería que sus huellas se extinguieran y borrarán en vida, porque no está satisfecho con ellas. Finalmente, la mayoría piensa en las huellas que les han dejado grabadas padres, maestros, colegas, cónyuges, etc., antes que en las suyas propias. Rara vez encontramos a alguien que mire con una sonrisa los años vividos.

De este modo, existe una relación estrecha entre la autoestima de una persona y su sentimiento de lo que es digno de vivir (Lukas). La autoestima, que tiñe drásticamente el estado psíquico en función de si está fuerte o débilmente marcada, no existe sin «conexión». En la infancia se encuentra sobre todo «conectada» a los juicios de los progenitores. Cuando los padres humillan al hijo, éste se siente devaluado y, durante los años de transición a la edad adulta, su

autoestima está «conectada» a los juicios de sus congéneres. Si la persona joven recibe elogios y aprobación, éstos se convierten en el verdadero «abono» para su autoestima. Conforme aumenta la madurez, el individuo deja de depender de esta aprobación y su autoestima está sujeta a cómo ella misma juzga su propia vida, a lo valiosa que la considera, es decir, a su sentimiento de lo que es digno de vivir. Por otro lado, la fe desempeña una función no menos importante. Si la autoestima de una persona está conectada al hecho de «ser amada desde arriba», su camino nunca más tomará el desvío de lo banal.

El autoconocimiento logoterapéutico tiene como objetivo introducir una visión de la vida que aumente el sentimiento de lo que es digno de vivir. No es necesario «mirarse el ombligo», «contemplarse en el espejo» ni «desnudar el alma». Como el objeto empírico del sí mismo nunca puede ser el propio sí mismo —de la misma manera que un astrónomo terrestre nunca podrá enfocar con su telescopio el planeta Tierra—, la logoterapia pone el punto de mira en la «conexión». ¿Cómo juzgan las personas los capítulos pasados o futuros de sus vidas? ¿Qué sentido reconocen en ellos? ¿Qué sentido podría estar oculto? ¿Y está ya satisfecho este sentido, o todavía espera a que le llegue su momento? ¿Es quizás hoy el momento que no hay que desperdiciar?

El siguiente esbozo de autoconocimiento logoterapéutico en grupo está empíricamente comprobado y, debido a sus extraordinarios resultados en todo el mundo, se incluye en los planes de estudio de formación para logoterapeutas. Se pueden añadir modificaciones en función de los grupos, siempre que en éstos no participen personas seniles o mentalmente trastornadas que pudieran verse saturadas.

Una autobiografía dirigida

Cada participante del grupo de autoconocimiento logoterapéutico escribe su autobiografía en nueve meses, a ra-

zón de un capítulo al mes, con la intención de evocar el pasado y prever el futuro. Los títulos de cada capítulo son:

Capítulo 1º: Mis padres

Capítulo 2º: Mi etapa preescolar

Capítulo 3º: Mi etapa escolar

Capítulo 4º: Mi época adulta

Capítulo 5º: *Mi presente*

Capítulo 6º: Mi futuro inmediato

Capítulo 7º: Mi futuro más lejano

Capítulo 8º: Mi muerte

Capítulo 9º: Mis huellas en este mundo

El quinto capítulo está dedicado al presente, el «único instante de que disponemos». El presente es el momento, siempre fascinante, en el que la historia sucede y las posibilidades se transforman en realidades. Toda la autobiografía se remite a este punto central, porque lo pasado y lo que está por venir confluyen en la pregunta de si en el presente hay restos inacabados por concluir o si hay que sentar las bases para reacciones nuevas. Diferenciar esto de la «inquietud» —en tanto que «apremiante en el presente»— es un buen ejercicio.

Este episodio central está flanqueado por el par de capítulos «Mi época adulta» (hasta el presente) y «Mi futuro inmediato». Ambos son extensos, por el volumen de tiempo que abarcan, y expresivos y cercanos por el recuerdo y la fuerza imaginativa que despliegan. En ellos, la persona se considera coautora activa de su vida y aprendiz incansable de la tensión entre los errores y los conocimientos, el éxito y el fracaso.

Estos tres capítulos están a su vez enmarcados por otros dos capítulos: «Mi etapa escolar» y «Mi futuro más lejano». Son partes biográficas donde se mezclan lo claro y lo difuso, la libertad y la dependencia. El recuerdo y la fuerza imaginativa empalidecen e irrumpe lo imponderable: lo desconocido que debió dominar la época escolar y los límites que

pueden interrumpir los proyectos de un futuro lejano. La autocomprensión de la persona se desplaza hacia la obligación de aceptar lo que tenga que pasar y hacia la dependencia.

Estos cinco capítulos vuelven a estar flanqueados por otro par: «Mi etapa preescolar» y «Mi muerte». En ellos, el principio y el fin de la vida se hacen conscientes sin tapujos y exigen un «decir sí a la existencia a pesar de todo». Ante el desamparo, el abandono y la impotencia, sale a relucir el potencial humano más grande, que es el de reconciliarse con lo inmerecido y lo no deseado, con la esperanza final puesta en un sentido todopoderoso que no hay que comprender.

Finalmente, estos siete capítulos vuelven a estar intercalados entre un último par que comprende la vida en sí y más allá de ella. Se trata del capítulo primero, «Mis padres», y del noveno «Mis huellas en este mundo». En ellos hay que apreciar en su justa medida tanto el fundamento biopsíquico de nuestra existencia, como nuestro legado espiritual al mundo. En la autobiografía, la muerte no tiene la última palabra.

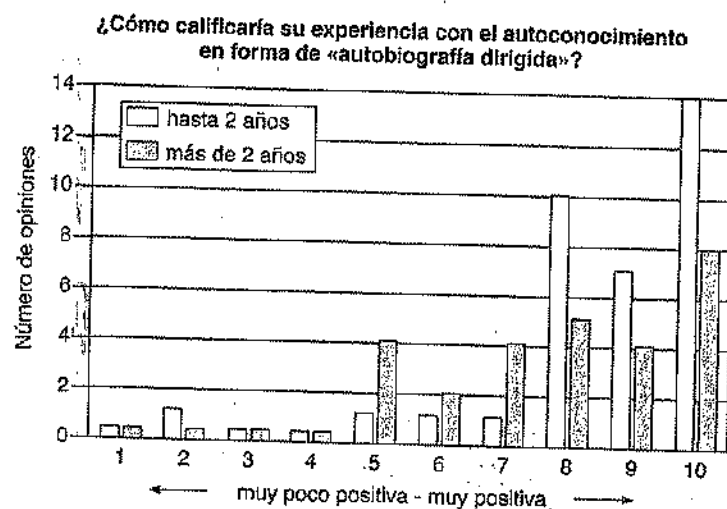
Cada uno de los nueve capítulos se redacta en dos páginas, una al lado de la otra. La página izquierda contiene datos cronológicos sobre historia y utopía. En la hoja derecha, la persona se pronuncia sobre cada uno de los datos describiendo los sentimientos que éstos le producen, expresando pensamientos racionales, intuyendo un sentido y, finalmente, dejando constancia de la mejor decisión posible ante los «hechos de la página izquierda». La posibilidad de que la posición en la que finalmente se ha profundizado refluya del papel al «corazón» es muy alta, pero también lo es al revés, que en cada capítulo fluyan muchas cosas del «corazón» al papel.

Los participantes del grupo de autoconocimiento logoterapéutico se reúnen cada mes y leen en voz alta el capítulo que les ocupa en ese momento. Entre la audición del texto de la página izquierda y la del texto correspondiente de la página derecha, los oyentes tienen la oportunidad de llevar a cabo una discusión en grupo que enriquecen con sentimientos, ideas y apuntes sobre perspectivas que al autor le

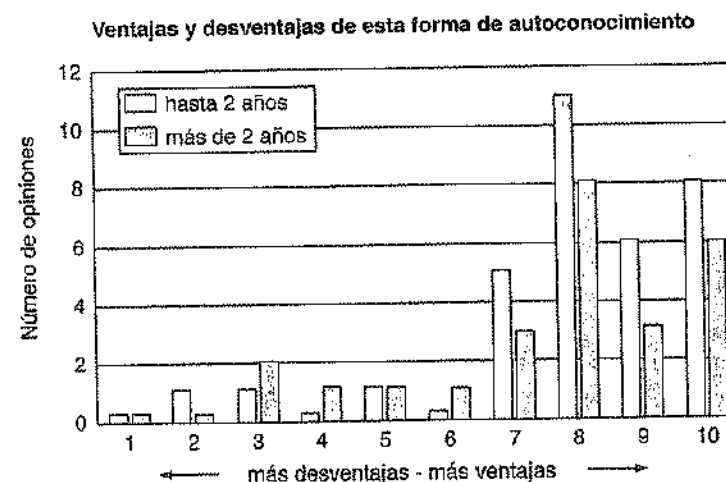
habían pasado hasta el momento inadvertidas. De esta manera, cada uno amplía su horizonte, a la vez que consuela y estimula a los demás. Quien quiera omitir algún párrafo, puede hacerlo, nadie está obligado a manifestarse. La persona que lee en voz alta sabe que el grupo recibe su comunicación como un obsequio, la respeta y la trata con confidencialidad, y, en el mejor de los casos, se transforma en una «huella dorada» de su vida al servicio de la amistad.

Los resultados de un estudio

El psicólogo y psicoterapeuta Otmar Wiesmeyr, de Wels (Austria), estudió en 1997 la efectividad de este esbozo de autoconocimiento en grupo con la ayuda de un cuestionario ideado por él. Sesenta y cuatro personas que habían escrito a lo largo de nueve meses y comentado en grupos reducidos su «autobiografía dirigida» respondieron a este cuestionario y opinaron detalladamente acerca de la utilidad y el provecho extraídos de su participación en el grupo de autoconocimiento logoterapéutico. A continuación, presentamos una selección de los gráficos que Wiesmeyr elaboró a partir de las encuestas.

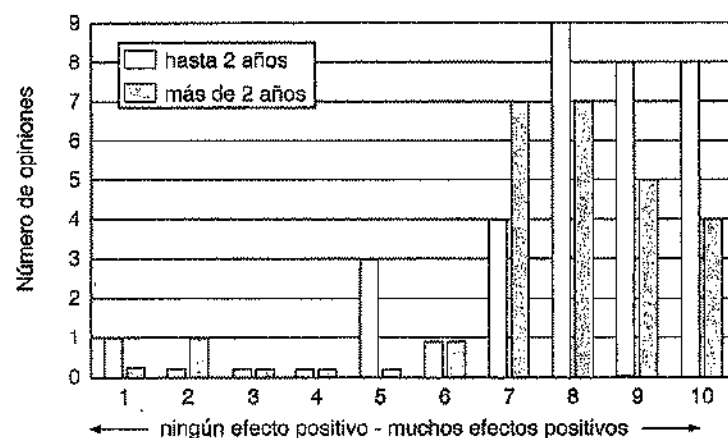


A la pregunta «¿Cómo calificaría su experiencia con el autoconocimiento en forma de «autobiografía dirigida»?», los encuestados debían responder ciñéndose a una escala entre 1 (muy poco positiva) y 10 (muy positiva). Del gráfico se desprende que casi todos tuvieron una experiencia positiva por encima de la media. Aquellos cuya participación en el grupo de autoconocimiento había tenido lugar hacía más de dos años, no demostraron un entusiasmo tan elevado como los que habían participado hacía menos de dos, lo cual es lógico. Con el tiempo, cualquier experiencia se ve eclipsada por las vivencias nuevas.



A la pregunta «¿Esta forma de autoconocimiento tiene ventajas o desventajas?», los encuestados debían responder ciñéndose a una escala entre 1 (más desventajas) y 10 (más ventajas). La inclinación por las ventajas de este procedimiento logoterapéutico predominó ampliamente sobre las pequeñas desventajas. Aquí, la diferencia entre participantes «viejos» y «nuevos» no era tan notable.

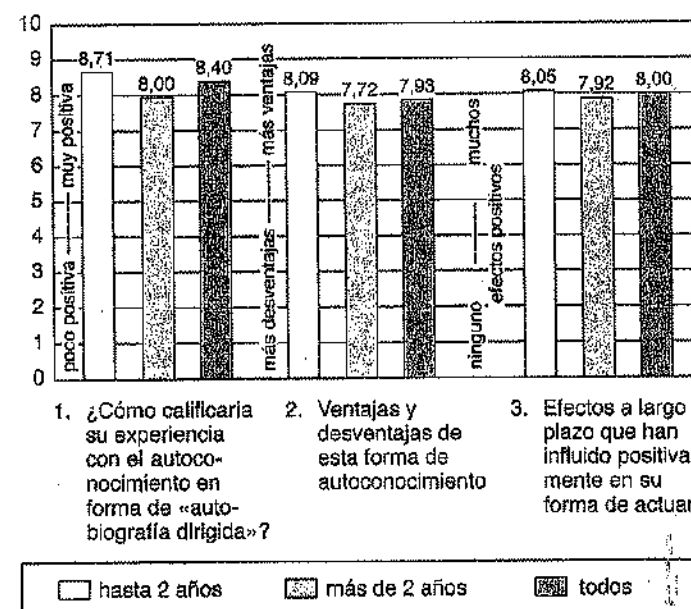
Efectos a largo plazo que han influido positivamente en su forma de actuar



También a la pregunta «¿Hay experiencias, opiniones o conocimientos en el marco de la "autobiografía dirigida" que han sido efectivas a largo plazo y han influido positivamente en su forma de actuar?» los encuestados debían responder con un número del 1 (ningún efecto positivo) al 10 (muchos efectos positivos). El gráfico muestra claramente cómo la mayoría de los encuestados se decanta por los efectos positivos a largo plazo. Por otro lado, se puede considerar un éxito enorme el hecho de que los encuestados que habían participado en los grupos hacía más de dos años se pronunciaran en su mayoría entre los valores 7 y 10.

En el cuarto gráfico aparecen consecutivamente los valores medios de las tres estadísticas anteriores y demuestran de forma impresionante la efectividad de la «autobiografía dirigida» desarrollada por Lukas. Sin embargo, a raíz de nuestra experiencia en la práctica, sabemos que las muestras espontáneas de agradecimiento por parte de los participantes en los grupos durante las reuniones mensuales siempre son mucho más conmovedoras que cualquier dato comparativo o diagrama de barras. Estas personas expresan su agradecimiento con todo tipo de palabras, pero, en principio, siem-

pre aluden a un mismo y único conocimiento, al cual se aproximan con pasos de gigante. Concretamente, se trata del convencimiento de que entre los bastidores del teatro de la vida hay una fuerza creadora que se preocupa de que todo esté «correctamente» dispuesto, con independencia del drama o del caos que se esté interpretando sobre el escenario. Naturalmente, esta tesis podría ser pura retórica, pero, a través del intenso enfrentamiento espiritual con la propia vida pasada y futura, se materializa no pocas veces en el credo personal.



Dios lo dispone todo milagrosamente

Un rey tenía un ministro que, lo exigiera o no la ocasión, siempre decía: «Dios lo dispone todo milagrosamente». Con el tiempo, el rey había escuchado esta frase tantas veces que ya no la soportaba. Un día se fueron los dos de caza y el rey mató un ciervo. Hambrientos, hicieron una hoguera y asaron la presa. El rey empezó a comer y, llevado por la vo-

racidad, se cortó y perdió un dedo. El ministro dijo: «Dios lo dispone todo milagrosamente».

Esta vez, el rey no pudo aguantar más. Preso de la ira, depuso al ministro de su cargo y le ordenó que se fuera; no quería volver a verlo nunca más. El ministro se fue. El rey, una vez hubo saciado su apetito con el asado de ciervo, se quedó dormido. Unos bandoleros salvajes, partidarios de la diosa Kali, asaltaron al rey por sorpresa y lo ataron con la intención de sacrificarlo en honor a su diosa y... comérselo. En el último momento, uno de los adeptos de Kali descubrió el dedo amputado. Los asaltantes deliberaron y llegaron a una conclusión: «Este hombre está incompleto. Le falta una parte del cuerpo. Nuestra diosa sólo permite sacrificar cuerpos íntegros». Y liberaron al cautivo.

El rey recordó entonces las palabras del ministro: «Dios lo dispone todo milagrosamente», y comprendió. Así era, y también en este caso. Se sintió culpable porque había desterrado al ministro y mandó buscarlo. Mucho tiempo después, el ministro fue encontrado. El rey se disculpó y le pidió que se reincorporara a su gabinete.

El ministro respondió: «No debéis disculparos. Os agradezco que me despidierais. Los asaltantes me habrían sacrificado a mí porque no me falta ningún dedo. Dios lo dispone todo milagrosamente». (Ram Dass, 71)

Quien con el autoconocimiento (o de otra manera) ha aprendido lo mismo que el rey de la historia, vive con menos preocupaciones, con una curiosidad más expectante y con una atención mayor hacia lo que es suyo.

Correspondencia de las directrices clínico-diagnósticas de la CIE-10 con la terminología logoterapéutica

Los conceptos de enfermedad y salud psíquicas han cambiado extraordinariamente en los últimos decenios. Tanto es así que, en lo tocante a la psique humana, se ha renun-

ciado a los términos de salud y enfermedad. Pero no se ha hecho en el sabio sentido de Frankl, quien habla de un núcleo personal intacto y transmórbido que él «localiza» en la espiritualidad del ser humano, sino en el sentido más bien difuso de transiciones amplias y fluctuantes que apenas permitirían separar, en un caso concreto, la salud psíquica de la enfermedad psíquica. Así, mientras que en todos los «padres de la psicoterapia», y, por lo tanto, también en Frankl, encontramos la idea de que el hombre puede enfermar, tanto psíquica como somáticamente, y volver a curarse, la generación actual de psicoterapeutas sólo reconoce el «alma trastornada (o no trastornada)».

En la *Clasificación internacional de trastornos mentales* (conocida también por la abreviatura CIE-10 [72]*), editada por la Organización Mundial de la Salud, se reconoce abiertamente que la palabra «trastorno» no es un término exacto. Según la CIE-10, esta expresión «indica un conjunto clínicamente reconocible de síntomas o alteraciones del comportamiento [...] acompañado de estrés y deterioros funcionales. Las alteraciones o conflictos en la conducta social por sí solos [...] no se pueden considerar trastornos psíquicos.» (pág. 23). Por lo tanto, el «alma trastornada» se atribuye al individuo con incapacidades funcionales, pero no al congenere falto de amor.

Aparte de evitar el concepto de enfermedad, también se renuncia a establecer la más mínima distinción entre trastornos psíquicos desde el punto de vista de su génesis. La CIE-10 parte de una perspectiva de descripción fenomenológica y no de una visión etiológico-patogénica. Ello se debe a un mero pragmatismo, es decir, a que sólo así se pueden poner de acuerdo los representantes de las distintas orientaciones psicoterapéuticas en lo referente a unos criterios comunes de diagnosis. Así, por ejemplo, tenemos el grupo

* Todas las citas a páginas de esta obra se refieren a la edición alemana incluida en la bibliografía. Las referencias al CIE-10 son internacionales. [N. del t.]

F0, en el que se subsumen todos los trastornos «atribuibles a causas claramente orgánicas» (págs. 21-22), con lo cual se obvia por completo el factor endógeno —por lo visto, poco claro— o principalmente somatígeno en la esquizofrenia, los trastornos afectivos, el retraso mental y determinados trastornos del desarrollo.

Por lo tanto, en la práctica se está calificando de superflua la enorme sensibilidad que la logoterapia muestra por aquella dimensión del ser de la persona que se ve afectada en las situaciones críticas citadas. Por ejemplo, no se comenta la distinción entre depresión endógena, exógena/reactiva o noógena, hecho que requiere, desde el punto de vista terapéutico, una intervención metodológica distinta para cada tipo depresivo. Aludiendo a la famosa metáfora de Frankl de los tres cuerpos geométricos —el cilindro, el cono y la esfera— que, en el plano bidimensional inferior, proyectan todos ellos una sombra circular, habría que decir lo siguiente: en cuanto a las depresiones, la CIE-10 sólo establece diferencias entre círculos grandes y pequeños, pero no entre los cuerpos geométricos que proyectan esas sombras circulares. Igualmente, tampoco se menciona la diferencia entre dolencia «fatalmente necesaria» (inalterable) e «innecesaria» (modificable), que sí encontramos en Frankl. Y todo ello a pesar de que el arte de dominar la dolencia es diametralmente opuesto en ambos casos, lo que significa que, por ejemplo, aceptar y reconciliarse con una dolencia «fatalmente necesaria» constituye el mandamiento del instante, mientras que en el caso de una dolencia «innecesaria» sería todo lo contrario.

En relación con la renuncia a toda correspondencia entre cuadros de trastorno y categorías ontológicas, cabe realizar algunas puntualizaciones desde la visión logoterapéutica:

1. En la CIE-10, las neurosis y depresiones noógenas no se citan, describen, ni aparecen con otro nombre.
2. En la CIE-10, las (pseudo)neurosis somatógenas no se citan, describen, ni aparecen con otro nombre.

3. En la CIE-10, las neurosis y lesiones iatrógenas no se citan, describen, ni aparecen con otro nombre.

4. En la CIE-10 no se establece ninguna diferencia entre enfermedades psicógenas con efectos corporales (por ejemplo, neurosis cardíaca) y enfermedades psicosomáticas (por ejemplo, úlcera gastroduodenal). Ambos grupos se engloban bajo los nuevos conceptos de trastornos somatomorfos y disfunciones no orgánicas. De esta manera, la presencia o no de lesiones orgánicas *previas* a la aparición de desencadenantes psíquicos ya no queda registrada.

5. En la CIE-10 se nombran las reacciones patológicas al estrés grave, entre las que también se encuentran las crisis somatofísicas (por ejemplo, tras una operación de cáncer), pero no se citan las reacciones patológicas a la desaparición repentina del estrés, observables como mínimo con la misma frecuencia que aquéllas (véanse los elevados índices de suicidio en situaciones de bienestar). También resulta sin duda cuestionable el concepto de «trastornos de adaptación» para «estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales [...] tras un cambio biográfico significativo» (pág. 170). Aquí se citan literalmente, entre otras, las experiencias de duelo, lo que significa que el dolor psíquico que experimenta, por ejemplo, una mujer por la muerte de su marido se diagnosticaría como un «trastorno de adaptación a su existencia como viuda».

Finalmente, en lo relativo a la vasta división de los trastornos mentales en subgrupos, hay que dar la razón a Norman Sartorius cuando, en el prólogo de la CIE-10, dice que una clasificación es la posibilidad de ver el mundo en un determinado momento (pág. 16). Efectivamente, incluir en un mismo subgrupo (el F4) trastornos neuróticos que suelen representar reacciones exageradas a futilidades y experiencias de dolor que requieren un trato valeroso con tragedias personales, lo cual responde a una cierta minimización de los verdaderos destinos pasionales, constituye quizás una característica del pensamiento occidental de nues-

las (pseudo)neurosis somatógenas de Frankl del siguiente modo: los síndromes vegetativos en F06.6 y las (pseudo)neurosis baseowoides, addisonoides y tetanoides en F09.

F1 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS

Términos de la CIE-10 correspondientes:

Trastornos debidos al consumo de alcohol, opioides, cannabinoides, sedantes, cocaína, estimulantes, alucinógenos, tabaco, etc.

Términos logoterapéuticos correspondientes:

Fenómenos de adicción.

Correspondencias logoterapéuticas específicas:

En F1x1 (consumo perjudicial de la sustancia x) y en F1x2 (síndrome de dependencia de la sustancia x) se pueden diferenciar los espacios libres (restantes), grandes o reducidos, de la persona espiritual del siguiente modo: en F1x1, los grandes, y en F1x2, los reducidos. Esta distinción es muy importante para la intervención terapéutica (en lo noético o en lo subnoético).

F2 ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO Y TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES

Términos de la CIE-10 correspondientes:

Esquizofrenia (paranoide, hebefrénica, catatónica, etc.), trastornos de ideas delirantes persistentes, trastornos psicóticos transitorios, trastornos esquizoafectivos.

Términos logoterapéuticos correspondientes:

Esquizofrenia (psicosis).

Correspondencias logoterapéuticas específicas:

En F20.x0-9 (codificación de la forma de evolución) se

puede incluir lo que Frankl llamaba «patoplástica», es decir, la contribución de la persona en la formación de la patología en el sentido de «dejarse caer completamente» o de «poder mantenerse todavía parcialmente neutral».

F3 TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)

Términos de la CIE-10 correspondientes:

Episodio maníaco, trastorno bipolar, episodio depresivo, trastornos depresivos recurrentes o trastornos afectivos persistentes.

Términos logoterapéuticos correspondientes:

Melancolía maníacodepresiva, depresión endógena (ambas: psicosis).

Correspondencias logoterapéuticas específicas:

En F320-3 (episodios depresivos de leves a graves) se incluyen las depresiones noógenas que no son bipolares (éstas pertenecen al grupo F31), es decir, que no entran en fases maníacas. En F32.8 (otros episodios depresivos: «cuadros mixtos de síndromes depresivos con dolor o cansancio persistente que no presentan causas orgánicas» [pág. 144]) y en F34.1 (distimia: «los pacientes están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana» [pág. 150]) se pueden incluir eventualmente las depresiones noógenas descritas por Viktor E. Frankl.

F4 TRASTORNOS NEURÓTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS

Términos de la CIE-10 correspondientes:

Fobias, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivocompulsivo, reacciones a estrés grave, trastornos de adaptación, trastornos disociativos, trastornos somatomorfos.

Términos logoterapéuticos correspondientes:

Neurosis de ansiedad y obsesivas, depresión reactiva, malestar causado por golpes del destino y pérdidas de valores, culpa existencial, histeria e hipocondría.

Correspondencias logoterapéuticas específicas:

A los grupos F40 (trastornos de ansiedad fóbica) y F41 (otros trastornos de ansiedad) pertenecen las neurosis de ansiedad de distinta índole, y al grupo F42 (trastorno obsesivo-compulsivo), las neurosis obsesivas.

Al grupo F43 (reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación) pertenecen las experiencias dolorosas y frustraciones graves del *homo patiens* («El acontecimiento estresante o las circunstancias desagradables persistentes son un factor primario y primordial, de tal manera que, en su ausencia, no se hubiera producido el trastorno.» [pág. 167]). Dentro de este mismo grupo, todos los *shocks* y crisis causados por catástrofes personales actuales se incluyen en el subgrupo F43.0 (reacción a estrés agudo: «trastornos transitorios en un individuo sin otro trastorno mental aparente»). Al F43.1 (trastorno de estrés postraumático) pertenece la no asimilación o no superación de catástrofes personales pasadas y la no reconciliación con esta situación, con lo cual también se pueden incluir aquí los sentimientos de culpa justificados. Finalmente, en el subgrupo F43.2 (trastornos de adaptación: «estados de malestar subjetivo y de deterioro emocional [...] tras un cambio biográfico significativo [...] o también tras una enfermedad somática grave» [pág. 170]) se enmarcan, además de las reacciones de duelo frente a realizaciones de valores nunca más experimentables, problemas psicosomáticos (enfermedad crónica, parálisis, amputación), miedo a la muerte y balance biográfico existencial negativo.

En el grupo F44 (trastornos disociativos) se clasifican los modelos de comportamiento de la histeria. Los pacientes interpretan determinados «roles» para entrar en escena de manera teatral y atraer la atención hacia ellos («Normal-

mente, hay un considerable grado de control consciente sobre qué recuerdos y qué sensaciones [...] se seleccionan y sobre qué movimientos se llevan a cabo.» [pág. 173]). Aquí, las enfermedades somáticas sin causas somáticas se diagnostican en el subgrupo F44.4-7, pero también en el F45 (trastornos somatomorfos: «En estos trastornos aparece con frecuencia un comportamiento de demanda de atención [...]» [pág. 183]), por ejemplo, en el subgrupo F45.2 (trastorno hipocondríaco). Por otro lado, desde la perspectiva logoterapéutica, en el F45.3 (disfunción vegetativa somatomorfa; por ejemplo: palpitaciones, sudoración, rubor, temblor) y en el F45.4 (trastorno de dolor persistente somatomorfo), hay que establecer la distinción exacta entre procesos patológicos histéricos y procesos patológicos de neurosis de ansiedad, porque la problemática y la intervención terapéutica difieren completamente en ambos casos.

Si no existe un código de clasificación adecuado, las neurosis noógenas (vacío existencial, neurosis eclesiógenas, conflictos morales, ambivalencias de valores) e iatrógenas descritas por Frankl se pueden incluir en el F48.9 (trastorno neurótico sin especificación).

F5 TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y A FACTORES SOMÁTICOS

Términos de la CIE-10 correspondientes:

Trastornos de la conducta alimentaria, trastornos no orgánicos del sueño, disfunción sexual no orgánica, factores psicológicos en enfermedades clasificadas en otro lugar, abuso de sustancias que no producen dependencia (analgésicos, hormonas).

Términos logoterapéuticos correspondientes:

Anorexia y bulimia, trastornos del sueño, neurosis sexuales, enfermedades psicosomáticas, capacidad de sufrimiento débil, estilo de vida nocivo.

Correspondencias logoterapéuticas específicas:

Los trastornos de la conducta alimentaria pertenecen al grupo F50.0 (anorexia nerviosa) y al F50.2 (bulimia nerviosa); los trastornos del sueño, al F51.0 (insomnio no orgánico) y al F51.2 (trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia); las neurosis sexuales, al F52.2 (fracaso de la respuesta genital), al F52.3 (disfunción orgásmica), al F52.4 (eyaculación precoz) y al F52.5 (vaginismo no orgánico). Las enfermedades psicosomáticas como, por ejemplo, el asma, se pueden clasificar bajo el epígrafe F54 (factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar: «Influencias psicológicas, a menudo preocupaciones muy prolongadas, que ejercen una función esencial en la manifestación de enfermedades somáticas» [pág. 219]).

La intolerancia frente a la frustración está a menudo relacionada con el consumo excesivo de determinadas sustancias destinadas a evitar molestias o a aumentar la fuerza física. Esta situación también se puede diagnosticar en el grupo F55 (abuso de sustancias que no producen dependencia).

F6 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO

Términos de la CIE-10 correspondientes:

Trastornos específicos y persistentes de la personalidad, trastornos de los hábitos y del control de los impulsos, trastornos de la identidad sexual, trastornos de la inclinación sexual, trastornos del desarrollo sexual, trastornos de la orientación sexual, otros trastornos del comportamiento.

Términos logoterapéuticos correspondientes:

Predisposición de carácter psicopática (histérica, anancástica, angustiosa, dependiente, etc.), actividad falsa y pasividad falsa, neurosis colectivas, actitudes fallidas condicionadas, capacidad o disposición débilmente desarrollada para el autodistanciamiento y la autotrascendencia.

Correspondencias logoterapéuticas específicas:

Las predisposiciones de carácter psicopáticas a las que el individuo no se opone lo suficiente deben incluirse en la correspondiente codificación F60.8 (trastornos específicos de la personalidad), donde la «pasividad falsa» citada por Frankl encaja perfectamente en el código F60.6 (trastorno ansioso [con conducta de evitación] de la personalidad). En cambio, las formas de la «actividad falsa» se ajustan mejor al F60.5 (trastorno anancástico de la personalidad) y al F60.30 (trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo). Las características de las «neurosis colectivas» de Frankl se definen con bastante precisión en F60.0 (trastorno paranoide de la personalidad; fanatismo), F60.2 (trastorno disocial de la personalidad: colectivismo), F60.7 (trastorno dependiente de la personalidad: fatalismo) y F60.8 (otros trastornos específicos de la personalidad; actitud existencial provisional).

La capacidad o disposición débilmente desarrollada para el autodistanciamiento se expresa, por ejemplo, en la apropiación o la aprobación de hábitos anormales, de los que F63.0 (ludopatía), F63.1 (piromanía) y F63.2 (cleptomanía) sólo son algunos ejemplos. Lo mismo podemos decir de la capacidad o disposición débilmente desarrollada para la autotrascendencia, que se puede expresar en distintas alteraciones sexuales, tal como aparecen diagnosticadas en los grupos F65 (trastornos de la inclinación sexual) y F66.2 (trastorno de la relación sexual).

La predisposición de carácter histérico debe alojarse por separado en los grupos F68.0 (elaboración psicológica de síntomas somáticos: «conducta de búsqueda de atención que incluye quejas de origen no somático» [pág. 249]) y F68.1 (trastorno ficticio: «producción intencionada o fingimiento de síntomas o incapacidades somáticas o psicológicas»).

F7 RETRASO MENTAL

Términos de la CIE-10 correspondientes:

Retraso mental leve, moderado, grave y profundo.

Términos logoterapéuticos correspondientes:

Incapacidad mental, aptitud reducida, falta de aptitud [...] Limitación, condicionada por el organismo, de las posibilidades de expresión de la persona espiritual.

Correspondencias logoterapéuticas específicas:

Bajo los epígrafes F72 (retraso mental grave) y F73 (retraso mental profundo) se engloban los cuadros de estados cognitivos que sólo permiten más «espacios libres últimos» para dar forma a la vida propia.

F8 TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

Términos de la CIE-10 correspondientes:

Trastornos del desarrollo del lenguaje, del aprendizaje escolar (por ejemplo, legastenia) y del desarrollo psicomotor; trastornos del desarrollo mixtos y generalizados (por ejemplo, autismo).

Términos logoterapéuticos correspondientes:

Obstáculos en el desarrollo durante la primera infancia debidos a disfunciones cerebrales y trastornos en el metabolismo.

Correspondencias logoterapéuticas específicas:

Los grupos F83 (trastorno específico del desarrollo mixto) y F84 (trastorno generalizado del desarrollo) engloban las desventajas de los niños que necesitan apoyo y seguimiento intensos por parte de los padres o tutores.

F9 TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DEL COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Términos de la CIE-10 correspondientes:

Trastornos hipercinéticos, trastornos disociales (por ejemplo, dificultades de vinculación), trastornos emocionales, trastornos de tics, otros trastornos (por ejemplo: enuresis, tartamudeo).

Términos logoterapéuticos correspondientes:

Obstáculos en el desarrollo y desarrollos fallidos debidos a disfunciones cerebrales y/o influencias dañinas del entorno.

Correspondencias logoterapéuticas específicas:

Los modelos de comportamiento psicopático, agresivo y de delincuencia pertenecen al grupo F91 (trastornos disociales). Entre éstos, los más trágicos son la falta total de relaciones —F91.1 (trastorno disocial en niños no socializados)—, y la hostilidad y la crueldad —F91.3 (trastorno disocial desafiante y oposicionista)—. Los síndromes de abandono y daños manifiestos del medio se diagnostican en el código F94 (trastornos del comportamiento social con inicio en la infancia y la adolescencia), mientras que los trastornos de relación de tipo ansiosodepresivo se enmarcan en el grupo F92 (trastornos disociales y de las emociones mixtos).

Áreas de problemas mentales citadas en la obra de Frankl (en orden alfabético) y sus códigos CIE-10 correspondientes

Actividad falsa: F60.5 (combate, autoobservación), F60.30 (amenaza)

Agorafobia: F40.0

Agresividad: F60.2 (trastorno disocial de la personalidad), F60.3 (trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad), F91 (trastornos disociales iniciados en la adolescencia), F92 (trastornos disociales y de las emociones iniciados en la adolescencia)

Alcoholismo: F10.2
 Alteración del aprendizaje: F81.3
 Amnesia: F44.0 (histérica), F04 (orgánica)
 Angustia ante la angustia (reflexiva): F41.1 (angustia libre flotante)
 Anorexia: F50.0
 Ataque de pánico: F41.0
 Autismo: F84.0
 Bulimia: F50.2
 Carcinofobia: F40.2
 Cefalea psicógena: F45.4
 Celos: F60.8 (personalidad neurótica)
 Cinismo: F60.2 (disocial), F60.9 (personalidad patológica)
 Claustrofobia: F40.2
 Cleptomanía: F63.2
 Conflicto con el prójimo: F91 (trastornos disociales)
 Conflicto de conciencia, ambivalencia: F48.9 (trastorno neurótico sin especificación)
 Conversión: F44 (disociativa), F45.0 (somatización)
 Criminalidad: F63.1 (piromanía), F63.2 (cleptomanía), F63.8 (trastornos de los hábitos y del control de los impulsos), F65.5 (sadismo), F91.2 (delincuencia en grupo)
 Crisis de orientación: F60.6
 Crisis del pensionista: F43.21 (depresiva), F43.25 (con alteración disocial mixta)
 Delirio: F22.0
 Delirio sensitivo de referencia: F22.0
 Dependencia de drogas: F11 (opioides), F12 (cannabinoides), F14 (cocaína), F16 (alucinógenos)
 Depresión endógena: F31 (bipolar), F32 (episodio depresivo), F33 (recurrente), F34 (persistente)
 Depresión enmascarada: F32.8
 Depresión noógena: F32.8 (cuadro depresivo mixto)
 Depresión orgánica: F06.3
 Depresión tapón: F34.1 (depresión persistente o neurótica)
 Distorsiones ambientales, abandono: F94

Duelo: F43.21 (reacción depresiva), F43.28 (otros trastornos de adaptación)
 Enfermedad del jefe/estrés: F48.8 (neurosis ocupacional, calambre del escribiente), F59 (trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos)
 Enfermedad psicósomática: F54 (por ejemplo, asma)
 Enuresis nocturna: F98.0
 Eritrofobia: F40.1 (fobia social)
 Escepticismo: F60.0 (paranoide)
 Esquizofrenia: F2, F23.2 (aguda)
 Exhibicionismo: F65.2
 Experiencia de despersonalización o experiencia *déjà vu*: F48.1
 Eyaculación precoz: F52.4
 Falta de socialización y de prudencia: F91.1
 Fatalismo neurótico: F60.7
 Fenómeno de corrugación: F20.2 (trastornos psicómotores en la esquizofrenia)
 Fijación: F66.0 (trastorno de la maduración sexual)
 Fobia de temblor: F40.2
 Frigidez: F52.0 (ausencia de deseo sexual), F52.3 (disfunción orgásmica)
 Frustración existencial: F34.1 (distimia)
 Hastío espiritual: F68.8 (otros trastornos de la personalidad)
 Hebefrenia: F20.1
 Hiperacusia de la conciencia: F32.3 (episodio depresivo con síntomas psicóticos, sentimientos de culpa)
 Hiperintención, problemática de «soltar»: F61.0 (trastornos mixtos de la personalidad)
 Hiperreflexión: F60.5 (anancástica), F60.6 (ansiosa)
 Hipocondría: F45.2
 Histeria: F44 (disociativa), F45.3 (vegetativa somatomorfa), F45.8 (somatomorfa de otra índole), F68.0 (tendencia a la conversión), F68.1 (tendencia al fingimiento)

Homosexualidad: F66.01 (inseguridad en la orientación sexual), F66.11 (deseo de cambiar la orientación sexual), F66.21 (dificultades para mantener la relación)

Impotencia psicógena: F52.2

Impulso blasfemo: F42.0 (rumiación obsesiva)

Infantilismo o inmadurez: F60.4, F60.8

Insuficiencia del sentimiento de evidencia: F42.0 (rumiación obsesiva)

Intolerancia ante la frustración: F55 (abuso de sustancias que no producen dependencia)

Intolerancia emocional: F13 (abuso de sedantes o hipnóticos para evitar el sufrimiento)

Legastenia: F81.0

Ludopatía: F63.0

Malestar: F43.2 (trastorno de adaptación)

Manía: F30

Masoquismo: F65.5

Masturbación: F98.8

Melancolía ahasvérica: F32.3 (depresión con síntomas psicóticos)

Melancholia anaesthetica: F32.8 (depresión atípica)

Neurosis climatérica: F43.22 (trastorno de adaptación con reacción mixta de ansiedad y depresión)

Neurosis colectivas: F60.0 (fanáticas), F60.2 (colectivistas), F60.7 (fatalistas), F60.8 (provisionales)

Neurosis de ansiedad: F40 (fóbica), F41.0 (de pánico), F41.1 (generalizada), F45.3 (con efecto somático)

Neurosis del desempleo: F43.21 (reacción depresiva), F43.22 (reacción mixta de ansiedad y depresión), F43.23 (otras emociones)

Neurosis dominical: F48.8 (otros trastornos neuróticos)

Neurosis gástrica: F45.31

Neurosis iatrógena: F48.9 (trastorno neurótico sin especificación)

Neurosis noógena: F48.9

Neurosis obsesiva: F42, F42.0 (rumiaciones), F42.1 (actos, rituales)

Neurosis orgánica: F45 (trastornos somatomorfos)

Neurosis psicógena: F4 (excepto F43)

Neurosis sexual: F52

Nihilismo: F62.0 (con estrés), F62.8 (sin estrés)

Neurosis sociógena: F48.9 (sin especificación)

Obsesión por la consumación sexual: F52.7 (impulso sexual excesivo)

Oligofrenia: F70-2 (leve-profunda)

Paranoia: F22

Pasividad falsa: F60.6 (evitación)

Patología de la desaparición del estrés: F43.1 (postraumático), F62.0 (transformación de la personalidad tras una experiencia catastrófica)

Peligro público: F91.1 (trastorno disocial en niños no socializados), F60.2 (trastorno disocial de la personalidad)

Pérdida de tradiciones: F43.28 (*shock* cultural)

Perfeccionismo: F42.2 (pensamientos y actos obsesivos)

Perversión: F64 (trastornos de la identidad sexual), F65 (trastornos de la inclinación sexual)

Pesadillas: F51.5

Problema somatopsíquico: F43.2

Problemática de la culpa: F43.1 (postraumática)

Problemática de la transitoriedad: F43.0 (reacción al estrés agudo), F43.28 (trastorno de adaptación con síntomas predominantes especificados)

Problemática del sufrimiento: F43.0 (estrés agudo), F43.2 (trastorno de adaptación), F43.8 (otras reacciones al estrés grave)

Promiscuidad: F66.0 (trastorno de la maduración sexual)

(pseudo)neurosis somatógena: F06.6 (labilidad vegetativa), F09 (sin especificación)

Psicotofobia: F41.3 (trastorno mixto de ansiedad)

Regresión: F60.7 (personalidad dependiente)

Riesgo de suicidio: F32.2 (depresión grave), F43.8 (reacción al estrés grave)

Simulación: F68.1 (trastorno ficticio)

Síndrome de dependencia/adicción: F1x.2 (x = sustancia)

Sentimiento de falta de sentido: F32.8 (otros episodios depresivos)
 Sentimiento de inferioridad: F60.6
 Síndrome *borderline*: F60.31
 Síndrome de agotamiento: F48
 Síndrome posleucotomía, síndrome poslobotomía: F07.0
 Tabaquismo: F17
 Tartamudeo: F98.5 (espasmodia), F98.6 (farfulla)
 Terrorismo: F91.2 (delincuencia en grupo), F91.3 (comportamiento opositorista)
 Tics: F95
 Trastorno de dolor: F45.4
 Trastorno de la atención o hiperactividad: F90.0
 Trastorno del habla: F80
 Trastorno del sueño: F51.0, F51.2 (trastorno del ciclo sueño-vigilia)
 Trastornos de la alimentación: F50.0 (anorexia), F50.2 (bulimia)
 Trastornos de la motilidad: F44.4 (histéricos), F44.2 (estupor), F44.5 (convulsiones psicógenas)
 Trastornos de las relaciones: F92 (ansiosos, depresivos), F66.2 (sexuales)
 Trastornos del comportamiento en la infancia: F91.9
 Trauma: F43.1 (postraumático)
 Transvestismo: F64.1
 Tríada del fracaso: F32 (fase depresiva endógena)
 Vacío existencial: F48.9 (trastorno neurótico sin especificación)
 Vaginismo: F52.5
 Voluntad débil: F60.6 (trastorno ansioso), F60.8 (personalidad inestable, pasiva, inmadura)

Observación final

La logoterapia de Viktor E. Frankl encaja en prácticamente todos los cuadros patológicos descritos en los grupos F0 a F9. En el grupo F0, principalmente para el acompaña-

miento de familiares; en el grupo F1, sobre todo como terapia específica en el seguimiento; en los grupos F2 y F3, más bien como terapia de apoyo y, eventualmente, como terapia específica en períodos intermedios sanos; en el grupo F4, como terapia no específica altamente eficaz (intención paradójica, modulación de la actitud, desreflexión), como terapia específica y como cura de almas médica; en el grupo F5, más como terapia no específica; en el grupo F6, principalmente para prevenir crisis y como terapia familiar centrada en el sentido; en el grupo F7, como acompañamiento de familiares; y en los grupos F8 y F9, como terapia con los padres y como terapia familiar centrada en el sentido. Además, la logoterapia se muestra efectiva en todos los grupos como cura de almas médica.

El usuario, a partir de su experiencia y conocimientos, determina qué intervención logoterapéutica es la más adecuada a cada situación, ya sea de forma individual o combinada con otras ayudas (como los fármacos). Asignar directamente cada código de trastorno a un único procedimiento clínico recomendable siguiendo la regla «si tenemos Fxy, aplicaremos Z» es una tarea imposible, porque, a pesar de los esfuerzos clasificadores, estos números no simbolizan cuadros patológicos perfectamente descritos y menos todavía la manera en que los individuos pueden «soportar» las patologías. Los códigos son como marcas en manantiales secos situados en el extenso campo del alma que, si pudieran volver a fluir, fertilizarían un trozo de vida. Pero los números no explican cómo pueden volver a brotar estos manantiales; y aquí se inicia el elevado arte de la terapia y, con él, su parte «incodificable».

FUENTES

1. Viktor E. Frankl, *Der Wille zum Sinn: Ausgewählte Vorträge über Logotherapie*, München, Piper, 3ª edición, 1996, pág. 16 (trad. cast.: *La voluntad de sentido: conferencias escogidas sobre logoterapia*, Barcelona, Herder, 1994).
2. Viktor E. Frankl, *The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy*, Nueva York, Meridian/Penguin Group, 1988, pág. 16 (trad. cast.: *La voluntad de sentido: conferencias escogidas sobre logoterapia*, Barcelona, Herder, 1994).
3. Viktor E. Frankl, *Der Wille zum Sinn*, op. cit., págs. 25-26.
4. Viktor E. Frankl, *Das Leiden am sinnlosen Leben. Psychotherapie für heute*, Friburgo, Herder, 7ª edición, 1996, pág. 32.
5. Viktor E. Frankl, *Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten*, Weinheim (Bergstraße), Psychologie Verlags Union, 1994, págs. 59-60 (trad. cast.: *Logoterapia y análisis existencial*, Barcelona, Herder, 1994).
6. Viktor E. Frankl, *Logotherapie und Existenzanalyse*, op. cit., págs. 65-66.
7. Viktor E. Frankl, *Der Wille zum Sinn*, op. cit., págs. 115-116.
8. Viktor E. Frankl, *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*, Berna, Huber, 2ª edición,

- 1996, pág. 141 (trad. cast.: *El hombre doliente: fundamentos antropológicos de la psicoterapia*, Barcelona, Herder, 1994).
9. Viktor E. Frankl, *Der leidende Mensch*, op. cit., pág. 197.
10. Viktor E. Frankl, *Das Leiden am sinnlosen Leben*, op. cit., pág. 29.
11. Viktor E. Frankl, *Der Wille zum Sinn*, op. cit., pág. 110.
12. Viktor E. Frankl, *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*, Viena, Deuticke, 10ª edición, 1982, págs. 35-36.
13. Viktor E. Frankl, *Die Psychotherapie in der Praxis. Eine kasuistische Einführung für Ärzte*, München, Piper, 3ª edición, 1995, pág. 13 (trad. cast.: *La psicoterapia en la práctica médica*, Buenos Aires, Escuela, 1955-1966).
14. Viktor E. Frankl, *Der leidende Mensch*, op. cit., pág. 163.
15. Viktor E. Frankl, *Die Psychotherapie in der Praxis*, op. cit., pág. 9.
16. Albert Görres, *Kennt die Psychologie den Menschen?*, München, Piper, 1978, pág. 33.
17. Viktor E. Frankl, *Der leidende Mensch*, op. cit., pág. 204.
18. Viktor E. Frankl, *...trotzdem Ja zum Leben sagen: Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*, München, DTV, 15ª edición, 1997, pág. 139.
19. Viktor E. Frankl, *Der leidende Mensch*, op. cit., pág. 144.
20. Viktor E. Frankl, *Die Psychotherapie in der Praxis*, op. cit., pág. 34.
21. Viktor E. Frankl, *Der leidende Mensch*, op. cit., pág. 58.
22. Tomado de: Joachim-Ernst Berendt, *Geschichten wie Edelsteine. Parabeln, Legenden, Erfahrungen aus alter und neuer Zeit*, München, Kösel, 1996, pág. 63.
23. Tomado de: Joachim-Ernst Berendt, *Geschichten wie Edelsteine*, op. cit., pág. 138.
24. Viktor E. Frankl, *Die Psychotherapie in der Praxis*, op. cit., pág. 72.
25. Viktor E. Frankl, *Der unbewusste Gott. Psychotherapie und Religion*, München, Kösel, 8ª edición, 1991, pág. 32 (trad. cast.: *El Dios inconsciente*, Buenos Aires, Escuela, 1955-1966).

26. Viktor E. Frankl, *Theorie und Therapie der Neurosen: Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse*, München, Reinhardt, 7ª edición, 1993, pág. 96 (trad. cast.: *Teoría y terapia de las neurosis*, Barcelona, Herder, 1992).
27. Viktor E. Frankl, *Theorie und Therapie der Neurosen*, op. cit., pág. 97.
28. Giselher Guttman y Friedrich Bestenreiner, *Ich sehe, denke, träume, sterbe*, München, Ehrenwirth, 1991, pág. 152.
29. Viktor E. Frankl, *Der leidende Mensch*, op. cit., pág. 151.
30. Viktor E. Frankl, *Theorie und Therapie der Neurosen*, op. cit., pág. 110.
31. Viktor E. Frankl, *Ärztliche Seelsorge*, op. cit., pág. 183.
32. Viktor E. Frankl, *Theorie und Therapie der Neurosen*, op. cit., pág. 130.
33. Viktor E. Frankl, *Der leidende Mensch*, op. cit., pág. 150.
34. Viktor E. Frankl, *Psychotherapie für den Alltag. Rundfunkvorträge über Seelenheilkunde*, Friburgo, Herder, 4ª edición, 1992, pág. 83 (trad. cast.: *La psicoterapia al alcance de todos: conferencias radiofónicas sobre terapéutica psíquica*, Barcelona, Herder, 1995).
35. Viktor E. Frankl, *Ärztliche Seelsorge*, op. cit., pág. 247.
36. Viktor E. Frankl, *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. Eine Auswahl aus dem Gesamtwerk*, München, Piper, 8ª edición, 1996, págs. 236-237 (trad. cast.: *El hombre en busca de sentido*, Barcelona, Herder, 2001).
37. Elisabeth Lukas, *Auch dein Leben hat Sinn. Logotherapeutische Wege zur Gesundung*, Friburgo, Herder, 4ª edición, 1995, págs. 215 y sigs. (trad. cast.: *Tu vida tiene sentido*, Madrid, SM, 1983).
38. Viktor E. Frankl, *Das Leiden am sinnlosen Leben*, op. cit., págs. 19-20.
39. Viktor E. Frankl, *Das Leiden am sinnlosen Leben*, op. cit., pág. 27.
40. Viktor E. Frankl, *Das Leiden am sinnlosen Leben*, op. cit., pág. 45.
41. Viktor E. Frankl, *Die Psychotherapie in der Praxis*, op. cit., pág. 105.

42. Viktor E. Frankl, *Psychotherapie für den Alltag*, op. cit., pág. 27.
43. Viktor E. Frankl, *Theorie und Therapie der Neurosen*, op. cit., pág. 121.
44. Viktor E. Frankl, *Psychotherapie für den Alltag*, op. cit., pág. 171.
45. Viktor E. Frankl, *Theorie und Therapie der Neurosen*, op. cit., pág. 47.
46. Viktor E. Frankl, *Ärztliche Seelsorge*, op. cit., pág. 72.
47. Viktor E. Frankl, *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn*, op. cit., págs. 250-251.
48. Viktor E. Frankl, *Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten*, Weinheim (Bergstraße), Psychologie Verlags Union, 1994, págs. 84-85 (trad. cast.: *Psicoterapia y existencialismo: escritos selectos sobre logoterapia*, Barcelona, Herder, 2001).
49. Viktor E. Frankl, *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn*, op. cit., pág. 37.
50. Viktor E. Frankl, *Das Leiden am sinnlosen Leben*, op. cit., págs. 31-32.
51. Viktor E. Frankl, *Der Wille zum Sinn*, op. cit., pág. 104.
52. Viktor E. Frankl, *Logotherapie und Existenzanalyse*, op. cit., pág. 147.
53. Viktor E. Frankl, *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn*, op. cit., pág. 46.
54. Viktor E. Frankl, *Der leidende Mensch*, op. cit., pág. 24.
55. Viktor E. Frankl, *Die Psychotherapie in der Praxis*, op. cit., pág. 75.
56. Viktor E. Frankl, *Der Wille zum Sinn*, op. cit., pág. 43.
57. Viktor E. Frankl, *Psychotherapie für den Alltag*, op. cit., págs. 75-76.
58. Viktor E. Frankl, *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn*, op. cit., pág. 130.
59. Viktor E. Frankl, *Theorie und Therapie der Neurosen*, op. cit., pág. 84.
60. Viktor E. Frankl, *Die Psychotherapie in der Praxis*, op. cit., pág. 187.

61. Viktor E. Frankl, *Die Psychotherapie in der Praxis*, op. cit., págs. 188-189.
62. Viktor E. Frankl, *Theorie und Therapie der Neurosen*, op. cit., pág. 118.
63. Viktor E. Frankl, *Der leidende Mensch*, op. cit., pág. 100.
64. Viktor E. Frankl, *Die Psychotherapie in der Praxis*, op. cit., pág. 229.
65. Viktor E. Frankl, *Die Sinnfrage in der Psychotherapie*, München, Piper, 6ª edición, 1996, págs. 139-140.
66. Viktor E. Frankl, *Der leidende Mensch*, op. cit., pág. 224.
67. Viktor E. Frankl, *Der leidende Mensch*, op. cit., pág. 136.
68. Lucio Séneca, *Philosophische Schriften*, vol. 2, *Dialoge*, edición a cargo de O. Apelt, Hamburgo, 1993, pág. 114 (trad. cast.: *Diálogos*, Madrid, Gredos, 2001).
69. Tomado de: Joachim-Ernst Berendt, *Geschichten wie Edelsteine*, op. cit., pág. 84.
70. Martin Buber, *Das Dialogische Prinzip*, Schneider, Gerlingen, 6ª edición, 1992.
71. Tomado de: Joachim-Ernst Berendt, *Geschichten wie Edelsteine*, op. cit., pág. 65.
72. Organización Mundial de la Salud, *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*, Berna, Huber, 2ª edición, 1993 (trad. cast.: *Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico: CIE-10*, Madrid, Meditor, 1992).

Libros de la autora

- Auch dein Leben hat Sinn. Logotherapeutische Wege zur Gesundheit*, Friburgo, Herder, 3 ediciones, 1980-1987; 4 nuevas ediciones, 1991-1997. Edición en Braille disponible en 33098 Paderborn, Andreasstr. 20.
- Auch deine Familie braucht Sinn. Logotherapeutische Hilfe in der Erziehung*, Friburgo, Herder, 2 ediciones, 1981-1988; nueva edición revisada bajo el título *Sinn in der*

- Familie. Logotherapeutische Hilfen für das Zusammenleben*, 1995.
- Auch dein Leiden hat Sinn. Logotherapeutischer Trost in der Krise*, Friburgo, Herder, 3 ediciones, 1981-1990; nueva edición, 1994-1998.
- Von der Tiefen- zur Höhenpsychologie. Logotherapie in der Beratungspraxis*, Friburgo, Herder, 2 ediciones, 1983-1988. Varios capítulos fueron grabados en casete; para obtenerlos en préstamo póngase en contacto con la Deutschen Katholische Blindenbücherei: 53117 Bonn, Graurheindorfer Str. 151 a. Nueva edición abreviada bajo el título *Höhenpsychologie. Die andere Sicht vom Menschen*, 1992. Edición completamente nueva bajo el título *Heilungsgeschichten. Wie Logotherapie Menschen hilft*, 2 ediciones, 1998-2002.
- Dare un senso alla vita. Logoterapia e vuoto esistenziale*, Asís, Cittadella editrice, 2 ediciones, 1983-1986.
- Tu vida tiene sentido: logoterapia y salud mental*, Madrid, General Tabanera/SM, 1983.
- Tu familia necesita sentido: aportaciones de la logoterapia*, Madrid, General Tabanera/SM, 1983.
- Je gezin, je houvast: Op weg naar nieuwe waarden via de logotherapie*, Nijmegen, Uitgeverij Dekker en van de Vegt, 1983.
- Dare un senso alla sofferenza: logoterapia e dolore umano*, Asís, Cittadella editrice, 2 ediciones, 1983-1988.
- Meaningful Living. A Logotherapy Guide to Health*, Nueva York, Grove Press, 2 ediciones, 1984-1986.
- Sinunkin elämälläsi on tarkoitus*, Helsinki, Kirjayhtymä, 1984.
- Psychologische Seelsorge. Logotherapie. die Wende zu einer menschenwürdigen Psychologie*, Friburgo, Herder, 2 ediciones, 1985-1988; 2 nuevas ediciones, 1993-1996. Edición completamente nueva bajo el título *Rendezvous mit dem Leben. Ermutigungen für die Zukunft*, München, Kösel, 2 ediciones, 2000-2001. Impreso en Braille por Pauline von Mallinckrodt, Andreasstraße 20, 33098 Paderborn.
- Incluido en un CD: *Ermutigungen für die Zukunft*, con música de Michael Habecker, München, Kösel, 2001.

- Sinn-Zeilen. Logotherapeutische Weisheiten*, con ilustraciones de Michael Eberle, Friburgo, Herder, 2 ediciones, 1985-1987.
- Elämän voimat*, Helsinki, Kirjayhtymä, 1985.
- I tvoja patnja smisla ima. Logoterapeutska utjeha u krizi*, Zagreb, Krsæanska sadasnjest, 1985.
- Von der Trostmacht des Geistes. Menschenbild und Methoden der Logotherapie*, Friburgo, Herder, 1986; nueva edición, 1993. Edición completamente nueva bajo el título *Lehrbuch der Logotherapie. Menschenbild und Methoden*, München, Profil, 2 ediciones, 1998-2002.
- Logo-Test. Test zur Messung von innerer Sinnerfüllung und existentieller Frustration*, Viena, Deuticke, 1986.
- Meaning in Suffering. Comfort in Crisis through Logotherapy*, Institute of Logotherapy Press, Berkeley (California), 1986.
- Logo-Test. Test para la medida del logro interior de sentido y de la frustración existencial*, Girona, Escuela Universitaria de Magisterio de Girona, 1986.
- Gesinnung und Gesundheit. Lebenskunst und Heilkunst in der Logotherapie*, Friburgo, Herder, 1987; 2 nuevas ediciones, 1993-1995.
- Dare un senso alla famiglia. Logoterapia e pedagogia*, Milán, Edizioni Paoline, 1987.
- L'immagine dell'uomo nella logoterapia*, Roma, Centro Italiano di Solidarietà, 1987.
- Logo-Test. Un test per la valutazione della realizzazione interiore di un senso della vita e della frustrazione esistenziale*, Roma, Centro Italiano di Solidarietà, 1987.
- Rat in ratloser Zeit. Anwendungs- und Grenzgebiete der Logotherapie*, Friburgo, Herder, 1988; nueva edición, 1994.
- Chajim mashma-utijim*, edición hebrea de *Meaningful Living. A Logotherapy Guide to Health*, Tel Aviv, Dvir Publishing House, 1988.
- Psychologische Vorsorge. Krisenprävention und Innenweltschutz aus logotherapeutischer Sicht*, Friburgo, Herder, 1989.
- Sinn-Bilder. Bibliothherapeutische Weisheiten*, con xilografías de Otmar Wiesmeyr, Friburgo, Herder, 1989. Nuevas ediciones de los libros *Sinn-Zeilen* y *Sinn-Bilder* recogidas ba-

- jo el título *Worte können heilen. Meditative Gedanken aus der Logotherapie*, Stuttgart, Quell, 1998; Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus, 1998.
- Logoterapia. A força desafiadora do espírito. Metodos de Logoterapia*, São Paulo (Brasil), Edições Loyola, 1989.
- Logo-Test. Test measuring inner meaning fulfillment and existential frustration*, Berkeley, Institute of Logotherapy Press, 1989.
- Geist und Sinn. Logotherapie: die dritte Wiener Schule der Psychotherapie*, München, Psychologie Verlags Union, 1990.
- Mentalização e Saúde. A arte de viver e Logoterapia*, Petrópolis (Brasil), Vozes, 2 ediciones, 1990-1994.
- Die magische Frage «wozu»? Logotherapeutische Antworten auf existentielle Fragen*, con contribuciones de Rita Malcomess y Franz Sedlak, Friburgo, Herder, 1991. Nueva edición revisada bajo el título *Sehnsucht nach Sinn. Logotherapeutische Antworten auf existentielle Fragen*, München, Profil, 2 ediciones, 1997-1999.
- Prevenire le crisi. Un contributo della logoterapia*, Asís, Cittadella editrice, 1991.
- Spannendes Leben. In der Spannung zwischen Sein und Sollen: ein Logotherapiebuch*, München, Quintessenz, 2 ediciones, 1991-1993. Edición de Weinheim (Bergstr.)/München, Psychologie Verlags Union, 1996. Nueva edición, München, Profil, 2002.
- Assistência Logoterapêutica. Transição para uma psicologia humanizada*, Petrópolis (Brasil), Vozes, 1992.
- Logo-Test. Zhouska k mereni prozivane smysluplnosti a existenciální frustraci*, Chrudim, Mach, 1992.
- Prevenção Psicológica. A prevenção de crises e a proteção do mundo interior do ponto de vista da Logoterapia*, Petrópolis (Brasil), Vozes, 1992.
- Geborgensein - worin? Logotherapeutische Leitlinien zur Rückgewinnung des Urvertrauens*, Friburgo, Herder, 2 ediciones, 1993-1994. Nueva edición bajo el título *Urvertrauen gewinnen. Logotherapeutische Leitlinien zur Lebensbejahung*, 2 ediciones, 1997-1999. Nueva edición parcial bajo el título

- lo Vom Sinn des Augenblicks. Facetten erfüllten Lebens*, München, Kösel, 2002.
- Družina in Smisel*, Celje (Eslovenia), Mohorjeva Družba, 1993.
- Tudo tem seu Sentido. Reflexões logoterapêuticas*, Petrópolis (Brasil), Vozes, 1993.
- Alles fügt sich und erfüllt sich: Die Sinnfrage im Alter*, Quell, Stuttgart, Edition Johannes Kuhn, 3 ediciones, 1994-1997; 2 nuevas ediciones, Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus, 2000-2001. El libro fue grabado en 3 casetes; para obtenerlos en préstamo póngase en contacto con la Deutschen Blinden-Hörbücherei (en el Deutschen Blindenstudienanstalt), Postfach 1160, 35001 Marburg/Am Schlag 2 a, 35037 Marburg.
- Psychotherapie in Würde. Logotherapeutische Lebenshilfe nach Viktor E. Frankl*, München, Quintessenz, 1994; nueva edición, Weinheim (Bergstr.), Psychologie Verlags Union, 1996.
- Smiselnice. Logoterapeutske modrosti*, Celje (Eslovenia), Mohorjeva Družba, 1994.
- Una vida fascinante: en la tensión entre ser y deber ser. Un libro de logoterapia*, Buenos Aires, San Pablo, col. «Noesis», 1ª edición y reimpresión; 1994-1998.
- Auf den Spuren des Logos: Briefwechsel mit Viktor E. Frankl* (con Joseph Fabry), München, Quintessenz, 1995.
- Lebensbesinnung. Wie Logotherapie heilt*, Friburgo, Herder, 2 ediciones, 1995-1997.
- De la vida fugaz* (con Claudio García Pintos), Buenos Aires, Almagesto, 1995.
- Mashmauth hasevel*, edición hebrea de *Meaning in Suffering. Comfort in Crisis through Logotherapy*, Tel Aviv, Modan, 1995.
- Psicoterapia en dignidad: apoyo para la vida con orientación hacia el sentido según Viktor Frankl*, Buenos Aires, San Pablo, col. «Noesis», 1995.
- Podobe smisla. Biblioterapeutske modrosti*, Celje (Eslovenia), Mohorjeva Družba, 1995.
- Wie Leben gelingen kann: 30 (31) Geschichten mit logotherapeutischer Heilkraft*, Stuttgart, Quell, 3 ediciones, 1996-1998;

- nueva edición, Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus, 2000. El libro fue grabado en casetes para bibliotecas de invidentes; para obtener un préstamo póngase en contacto con el Dr. Hans-Eugen Schulze, Albert-Braun-Straße 10 b, 76189 Karlsruhe.
- Logo-Test: test para la medición de la realización interior del sentido y de la frustración existencial*, Buenos Aires, Almagesto, 1996.
- Tras las huellas del logos: correspondencia con Viktor E. Frankl* (con Joseph Fabry), Buenos Aires, San Pablo, col. «Noesis», 1996.
- Weisheit als Medizin. Viktor E. Frankls Beitrag zur Psychotherapie*, Stuttgart, Quell, 1997. Nueva edición, Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus, 2001.
- Logoterapie ve vychove*, Portal, Prag, 1997.
- Spirituelle Psychologie: Quellen sinnvollen Lebens*, München, Kösel, 8 ediciones, 1998-2001.
- Wertfülle und Lebensfreude. Logotherapie bei Depressionen und Sinnkrisen*, München, Profil, 2 ediciones, 1998-2002.
- I tvoje utrpeni má smysl. Logoterapeutická útišňa v krizi*, Brunn, Cesta, 1998.
- In der Trauer lebt die Liebe weiter*, München, Kösel, 2 ediciones, 1999-2000. El libro fue grabado en casetes en la biblioteca para invidentes de Caritasaktion der Blinden (CAB), Suiza; para obtenerlos en préstamo, póngase en contacto con CAB, Hinterdorfstraße 29, CH-8597 Landschlacht.
- Lebensstil und Wohlbefinden. Logotherapie bei psychosomatischen Störungen*, München, Profil, 2 ediciones, 1999-2002. Impreso en Braille por Pauline von Mallinckrodt, Andreasstraße 20, 33098 Paderborn.
- Konzentration und Stille. Logotherapie bei Tinnitus und chronischen Krankheiten. Nachwort von Helmut Schaaf*, München, Profil, 2 ediciones, 2000-2001.
- Quand la vie retrouve un sens. Introduction à la logothérapie*, Pierre Téqui éditeur, 82 Rue Bonaparte, F-75006 Paris, 2000.
- Psicología espiritual: manantiales de vida plena de sentido*, Buenos Aires, San Pablo, col. «Noesis», 2 ediciones, 2000-2001.

- También tu sufrimiento tiene sentido: alivio en la crisis a través de la logoterapia*, México, DF, LAG, col. «Sentido», 2000.
- Elu mote. Logoterapiilised vastused eksistentsiaalsele küsimustele*, Tartu (Estonia), Johannes Esto Uhing, 2000.
- Logotherapy Textbook. Meaning-centered Psychotherapy*, Toronto, Liberty Press, 2000.
- Auf den Stufen des Lebens. Meine bewegendsten Fallbeispiele aus der Seelenheilkunde nach Viktor E. Frankl*, Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus, 2001.
- Familienglück. Verstehen - annehmen - lieben*, München, Kösel, 2001.
- Verlust und Gewinn. Logotherapie bei Beziehungskrisen und Abschiedsschmerz*, München, Profil, 2001.
- Paz vital, plenitud y placer de vivir: los valores de la logoterapia*, Barcelona, Paidós, 2001.
- Duhovna psihologija. Izvori smisljena zivota*, Dakovo (Croacia), Karitativni fond UPT, U Pravi Trenutak 409, 2001.
- Freiheit und Identität: logotherapie bei Suchtproblemen*, München, Profil, 2002.
- Heilende Geschichten der Liebe*, München, Kösel, 2002.
- En la tristeza pervive el amor*, Barcelona, Paidós, 2002.
- Kleines 1 x 1 der Seelenheilkunde*, Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus, 2003 (en preparación).

[illegible]