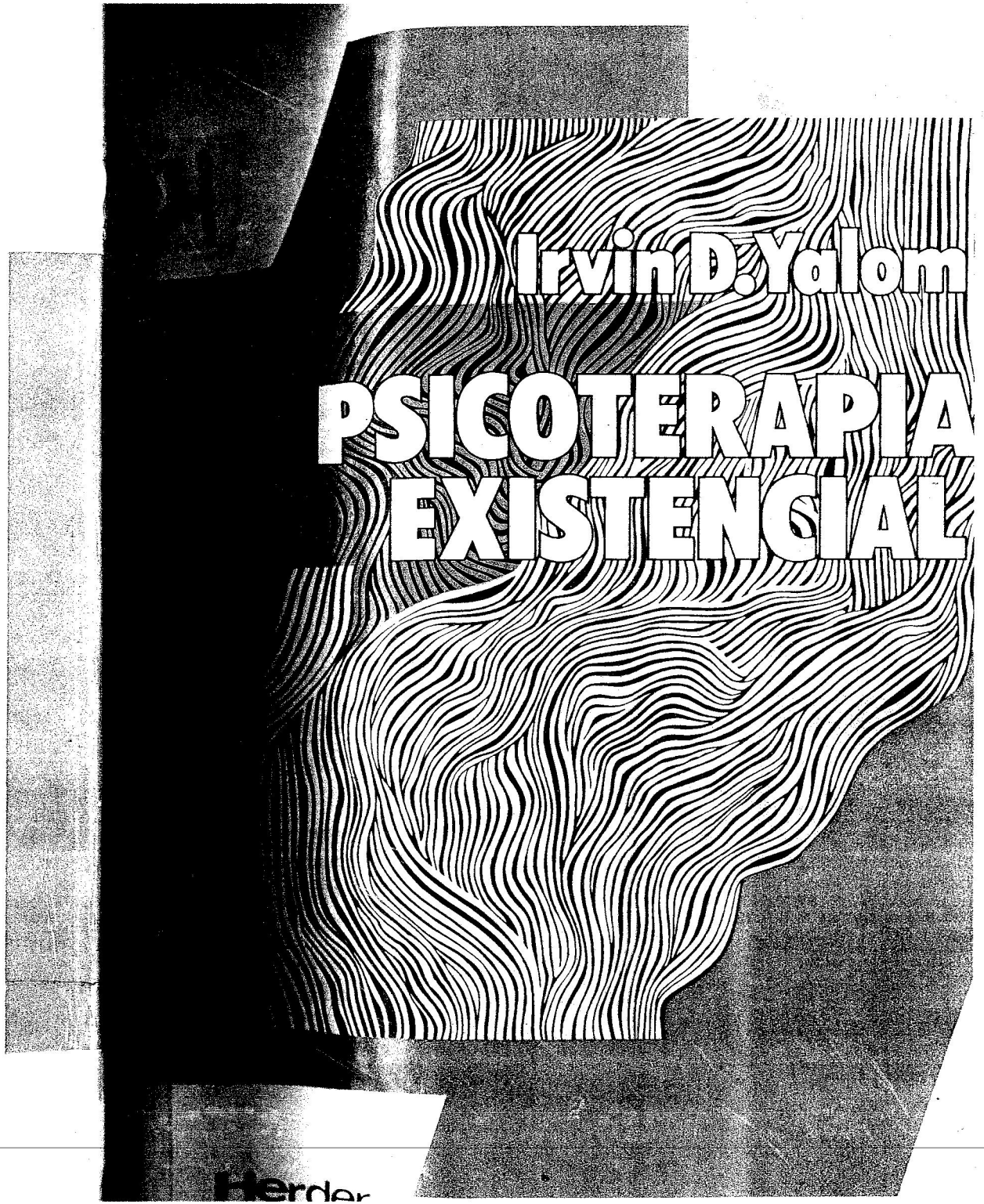

Irvin D. Yalom
PSICOTERAPIA
EXISTENCIAL
Herder

«Éste es un libro indispensable en la biblioteca básica de todo psicoterapeuta.»

H. Keith H. Brodie

La terapia existencial se ha practicado y sigue practicándose en distintas formas y situaciones en todas partes del mundo. Pero hacía falta una obra que le prestara una estructura coherente, hiciera un análisis de sus postulados y llevara a cabo una evaluación de su utilidad. Con el presente libro, el doctor Irvin Yalom proporciona a la psicoterapia existencial una sólida base, una síntesis y un marco de referencia de inapreciable valor.

El propósito del autor es proponer y explicar un enfoque psicoterapéutico: una estructura teórica y una serie de técnicas derivadas de ella, que sirvan de esquema unitario para los distintos elementos de la psicoterapia.

A lo largo de este estudio va explicitándose la definición formal de la psicoterapia existencial como una orientación dinámica que se concentra en las inquietudes enraizadas en la existencia del individuo.

La obra está dividida en lo que Yalom identifica como «las cuatro preocupaciones esenciales de la vida»: la muerte, la libertad (responsabilidad, voluntad), el aislamiento y la carencia de un sentido vital (el problema del significado de la vida). Define el significado de cada una de estas preocupaciones existenciales y los conflictos que se derivan de nuestra confrontación con ellas. Porque, en efecto, cada uno de nosotros anhela la perdurabilidad, la robustez de los propios cimientos, la comunidad y los patrones *(patterns);* y, sin embargo, todos

Sobrecubierta de A. Tierz

PSICOTERAPIA EXISTENCIAL

IRVIN D. YALOM

PSICOTERAPIA EXISTENCIAL

BARCELONA
EDITORIAL HERDER
1984

Versión castellana de DIORKI, de la obra de
IRVIN D. YALOM, *Existential Psychotherapy*,
Basic Books, Inc., Publishers, Nueva York 1980

A Marilyn
por todas las razones del mundo.

© *1980 by Yalom Family Trust*
© *1984 Editorial Herder S.A., Barcelona*

ISBN 84-254-1371-0 rústica
ISBN 84-254-1358-3 tela

ES PROPIEDAD — DEPÓSITO LEGAL: B. 13.964-1984 — PRINTED IN SPAIN

GRAFESA - Nápoles, 249 - Barcelona

ÍNDICE

Agradecimiento 11

Capítulo I. *Introducción* 13
La terapia existencial: una psicoterapia dinámica 16
La orientación existencial: extraña y al mismo tiempo conocida 23
El campo de la psicoterapia existencial 26
La terapia existencial y la comunidad académica 35

Parte primera: La muerte

Capítulo II. *La vida, la muerte y la angustia* 47
Interdependencia entre la vida y la muerte 47
La muerte y la angustia 60
La falta de atención a la muerte en la teoría y en la práctica psicoterapéuticas 77
Freud: angustia sin muerte 82

Capítulo III. *El concepto de la muerte en los niños* 101
Preocupación generalizada que sienten los niños por la muerte ... 102
Etapas del desarrollo del concepto de la muerte 104
La angustia ante la muerte y el desarrollo de la psicopatología 132
La educación de los niños sobre el tema de la muerte 136

Capítulo IV. *La muerte y la psicopatología* 140
La angustia ante la muerte: un modelo psicopatológico 142
La creencia en que se es específicamente distinto 148
El salvador 161
Hacia un panorama integrado de la psicopatología 174

La esquizofrenia y el miedo a la muerte 182
Un modelo psicopatológico existencial: pruebas proporcionadas por la investigación 187

Capítulo V. *La muerte y la psicoterapia* 195
La muerte como situación límite 195
La muerte como fuente primaria de angustia 228
Problemas de la psicoterapia 247
La satisfacción en la vida y la angustia ante la muerte: un fundadamento terapéutico 251
La desensibilización con respecto a la muerte 255
Pruebas empíricas de la desensibilización ante la muerte 258

Parte segunda: La libertad

Capítulo VI. *Responsabilidad* 266
La responsabilidad como preocupación existencial 266
Manifestaciones clínicas de la evitación de responsabilidad ... 271
La asunción de responsabilidad y la psicoterapia 281
La conciencia de la responsabilidad al estilo estadounidense. O, como encargarse de la propia vida, tirar de los propios hilos, ocuparse del número uno y salirse con la suya 308
La responsabilidad y la psicoterapia 317
Los límites de la responsabilidad 326
La responsabilidad y la culpa existencial 335

Capítulo VII. *Voluntad* 347
Responsabilidad, voluntad y acción 347
Hacia una comprensión clínica de la voluntad: Rank, Farber y May 355
La voluntad y la práctica clínica 364
El deseo 367
Decisión y elección 379
El pasado *versus* el futuro en psicoterapia 417

Parte tercera: El aislamiento

Capítulo VIII. *El aislamiento existencial* 425
¿En qué consiste el aislamiento existencial? 427
El aislamiento y la relación 436
El aislamiento existencial y la psicopatología interpersonal ... 449

Capítulo IX. *El aislamiento existencial y la psicoterapia* 471
Una guía para comprender las relaciones interpersonales 471
La confrontación del paciente en el aislamiento 477
El aislamiento y el encuentro entre paciente y terapeuta 481

Parte cuarta: Carencia de un sentido vital

Capítulo X. *Carencia de un sentido vital* 501
El problema del significado 505
El significado de la vida 505
Consecuencias clínicas de la pérdida del sentido vital 533
Investigación clínica 543

Capítulo XI. *La carencia de significado y la psicoterapia* 551
¿Por qué necesitamos un significado? 552
Estrategias psicoterapéuticas 561

Epílogo 577
Notas bibliográficas 579
Índice alfabético 621

AGRADECIMIENTO

Muchas personas me han ayudado en esta obra y me resulta imposible expresarles a todas ellas mi agradecimiento. Como tardé varios años en escribirla, mis deudas sobrepasan el límite de mi memoria. Rollo May y Dagfin Follesdal desempeñaron un importante papel como maestros y guías. Muchos colegas leyeron y criticaron total o parcialmente el manuscrito: Jerome Frank, Julius Heuscher, Kent Bach, David Spiegel, Alex Comfort, James Bugental, Marguerite Lederberg, Michael Bratman, Mitchell Hall, Alberta Siegel, Alvin Rosenfeld, Herbert Leiderman, Michael Norwood y numerosos residentes psiquiátricos de Stanford. A todos ellos, mi gratitud.

Agradezco a Gardner Lindzey y al Centro de estudios avanzados sobre ciencias de la conducta el haberme proporcionado un lugar ideal para pasar mi año como becario de 1977-1978. Siento un profundo agradecimiento a la Universidad de Stanford, que a lo largo de mi carrera me ha facilitado generosamente todo lo necesario: libertad intelectual, apoyo material y colegas del nivel más elevado. Doy las gracias a Thomas Gonda, presidente del Departamento de psiquiatría, por haberme eximido de las engorrosas tareas administrativas. A Marjorie Crosby, por su patrocinio y estímulo. Phoebe Hoss me brindó una maravillosa ayuda en la redacción final. El libro es muy largo y desde los primeros esbozos hasta el manuscrito final fue escrito a máquina por mi secretaria, Bea Mitchell, cuya paciencia, fervor y diligencia jamás han cedido durante los años que llevamos trabajando juntos. Mi mujer, Marilyn, me ha ayudado con su inquebrantable estímulo y además, como sucedió con todos mis libros anteriores, con sus valiosos consejos sobre el contenido y sobre la redacción.

Agradecimiento

Deseo expresar mi agradecimiento por el permiso para citar las siguientes fuentes:

The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, traducida y dirigida por James Strachey. Con el permiso de Sigmund Freud Copyrights Ltd., The Hogarth Press Ltd., y The Institute of Psycho-Analysis, y asimismo con el de Allen and Unwin, Ltd. y Basic Books, Ltd.

EST 60 Hours That Transform Your Life,* por Adelaide Bry. Copyright © 1976 por Adelaide Bry. Reimpresión con el permiso de Harper and Row Publishers, Inc.

Maria Nagy, *The Child's Theories Concerning Death,* «Journal of Genetic Psychology» 73 (1948) 3-27. Reimpresión con el permiso del autor y de «The Journal Press».

Everyman, en M. Abrams y otros autores, *The Norton Anthology of English Literature,* vol. I, p. 281-303. Copyright © 1962. Reimpresión con el permiso de W.W. Norton, Inc.

E. Fromm, D. Suzuki y R. DeMartino, *Zen Buddhism and Psychoanalysis.* Copyright © 1960. Reimpresión con el permiso de Harper and Row Publishers, Inc.

Forgive, O Lord, de *The Poetry of Robert Frost,* dirigida por Edward Connery Lathem. Copyright © 1962 por Robert Frost. Copyright © 1967 por Holt, Rinehart y Winston. Reimpresión con el permiso de Holt, Rinehart y Winston, Publishers. Cuatro líneas de *Desert Places,* de *The Poetry of Robert Frost,* dirigida por Edward Connery Lathem, Copyright © 1936 por Robert Frost. Copyright © 1964 por Lesley Frost Ballantine. Copyright © 1969 por Holt, Rinehart y Winston. Reimpresión con el permiso de Holt, Rinehart y Winston, Publishers.

Purpose in Life Test (PIL) por James C. Crumbaugh y Leonard T. Maholick. Reimpresión con el permiso de James C. Crumbaugh. Publicada por Psychometric Affiliates, P.O. Box 3167, Munster, Indiana 46321.

V. Frankl, *Fragments from the Logotherapeutic Treatment in Four Cases,* en la ed. de A. Burton, *Modern Psychotherapeutic Practice,* Science Behavior Book Inc., Palo Alto, Calif. 1965. Reimpresión con el permiso de Arthur Burton.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN*

En una ocasión, hace ya varios años, me inscribí junto con algunos amigos en una clase de cocina que impartía una matriarca armenia con una ayudante de edad avanzada. Como ellas no hablaban inglés y nosotros tampoco conocíamos el armenio, la comunicación resultaba difícil. Nos enseñaba mediante demostraciones; nosotros observábamos (y con gran entusiasmo tratábamos de cuantificar sus recetas) mientras ella preparaba una serie de platos maravillosos a base de berenjenas y cordero. Pero nuestras recetas eran siempre incorrectas y por mucho que nos esforzábamos, jamás nos fue posible reproducir sus manjares. Yo me preguntaba: «¿Qué es lo que da a sus platos ese toque tan especial?» La respuesta se me escapaba, hasta que un día, en que me encontraba observando con mirada más inquisitiva que de costumbre para tratar de descubrir sus procedimientos culinarios, vi a nuestra profesora preparar un plato con gran dignidad y determinación y entregarlo después a su ayudante quien, sin decir palabra, lo condujo a la cocina para introducirlo en el horno. Antes de hacerlo y con gran desenvoltura, la ayudante le agregó varios puñados de especias y condimentos. Estoy convencido de que esos «añadidos» subrepticios eran los responsables de la diferencia de sabores.

Recuerdo con frecuencia aquel hecho cuando medito acerca de la psicoterapia, en especial cuando pienso en los ingredientes decisivos de una terapia eficaz. En los textos académicos, en los artículos de divulgación y en las conferencias, se describe la terapia en forma precisa y sistemática y se enumeran cuidadosamente sus etapas, sus

* Las llamadas en números sin asterisco corresponden a las Notas bibliográficas que se encuentran al final de la obra.

intervenciones técnicas en los momentos estratégicos, sus progresos metodológicos para la resolución de la transferencia, el análisis de las relaciones objetales y un programa minucioso y racionalizado de interpretaciones del material aportado por el paciente sobre sus propias vivencias internas. Sin embargo, estoy convencido íntimamente de que, cuando nadie mira, el terapeuta añade «el ingrediente fundamental».

Pero ¿en qué consisten estos «añadidos» furtivos? Sin duda existen más allá de la teoría formal, pero nadie escribe acerca de ellos ni se enseñan en ninguna escuela. En muchos casos, ni siquiera los terapeutas se dan cuenta de su existencia; a todos les ha sucedido alguna vez que les resulta inexplicable la causa de la curación de algunos pacientes. Estos ingredientes son difíciles de enumerar y aún más de definir. Porque, en realidad, ¿es posible definir y enseñar cualidades tales como la compasión, la «presencia», la preocupación por alguien, la ampliación del propio yo en el otro, la capacidad de tocar al paciente en los niveles más profundos o —la más etérea de todas— la sabiduría?

Uno de los primeros casos que se recuerdan en la psicoterapia moderna constituye una buena ilustración de la escasa importancia que los terapeutas conceden deliberadamente a estos elementos extraordinarios[1]. (Las descripciones posteriores de procesos psicoterapéuticos son menos útiles en este aspecto, porque la psiquiatría se volvió tan dogmática en lo referente a la conducta terapéutica adecuada, que se omitieron de los informes de casos todas las manipulaciones extraoficiales.) En 1892, Sigmund Freud trató, con resultados muy positivos, a Elisabeth von R., una joven que padecía de dificultades psicógenas para andar. Freud atribuyó su éxito exclusivamente a su técnica terapéutica de la abreacción, es decir, al alivio de ciertos deseos y pensamientos nocivos mediante la técnica de hablar de ellos para eliminar la represión. Sin embargo, al estudiar sus notas, llama la atención el resto de las actividades terapéuticas que llevaba a cabo con la paciente. Por ejemplo, la envió a visitar la tumba de su hermana y la indujo a mantener una cita con un joven a quien encontraba atractivo. Dio muestras, asimismo, de un «interés amistoso por las circunstancias que la rodeaban»[2] sosteniendo entrevistas con algunos parientes de la joven en un intento de beneficiarla: por ejemplo, «suplicó» a su madre que mantuviera abiertos los canales de comunicación, para permitir a Elisabeth una descarga periódica de sus pensamientos. Enterado por aquélla de que

la joven no tenía la menor posibilidad de casarse con el viudo de su hermana, Freud le transmitió personalmente esta información. Ayudó también a desenredar los líos financieros de la familia. En distintas etapas, enseñó a Elisabeth a afrontar con serenidad el hecho de que el futuro de todo el mundo es inevitablemente incierto. La consolaba repitiéndole que no era responsable de sus sentimientos indeseables y le hacía saber que el hecho de sentirse culpable por éstos era una prueba evidente del elevado valor moral de su carácter. Por último, después de concluir la terapia, se procuró una invitación para asistir a una fiesta a la que debía concurrir también Elisabeth, a fin de tener la oportunidad de «verla bailando agitadamente». Uno se pregunta hasta qué punto ayudaron estos elementos terapéuticos extraordinarios a la curación de Elisabeth. Excluirlos de la teoría sería un craso error.

Mi propósito en este libro es proponer y explicar un enfoque psicoterapéutico —una estructura teórica y una serie de técnicas derivadas de ella— que sirva de marco de referencia para muy distintos elementos extraordinarios de la psicoterapia. La denominación misma de este enfoque, «psicoterapia existencial», constituye un desafío a cualquier definición sucinta, porque las características subyacentes de la orientación existencial no son empíricas, sino profundamente intuitivas. Empezaré exponiendo una definición formal y procuraré irla aclarando a través de la presente obra: *la psicoterapia existencial es un enfoque dinámico que se concentra en las preocupaciones enraizadas en la existencia del individuo.*

Estoy convencido de que la mayoría de los psicoterapeutas experimentados, independientemente de la escuela ideológica a la que pertenezcan, utilizan muchos de los conocimientos existenciales a los que voy a referirme. Por ejemplo, casi todos sabrán que el temor a la propia muerte puede servir de catalizador para un importante cambio de perspectiva en el individuo, que lo que realmente cura es el análisis de las relaciones, que los pacientes se sienten torturados por la necesidad de elegir, que ellos mismos tienen que catalizar la «voluntad de actuar» de los pacientes y que la mayoría de éstos se sienten abrumados por la falta de un sentido vital.

Sin embargo, el enfoque existencial es algo más que un acento sutil o una perspectiva implícita empleada de forma involuntaria. En los últimos años, al pronunciar conferencias sobre distintos temas ante numerosos psicoterapeutas, con frecuencia les he preguntado: «¿Cuántos de ustedes consideran que adoptan una orientación

existencial?» Una elevada proporción de los asistentes, generalmente más del 50%, me ha respondido afirmativamente. Pero cuando les pregunto en *qué consiste* el enfoque existencial, encuentran dificultades para responderme. El lenguaje utilizado por los terapeutas para describir sus respectivos enfoques nunca se ha distinguido por su brillantez, ni aun por la claridad, pero de todos los vocabularios psicoterapéuticos, el más vago y confuso es el de la psicoterapia existencial. Los terapeutas asocian el enfoque existencial con términos intrínsecamente imprecisos y sin ninguna correlación aparente, tales como «autenticidad», «encuentro», «responsabilidad», «elección», «humanismo», «autorealización», «centralización», «sartreano» o «heideggeriano». Durante largo tiempo, muchos profesionales de la salud mental lo han considerado como una orientación confusa, «blanda», irracional y romántica que, en lugar de constituir un auténtico «enfoque», sirve de pretexto para que los terapeutas indisciplinados improvisen «su negocio». Espero poder demostrar que tales conclusiones son infundadas y que el enfoque existencial es un paradigma psicoterapeutico efectivo y valioso, tan racional, sistemático y coherente como cualquier otro.

La terapia existencial: una psicoterapia dinámica

La psicoterapia existencial es una forma de psicoterapia dinámica. Para comprender una de las características básicas del enfoque que tratamos, es necesario, pues, aclarar antes qué significa terapia dinámica. El término «dinámico» —empleado con frecuencia en el campo de la salud mental— tiene un significado vulgar y otro científico. En su sentido más común, «dinámico» (que se deriva del griego *dynasthi*, tener fuerza o poder) hace referencia a algo dotado de energía y movimiento (como por ejemplo un jugador de fútbol o un político «dinámicos», una «dinamo», un poco de «dinamita»); pero éste no es el sentido científico de la palabra, porque, si lo fuese, ningún terapeuta querría ser considerado no dinámico, es decir, lento, estancado, inerte. En el terreno técnico, el término está relacionado específicamente con el concepto de «fuerza». La contribución fundamental de Freud a la comprensión del ser humano fue la creación de un modelo dinámico del funcionamiento mental: un modelo basado en el principio de que dentro del individuo hay una serie de fuerzas en conflicto y que los pensamientos, las emociones y la conducta, tanto

la adaptativa como la psicopatológica, son el resultado de estas fuerzas en conflicto. Más aún —y esto es muy importante—, *estas fuerzas existen en distintos niveles de conciencia* y algunas son completamente inconscientes.

De tal modo, la psicodinámica de un individuo está formada por las distintas fuerzas conscientes e inconscientes, por los motivos y los temores que operan en su interior. Las psicoterapias dinámicas son, pues, las basadas en este modelo de funcionamiento mental.

Hasta aquí, todos estamos de acuerdo. Tal como voy a describirla, la psicoterapia existencial se amolda perfectamente a la categoría de las psicoterapias dinámicas. Pero si preguntamos cuáles son las fuerzas (y los temores y motivos) que están en conflicto, cuál es el *contenido* de esta lucha interna consciente e inconsciente, habremos llegado al punto a partir del cual se separa del resto, pues adopta un punto de vista radicalmente diferente de las fuerzas específicas, los motivos y los temores que actúan en el interior del individuo.

Resulta difícil identificar la naturaleza precisa de los conflictos internos más profundos. El terapeuta que trabaja con un paciente angustiado rara vez puede examinarlos en su forma más pristina. En su lugar, el paciente le presenta un cuadro enormemente complejo de preocupaciones: sus temores primarios están profundamente enterrados entre capas y capas de represión, negación, desplazamiento y simbolización. El investigador clínico se enfrenta a un cuadro formado por hilos tan enmarañados que resulta muy difícil desenredarlos. Para identificar los conflictos primarios, es necesario transitar por varios caminos de acceso: reflexiones, sueños, pesadillas, destellos de experiencia profunda, penetración interna, manifestaciones psicóticas y análisis de las experiencias infantiles. A su debido tiempo, me referiré a todos estos caminos, pero en este punto lo más útil será presentar los hechos de una manera esquemática y simplificada, valiéndonos para ello de una revisión somera de tres enfoques diferentes del conflicto intrapsíquico que caracteriza básicamente al individuo: el freudiano, el neofreudiano y el existencial.

Psicodinámica freudiana

Según Freud, el niño está regido por fuerzas instintivas innatas que, como una selva de helechos, crecen y fructifican a través del ciclo de desarrollo psicosexual. Estos conflictos pertenecen a diversas esfe-

ras: los polos de los instintos duales se oponen entre sí (el yoico al libidinal o, en la segunda etapa de su teoría, el Eros al Tánatos). Por otra parte, los instintos chocan con las exigencias del medio real y más adelante, con las demandas del ambiente internalizado o super yo. El niño tiene que negociar entre sus presiones internas que le impulsan a buscar una gratificación inmediata y el principio de realidad que exige posponerla. De este modo, el individuo movido por sus impulsos sostiene una guerra contra un mundo que le impide satisfacer sus instintos agresivos y sexuales.

Psicodinámica neofreudiana o interpersonal

Los neofreudianos —especialmente Harry Stack Sullivan, Karen Horney y Erich Fromm— presentan otro enfoque del conflicto básico del individuo. En lugar de estar previamente programado por sus propios instintos, el niño es un ser humano que, al margen de sus cualidades innatas de naturaleza neutral, tales como el temperamento y el nivel de energía, se estructura íntegramente como resultado de factores culturales y de la experiencia interpersonal. Su necesidad básica es la seguridad —la aceptación y la aprobación que recibe a través de su experiencia interpersonal— y su estructura caracterológica vendrá determinada por la calidad de la interacción habida con los adultos significativos capaces de proporcionarle seguridad. Aunque no está movido básicamente por los instintos, posee de forma innata una gran cantidad de energía, mucha curiosidad y necesidad de exploración corporal, un potencial inherente de desarrollo y un deseo de acaparar en forma exclusiva la atención de los adultos que ama. Estos atributos no siempre están de acuerdo con las exigencias de los adultos significativos que actúan a su alrededor y el conflicto primordial se establece así entre la inclinación natural del niño a desarrollarse y su necesidad de obtener seguridad y aprobación. Si tiene la desgracia de que sus padres estén tan inmersos en sus propias luchas neuróticas que sean incapaces de proporcionarle seguridad al mismo tiempo que estimulan su desarrollo autónomo, sufrirá como consecuencia graves conflictos, en los cuales el desarrollo interno se sacrifica siempre en aras de la seguridad.

Psicodinámica existencial

La posición existencial hace hincapié en un tipo diferente de conflicto básico: no se trata ya de una lucha contra las tendencias instintivas reprimidas ni contra los adultos significativos, tras la interiorización de sus figuras, *sino de un conflicto que emana del enfrentamiento del individuo con los supuestos básicos de la existencia.* Con la expresión «supuestos básicos» me refiero a ciertas preocupaciones esenciales, a ciertas propiedades intrínsecas que ineludiblemente forman parte de la existencia del ser humano en el mundo.

¿Cómo se descubre la naturaleza de estos supuestos? En cierto modo, resulta fácil. El método consiste en una profunda reflexión personal. Las condiciones son igualmente simples: soledad, silencio, tiempo y libertad con respecto a las distracciones cotidianas que suelen llenar el mundo de nuestras experiencias. Si podemos barrer de un plumazo o «poner entre paréntesis» el mundo cotidiano, si reflexionamos profundamente sobre nuestra «situación» en el mundo, nuestra existencia, límites y posibilidades, si llegamos al fondo subyacente a todos nuestros fundamentos, nos enfrentamos invariablemente con los supuestos de la existencia, con las «estructuras profundas» a las que en lo sucesivo llamaré «preocupaciones esenciales». Con frecuencia este proceso de reflexión se cataliza a través de ciertas experiencias urgentes, denominadas, por lo general, situaciones «límite», entre las que se incluyen el enfrentamiento con la idea de la propia muerte, con algunas decisiones importantes e irreversibles o con el colapso de algunos esquemas fundamentales que nos proporcionaban una serie de significados.

La presente obra se referirá a cuatro preocupaciones esenciales: la muerte, la libertad, el aislamiento y la carencia de un sentido vital. El enfrentamiento del individuo con cada uno de estos hechos constituye el contenido de un conflicto dinámico existencial.

La muerte: la preocupación esencial más obvia y más fácil de comprender es la muerte. Ahora mismo existimos, pero en cualquier momento dejaremos de hacerlo. Nos sobrevendrá la muerte y no hay escapatoria posible. Ésta es una verdad terrible y ante ella respondemos con un terror cerval. Para expresarlo con palabras de Spinoza: «Todo tiende a permanecer en su propio ser»[3], y uno de los conflictos existenciales básicos es la tensión que se crea entre la conciencia de la inevitabilidad de la muerte y el deseo de continuar siendo.

La libertad: otra preocupación esencial, aunque mucho menos accesible que la primera, es la libertad. Solemos concebirla como algo indudablemente positivo. ¿Acaso no es cierto que durante toda su historia el ser humano ha anhelado y luchado por ella? Sin embargo, desde la perspectiva de su fundamento básico, lleva implícitos grandes temores. Desde el punto de vista existencial, supone la ausencia de una estructura externa. Pese a lo que pueda parecer por la experiencia cotidiana, el universo del ser humano carece de un diseño inherente. Por el contrario, el hombre es completamente responsable y se convierte en el autor de su propio mundo, de su estilo de vida, de sus designios, elecciones y acciones. En este sentido, la «libertad» tiene una implicación aterradora: significa que no tenemos debajo de los pies ningún suelo, que no hay nada, sólo un abismo, un vacío. Por tanto, el conflicto entre la falta de base y el deseo de encontrar unos cimientos, una estructura, constituye una dinámica existencial fundamental.

El aislamiento existencial: la tercera preocupación esencial es el aislamiento; no el aislamiento *interpersonal* con la soledad que le caracteriza, ni tampoco el *intrapersonal* (relacionado con algunos aspectos de uno mismo), sino el aislamiento fundamental con respecto a las demás criaturas y al resto del mundo, que tiene lugar a niveles mucho más profundos que los anteriores. Independientemente de la intimidad que establezcamos con otros seres, existe una barrera final e intransitable; cada uno de nosotros nace solo y muere solo. Por consiguiente, la tensión entre nuestra conciencia de absoluto aislamiento y nuestro deseo de obtener contacto, protección e integración como parte del mundo en su conjunto constituye otro conflicto existencial.

La falta de sentido vital: el cuarto supuesto básico de la existencia es la carencia de un sentido vital. Si tenemos que morir, si nos vemos forzados a constituir nuestro propio mundo, si cada uno de nosotros está básicamente solo en medio de un universo indiferente, ¿cuál es el significado de la vida?, ¿por qué vivimos?, ¿cómo debemos vivir? Ya que no existe para nosotros una estructura predeterminada, tendremos que fabricar nuestros propios significados vitales, pero, ¿serán lo bastante firmes para soportar los embates de la propia vida? El conflicto dinámico surge, pues, como resultado de buscar los propios significados en un universo carente de sentido.

Características generales de la psicodinámica existencial

Por tanto, la «psicodinámica existencial» se refiere a estos cuatro supuestos básicos, a estas preocupaciones esenciales y a los temores y motivaciones inconscientes generados por cada una de ellas. Su enfoque conserva la *estructura* dinámica básica trazada por Freud, pero modifica radicalmente su *contenido*. La fórmula según la cual:

Impulso → *Angustia* → *Mecanismo de defensa*[1*]

se reemplaza por otra en la que:

Conciencia de la preocupación esencial → *Angustia* → *Mecanismo de defensa*[2*]

En ambas se da por sentado que la angustia es el combustible de la psicopatología; que las operaciones psíquicas —algunas conscientes y otras inconscientes— evolucionan en función de ella; que estas operaciones psíquicas o mecanismos de defensa constituyen la psicopatología; y que, aunque proporcionan seguridad, restringen irremediablemente el desarrollo y la experiencia. Una diferencia importante entre estos dos enfoques dinámicos es que el mecanismo freudiano parte de los «impulsos», en tanto que el punto de vista existencial se basa en la conciencia y el temor. Tal como lo expresó Otto Rank[6], el terapeuta cuenta con un radio de acción mucho más amplio si considera al individuo sobre todo como un ser temeroso y

1*. Donde la *angustia* es una señal de peligro, porque si se da rienda suelta a las pulsiones instintivas, el organismo se pone en una situación de peligro, ya que el yo se ve inundado por el ello y en este caso suele ser inevitable la búsqueda de castigo o retaliación (en forma de castración o abandono); y los *mecanismos de defensa* restringen la gratificación directa de los instintos, pero permiten su expresión indirecta, es decir, en forma de desplazamiento, sublimación o simbolización.

2*. Donde la *angustia* surge del miedo a la muerte, del aislamiento, de la carencia de base y de sentido vital y, por su parte, los *mecanismos de defensa* son de dos tipos: 1) mecanismos de defensa convencionales, descritos exhaustivamente por Freud, Anna Freud[4] y Sullivan[5], y que defienden al individuo de la angustia general sin tener en cuenta su origen; 2) mecanismos de defensa específicos, que describiremos en breve y que cumplen la función específica de defender al individuo frente a cada uno de los temores existenciales primarios.

afligido, en lugar de verle como un mecanismo impulsado por sus instintos. Estas preocupaciones esenciales —la muerte, la libertad, el aislamiento y la carencia de sentido vital— constituyen la medula de la psicodinámica existencial. Desempeñan un papel extraordinariamente importante en todos los niveles de la organización psíquica del individuo y tienen una gran significación en la labor clínica. Proporcionan también un principio organizativo. Las cuatro partes en que se divide esta obra están dedicadas a enfocar una por una estas preocupaciones esenciales, así como sus implicaciones filosóficas, psicopatológicas y terapéuticas.

La cuestión de la profundidad en la psicodinámica existencial

Otra diferencia importante entre la dinámica existencial y la freudiana y neofreudiana se deriva de la definición de «profundidad». Para Freud, la exploración explicaba siempre un proceso de excavación. Con la misma intención deliberada y la paciencia de un arqueólogo, iba decantando capa tras capa del psiquismo hasta llegar a la fundamental, a la formada por los conflictos básicos que constituían el residuo psicológico de los hechos más *tempranos* de la vida del individuo. El conflicto más profundo solía ser el más temprano. Así, su psicodinámica es de naturaleza evolutiva y, en ella, lo «fundamental» o «primario» tiene un sentido cronológico, pues significa lo «primero», y las fuentes «fundamentales» de angustia están estrechamente vinculadas a los traumas psicosexuales más tempranos: separación y castración.

La dinámica existencial, en cambio, no va unida a un modelo de desarrollo. No hay ninguna razón que nos obligue a identificar lo «fundamental» (es decir, lo importante, lo básico) con lo «primero» (esto es, lo que ocurrió cronológicamente en primer término). Desde una perspectiva existencial, la exploración profunda significa, más que una exploración del pasado, el intento de eliminar las preocupaciones cotidianas para centrarse sólo en la propia situación existencial. Significa meditar más allá del tiempo, pensar en la relación existente entre nuestros pies y el suelo en que pisamos, entre nuestra propia conciencia y el espacio que nos rodea; no se trata de pensar en el proceso a través del cual llegamos a ser como somos, sino en *cómo somos*. El pasado, es decir, lo que recordamos de él, importa sólo en la medida en que forma parte de nuestra existencia actual y ha influido

en nuestra manera de enfrentarnos, en el momento presente, a nuestras preocupaciones esenciales; pero, como demostraré más adelante, no constituye la zona más fértil de exploración terapéutica. El tiempo primordial de la terapia existencial es el «presente que se convierte en futuro».

Esto no quiere decir que sea imposible explorar los factores existenciales en un marco evolutivo (de hecho, en el capítulo III estudiaremos en profundidad el desarrollo del concepto de la muerte en el niño); pero sí significa que la cuestión del desarrollo cronológico no es predominante cuando un individuo se pregunta: «En este momento y en los niveles más profundos de mi ser, ¿cuáles son mis fuentes fundamentales de temor?» Las experiencias más tempranas del individuo, pese a su indudable importancia, no proporcionan una respuesta a esta pregunta fundamental. En realidad, el peso de las primeras experiencias vitales crea una estática biológica que oscurece más aún la respuesta, que es de naturaleza transpersonal, desborda la historia de cualquier individuo y es válida para todos, porque tiene que ver con la «situación» de los seres humanos en el mundo.

Esta distinción entre el modelo evolutivo, dinámico y analítico, por un lado, y el inmediato, no histórico y existencial, por otro, tiene un interés que sobrepasa el nivel teórico: como demostraré en capítulos posteriores, tiene profundas implicaciones en la técnica terapéutica.

La orientación existencial: extraña y al mismo tiempo conocida

A los terapeutas les resultará extraño, y a la vez próximo y conocido, buena parte de mi material. Extraño, porque el enfoque existencial hace un corte transversal a través de las categorías comunes y agrupa las observaciones clínicas de una manera diferente. Más aun, porque en gran parte el vocabulario es distinto; aunque evito emplear la terminología del filósofo profesional y procuro usar términos del sentido común para describir los conceptos existenciales, el terapeuta encontrará que se trata de un lenguaje raro desde el punto de vista psicológico. Pero, ¿existe acaso un léxico psicoterapéutico en relación con palabras tales como «elección», «responsabilidad», «libertad», «aislamiento existencial», «mortalidad», «propósito en la vida» o «voluntariedad»? Los ordenadores de las bibliotecas médicas rechazaron mi petición de referencias bibliográficas sobre los temas que acabo de mencionar.

Sin embargo, el terapeuta-hombre reconocerá fácilmente estos conceptos. Estoy convencido de que los que poseen cierta experiencia trabajan implícitamente dentro de un marco de referencia existencial: perciben las preocupaciones del paciente en la «medula de sus huesos» y responden a ellas. Esa respuesta es a lo que me refería anteriormente con el nombre de «condimentos» esenciales. Una de las principales tareas que se propone esta obra es cambiar el enfoque de los psicoterapeutas para que presten cuidadosa atención a las preocupaciones esenciales, lleven a cabo las transacciones acaecidas en la periferia de la terapia formal y las coloquen en el sitio que les corresponde, es decir, en el centro del escenario terapéutico.

Las principales preocupaciones existenciales resultan asimismo familiares porque han sido reconocidas como tales y analizadas desde el principio del pensamiento escrito por una corriente ininterrumpida de filosofos, teólogos y poetas. Este hecho tal vez resulte ofensivo para nuestro orgullo modernista, para nuestro sentido de la eterna espiral del progreso; pero visto desde otro ángulo, quizá resulte reconfortante saber que viajamos por una senda muy transitada, en compañia de los individuos más sabios y prestigiosos de la humanidad.

Estas fuentes existenciales de temor les resultan también conocidas a los psicoterapeutas, porque son seres humanos que comparten en su vida personal las mismas experiencias, ya que no son del dominio exclusivo de los individuos con problemas psicológicos. Una vez más me gustaria repetir que forman parte de la condición humana. En este punto, uno se puede preguntar cómo es posible que una teoria psicopatológica descanse en factores compartidos por todos los individuos[3*]. Por supuesto, la respuesta es que cada persona experimenta las tensiones inherentes a la condición humana de una forma altamente individualizada. A este respecto, el modelo existencial apenas difiere de las demás teorías con las que compite. Todo individuo atraviesa una serie de etapas evolutivas, caracterizada cada una de ellas por un cierto tipo de angustia. Todos pasamos por un conflicto edipico, por el nacimiento inquietante de sentimientos agresivos y sexuales, por la angustia de castración (al menos los de sexo masculino), por el dolor de la individualización y de la separación y por muchas otras etapas criticas del desarrollo. El único

3*. En este punto, así como en el resto de este libro, me refiero a los trastornos basados en factores psicológicos y de ninguna manera a las psicosis graves que tienen un origen fundamentalmente bioquímico.

modelo psicopatológico que no descansa en factores experimentados por todas las personas es el basado en traumas agudos. Pero las neurosis traumáticas son raras. La gran mayoria de los pacientes sufren tensiones que, en mayor o menor grado, son comunes a todos nosotros.

Sólo la universalidad del sufrimiento humano puede explicar la omnipresencia del trastorno psiquico, frecuentemente observada. Para citar sólo uno de los pensadores que han expresado esta idea, permítaseme relatar que en una ocasión André Malraux le preguntó a un cura párroco, que había estado escuchando confesiones de la gente durante cincuenta años, qué era lo que había aprendido acerca de la humanidad. El sacerdote le replicó: «En primer lugar, que la gente es mucho menos feliz de lo que uno cree... y después el hecho fundamental de que no existe una sola persona que haya crecido del todo»[7]. Con frecuencia, el que una persona sea considerada «paciente» y otra no, depende solo de circunstancias externas: por ejemplo, de sus recursos financieros, de la disponibilidad de psicoterapeutas, de sus actitudes personales y culturales hacia la psicoterapia y hacia la elección de una profesión; la mayoria de los psicoterapeutas se convierten en pacientes *bona fide*. La universalidad de la tensión interna es una de las razones principales por las que los estudiosos encuentran tantas dificultades cuando tratan de definir y describir la normalidad: la diferencia entre lo normal y lo patológico es cuantitativa, no cualitativa.

El modelo contemporáneo más similar al nuestro es uno de la medicina somática que demuestra que la enfermedad infecciosa no es simplemente el resultado de un agente bacterial o viral que invade un organismo indefenso, sino que se debe, mas bien, a un desequilibrio entre el agente tóxico y la resistencia del medio que le sirve de anfitrión. En otras palabras, en todo momento hay agentes nocivos dentro de los organismos, así como hay en todos los individuos una serie de tensiones que son inseparables de la vida misma. El hecho de que se desarrolle una enfermedad clinica depende de la resistencia del cuerpo (de factores tales como el sistema inmunológico, la nutrición y la fatiga) frente al agente: cuando baja la resistencia, surge la enfermedad, aunque la toxicidad y la fuerza del agente nocivo permanezcan invariables. Así, todos los seres humanos viven en una especie de incertidumbre, pero algunos no pueden con ella. La psicopatologia depende, pues, de la interacción entre una tensión omnipresente y los mecanismos de defensa del individuo.

La creencia de que las preocupaciones esenciales de la existencia nunca surgen en el curso de la terapia se debe por entero a una desatención selectiva del terapeuta. Los que escuchan, sintonizando las frecuencias adecuadas, encuentran siempre suficiente material. Ahora bien, hay quienes deciden desatender este tipo de preocupación existencial, precisamente porque son experiencias tan universales que no se espera sacar de ellas nada constructivo. He observado en la clínica que cuando se discute sobre estos temas, el terapeuta y el paciente parecen recibir nuevas energías durante un rato; pero poco a poco la discusión vuelve a decaer, como si ambos estuvieran convencidos tácitamente de que: «¿Qué le vamos a hacer? Así es la vida. Hablemos de rasgos neuróticos, de algo que podamos remediar...»

Otros se desvían de estas preocupaciones porque les resulta demasiado terrible enfrentarse a ellas. Después de todo, los pacientes neuróticos (y también los terapeutas) tienen ya suficientes preocupaciones, como para añadirles ideas tan alegres como la muerte o la carencia de sentido vital. Estos terapeutas creen preferible volver la espalda a los hechos existenciales, ya que sólo hay dos maneras de enfrentarse a ellos: como una verdad que llena de angustia o como una negación, y ambas son bastante difíciles de asimilar. Cervantes ya expresó este problema en boca de su inmortal don Quijote: «¿Qué escogéis: la locura sabia o la cordura necia?»

Una posición terapéutica existencial, como intentaré demostrar en capítulos posteriores, sirve para conjurar este dilema. La sabiduría no lleva a la locura y la negación no conduce a la cordura. El enfrentamiento con los supuestos básicos de la existencia es doloroso, pero a la postre es curativo. Una buena labor terapéutica lleva siempre aparejada la posibilidad de una prueba de realidad y la búsqueda de una iluminación personal. El terapeuta que decide evitar ciertos aspectos de la realidad y de la verdad está colocando la terapia sobre una base falsa. El comentario de Thomas Hardy afirmando que «si existe una ruta hacia lo *mejor,* esta debe pasar por una contemplación plena de lo *peor*»[8] constituye un buen marco de referencia para el enfoque terapéutico que voy a describir.

El campo de la psicoterapia existencial

En cierto sentido, la psicoterapia existencial es como un granuja sin hogar. No «pertenece» a nada. Carece de heredad alguna, de

escuela formal y de institución. Está excluida de los mejores barrios académicos. No la respalda ninguna sociedad propiamente dicha ni tiene ningún órgano de difusión reconocido (unas pocas publicaciones que aparecieron tímidamente, desaparecieron en su más tierna infancia). Tampoco tiene una familia estable ni un *paterfamilias.* Sin embargo, posee una genealogía, unos cuantos primos dispersos y algunos amigos de la familia en Europa y en América.

La filosofía existencialista: el hogar ancestral

«El existencialismo es difícil de definir.» Así empieza la referencia a esta filosofía en las principales enciclopedias filosóficas contemporáneas[9]. Casi todas las obras de consulta empiezan diciendo más o menos lo mismo y subrayando cómo dos filósofos llamados «existencialistas» pueden estar en desacuerdo sobre todas las cuestiones esenciales (además de su rechazo unánime a que se les identifique con una misma etiqueta). La mayoría de los textos filosóficos resuelven el problema de las definiciones dando una lista de los temas relacionados con el existencialismo (por ejemplo, el ser, la elección, la libertad, la muerte, el aislamiento y el absurdo) y proclamando que el filósofo existencialista es el que se dedica a estudiar dichos temas. (Ésta es, naturalmente, la estrategia que puse en práctica para identificar el campo de acción de la psicoterapia existencial.)

En filosofía, existe una «tradición» existencialista y una «escuela» propiamente dicha. Evidentemente, la tradición es muy antigua. ¿Existe, acaso, uno solo de los grandes pensadores que en algún momento de su vida o de su obra no haya fijado su atención en las cuestiones relacionadas con la vida y con la muerte? La escuela formal, en cambio, tiene unos orígenes claramente delimitables. Algunos dicen que empezó un domingo por la tarde, en 1834, cuando un joven danés se sentó en un café y, fumando un cigarro, empezó a reflexionar en voz alta sobre cómo se estaba haciendo viejo sin haber hecho ninguna contribución a la humanidad. Recordó a muchos de los amigos que habían tenido éxito en la vida:

> ... benefactores de su tiempo que han sabido hacer el bien al resto de la humanidad, facilitando la vida cada vez más, unos con los avances técnicos, ferrocarriles, autobuses, barcos, el telégrafo; otros, escribiendo compendios simplificados sobre todas las cosas útiles de este mundo y, por último, los

verdaderos benefactores, los que, gracias a sus pensamientos, facilitan sistemáticamente la existencia espiritual[10].

Su cigarro se había consumido ya, por lo cual el joven danés Sören Kierkegaard encendió otro y continuó murmurando. De pronto, apareció en su mente el siguiente pensamiento:

Todo el mundo debe hacer algo, pero si las capacidades de uno son limitadas y no le permiten simplificar las cosas aún más de lo que ya están, uno debe, con el mismo entusiasmo humanitario que anima a los demás, acometer la tarea de lograr que las cosas sean más difíciles[11].

Según su razonamiento, cuando todo contribuye a facilitar las cosas, existe el peligro de que la facilidad llegue a ser excesiva. Tal vez se necesite que alguien vuelva a hacer que las cosas sean difíciles. Se le ocurrió que había descubierto su misión en la vida: iba a dedicarse a encontrar dificultades, como un nuevo Sócrates[12]. ¿Cuáles? No le fue difícil encontrarlas. Todo lo que tuvo que hacer fue considerar su propia situación en la existencia, sus temores, sus elecciones, sus posibilidades y sus limitaciones.

Kierkegaard dedicó el resto de su corta vida a analizar su situación existencial y durante la década de 1840 publicó varios tratados importantes. Sus obras no fueron traducidas durante muchos años y ejercieron muy poca influencia hasta después de la primera guerra mundial, momento en que encontraron un terreno fértil y sus ideas fueron adoptadas por Martin Heidegger y Karl Jaspers.

La relación entre la terapia existencial y la escuela filosófica existencialista se parece mucho a la existencia entre la farmacoterapia clínica y la investigación bioquímica. Me referiré a menudo a las obras filosóficas para explicar, corroborar o ilustrar algunos de los hechos clínicos; pero no es mi intención (ni tampoco podría hacerlo con mi preparación académica) referirme de una manera exhaustiva a las obras de los filósofos ni a los supuestos principales de esta filosofía. Ésta es una obra destinada a los psicoterapeutas y quiero que les sea de utilidad desde el punto de vista clínico. Mis incursiones en la filosofía serán breves y pragmáticas; me referiré sólo a los aspectos con alguna equivalencia en la labor clínica. No me extrañaría que los filósofos profesionales me comparasen con los saqueadores vikingos que se apoderaban de las piedras preciosas haciendo caso omiso de sus complicadas y bellísimas monturas.

Como la educación de la mayoría de los psicoterapeutas incluye muy poco entrenamiento filosófico, partiré de la base de que mis lectores carecen de conocimientos en esta materia. Cuando me refiera a los textos filosóficos, trataré de hacerlo de una manera directa, dejando de lado la terminología especializada, lo que resulta bastante difícil, dado que los filósofos existencialistas emplean un lenguaje todavía más complejo y turbio que los teóricos del psicoanálisis. El texto filosófico más importante sobre la materia, que es *El ser y el tiempo* de Heidegger, se lleva la palma en cuanto a oscuridad lingüística.

Nunca he comprendido qué razón hay para el empleo de un lenguaje tan profundamente impenetrable. Los conceptos existencialistas básicos no son complejos. Se tarda mucho más tiempo en descubrirlos que en interpretarlos y analizarlos meticulosamente. En algún momento de su vida, todo ser humano entra en una etapa de «oscura reflexión» durante la cual se pone en contacto con las preocupaciones existenciales básicas. Lo que se requiere no es una explicación formal: tanto la tarea del filósofo como la del psicoterapeuta es hacer que aflore lo que está reprimido, lograr que la persona se ponga en contacto de nuevo con nociones que han estado en su interior desde largo tiempo atrás. Ésta es precisamente la razón por la cual los principales pensadores existencialistas (como por ejemplo Jean-Paul Sartre, Albert Camus, Miguel de Unamuno y Martin Buber) han preferido la exposición literaria de estas ideas en lugar de la argumentación filosófica formal. Después de todo, tanto el filósofo como el terapeuta deben estimular al individuo a examinar mediante introspección su propia situación existencial.

Los analistas existenciales: nuestros primos europeos

Varios psiquiatras europeos han combatido ciertos postulados básicos del enfoque psicoanalítico de Freud. Discrepaban de su modelo de funcionamiento psíquico y de sus explicaciones del ser humano en base a un esquema de conservación de energía tomado de las ciencias físicas y afirmaban que este enfoque conducía a una visión inadecuada del hombre. Si se aplica el mismo esquema para comprender a todos los individuos, afirmaban, se le escapa a uno la experiencia irrepetible de la individualidad de la persona. Se negaban a aceptar el reduccionismo freudiano (esto es, la afirmación de que

toda la conducta humana arranca de unas cuantas pulsiones instintivas básicas), su materialismo (es decir, sus intentos por explicar lo superior en términos de lo inferior) y su determinismo (consistente en que todo el funcionamiento mental está causado por factores identificables ya existentes).

Todos los analistas existenciales han estado de acuerdo en un punto fundamental de procedimiento: el terapeuta debe acercarse al paciente con un enfoque fenomenológico; esto es, entrar en el mundo de su experiencia y escuchar los fenómenos que relata sin ningún supuesto previo que distorsione la comprensión. Como lo ha expresado Ludwig Binswanger, uno de los analistas existenciales más conocidos: «No existe un solo espacio ni un solo tiempo, sino tantos espacios y tiempos como sujetos»[13].

Aparte de su reacción contraria al modelo mecanicista y determinista propuesto por Freud para explicar la mente y de su enfoque fenomenológico en terapia, los analistas existenciales tienen pocos rasgos en común y nunca se les ha considerado como una escuela ideológica. Estos pensadores —entre los cuales se encuentran Ludwig Binswanger, Melard Boss, Eugene Minkowsky, V.E. Gebsattel, Roland Kuhn, Igor Caruso, F.T. Buytendijk, G. Bally y Viktor Frankl— eran casi por completo desconocidos para la comunidad psicoterapéutica de los Estados Unidos hasta que en 1958 apareció el libro de Rollo May titulado *Existence,* que tanta influencia ha ejercido desde entonces y donde el autor presentó el trabajo de dichos pensadores por primera vez en nuestro país, especialmente en su ensayo introductorio[14].

Sin embargo, en nuestros días, pasados ya más de veinte años desde la aparición del libro de May, resulta sorprendente el que estas figuras ejerzan tan escasa influencia sobre la práctica psicoterapéutica estadounidense. Son poco más que un conjunto de caras desconocidas que aparecen en daguerrotipos desvanecidos en el álbum de fotografías familiares. En parte, se debe a una barrera idiomática: salvo algunas obras de Binswanger, Boss y Frankl, estos autores rara vez se han traducido. Se debe también a la naturaleza abstrusa de sus escritos; se han mantenido en las alturas de una *Weltanschauung* filosófica continental, de escasa sincronía con la tradición terapéutica estadounidense, eminentemente pragmática. Así, los analistas existenciales del Viejo Continente forman un conjunto de primos dispersos y perdidos para el enfoque terapéutico existencial que me propongo describir. Apenas haré referencias a ellos en este libro, con

la sola excepción de Viktor Frankl, pensador eminentemente pragmático, cuyas obras han sido frecuentemente traducidas a diversas lenguas, alcanzando amplia difusión.

Los psicólogos humanistas: nuestros primos estadounidenses

La tendencia europea hacia un análisis existencial surgió como resultado de un deseo de aplicar los conceptos filosóficos al estudio clínico de la persona y también como reacción ante el modelo presentado por Freud del ser humano. En los Estados Unidos empezó un movimiento similar a fines de la década de los años 50, se consolidó en los años 60 y en la década de los 70 se había proyectado ya con gran ímpetu en todas direcciones.

En la década de los 50 la psicología académica estaba dominada por dos escuelas ideológicas principales. La primera y más dominante era un positivismo científico de tipo conductista; la segunda era el psicoanálisis freudiano. Durante los años 30 y 40 se había escuchado una débil voz: la de los psicólogos de las escuelas sociales y de la psicología patológica, que coexistían en condiciones de estrechez en medio de los bastiones de la psicología experimental. Gradualmente, los teóricos de la personalidad (como por ejemplo Gordon Allport, Henry Murray, Gardner Murphy, George Kelly, Abraham Maslow, Carl Rogers y Rollo May) se fueron abriendo camino a través de las limitaciones impuestas por las escuelas conductistas y psicoanalíticas. Estaban convencidos de que ambos enfoques ideológicos de la persona dejaban de lado algunas de las cualidades más importantes del ser humano: por ejemplo, su capacidad de elección, los valores, el amor, la creatividad, la conciencia de uno mismo, el potencial de desarrollo humano. En 1950 establecieron formalmente una nueva escuela ideológica a la que denominaron «psicología humanística». Esta escuela, considerada como la «tercera fuerza» de la psicología (para diferenciarla del conductismo y del psicoanálisis freudiano), se convirtió en una sólida organización, con listas de miembros cada vez más abultadas y una convención anual a la que asistían miles de profesionales de la salud mental. En 1961, la American Association of Humanistic Psychology (Asociación Estadounidense de Psicología Humanística) fundó la «Journal of Humanistic Psychology» («Revista de Psicología Humanística»), en cuya redacción participaron figuras tan conocidas como Carl Rogers,

Rollo May, Lewis Mumford, Kurt Goldstein, Charlotte Bühler, Abraham Maslow, Aldous Huxley y James Bugental.

La naciente organización hizo algunos intentos por definirse a sí misma. En 1962 declaró formalmente que:

> La psicología humanística se interesa primordialmente por aquellas capacidades y potencialidades humanas que no tienen un lugar sistematizado ni en la teoría conductista o positivista ni en la teoría psicoanalítica clásica: por ejemplo, el amor, la creatividad, el autodesarrollo, el organismo, la gratificación de las necesidades básicas, la autorrealización, los valores más altos, el ser, el convertirse, la espontaneidad, el juego, el humor, el afecto, la naturalidad, el calor, la trascendencia del yo, la objetividad, la autonomía, la responsabilidad, el significado, el juego limpio, la experiencia trascendental, la salud psicológica y otros conceptos afines[15].

En 1963, el presidente de la asociación, James Bugental, sugirió que se adoptaran cinco postulados básicos:

1. *El hombre, en cuanto a tal, sobrepasa la suma de sus partes* (esto es, que el hombre no puede explicarse simplemente a partir del estudio científico de sus funciones parciales).
2. *El hombre es un ser dentro de un contexto humano* (es decir, que el hombre no puede entenderse estudiando simplemente sus funciones parciales y dejando de lado su experiencia interpersonal).
3. *El hombre tiene una conciencia* (y no puede explicarse psicológicamente por una teoría que no reconozca el curso continuo de la autoconciencia humana, formada por sus distintas capas).
4. *El hombre tiene una capacidad de elección* (no es un espectador de su propia existencia, sino que crea sus propias experiencias).
5. *El hombre tiene una intencionalidad*[4*] (tiende hacia el futuro; tiene un propósito, unos valores y un significado)[16].

Muchos de los manifiestos aparecidos durante la primera época —sobre el antideterminismo, el énfasis en la libertad, la elección, el propósito, los valores y la responsabilidad, y sobre la experiencia única del mundo que tiene cada individuo— tienen gran importancia como obras de referencia del pensamiento existencial que presento en esta obra. Ahora bien, la psicología humanística estadounidense no es

4*. Esta intencionalidad difiere del concepto comúnmente empleado en filosofía, que parte de que la conciencia se encuentra siempre enfocada hacia algún objeto; esto es, que la conciencia consiste *en* darse cuenta de algo.

equivalente a la tradición existencial europea; existe entre ellas una diferencia fundamental de acento. La segunda siempre ha dado gran importancia a las limitaciones humanas y a las dimensiones trágicas de la existencia. Tal vez se deba a que los europeos han conocido más de cerca las vicisitudes geográficas y étnicas derivadas de la guerra, de la muerte y de la incertidumbre existencial. Estados Unidos y la psicología humanística surgida en este país se han caracterizado, en cambio, por un *Zeitgeist* de expansividad, optimismo, horizontes ilimitados y pragmatismo. Por consiguiente, las formas importadas del pensamiento existencial se han ido alterando sistemáticamente. Todos los supuestos básicos tienen ahora un acento claro del Nuevo Mundo. El enfoque europeo se concentra casi siempre en los límites y en la necesidad de enfrentarse a la angustia derivada de la incertidumbre y del no ser. Los psicólogos humanistas, por su lado, se refieren menos a los límites y a las vicisitudes que al desarrollo de un potencial, hablan menos de aceptación que de conciencia, menos de angustia y más de experiencia culminantes y de integraciones globales; les interesa menos el significado de la vida que la autorrealización; no se refieren tanto a la separación y al aislamiento básico como al binomio «yo tu» y al encuentro.

Durante los años 60, la contracultura y los fenómenos sociales derivados de ella —tales como el movimiento de liberalización del lenguaje, los hijos de la naturaleza, la cultura de las drogas, los partidarios del desarrollo de las potencialidades humanas y la revolución sexual— inundaron el movimiento psicológico humanístico. En corto tiempo, las convenciones de la asociación parecían más bien un carnaval. La gran tienda de la psicología humanística era de proporciones generosas e incluía en su seno una gran variedad de escuelas, incapaces de conversar entre sí con un lenguaje existencial común. Así, surgieron en el escenario la terapia gestáltica, la transpersonal, los encuentros de grupo, la medicina holística, la psicosíntesis, los sufis y muchos otros. Todas estas nuevas tendencias tienen orientaciones de valor que repercuten de una manera significativa en la psicoterapia. Destacan entre ellas el énfasis en el hedonismo («si te resulta agradable, hazlo»), en el antiintelectualismo (que considera todos los enfoque cognoscitivos como «un fastidio mental»), en el cumplimiento pleno de las potencialidades del individuo («ocúpate de tus propias cosas», «busca experiencias culminantes») y en la autorrealización (la creencia en la perfectibilidad humana es común entre la mayor parte de los psicólogos humanistas, con

excepción de Rollo May, quien se afinca más profundamente en la tradición filosófica existencial).

Esta proliferación de tendencias, especialmente de tipo antiintelectual, originó muy pronto el divorcio entre la psicología humanística y la comunidad académica. Los psicólogos humanistas que habían alcanzado ya posiciones académicas sólidas se sintieron incómodos por las «malas compañías» y poco a poco fueron abandonando las filas del movimiento. Fritz Perls, que nunca había abogado por la disciplina, expresó su preocupación por los «equilibristas», los buscadores de «cualquier cosa» y los defensores de una «conciencia sensorial instantánea»[17]. Con el tiempo, las tres figuras que habían desempeñado el liderazgo intelectual de la psicología humanística —May, Rogers y Maslow— dieron muestras de una profunda ambivalencia con respecto a estas tendencias irracionales y fueron retirándole poco a poco su patrocinio activo.

Por consiguiente, la psicoterapia existencial mantiene relaciones un tanto confusas con la psicología humanística. Sin embargo, comparten muchos de los supuestos básicos y numerosos psicólogos humanistas tienen una orientación existencial. Entre ellos se encuentran Maslow, Perls, Bugental, Buhler y especialmente Rollo May, a quienes citaré con frecuencia en este libro.

Los psicoanalistas humanistas: amigos de la familia

Nos queda todavía un grupo de parientes, a los que llamaré «psicoanalistas humanistas», quienes se separaron mucho antes de las ramificaciones genealógicas que he venido describiendo. Aunque nunca se han considerado a sí mismos como miembros de un clan, el trabajo de todos ellos ha transcurrido siguiendo líneas paralelas. Los principales representantes de este grupo —Otto Rank, Karen Horney, Erich Fromm y Helmuth Kaiser— comenzaron en la tradición psicoanalítica freudiana de Europa, pero posteriormente emigraron a América. Todos ellos, salvo Rank, aportaron sus contribuciones más importantes dentro de la comunidad intelectual estadounidense. Todos rechazaron el modelo basado en los instintos con el que Freud trató de explicar la conducta humana y sugirieron importantes correcciones al mismo. Aunque su labor individual ha sido de largo alcance, todos se han ocupado en uno u otro momento de la terapia existencial. Otto Rank, cuya contribución se ha visto brillantemente

realzada por las interpretaciones posteriores de Ernest Becker, ha subrayado la importancia de la voluntad y de la angustia ante la muerte; para Karen Horney, el papel crucial de la conducta corresponde al futuro (el individuo está motivado por sus propósitos, ideales y metas y no determinado por los acontecimientos de su pasado); Fromm ha esclarecido con gran maestría el papel y el temor de la libertad en la conducta, mientras Kaiser se ha ocupado sobre todo de la responsabilidad y del aislamiento.

Además de este grupo de filósofos, de psicólogos humanistas y de psicoanalistas humanísticamente orientados, el árbol genealógico de la terapia existencial contiene otra rama importante integrada por grandes escritores, que, en forma tan completa como sus hermanos profesionales, han analizado y descrito los fenómenos existenciales. Así, las voces de Dostoievski, Tolstoi, Kafka, Sartre, Camus y muchos otros distinguidos escritores se escucharán a menudo en las páginas de este volumen. La gran literatura sobrevive, según explicó Freud en su comentario a *Edipo Rey*,[18] porque una parte del lector reacciona en su favor y se pone de su lado. La verdad de los personajes ficticios nos conmueve porque es nuestra propia verdad. Más aún, aprendemos acerca de nosotros mismos en las grandes obras literarias porque estas son tan despiadadamente honestas como pueden serlo los datos clínicos de los pacientes: el gran novelista, aunque su personalidad a veces se divida entre los distintos personajes, en última instancia se retrata a sí mismo. En una ocasión, Thornton Wilder escribió: «Si la reina Isabel de Inglaterra o Federico el Grande o Ernest Hemingway leyeran alguna vez sus biografías, exclamarían: "¡Ah! ¡Mi secreto continúa a salvo!" Pero si Natasha Rostov leyera *Guerra y Paz* gritaría, cubriéndose la cara con las manos: "¿Cómo lo supo? ¿Cómo lo supo?"»[19]

La terapia existencial y la comunidad académica

Antes comparé la terapia existencial con un granuja sin hogar, mal recibido en las mejores barriadas académicas. La carencia de un respaldo académico de la psiquiatría y de la psicología ha tenido importantes repercusiones en el campo de la terapia existencial, ya que las instituciones dominadas por el mundo académico controlan las principales fuentes que influyen en el desarrollo de las disciplinas clínicas: el entrenamiento y preparación de los terapeutas y profeso-

res, los fondos destinados a la investigación, el pago de matrículas y la publicación de material periódico.

Vale la pena que dediquemos un momento a reflexionar por qué las instituciones académicas han impuesto una cuarentena semejante al enfoque existencial. La respuesta se centra sobre todo en la base del conocimiento, esto es, en cómo sabemos lo que sabemos. La psiquiatría y la psicología académicas, basadas en una tradición positivista, conceden gran valor a la investigación experimental como método para validar o legitimar el conocimiento.

Consideremos la carrera típica de un profesor (y tengo en cuenta, además de mis observaciones, mi propia experiencia de veinte años en el mundo académico): se contrata a un joven conferenciante o a un profesor asistente porque da muestras de aptitud y de motivación para dedicarse a la investigación empírica; más adelante se le premia y promueve de acuerdo con sus logros en este campo. La consolidación de su situación académica se decide en base a la cantidad y calidad del material que haya publicado en determinadas revistas científicas. En cambio, a otros factores, como su capacidad didáctica y sus publicaciones no empíricas en libros, artículos y ensayos, se les concede mucha menos importancia.

Es muy difícil para un estudioso labrarse una carrera académica basada en la investigación empírica de los hechos existenciales, ya que la naturaleza misma de estos hechos impide en muchos casos la aplicación de las técnicas experimentales. Por ejemplo, una de ellas consiste en fragmentar el organismo a estudiar en sus partes componentes, de manera que cada una sea lo bastante simple para permitir la investigación empírica. Sin embargo, ésto se opone a uno de los postulados básicos del existencialismo, perfectamente ilustrado en un relato de Viktor Frankl[20].

Dos vecinos se hallaban enzarzados en una fuerte disputa: uno alegaba que el gato del otro se había comido su mantequilla y por consiguiente, exigía una compensación. Sintiéndose incapaces de resolver el problema, ambos acudieron, junto con el gato acusado, ante el sabio de la aldea, para someterle el caso. Éste le preguntó al acusador: «¿Cuanta mantequilla se ha comido el gato?» El aludido le respondió: «Diez libras». El sabio puso al gato en una balanza y ¡oh, milagro! el gato pesaba exactamente diez libras. «*¡Mirabile dictu!*» proclamó. «Aquí tenemos la mantequilla, pero, ¿dónde está el gato?»

¿Dónde está el gato? Juntando todas las partes no reconstruiremos a la criatura. Un credo humanístico fundamental es «que el hombre es

superior a la suma de sus partes». Por muy cuidadosos que seamos al estudiar las partes que componen la mente —por ejemplo, la conciencia, el inconsciente, el super yo, el yo y el ello— no podremos captar con exactitud cuál es la fuente de energía vital de la persona cuyo inconsciente (o cuyo super yo, o yo o ello) hemos estudiado. Más aún, mediante el enfoque empírico jamás descubriremos el *significado* que tiene la estructura psíquica para la persona a quien pertenece. Este significado no puede deducirse del estudio de los componentes, porque no es producto de una causalidad; es una creación del hombre, el cual es superior a la suma de sus partes.

Pero aún hay un problema más fundamental que el de descubrir «dónde está el gato». Al definir el existencialismo, Rollo May se ha referido a él en estos términos: «Es el intento de comprender al ser humano sin caer en la tradicional escisión entre el sujeto y el objeto, que tan negativa influencia ha ejercido en el pensamiento y en la ciencia del Occidente, desde poco después del renacimiento»[21]. Estudiemos más de cerca esa «escisión entre el sujeto y el objeto». La posición existencial es un reto al enfoque cartesiano tradicional de un mundo lleno de objetos, por un lado, y de sujetos que los perciben, por otro. Evidentemente, ésta es la premisa básica del método científico: existe una serie de objetos en el mundo, con un conjunto finito de propiedades, que pueden llegar a conocerse mediante la investigación objetiva. La posición existencialista, por el contrario, contempla a la persona no como un sujeto que, bajo circunstancias favorables, puede percibir la realidad externa, sino como una conciencia que participa en la construcción de la realidad. Para recalcar este hecho, Heidegger siempre se refirió al ser humano como *Dasein*. *Da* («ahí») *sein* («ser») se refiere a que el hombre está ahí, es un objeto que forma parte del mundo (un «ego empírico») y al mismo lo constituye (es decir, un «yo transcendental»). *Dasein* es al mismo tiempo el sujeto que otorga significados y el objeto conocido. Cada *Dasein* constituye su propio mundo, por tanto, estudiar a todos los seres con un mismo instrumento convencional, como si habitaran en el mismo universo objetivo, es introducir un error monumental en las propias observaciones.

No obstante, es importante tener presente que las limitaciones de la investigación psicoterapéutica empírica se vuelven más evidentes en el enfoque existencial, pero no son privativas de éste. En la medida en que la psicoterapia es una experiencia profundamente personal y humana, el estudio empírico de cualquier escuela ideológica contendrá errores y tendrá un valor muy limitado. Es un hecho de todos

conocido que, durante sus treinta años de historia, la investigación psicoterapéutica ha tenido muy pocas repercusiones en la práctica clínica. De hecho, tal como lo ha señalado tristemente Carl Rogers, padre fundador de la investigación empírica en psicoterapia, ni siquiera los investigadores de este campo han tomado su trabajo suficientemente en serio como para modificar gracias a él su enfoque psicoterapéutico[22].

Es también un hecho, que la gran mayoría de los terapeutas interrumpen sus investigaciones empíricas en cuanto leen su tesis o alcanzan una cierta posición. Si este tipo de investigaciones constituyen un método válido para buscar y hallar la verdad, ¿por qué los psicólogos y psiquiatras, una vez cumplidos sus requisitos académicos, abandonan para siempre sus tablas numéricas? Estoy convencido de que, en la medida en que van adquiriendo mayor madurez, se dan cuenta poco a poco de que la aplicación de las técnicas experimentales en psicoterapia plantea problemas capaces de desanimar a cualquiera.

Una experiencia personal quizá sirva para ilustrar lo anterior. Hace varios años llevé a cabo junto con dos colegas un amplio proyecto de investigación sobre el proceso y los resultados de los encuentros de grupo. Publicamos nuestros hallazgos en un libro titulado *Encounter Groups: First Facts*[23] que recibió grandes elogios por la precisión de la labor clínica realizada y, al mismo tiempo, los más clamorosos ataques por parte de numerosos psicólogos humanistas. De hecho, se dedicó todo un número de la «Journal of Humanistic Psychology» («Revista de Psicología Humanística») a la publicación de artículos contrarios a nuestro trabajo. Mis dos colegas redactaron réplicas muy efectivas y bien fundamentadas, pero yo rehusé hacer otro tanto. Para empezar, porque estaba dedicando todo mi tiempo a la redacción de la presente obra y, además, a un nivel más profundo, porque dudaba sobre el significado de nuestra investigación, no por las razones aducidas por nuestros atacantes, sino porque me resistía a creer que la verdadera experiencia de los participantes en los grupos hubiera quedado adecuadamente descrita en nuestro enfoque estadístico de tan elevado nivel técnico y matemático. Me preocupaba sobre todo uno de los hallazgos del centro metodológico de la investigación:[24] habíamos empleado una extensa batería de instrumentos psicológicos de medición para determinar en qué grado y en qué forma había cambiado cada participante en los encuentros de grupo. Las mediciones de los resultados se efectuaron desde cuatro diferentes perspectivas: 1) el participante mismo, 2) el director del grupo, 3) los restantes miembros de los grupos y 4) el ambiente social del participante.

¡La correlación entre estas cuatro perspectivas de cambio fue de cero! En otras palabras, hubo un acuerdo nulo entre las distintas fuentes de información acerca del cambio experimentado por los participantes.

Naturalmente, hay diferentes maneras estadísticas de «manipular» estos resultados, pero sigue siendo cierto que la evaluación resultante es altamente relativa y depende en gran medida de la fuente de información. Este problema no se ha presentado sólo en este proyecto: caracteriza a todos los estudios psicoterapéuticos. Cuantos más métodos utilice el investigador para comprobar sus resultados, más inseguro estará de su veracidad.

¿Cómo se enfrentan los investigadores a este problema? Uno de los métodos consiste en hacer menos preguntas para aumentar la fiabilidad y atenerse a una sola fuente de datos. Otro, empleado con frecuencia, es evitar los criterios «blandos» o subjetivos y medir sólo los objetivos, tales como la cantidad de alcohol que consume el paciente, el número de veces que uno de los esposos interrumpe al otro durante un período dado, el número de bocados de comida que ha consumido el paciente, sus respuestas epidérmicas medidas con un galvanómetro o el grado de erección que logra contemplando diapositivas de jóvenes desnudas. Pero infortunado el investigador que trate de medir factores tan importantes como la capacidad de amar y cuidar a otra persona, la capacidad para disfrutar de la vida, la intencionalidad vital, la generosidad, el entusiasmo, la autonomía, la espontaneidad, el humor, la valentía o la alegría de vivir. Una y otra vez tropezará con un hecho básico en la investigación psicoterapéutica: la precisión de los resultados es directamente proporcional a la trivialidad de los estudios que se lleven a cabo sobre las variables. ¡Vaya ciencia!

¿Qué alternativa nos queda? El método adecuado para llegar a comprender el mundo interior de otro individuo es el «fenomenológico», es decir, analizar directamente los fenómenos y encontrarnos con el individuo sin necesidad de emplear instrumentos «estandarizados» ni supuestos previamente establecidos. En la medida de lo posible, es necesario «poner entre paréntesis» las perspectivas del mundo en que uno se mueve y entrar en el de la experiencia del otro individuo. Este enfoque para llegar a conocer a otra persona es

sumamente fácil de aplicar en psicoterapia: todo buen terapeuta trata de relacionarse de este modo con sus pacientes. Es lo que se conoce con el nombre de empatía, presencia, genuina comunicación, aceptación sin prejuicios o actitud de «ingenuidad disciplinada», para emplear la afortunada frase de May[25]. Los terapeutas existenciales han insistido siempre en que debe intentarse la comprensión del mundo privado del paciente antes que concentrarse en las desviaciones que éste presenta con respecto a las «normas». Pero el enfoque fenomenológico, que es por definición no empírico, presenta problemas ingentes y aún no resueltos al investigador que se esfuerza por conseguir normas científicas elevadas en su trabajo.

A pesar de estas reservas, mi preparación profesional me ha obligado siempre a tener muy en cuenta las investigaciones ya realizadas acerca de las cuatro preocupaciones básicas: la muerte, la libertad, el aislamiento y la falta de un sentido vital. El estudio cuidadoso de estos antecedentes me ha servido para esclarecer varios puntos importantes de mi propia labor. Por ejemplo, con qué frecuencia los pacientes manifiestan explícitamente su preocupación por los problemas existenciales y con cuánta los terapeutas perciben estas preocupaciones.

He estudiado, asimismo, los datos proporcionados por investigaciones relativas a aspectos tangenciales de diversos temas existenciales, nunca estudiados de manera explícita por los investigadores. Por ejemplo, en el capítulo VI me referiré al trabajo sobre el «lugar geométrico del control», porque se trata de un tema importante para los apartados relativos a responsabilidad y voluntariedad.

Por las razones ya señaladas, hay otros tópicos que impiden la investigación empírica. En consecuencia, los investigadores han seleccionado algunos aspectos de los problemas que son más susceptibles de estudio. Por ejemplo, como veremos, existen muchas escalas de «angustia ante la muerte» que estudian los fenómenos del temor a ésta, pero de una manera tan superficial y basada en las normas, que resultan poco ilustrativas. Este tipo de investigaciones sugieren la imagen de un hombre que estuviera buscando a altas horas de la noche una llave perdida, no en el callejón oscuro donde se le cayó, sino bajo la luz de un farol, porque hay más luz. Hago mención, pues, de dichas investigaciones parciales con la debida reserva.

Existe otro terreno donde el conocimiento debe ser de naturaleza intuitiva. Hay ciertas verdades en la existencia tan claras y seguras, que la argumentación lógica o la corroboración experimental sobran.

El neuropsicólogo Karl Lashley comentó en una ocasión: «Si le enseñas a un perro a tocar el violín, no necesitas un cuarteto de cuerdas para probarlo.»

Me he esforzado por escribir este libro en un estilo lo bastante lúcido y llano para que resulte inteligible al lector lego en la materia. Sin embargo, me dirijo especialmente a estudiantes y psicoterapeutas practicantes. Es importante señalar que, aunque no presupongo una educación filosófica formal en mis lectores, sí doy por sentado que requerirán cierto grado de formación clínica. No pretendo que éste sea un texto psicoterapéutico completo o «fundamental» y espero que el lector esté familiarizado con los sistemas convencionales de interpretación clínica. Por ello, al describir los fenómenos clínicos desde el punto de vista existencial, a veces omitiré sus posibles explicaciones alternativas. Creo que mi misión consiste en describir un enfoque psicoterapéutico coherente, basado en las preocupaciones existenciales, señalando explícitamente los procedimientos que la mayoría de los terapeutas emplean de una manera implícita.

No pretendo describir *la* teoría de la psicopatología y de la psicoterapia, sino sólo presentar un paradigma, un sistema interpretativo que le permita al terapeuta extraer el significado de un vasto conjunto de datos clínicos y formular una estrategia sistemática de psicoterapia.

Se trata de un paradigma dotado de una considerable capacidad explicativa; es sencillo y económico (porque descansa es un número relativamente pequeño de supuestos básicos) y accesible (porque estos supuestos se basan en experiencias intuibles por cualquier individuo introspectivo). Más aún, está dotado de un fundamento humanístico en consonancia con la naturaleza profundamente humana de la empresa terapéutica.

Pero es *un* paradigma, no *el* paradigma, es decir, útil para algunos pacientes, pero no para todos; válido para algunos terapeutas y no para otros. La orientación existencial es un enfoque clínico entre muchos. Sirve para interpretar los datos clínicos pero, igual que sucede con otros paradigmas, carece de la hegemonía exclusiva y es insuficiente para explicar toda la conducta. El ser humano es demasiado complejo y lleno de posibilidades para ello.

La existencia es inexorablemente libre y, por tanto, incierta. Las instituciones culturales y las escuelas psicológicas suelen ocultar este estado de cosas, pero la confrontación con la propia situación existencial nos recuerda que los paradigmas son débiles barreras que

uno se crea para defenderse del dolor y de la incertidumbre. El terapeuta maduro, tanto dentro del enfoque teórico existencial como dentro de cualquier otro, debe ser capaz de tolerar esta incertidumbre fundamental.

PARTE PRIMERA

LA MUERTE

En los próximos cuatro capítulos analizaré el papel que desempeña el concepto de la muerte en psicopatología y en psicoterapia. Los postulados que presento son bastantes simples, a saber:

1. El miedo a la muerte desempeña un papel fundamental en nuestra experiencia interna, porque nos persigue más que ningún otro pensamiento, porque tiene una existencia subrepticia y continua en nuestra vida y porque constituye una inquietante y oscura presencia en el umbral de nuestra conciencia.
2. Al niño, desde una edad muy temprana, le preocupa intensamente la muerte y una de sus principales tareas en el curso de su desarrollo es la de enfrentarse al terror que siente ante la idea de su propia destrucción.
3. Para enfrentarnos a estos temores, elaboramos defensas que conjuren la conciencia de muerte, basadas en la negación, la cual configura la estructura de nuestro carácter y, si se deforma, nos conduce a síndromes clínicos. En otras palabras, la psicopatología es el resultado de modos ineficaces de trascender la idea de muerte.
4. Por último, puede construirse un enfoque psicoterapéutico sólido y efectivo sobre la base de la conciencia de muerte.

El capítulo II proporcionará una revisión del papel que desempeña el concepto de la muerte en psicoterapia, presentará importantes pruebas clínicas y de investigación y, posteriormente, estudiará las razones por las cuales el pensamiento psicoanalítico tradicional ha omitido erróneamente el concepto de la muerte, tanto de la teoría como de la técnica psicoterapéuticas.

En el capítulo III presentaré el desarrollo de este concepto en los niños y enfocaré los mecanismos de defensa que surgen para proteger

al individuo del miedo ante ella. El capítulo IV consistirá en la presentación de un paradigma psicopatológico basado en estas defensas de negación; y el capítulo V describirá tanto la teoria como la puesta en práctica de un enfoque terapéutico basado en la conciencia de la muerte.

CAPÍTULO II

LA VIDA, LA MUERTE Y LA ANGUSTIA

El gran Adolph Meyer aconsejó a toda una generación de estudiantes de psiquiatría: «No hurguéis donde no duele»[1]. ¿No constituye este adagio un excelente argumento contra la investigación de las actitudes de los pacientes hacia la muerte? ¿No tienen ya suficiente terror a ésta, sin que el terapeuta les recuerde el más sombrío de los horrores de la vida? ¿Por qué preocuparnos por la realidad más amarga e inmutable? Si la meta de la psicoterapia es crear esperanzas en el individuo ¿por qué destruírselas mediante la invocación de la muerte? El objetivo de la terapia es ayudar al individuo a que aprenda a vivir. ¿Por qué no dejar la muerte para los moribundos? Estas preguntas requieren una respuesta y comenzaré afirmando que la muerte es un hecho que duele siempre, que nuestras actitudes hacia ella influyen sobre nuestra manera de vivir y de crecer, sobre nuestras vacilaciones y sobre nuestras enfermedades. Examinaré dos proposiciones básicas, ambas con implicaciones importantes en la práctica de la psicoterapia:

1. La vida y la muerte son interdependientes; existen en forma simultánea y no consecutiva; la muerte late continuamente bajo la membrana de la vida y ejerce una enorme influencia sobre la experiencia y la conducta.
2. La muerte es una fuente primordial de angustia y, como tal, es un manantial primario de material para la psicopatología.

Interdependencia entre la vida y la muerte

Una venerable línea de pensamiento, que data de los comienzos de la escritura, señala la imbricación entre la vida y la muerte. Una de las

verdades más evidentes de la existencia es que todo se desvanece y que la desaparición de las cosas nos produce temor. Es evidente también que, no obstante, nos vemos obligados a vivir enfrentándonos tanto a la desaparición de las cosas, como al temor que sentimos. Los estoicos decían que la muerte es el hecho más importante de la vida. Aprender a vivir bien es aprender a morir bien y viceversa. Cicerón dijo: «Filosofar es prepararse para la muerte»[2] y Séneca: «Nadie disfruta el verdadero gusto por la vida hasta que está dispuesto y listo para abandonarla»[3]. San Agustín expresó la misma idea: «El verdadero ser del hombre nace de cara a la muerte»[4].

Es imposible que se la dejemos a los moribundos. El límite biológico entre la vida y la muerte es bastante preciso; pero desde el punto de vida psicológico ambas se fusionan. La muerte es un hecho de la vida. Si reflexionamos durante un momento, nos daremos cuenta de que la muerte no es simplemente el último momento de la vida. «Estamos muriendo desde el nacimiento; el final está presente desde el principio»[5] (Manilio). En su profundo ensayo acerca de este tema, Montaigne preguntaba: «¿Por qué temes el último día? habrá contribuido más a tu muerte que cualquiera de los otros. El último paso no es la causa de la fatiga, sino el que la pone de manifiesto»[6].

Sería muy simple (y muy tentador) continuar enumerando citas importantes acerca de la muerte. Casi todos los grandes pensadores (en época temprana de sus vidas o hacia el final de las mismas) le han dedicado profundos pensamientos y escritos. Muchos han llegado a la conclusión de que está inexplicablemente unida a la vida y que su consideración permanente enriquece la existencia y no al contrario. Aunque el hecho físico de la muerte destruya al hombre, la idea de la misma sirve para salvarle.

Este último pensamiento es tan importante, que vale la pena repetirlo: aunque el hecho *físico* de la muerte destruya al hombre, la *idea* le salva. Pero ¿qué significa exactamente esta aseveración? ¿Cómo salva al hombre la idea de la muerte? Y ¿de qué le salva?

La mención breve de uno de los conceptos fundamentales de la filosofía existencial quizás aclare estas preguntas. En 1926, Martin Heidegger estudió cómo la muerte puede salvar al hombre y llegó a la importante conclusión de que el ser consciente de ella actúa como una espoleta que nos hace saltar de una manera de existir a otra superior. Heidegger sostuvo que hay dos maneras fundamentales de existir en el mundo: 1) un estado de descuido de uno mismo y 2) otro de cuidado de uno mismo[7].

Cuando uno vive en un estado de *descuido del ser,* se encuentra sumergido en el mundo de las cosas y en las diversiones cotidianas de la vida: el ser se mantiene en un «nivel inferior», absorto en los «necios parloteos», perdido en «los demás». Uno se rinde ante el mundo cotidiano, ante la preocupación por la *manera* de ser las cosas.

En el otro estado, el de *cuidado del ser,* uno no se maravilla por la *manera* de ser las cosas, sino por el hecho de *que* existan; se trata, pues, de una continua conciencia del ser. Este estado, que generalmente se conoce con el nombre de «modo ontológico» (del griego *ontos,* que significa «existencia»), se traduce en el cuidado del ser, más que por su fragilidad (como explicaré en el capítulo VI), por la responsabilidad que uno tiene con respecto a sí mismo. Sólo de este modo nos ponemos en contacto con la creación de nosotros mismos, y llegamos a captar el poder inherente a la propia capacidad de cambio.

Por lo general, vivimos en el primer estado. El descuido del ser es el modo de existencia cotidiana. Heidegger lo califica de «inauténtico»: un modo de existencia en el que la persona no se da cuenta de la responsabilidad que tiene hacia la propia vida y hacia el mundo, en el que «huye», «cae», procura tranquilizarse y evita elegir «dejándose llevar por cualquiera»[8]. Sin embargo, cuando se entra en el segundo modo de existencia (el cuidado del ser), se existe auténticamente (de donde se deriva el frecuente empleo en la psicología de nuestros tiempos del término «autenticidad». En este estado, se tiene plena conciencia de uno mismo como yo transcendental (constituyente) así como del yo empírico (constituido); el ser capta sus propias posibilidades y límites; se enfrenta a la libertad absoluta y a la nada y experimenta angustia frente a las dos.

Pues bien, ¿qué tiene la muerte que ver con todo esto? Heidegger comprendió que no se pasa del estado de descuido al otro más digno de cuidado del ser mediante la simple contemplación, aguantando y apretando los dientes. Hay ciertas condiciones inalterables e irremediables, ciertas «experiencias urgentes» que nos conmueven y sacan de nuestro anterior estado de existencia cotidiana para llevarnos al superior. Entre estas experiencias (que Jaspers llamó posteriormente situaciones «límite»[9]), la muerte es incomparable: *es la condición que nos permite vivir la vida de manera auténtica.*

Pero este papel positivo de la muerte es difícil de aceptar. Por lo general, la consideramos como un mal tan inmisericorde, que cualquier opinión contraria parece incluso de mal gusto. Nos las arreglamos bastante bien sin la peste, gracias.

Pero dejemos en suspenso el juicio por un momento e imaginemos la existencia sin ningún pensamiento sobre la muerte. La vida perdería parte de su intensidad y se empobrecería. Freud, quien, por razones que expondré en breve, habló muy poco de este tema, creía que la transitoriedad de la vida aumenta el disfrute que experimentamos con ella. «La limitación de la posibilidad de disfrute eleva el valor del mismo.» En sus escritos durante la primera guerra mundial, dijo que el aliciente de la guerra consistía en que volvía a introducir la muerte dentro de la vida: «En verdad, la vida se ha vuelto muy interesante, pues ha recuperado su pleno contenido»[10]. Cuando se excluye la muerte, cuando se pierden de vista los riesgos, la vida se empobrece. «Se vuelve algo», escribió Freud, «tan superficial y vacío como por ejemplo un *flirt* en Estados Unidos, donde desde un principio se sobrentiende que nada va a pasar, a diferencia de lo que ocurre con los amores europeos, en los que la pareja se ve obligada a pensar constantemente en las graves consecuencias a las que se enfrenta»[11]. Muchos otros autores han especulado sobre el mismo tema. Así, por ejemplo, en la obra *Amphitryon 38* del dramaturgo francés Jean Giraudoux, aparece una conversación entre los dioses inmortales. Júpiter le está contando a Mercurio sus experiencias cuando se disfraza de formas terrenales para hacer el amor a alguna mortal:

«En algún momento, ella emplea pequeñas expresiones que ahondan el abismo que nos separa... Dice cosas como "Cuando yo era niña" o "Cuando sea vieja" o "Nunca en mi vida"... Esto es para mí como una puñalada, Mercurio... Nos hace falta algo, Mercurio... la intensidad de lo transitorio, la amenaza de la mortalidad, esa dulce tristeza de alcanzar algo que no se puede retener...»[12]

En forma similar, Montaigne imagina una conversación en la cual Quirón, semidiós y semihombre, rechaza la inmortalidad cuando su padre, Saturno, dios del tiempo y de la duración, le describe las implicaciones de la elección:

«Imagínate sinceramente cuánto más insoportable y dolorosa sería la vida eterna para un hombre, en lugar de la vida que le he dado. Si no tuvieras la posibilidad de la muerte, me maldecirías sin cesar por habértela quitado. A propósito le he añadido una dulce amargura para impedir que te entregues a ella con demasiada glotonería e intemperancia. Para mantenerte en el estado de moderación que espero de ti, en el cual no escapes de la vida ni retrocedas ante la muerte, he atemperado para ti la dulzura y la amargura»[13].

No deseo participar en un culto necrofílico ni abogar por una posición morbosa de negación de la vida. Pero hay que tener presente que nuestro dilema básico consiste en que cada uno de nosotros es, a la vez, un ángel y una bestia; somos las criaturas mortales que conocemos nuestra mortalidad, porque poseemos una conciencia de nosotros mismos. Negar la muerte a cualquier nivel es negar la naturaleza básica del hombre, lo que restringiría cada vez más la conciencia y la experiencia. En cambio, su integración nos salva; en lugar de sentenciarnos a una existencia de terror y pesimismo, actúa como catalizador para impulsarnos a un modo de vida más auténtico y realza el placer y el disfrute de nuestra existencia. Para corroborar este hecho contamos con el testimonio de individuos que se han enfrentado personalmente con la muerte.

Enfrentamiento con la muerte: cambio de la persona

Algunas de nuestras más importantes obras literarias han pintado los efectos positivos que producen en el individuo la proximidad de la muerte.

Guerra y Paz de Tolstoi refleja de forma excelente cómo la muerte puede provocar un cambio radical en la persona[14]. Pedro, el protagonista, se siente abrumado por la vida vacía e insignificante de la aristocracia rusa. Como un alma en pena, deambula por las primeras novecientas páginas de la novela, buscando algún sentido para su vida. El punto crucial del libro tiene lugar cuando las tropas de Napoleón lo capturan y lo condenan a morir fusilado. Como era el sexto en la fila, observa la ejecución de los cinco precedentes y se prepara a morir, pero, en el último momento, se salva por razones inesperadas. Esta experiencia le transforma de tal modo que pasa las restantes trescientas páginas de la novela viviendo una vida llena de entusiasmo y de propósitos. Es capaz de entregarse por completo en sus relaciones con los demás, de desarrollar una aguda conciencia del ambiente natural que le rodea y de descubrir una tarea vital cargada de significado para él y dedicarse a ella[1*].

El cuento de Tolstoi *La muerte de Iván Ilich* contiene un mensaje

1*. En la vida real, Dostoievski, a los veintinueve años de edad, pasó por la experiencia de que le salvaran en el último minuto de un pelotón de fusilamiento. Este hecho influyó de una manera crucial sobre su vida y su novelística.

similar[15]. Iván Ilich, un malvado burócrata, contrae una enfermedad mortal, probablemente cáncer abdominal, y sufre dolores espantosos. Su angustia le agobia incesantemente hasta que, poco antes de su muerte, descubre una sorprendente verdad: *está muriendo de mala manera porque ha vivido de mala manera.* En los pocos días que le quedan, Iván Ilich sufre una transformación dramática que sería difícil de explicar excepto en términos de un desarrollo personal. Si Iván Ilich hubiera sido un paciente, cualquier psicoterapeuta se hubiera sentido orgulloso de los cambios que tuvieron lugar en su interior: logra relacionarse con una mayor empatía y desaparecen su amargura crónica, su arrogancia y su autosuficiencia. En pocas palabras, durante los últimos días de su vida logra un nivel de integración mucho más alto que el que había alcanzado en toda su vida anterior.

Este fenómeno ocurre con gran frecuencia en el mundo de la psicoterapia clínica. Por ejemplo, las entrevistas realizadas con seis de los diez suicidas que sobrevivieron después de haberse arrojado por el puente Golden Gate, indican que, como resultado de su salto hacia la muerte, estas seis personas cambiaron sus puntos de vista hacia la vida[16]. Uno de ellos dijo: «El deseo de vivir se ha apoderado de mí... Hay en el cielo un Dios benévolo que impregna todas las cosas del universo.» Otro: «Todos somos hijos de Dios, de la gran humanidad de Dios.» Otro: «Ahora tengo un poderoso impulso de vivir... Toda mi vida ha renacido... He roto con todos mis patrones anteriores... Actualmente puedo percibir la existencia de otras personas.» Otro: «Ahora siento amor a Dios y quiero hacer algo por los demás.» Y el último:

> Mi vida se llenó de nuevas esperanzas y propósitos. Es algo que la mayor parte de la gente no podría comprender. Aprecio el milagro de la vida —como el vuelo de un pájaro— y todo adquiere un mayor significado cuando está uno a punto de perderlo. Experimenté un sentimiento de unidad con todas las cosas y con toda la gente. Después de mi renacimiento psíquico, comparto también el dolor de los demás. Todo se volvió claro y brillante.

Hay muchos otros ejemplos clínicos. Abraham Schmitt describe en detalle el caso de una paciente depresiva crónica, que intentó suicidarse y sobrevivió por pura casualidad. Schmitt relata la «completa discontinuidad entre las dos mitades de su vida»: antes y después del intento de suicidio. El terapeuta describe su contacto

profesional con ella más que como una terapia, como una guía en el drástico cambio que experimentó su vida. Para describirla, sus amigos emplean la palabra «vibrante», es decir, «llena de vida y entusiasmo». El terapeuta afirma que después del intento de suicidio «estableció un estrecho contacto consigo misma, con su vida y con su marido. Actualmente, vive la vida en toda su plenitud y está contribuyendo a llenar la de otras personas... Un año después del suicidio se quedó embarazada y dio a luz a varios niños en rápida sucesión (durante muchos años había sido estéril)»[17].

Russel Noyes estudió a doscientos individuos con experiencias muy cercanas a la muerte (accidentes automovilísticos, ahogamientos, caídas en escalamientos de montaña, etc.), e informó que como resultado de las mismas y a pesar de haber transcurrido varios años desde los respectivos accidentes, el 23 % de ellos habían adquirido:

> Una clara noción de que la vida es corta y preciosa... un mayor entusiasmo vital, un aumento de la percepción y de la responsabilidad emocional hacia el medio ambiente... una capacidad para vivir en el presente y para saborear cada momento que pasa... una mayor conciencia de la vida y de las cosas vivas y un fuerte deseo de disfrutar de todo antes de que sea demasiado tarde[18].

Muchos hablan de una «reafirmación de prioridades», de volverse más compasivos y más humanos que antes de la experiencia.

Abdul Hussain y Seymour Tozman, médicos de las «celdas de los condenados a muerte» de una prisión, describen en un informe de casos clínicos, a tres hombres condenados a muerte que recibieron el indulto en el último minuto. Según los autores, los tres dieron muestras de una profunda alteración de su personalidad y de un «notable cambio en sus actitudes» que persistieron durante los meses que duró el seguimiento de sus respectivos casos[19].

El cáncer: cara a cara con la muerte. El pictograma chino que significa «crisis» es una combinación de dos símbolos: «peligro» y «oportunidad». Durante los largos años que llevo trabajando con pacientes cancerosos desahuciados, me he dado cuenta de que muchos aprovechan la crisis y el peligro para cambiar. Hablan de sorprendentes modificaciones y cambios internos, que sólo pueden atribuirse a un «desarrollo personal»:

- Reestructuración de las prioridades de la vida: trivialización de lo trivial.

- Sentido de liberación: la capacidad de elegir sólo lo que se desea hacer.
- Sentido realzado de la vida en el presente inmediato, en lugar de posponerla para cuando uno se retire o para algún otro momento futuro.
- Profundo aprecio por los hechos elementales de la existencia: el cambio de las estaciones, el viento, la caída de las hojas, la última Navidad, etc.
- Comunicación con las personas amadas más profunda que la mantenida antes de la crisis.
- Menos temores interpersonales, menos miedo al rechazo, mayor predisposición a arriesgarse que antes de la crisis.

El senador Richard Neuberger, poco antes de morir de cáncer, describió estas modificaciones de la siguiente manera:

He sufrido un cambio que considero irreversible. Las cuestiones relacionadas con el prestigio, con el éxito político y con la posición financiera han perdido de golpe toda su importancia. En las primeras horas transcurridas después de saber que padecía de cáncer, jamás dediqué un solo pensamiento a mi escaño en el Senado, ni a mi cuenta bancaria ni al destino del mundo libre... Desde que me diagnosticaron la enfermedad, mi esposa y yo jamás hemos vuelto a tener una pelea. Antes solía hacerle la vida imposible quejándome porque apretaba el tubo de dentífrico por la parte superior, porque no se ocupaba lo suficiente de mis exigentes gustos culinarios, porque hacía las listas de invitados sin consultarme y porque gastaba demasiado en ropa. Ahora no me doy cuenta de ninguna de esas cosas o me parecen irrelevantes.

En su lugar, he aprendido a apreciar lo que antes daba por sentado: almorzar con un amigo, acariciar las orejas del gato y oírle ronronear, estar con mi esposa, leer tranquilamente un libro o una revista por la noche a la luz de la lámpara de mi mesilla de noche, hacer una escapada a la nevera para tomar un vaso de jugo de naranja o un trozo de pastel. Por primera vez, creo que estoy saboreando de la vida. Al fin me he dado cuenta de que no soy inmortal. Me estremezco al recordar la multitud de ocasiones en que me compliqué la existencia —aún cuando disfrutaba de buena salud— dejándome llevar por un falso orgullo, valores estereotipados y fruslerías[20].

¿Con cuánta frecuencia se observan estos cambios personales positivos después de un encuentro con la muerte? Para examinar estos fenómenos, mis colegas y yo diseñamos un proyecto de investigación que nos permitiera estudiar a los pacientes desde un punto de vista estrictamente médico[21]. Elegimos como muestra a una serie de mujeres, con cierta formación psicológica, integradas en un grupo de apoyo específico para enfermos de cáncer, al que habían acudido en busca de ayuda. Elaboramos un cuestionario para medir algunos de

los cambios personales y se lo administramos consecutivamente a setenta pacientes que se hallaban en tratamiento con varios médicos oncólogos, por padecer de metástasis en las glándulas mamarias (un cáncer que se les había extendido a algunas otras partes del cuerpo y para el cual no había curación médica ni quirúrgica)[2*]. Parte del cuestionario estaba formada por diecisiete aseveraciones de desarrollo personal[3*]; se les pedía que calificaran las aseveraciones de acuerdo con una escala de cinco puntos (que iba desde «casi nunca» hasta «siempre»), correspondientes a dos períodos de tiempo: «antes» del comienzo del cáncer y «ahora». Cuando examinamos los resultados, nos dimos cuenta de que la mayoría no había registrado cambios entre «antes» y «ahora». Sin embargo, hubo quienes sí notaron diferencias entre ambos períodos, orientadas invariablemente hacia un mayor desarrollo personal. En catorce de los diecisiete puntos, más pacientes informaron de un cambio positivo que de uno negativo[4*]. En algunos de los puntos hubo diferencias

2*. Las pacientes de este estudio eran todas externas y muy pocas de ellas estaban aquejadas de dolor físico incapacitante. Todas conocían su diagnóstico y sabían que, aunque todavía les quedaran meses o años de vida, a la postre morirían de su enfermedad.

3*.
1. Me comunico abiertamente con mi marido.
2. Aprecio la belleza de la naturaleza.
3. Tengo un sentido de libertad personal.
4. Trato de comunicarme abiertamente con mis hijos.
5. Es importante para mí caer bien a toda la gente.
6. Obtengo un gran placer de la vida.
7. Me comunico en forma sincera y franca.
8. Hago exactamente las cosas que deseo hacer.
9. Vivo más en el presente que en el pasado o futuro.
10. Tengo momentos de profunda serenidad.
11. Defiendo mis propios derechos personales.
12. Tengo un sentido de bienestar psicológico.
13. Me comunico abiertamente con mis amigos.
14. Siento que tengo algo valioso que enseñar a los demás sobre la vida.
15. Soy capaz de escoger lo que deseo hacer.
16. Mi vida tiene un significado y un propósito.
17. Las creencias religiosas y espirituales tienen un gran significado para mí.

4*. Los únicos dos puntos en los que se notó un retroceso fueron: el N.º 3 («Tengo un sentido de libertad personal»), creo que como consecuencia de las severas restricciones físicas que sufre un paciente canceroso, y el n.º 13 («Me comunico

significativas: por ejemplo, en el punto 14 («Siento que tengo algo valioso que enseñar a los demás sobre la vida») dieciocho pacientes registraron un cambio positivo y sólo tres, uno negativo. En el punto 11 («Defiendo mis propios derechos personales») hubo doce respuestas positivas y tres negativas. En el punto 2 («Aprecio la belleza de la naturaleza») se registraron once positivas y dos negativas. ¿Quién hubiera sospechado que un cáncer avanzado podía multiplicar los «momentos de profunda serenidad» (punto 10)? y sin embargo, en dieciocho casos fue así (en contraste con sólo ocho negativos).

Otra parte del cuestionario analizaba los cambios relativos a la intensidad con que se experimentaban los temores más comunes. Se seleccionaron veintinueve de una lista normalizada[5*] y se pidió a las pacientes que evaluaran su gravedad («antes» del cáncer y «ahora»). Los resultados de este cuestionario indicaron las mismas tendencias en los puntos destinados a medir el «desarrollo personal», pero no de la misma magnitud. En nueve puntos, se registró un incremento del temor desde el comienzo del cáncer; en uno estuvieron equilibradas

abiertamente con mis amigos»). La explicación de este último retroceso está probablemente en que muchos de los amigos de las pacientes se sentían extremadamente incómodos; las pacientes encontraban que algunas de sus relaciones más íntimas se fortalecían y otras tendían a desaparecer.

5*.

1. Los muertos.
2. La gente enojada.
3. Separarse de los amigos.
4. Los lugares cerrados.
5. Sentirse rechazado por otros.
6. Sentirse desaprobado.
7. Sentirse desdeñado.
8. La oscuridad.
9. La gente deforme.
10. Cometer equivocaciones.
11. Hacer el ridículo.
12. Perder el control.
13. Ser responsable de las decisiones.
14. Volverse loco.
15. Someterse a pruebas psicológicas.
16. Que otras personas le toquen a uno.
17. Sentirse diferente de los demás.
18. Estar solo.
19. Estar en un lugar extraño.
20. Hablar en público.
21. Las pesadillas.
22. El fracaso.
23. Entrar en una habitación donde otras personas se encuentran ya sentadas.
24. Mirar hacia abajo desde un edificio muy alto.
25. Los extraños.
26. Sentir ira.
27. La gente dotada de autoridad.
28. Un momento de silencio en la conversación.
29. Los insectos que reptan.

las respuestas (el número de pacientes que sentía menos miedo «ahora» fue el mismo que el de los que sentían más); *y en diecinueve de los veintinueve puntos, hubo más pacientes que registraran menos temor «ahora» que «antes» de iniciarse la enfermedad.*

Aunque desconocemos otros estudios sistemáticos de estos fenómenos en la literatura médica[6*], la mayor parte de los terapeutas pueden aportar anécdotas pertenecientes a su material clínico que ilustran nuestros resultados. Muchos han tenido pacientes que, en medio del proceso terapéutico, se han enfrentado de algún modo con la muerte y, como resultado de ello, han cambiado rápidamente sus perspectivas vitales y han reordenado las prioridades de su vida.

Schmitt tuvo una paciente que en cierto momento estuvo muy cerca de la muerte debido a un padecimiento renal. Después de un largo período de diálisis, le fue transplantado un riñón y regresó a la vida con la sensación de renacer física y psicológicamente. Ella misma relata su experiencia del siguiente modo:

> En realidad la única manera de describir mi cambio es diciendo que he vivido dos vidas. Incluso me llamo a mí misma con dos nombres: la primera y la segunda Kathy. La primera murió durante la diálisis. No resistió mucho en la lucha contra la muerte. Nació después una segunda en medio de la muerte... La primera era frívola y vivía minuto a minuto. Se quejaba porque la comida de la cafetería estaba fría, del aburrimiento que eran las conferencias sobre temas quirúrgicos, de la injusticia que atribuía a sus padres. Su única meta en la vida era divertirse los fines de semana... El futuro era algo lejano y le preocupaba muy poco. Sólo vivía para cosas triviales.
>
> La segunda en cambio, la que soy ahora, vive enamorada de la vida. ¡Admira la belleza del cielo maravillosamente azul! Cuando visita los jardines, se queda deslumbrada con los colores de las flores... Estoy segura de que si aún fuera como la primera Kathy, estaría desperdiciando mi existencia y no habría descubierto la verdadera dicha de vivir. Tuve que enfrentarme cara a cara con la muerte, tuve que morir, para aprender a vivir[24].

6*. Se han hecho estudios parecidos[22] en pacientes hospitalizados que se hallaban cerca de la muerte, y los hallazgos han sido mucho más negativos que en nuestro estudio; dichos pacientes se encuentran a menudo aislados, inmóviles y sufren dolores agudos. Hace poco, un paciente criticaba a Kübler-Ross por esta razón y señalaba que su clasificación de las «etapas» por las que pasan los moribundos estaba distorsionada por el hecho de que casi todos sus sujetos del hospital estaban en estado caquéctico, y que en cambio desdeñaba ese «período dorado» que sobreviene cuando el paciente tiene tiempo de asimilar su confrontación con la muerte[23].

Un inesperado encuentro con la muerte le permitió a un paciente alcohólico llamado Arthur cambiar radicalmente su vida. El paciente había ido de mal en peor. Llevaba varios años bebiendo muchísimo y sus períodos de sobriedad eran tan cortos que era imposible establecer con él un contacto psicoterapéutico eficaz. Ingresó en una terapia de grupo y un día llegó tan borracho a la sesión que se quedó dormido. Mientras estaba inconsciente en el sofá, el grupo continuó discutiendo sobre lo que había que hacer con él y finalmente decidió cargar con él y llevarlo al hospital.

Por fortuna, esta sesión se grabó en *vídeo* y cuando Arthur la vio, se encontró cara a cara con la muerte. Todo el mundo le había dicho desde hacía varios años que estaba matándose con la bebida; pero nunca había podido registrar la experiencia hasta que se contempló a sí mismo, estirado en el sofá, mientras el grupo discutía en torno suyo. Esto le recordó el funeral de su hermano gemelo, muerto de alcoholismo hacía un año. Se visualizó despertando en un ataúd e incorporándose, y rodeado de amigos que hablaban de él. Esta visión le conmovió profundamente; se hallaba en el período más largo de sobriedad que había tenido en toda su vida adulta y por primera vez tomó en serio la psicoterapia, que en última instancia era lo que más podía beneficiarle.

Mi propio interés por la psicoterapia existencial se debió en gran parte a que pude presenciar, hace varios años, el impacto de la muerte en una de mis pacientes. Jane tenía veinticinco años; era la eterna estudiante universitaria y acudió a la terapia porque se sentía deprimida, padecía de una gastritis funcional bastante seria y experimentaba un sentido crónico de indefensión y falta de propósitos. En la sesión inicial expuso sus problemas de una manera vaga y se quejó repetidas veces de que «no entendía lo que pasaba». Por mi parte, yo no comprendí el significado de sus quejas y, como estaban incluidas en una larga letanía de expresiones de menosprecio de sí misma, las olvidé. La induje a entrar en una terapia de grupo, en el curso de la cual siguió teniendo la sensación de ignorar lo que le ocurría. No comprendía lo que estaba sucediendo, por qué los otros miembros del grupo mostraban tan poco interés por ella, por qué había empezado a presentar una parálisis de conversión, por qué había establecido relaciones masoquistas con los demás, por qué se había enamorado a tal grado del terapeuta. En gran parte, la vida era un misterio que le acaecía «afuera», algo que llovía sobre ella.

En el grupo, se mostraba tímida y aburrida y todas sus aseveraciones eran predecibles. Antes de hablar, exploraba con la mirada las caras de los demás tratando de adivinar qué deseaban y, a continuación, decía algo que complaciera a la mayoría. Cualquier cosa para evitar las ofensas, para impedir que los otros se alterasen. (Y, en realidad, se alteraban, pero no porque sintieran ira contra ella, sino por aburrimiento.) Estaba claro que Jane se encontraba en una situación de retiro crónico de la vida. Los miembros del grupo trataron de encontrar a la «verdadera Jane» dentro de la cápsula de condescendencia en la que se había encerrado. La estimularon para que se socializara, estudiara, escribiera la tesis final que necesitaba para graduarse, comprara ropa, pagara sus cuentas, se buscara un novio, se arreglara y solicitara un trabajo.

Como sucede casi siempre en psicoterapia, estas exhortaciones fueron infructuosas, por lo que el grupo ensayó una táctica diferente: animarla a considerar las ventajas y bendiciones derivadas del fracaso. ¿Cuál era la ganancia? ¿Por qué era tan beneficioso el fracaso para ella? Esta táctica fue más productiva y así nos enteramos de que el beneficio era considerable. El fracaso mantenía a Jane joven, protegida y a salvo de tener que hacer sus propias elecciones. La idealización del terapeuta servía para los mismos fines. Así contaba con ayuda «afuera». Tal como ella la veía, su meta dentro de la psicoterapia era debilitarse a sí misma hasta el extremo de que el terapeuta no se atreviera a retirarle su toque mágico.

El acontecimiento crítico de la terapia tuvo lugar cuando a Jane le apareció un enorme tumor linfático en una axila. El grupo se reunía los martes por la noche y dio la casualidad de que ese mismo día por la mañana le habían practicado a la paciente una biopsia y tenía que esperar veinticuatro horas antes de saber si el tumor era o no maligno. Asistió al grupo esa noche, aterrorizada. Nunca se había enfrentado con la idea de su propia muerte y la sesión fue muy importante para ella porque pudo encarar el tema y expresar sus temores. Su experiencia principal era de una aterradora soledad, percibida siempre en el filo de la conciencia y siempre temida. Durante esa sesión, descubrió en un nivel profundo que por mucho que se debilitara a sí misma, a la postre tendría que enfrentarse sola con la muerte; nadie podía interceder por ella ni morir en su lugar.

Al día siguiente se enteró de que el tumor era benigno, pese a lo cual los efectos psicológicos de la experiencia fueron bastante profundos. Empezó a comprender muchas cosas, a tomar muchas decisiones y a empuñar el timón de su propia vida. En una sesión, comentó: «Creo

que entiendo lo que pasa.» Hacía mucho tiempo que me había olvidado de que ésta había sido su queja inicial, pero en ese momento la recordé y la comprendí. Para ella había sido muy importante ignorar lo que ocurría. Por encima de todo, había intentado evitar la soledad y la idea de la muerte que acompaña a la edad adulta. De una manera mágica, había intentado desafiar a la muerte manteniéndose joven, evitando las decisiones y la responsabilidad y creyendo en el mito de que siempre había alguien que decidiera por ella, la acompañara y la ayudara. El hecho de crecer, elegir y separarse de los demás significaba una forma de enfrentarse con la soledad y la muerte.

En resumen, el concepto de la muerte desempeña un papel básico en la psicoterapia porque cumple una función fundamental en la experiencia vital del hombre. La vida y la muerte son interdependientes: aunque la muerte física nos destruye, la *idea* de la misma nos salva. Su reconocimiento nos empuja a vivir, cambia radicalmente nuestra perspectiva vital y a veces nos conduce de una existencia frívola, caracterizada por las diversiones, el aturdimiento y la ansiedad producida por trivialidades, a otra más auténtica. Se han evidenciado avances psicoterapéuticos obvios e importantes y profundos cambios personales en individuos que han tenido que encararse con la muerte. Lo que se requiere es desarrollar una técnica que permita a los psicoterapeutas aprovechar este potencial terapéutico en todos los pacientes, en lugar de depender de circunstancias fortuitas o del advenimiento de una enfermedad mortal. En el capítulo V trataré con más detalle estas cuestiones.

La muerte y la angustia

La angustia desempeña un papel tan importante y claro en la psicoterapia que es innecesario subrayarlo. Su posición única en la vida psíquica era ya evidente en la nosología psiquiátrica tradicional, en la que los principales síndromes psiquiátricos se denominaban «reacciones»: psicóticas, neuróticas y psicofisiológicas. Consideramos que dichos estados son *reacciones ante la angustia.* Son esfuerzos, aunque defectuosos, por hacerle cara. La psicopatología es un vector: es la resultante de la angustia y de las defensas que el individuo desarrolla frente a ésta, y que pueden ser neuróticas o caracterológicas. Por lo general, los terapeutas empiezan su trabajo

con el paciente, centrando la labor en la angustia visible de éste, en sus manifestaciones equivalentes y en las defensas elaboradas para protegerse de la misma. Aunque el trabajo terapéutico se ramifica posteriormente en múltiples direcciones, los terapeutas emplean siempre la angustia como señal luminosa o compás de la vida psíquica: la enfocan, descubren sus fuentes fundamentales y se fijan como meta final la extracción y desmantelamiento de dichas fuentes.

La angustia ante la muerte: un factor determinante de la experiencia y de la conducta humanas

El miedo a morir es permanente y de tal magnitud que una parte considerable de la propia energía vital se consume en la tarea de negar la muerte. Uno de los afanes básicos del ser humano es intentar trascenderla: desde los fenómenos personales más profundos, pasando por nuestras defensas, motivaciones, sueños y pesadillas, hasta las estructuras macrosociales más externas, como los monumentos funerarios, las teologías e ideologías, los apacibles cementerios, los embalsamamientos, la necesidad de extendernos en el espacio, todo nuestro sistema de vida, incluidos la distribución del tiempo disponible, la predilección por las diversiones, la infatigable reverencia al mito del progreso, el impulso a «avanzar» y el afán con que perseguimos una fama duradera, todo ello tiene como fin trascender a la muerte.

Según Freud, el grupo humano básico, es decir, el núcleo de la vida social, se forma en torno al miedo a la muerte: los primeros humanos se juntaron impulsados por el temor a separarse, al desconocer lo que les acechaba en la oscuridad. Perpetuamos el grupo para perpetuarnos a nosotros mismos y la investigación histórica de dichos grupos es una búsqueda simbólica de la inmortalidad. Según los postulados de Hegel, la historia misma es el relato de lo que el hombre hace con la muerte. Robert Jay Lifton estudió las diversas maneras que tiene el hombre de alcanzar simbólicamente la inmortalidad. Consideremos sus implicaciones culturales más amplias: 1) el modo biológico, es decir, vivir a través de la propia progenie, mediante una cadena interminable de vinculaciones biológicas; 2) el modo teológico, consistente en vivir en un plano más elevado de la existencia; 3) el modo creativo, que se logra viviendo a través de las propias obras, es decir, del impacto perdurable que causan las propias creaciones en los

demás (Lifton opina que el terapeuta obtiene de esta fuente elementos para su prestigio personal: al ayudar al paciente, da origen a una cadena interminable que se prolonga en los hijos y parientes del mismo); 4) el tema de la eterna naturaleza: se sobrevive a través de una integración con las turbulentas fuerzas vitales de la naturaleza; y 5) el modo trascendental de la experiencia, es decir, «perdiéndose uno mismo» en un estado tan intenso que el tiempo y la muerte desaparecen y se vive en un «presente eterno»[25].

Estas implicaciones sociales del miedo a la muerte y de la búsqueda de la inmortalidad, son tan extensas, que sobrepasan el radio de acción de la presente obra. Entre los autores que se han ocupado de estas cuestiones, Norman Brown, Ernest Becker y Robert Jay Lifton han demostrado brillantemente cómo este miedo ancestral se ha transmitido a la base misma de nuestra estructura social. En este punto, me interesan los efectos que produce en la dinámica interna del individuo. Afirmo que el miedo a la muerte es una fuente primaria de angustia. Aunque esta posición es simple y acorde con la intuición cotidiana, sus ramificaciones en la teoría y en la práctica de la psicoterapia son bastante extensas, como veremos.

Definición de la angustia ante la muerte

En primer lugar examinaremos el significado de la expresión «angustia ante la muerte». Emplearé indistintamente varias: «ansiedad frente a la muerte», «miedo de la muerte», «terror mortal», «miedo de la propia extinción». Los filósofos hablan de conciencia de la «fragilidad del ser» (Jaspers), de temor de «no ser» (Kierkegaard), de «imposibilidad de posibilidades posteriores» (Heidegger) o de ansiedad ontológica (Tillich). Muchas de estas frases implican cierta diferencia de matices, ya que los individuos experimentan el miedo a la muerte de las más diversas formas. ¿Podemos precisar más? ¿Qué es exactamente lo que nos da miedo de la muerte?

Los investigadores de estas cuestiones han llegado a la conclusión de que el miedo está constituido por una serie de temores parciales más discretos. Por ejemplo, James Diggory y Doreen Rothman aplicaron un cuestionario a una muestra muy numerosa de la población general (N=563) y pidieron a sus miembros que clasificaran varias consecuencias de la muerte. En orden de frecuencia descendente, los siguientes fueron los temores más comunes:

1. Mi muerte causaría pena a mis familiares y amigos.
2. Todos mis planes y proyectos se acabarían.
3. El proceso puede ser doloroso.
4. Ya no podría tener ninguna otra experiencia.
5. Ya no podría ocuparme de mis hijos.
6. Tengo miedo de lo que pueda ocurrirme si existe otra vida después de ésta.
7. Tengo miedo de lo que ocurra a mi cuerpo una vez muerto[26].

Varios de estos temores son tangenciales con respecto a la muerte personal. El miedo al dolor sólo tiene que ver con la parte física del hecho; los temores relativos a una vida futura son un intento de convertir la muerte en un hecho no definitivo; y los referentes a otras personas son por completo ajenos al individuo mismo. El miedo a la extinción personal parece estar en el vértice de esta preocupación: «todos mis planes y proyectos se acabarían» y «ya no podría tener ninguna otra experiencia».

Jacques Choron, en un análisis de los principales estudios filosóficos sobre el tema, llega a conclusiones similares. Este pensador distingue tres tipos de miedos: 1) a lo que viene después de la muerte, 2) al «hecho» de morir y 3) a la extinción del ser[27]. Como ha señalado Robert Kastenbaum, los dos primeros son temores *relacionados* con la muerte[28]. En cambio, el tercero, el miedo a «la extinción del ser» (la destrucción, la desaparición, el aniquilamiento) es el realmente básico y a él nos referiremos en los siguientes capítulos.

Kierkegaard fue el primero que hizo una clara distinción entre el miedo y la angustia (temor), al contrastar el miedo a *algo* con la angustia, que es un miedo a *nada* en particular, « a una nada a la que el individuo es ajeno»[29]. Uno teme (o a uno le produce angustia) perderse y convertirse en la nada, y además este temor no puede localizarse ni explicarse. Tal como lo ha expresado Rollo May «nos ataca desde todas partes al mismo tiempo»[30]. Pero como es imposible enfrentarse a un temor incomprensible e inlocalizable, adquiere mayor gravedad aún: produce un sentimiento de indefensión que invariablemente genera más angustia. Freud pensaba que ésta era un reacción ante la indefensión y escribió que «se trata de una señal anunciadora de peligro, de que el individuo está esperando que se produzca en su vida psíquica una situación de indefensión»[31].

¿Cómo podemos combatirla? *Desplazándola de la nada a algo.* Esto es lo que Kierkegaard quiso decir cuando afirmó que «esa nada

de la que sentimos temor, se va convirtiendo paulatinamente en algo»[32]. Rollo May lo ha expresado diciendo que «la angustia busca convertirse en miedo»[33]. Si convertimos el temor a la nada en un miedo a algo, podemos organizar una campaña defensiva: evitaremos la causa de nuestra inquietud, buscaremos aliados para enfrentarnos a ella, inventaremos rituales mágicos para conjurarla o planificaremos una lucha sistemática para despojarla de su contenido siniestro.

Manifestaciones clínicas de la angustia ante la muerte

El hecho de que la angustia busque convertirse en miedo, a menudo confunde a los terapeutas cuando tratan de descubrir la fuente primaria de aquélla. En la labor clínica, rara vez se encuentra uno con el temor ante la muerte en su forma original, ya que —tal como sucede con el oxígeno en su estado natural— inmediatamente se transforma. Para librarse de él, el niño pequeño desarrolla mecanismos protectores que, tal como explicaré en el próximo capítulo, están basados en la negación, pasan por distintas etapas y, con el tiempo, se convierten en un conjunto altamente complejo de operaciones mentales que sirven para reprimir la angustia original, sepultándola bajo diversas capas de operaciones defensivas, tales como desplazamientos, sublimaciones y conversiones. Algunas veces el individuo se ve sometido a experiencias traumáticas que desgarran el velo de las defensas y permiten que lo ocultado irrumpa en su estado natural en la conciencia. Sin embargo, el yo inconsciente repara en seguida la parte desgarrada y oculta de nuevo la naturaleza de la angustia.

A guisa de ilustración, me gustaría relatar en este punto una experiencia personal mía. En los días en los que había empezado ya a escribir este libro, tuve un choque con el automóvil. Mientras conducía por una calle tranquila de los alrededores, vi de pronto que se me venía encima un coche por completo descontrolado. Aunque el impacto fue lo bastante fuerte para que ambos automóviles quedaran totalmente destrozados y el otro conductor con serias contusiones, yo tuve la suerte de no recibir ningún daño físico importante. Dos horas después, tomé un avión y esa misma tarde di una conferencia en otra ciudad. Sin embargo, me encontraba profundamente conmovido, me sentía mareado, tembloroso y no pude comer ni dormir. La noche siguiente cometí la insensatez de ir a ver una película de terror llamada *Carrie,* que acabó por hundirme en una situación de pánico y

tuve que abandonar el cine antes de que terminara el pase. Cuando regresé a casa dos días más tarde, no tenía en apariencia ninguna secuela psicológica, salvo un poco de insomnio y pesadillas.

Sin embargo, me surgió un extraño problema. En esa época me encontraba pasando un año como alumno del Center for Advanced Study in the Behavioral Sciences (Centro de estudios avanzados de las ciencias de la conducta), en Palo Alto, California. Disfrutaba mucho con la compañía de mis colegas, sobre todo durante las discusiones académicas que sosteníamos en nuestro tiempo libre a la hora del almuerzo. Inmediatamente después del accidente, empecé a experimentar un estado de intensa ansiedad durante estos almuerzos. ¿Se me ocurriría alguna idea brillante que aportar a la conversación? ¿Qué opinarían de mí mis colegas? ¿Haría el ridículo? Después de varios días, la ansiedad era tal que empecé a buscar excusas para almorzar solo en alguna otra parte.

Al analizar mi conducta, me di cuenta de que, sin lugar a dudas, esta ansiedad había aparecido por primera vez a raíz del accidente automovilístico, aunque la experimentada al encontrarme tan cerca de la muerte, había desaparecido por completo en un par de días. Comprendí claramente que ésta se había convertido en miedo; la había «manipulado» en un nivel primario, mediante un desplazamiento: separándola de su fuente verdadera y atribuyéndola a una situación específica. De este modo, sólo floreció en su forma original por breve tiempo; en seguida se transformó en una serie de preocupaciones mucho menos importantes, como la autoestima y el miedo al rechazo interpersonal o a la humillación.

Aunque había manipulado y «elaborado» mi angustia, no había logrado erradicarla, ya que siguió presente varios meses después. Logré eliminar mi fobia a los almuerzos, pero surgieron otros miedos distintos: a conducir un coche, a andar en bicicleta. Varios meses después fui a esquiar y descubrí que lo estaba haciendo con tales medidas de precaución y un estado tal de terror, que prácticamente ya no disfrutaba. Estos miedos pudieron localizarse en el espacio y en el tiempo y tratarse de una manera sistemática. Eran muy molestos, pero no fundamentales, puesto que no amenazaban a mi propio ser.

Además de esto pude notar otro cambio: el mundo se había convertido en un lugar peligroso para mí. Era incapaz de estar a gusto en mi propio hogar y veía peligros por todas partes. En cierto modo había perdido el sentido de la realidad, porque estaba viviendo lo que Heidegger llamó «sentimiento de extrañeza del mundo» *(umheim-*

lich), es decir, la experiencia de «no estar en el mundo como en tu propia casa», que el autor consideró (y yo puedo atestiguarlo) como una consecuencia típica de la conciencia de la muerte[34].

Otra propiedad de la angustia ante la muerte, que a menudo lleva a confusiones en la literatura psicoanalítica, es que el miedo a ésta se puede experimentar en muy distintos niveles. Como he dicho antes, uno puede preocuparse por el acto de morir, temer el dolor, lamentar el abandono de los proyectos inconclusos, deplorar el fin de la propia experiencia personal o considerar la muerte en una forma tan racional y desapasionada como los epicúreos, quienes llegaron a la conclusión de que es algo que no debe temerse porque «donde yo estoy, no está la muerte; donde está la muerte, no estoy yo. Por tanto, no significa nada para mí» (Lucrecio). Pero hay que tener presente que todas estas respuestas son reflexiones conscientes que nos hacemos los adultos sobre el fenómeno de la muerte; no se trata de los temores primitivos, asentados en el inconsciente, que forman parte básica del ser y que datan del comienzo de la vida, antes del desarrollo de la estructura conceptual lógica, temores escalofriantes, misteriosos y rudimentarios, presentes antes del lenguaje y de la imagen.

El terapeuta rara vez se encuentra ante este tipo de angustia, ya que se manipula mediante las defensas convencionales (por ejemplo, la represión, el desplazamiento y la racionalización) y mediante algunas específicas (véase el capítulo IV). Pero no debe preocuparnos demasiado, pues lo recogen todas las teorías elaboradas relativas a este tema. La angustia primaria se transforma siempre en algo menos dañino para el individuo. Ésta es la función que desempeña el sistema de los mecanismos psicológicos de defensa. Es raro que un terapeuta, para emplear un marco de referencia freudiano, observe la angustia de castración en su forma simple; por lo general, aparece transformada en otra. Por ejemplo, un paciente de sexo masculino puede desarrollar fobia a las mujeres o miedo a competir con otros hombres en ciertas situaciones sociales o inclinarse a obtener gratificaciones sexuales diferentes de las heterosexuales.

Sin embargo, los terapeutas con experiencia en dichas «transformaciones» y acostumbrados a seguir las huellas de las «elaboraciones» de la angustia frente a la muerte, a menudo se quedan maravillados ante la frecuencia y diversidad de sus apariciones. Permítaseme mencionar algunos ejemplos clínicos. Hace poco estuve tratando a dos pacientes que acudieron a terapia para resolver problemas comunes y dolorosos en su relación con los demás.

Joyce era una profesora universitaria de treinta años, que estaba en pleno proceso de divorcio. Había empezado a salir con Jack cuando tenía quince años y se había casado con él a los veintiuno. El matrimonio funcionó mal durante varios años y por fin se habían separado hacía ya tres. Aunque Joyce se había emparejado satisfactoriamente con otro hombre, le era imposible divorciarse. Cuando ingresó en la terapia, su queja principal era que, siempre que hablaba con Jack, lloraba. Al analizar su llanto, descubrimos varios hechos importantes.

En primer lugar, que para ella era fundamental que Jack continuara amándola. Aunque ya no le amaba ni deseaba, quería que él continuara pensando en ella y amándola más que a ninguna otra mujer. «¿Por qué?» le pregunté y me respondió: «Todo el mundo quiere que le recuerden. Es una manera de proyectarme hacia la posteridad.» Me recordó el rito judío del *kaddish* basado en la creencia de que, mientras los propios hijos lo sigan recordando a uno, la existencia continúa. Así, si Jack la olvidaba, ella en cierto modo moría[7*].

Otra de las causas de su llanto era su sentimiento de que Jack y ella habían compartido muchas experiencias agradables e importantes. Sentía que, si disolvía su unión, éstas desaparecerían. La desaparición del pasado es un recordatorio constante del paso inexorable del tiempo. A medida que se borra, se acorta también el futuro. Su marido la ayudaba a congelar este proceso. Aunque no se daba cuenta de ello, era evidente que Joyce tenía miedo de gastar su futuro. Por ejemplo, tenía el hábito de dejar siempre las tareas inacabadas. Si estaba limpiando la casa, dejaba sucio algún rincón. Tenía miedo de «terminar». Nunca acababa de leer un libro sin tener otro listo en su mesilla de noche. Me recordaba a Proust, quien ha dedicado la parte principal de su obra a escapar de las «fauces devoradoras del tiempo», atrapando nuevamente el pasado.

Otra razón por la que Joyce lloraba era su miedo al fracaso. Hasta

7*. Allen Sharp, en su libro *A Green Tree in Geddes* describe un pequeño cementerio mexicano, que está dividido en dos secciones: los «muertos», cuyas tumbas siguen estando adornadas por las flores que les llevan sus deudos, y los «verdaderos muertos», cuyas tumbas ya nadie cuida y a los que nadie recuerda[35]. Así, en cierto modo, cuando muere un anciano, muchas otras personas mueren también, porque aquél ha dejado de pensar en ellos. En ese mismo momento, todos aquellos que han muerto recientemente pero a quienes nadie más recuerda, se convierten también en «verdaderos muertos».

hacía poco tiempo, su vida había sido una cadena ininterrumpida de éxitos. El fracaso en el matrimonio significaba, según ella, que en lo sucesivo su vida sería «como la de todo el mundo». Aunque tenía un talento considerable, sus pretensiones eran exageradas. Esperaba alcanzar fama internacional e incluso ganar el Premio Nobel por un programa de investigación que estaba realizando. Si no lo conseguía en un plazo de cinco años, había planeado consagrar todas sus energías a la novelística y escribir un libro sobre la década de los años 70, que se hiciera famoso pese a que nunca había escrito ninguna novela.

Sin embargo tenía razones para creerse especial, ya que siempre había alcanzado todas sus metas. Su fracaso matrimonial era la primera interrupción de su carrera ascendente, el primer reto en el glorioso mundo que ambicionaba para sí, y amenazaba su convicción de que era una persona especial, lo cual constituye la negación defensiva más fuerte y común, como veremos en el capítulo IV.

El problema de Joyce estaba muy enraizado en la angustia primaria frente a la muerte. Para mí, que soy un terapeuta existencialista, los fenómenos clínicos que presentaba —el deseo de que la amasen y recordasen eternamente, el deseo de congelar el tiempo, la creencia en su invulnerabilidad personal y el deseo de fundirse con otro— cumplían todos la misma función: calmar su angustia.

A medida que fue analizando y comprendiendo la fuente común de estos fenómenos, su cuadro clínico mejoró notablemente. Lo más sorprendente de todo es que, una vez superada su necesidad neurótica de Jack y en cuanto dejó de usarle como instrumento para superar su temor a morir, volvió con él de una manera realmente positiva y restableció el matrimonio sobre una base completamente diferente. Pero éste es otro asunto, que trataremos en el capítulo VIII.

Está también el caso de Beth, una mujer soltera de treinta años, que acudió a la terapia por su incapacidad para establecer una relación satisfactoria con los hombres. En muchas ocasiones anteriores, había «escogido mal», según ella, y había roto las relaciones porque perdía interés por el hombre en cuestión. Mientras estaba en la terapia, se repitió de nuevo el círculo: se enamoró de un hombre, se le creó un estado angustioso de indecisión y, finalmente, fue incapaz de formalizar la relación.

Al analizar su dilema, descubrimos que se sentía presionada a formar una relación duradera: estaba cansada de la soledad, de vivir la vida de soltera y deseaba desesperadamente tener hijos. Esta

presión se intensificaba por su preocupación de hacerse vieja y de que se le pasara la edad adecuada para la maternidad.

Sin embargo, cuando su amante quería hablar de matrimonio, ella experimentaba una especie de pánico; cuanto más insistía él, mayor era su angustia. Para ella el matrimonio era como estar clavada en la pared: se quedaría paralizada para siempre de igual modo que el formaldehído fija los especímenes biológicos. Era importante seguir desarrollándose, mejorar, transformarse en algo diferente a lo que había sido hasta entonces; y temía que su amante fuera un hombre demasiado complaciente consigo mismo, demasiado satisfecho de sí mismo y de su vida. Poco a poco, se fue dando cuenta de la importancia que tenía esta motivación en su existencia. Nunca había vivido en el presente. Cuando servía la comida, iba siempre un plato por delante; mientras comía la carne, pensaba ya en el postre. A menudo había considerado con horror que «sentar cabeza» era equivalente a «quedar paralítica». Y se preguntaba: «¿Es esto todo lo que hay en la vida?», cuando reflexionaba sobre el matrimonio o sobre cualquier otro tipo de compromiso.

Durante la terapia, al analizar estas cuestiones —su compulsión a ir siempre un paso adelante de sí misma, su temor a envejecer, a la muerte y al estancamiento— se le agudizó cada vez más la angustia. Una noche, después de una sesión en la que aireamos material particularmente profundo, experimentó una situación de pánico. Mientras paseaba con el perro, tuvo la extraña sensación de que la perseguía un ser interplanetario. Miró hacia atrás y en todas direcciones y se echó a correr desenfrenadamente hasta encerrarse en su casa. Más tarde, estalló una tormenta y permaneció despierta toda la noche, atormentada por un miedo irracional a que el techo se abriera y a que el agua arrastrara su casa. En el capítulo V explicaré las razones por las cuales es frecuente que aumente la ansiedad cuando el miedo a *algo* (en el caso de Beth, el miedo a casarse o a equivocarse en su elección) se comprende en su verdadero sentido, es decir, como angustia frente a la *nada*. Para ella, tanto la presión para inducirla a casarse, como el miedo al matrimonio, eran reverberaciones superficiales de una lucha más profunda por contener su miedo a morir.

Muchos terapeutas han descrito la presencia y la transformación de la angustia frente a la muerte, en todo el espectro de la psicopatología clínica. En el capítulo IV hablaremos de este tema en profundidad, pero ahora me gustaría mencionarlo en líneas generales.

R. Skoog nos ha informado que el 70 % de sus pacientes obsesivos graves habían experimentado, al comienzo de su enfermedad, un enfrentamiento con la muerte que había amenazado su propia seguridad. A medida que se desarrolla el síndrome, los pacientes se muestran cada vez más obsesionados por controlar el mundo que les rodea e impedir que suceda algo accidental o inesperado que les perturbe. Detestan el desorden y la suciedad y elaboran rituales para conjurar el mal y el peligro[36]. Erwin Strauss observa que el disgusto que experimentan estos pacientes ante la destrucción, la enfermedad, los gérmenes y la suciedad está íntimamente relacionada con el propio miedo a morir[37]. W. Schwidder añade que estas defensas obsesivas no son completamente eficaces para conjurar la angustia básica. En un estudio realizado con más de cien pacientes obsesivo-fóbicos, descubrió que la tercera parte padecían miedo a los espacios estrechos y a la oscuridad, siendo aún mayor la proporción de los que manifestaban explícitamente temor frente a la muerte[38].

Herbert Lazarus y John Kostan, en un extenso estudio del síndrome de la hiperventilación (un síntoma muy frecuente, ya que lo presentan entre un 5 % y un 10 % de todos los pacientes que acuden a las consultas médicas) subrayan cómo la angustia ante la muerte se transforma en una serie de fobias. La incapacidad para deshacerse eficazmente de aquélla origina un pánico a la hiperventilación[39].

D.B. Friedman relata el caso de un paciente cuya angustia adoptó la forma de un pensamiento obsesivo consistente en que todos le olvidarían. Además, le preocupaba pensar que siempre se perdía los acontecimientos más emocionantes acaecidos a su alrededor: «Las cosas nuevas siempre pasan cuando yo no estoy presente, antes de llegar o después de mi partida; antes de que yo naciera o después de que me muera»[40].

Este miedo a la muerte queda apenas disimulado en los pacientes hipocondríacos que se pasan la vida preocupados por la seguridad y bienestar de sus propios cuerpos. La hipocondría suele comenzar a raíz de alguna enfermedad grave sufrida por el propio paciente o por algún allegado. Al principio, como observa V. Kral, el hipocondríaco experimenta directamente un miedo a morir, que más tarde se difunde entre numerosos síntomas corporales[41].

Varias investigaciones clínicas han señalado el importante papel desempeñado por la angustia ante la muerte en los síndromes de despersonalización[42]. Martin Roth, por ejemplo, descubrió que en más del 50 % de los casos, el citado síndrome se había desencadenado

a raíz de una muerte o enfermedad grave cercana al paciente[43].

Estos síndromes neuróticos tienen un rasgo en común: aunque incomodan y restringen, logran proteger de un manifiesto miedo a la propia extinción que llenaría de terror.

Investigación empírica sobre la angustia frente a la muerte

Durante las tres últimas décadas, se ha registrado una corriente débil pero continua de investigaciones sociales empíricas sobre el tema de la muerte. Casi todos los artículos publicados sobre la materia insisten en que se intensifiquen las investigaciones y se lamentan o protestan indignados por la falta de rigor en las mismas. Tras revisar la literatura existente, me veo obligado a sumarme a dichas quejas. Es alarmante el contraste que se observa entre los escritos especulativos e impresionistas sobre la muerte y la investigación metódica de este tema. Por ejemplo, una bibliografía sobre la muerte realizada en 1972 incluía más de 2600 libros y artículos, de los cuales sólo un dos por ciento eran informes de investigaciones empíricas y apenas unos pocos se relacionaban directamente con la teoría y la terapia existenciales.

Las investigaciones relevantes que trato en este libro son las que estudian los puntos siguientes: la incidencia de la angustia ante la muerte, los estudios sobre la correlación existente entre el grado de angustia y algunas variables (como edad, sexo, estado civil, ocupación, religión, educación, etc.); entre algunos factores de la personalidad (como los medidos por el MMPI[8*] o los niveles de ansiedad general o depresión) y algunas experiencias vitales (como la pérdida de un ser querido en los primeros años de la vida, la reclusión en una institución de salud, etc.). También la relación existente entre la angustia y la psicopatología, así como otras experiencias psicológicas, sobre todo las fantasías, sueños y pesadillas.

Tal como señalan Robert Kastenbaum y Ruth Aisenberg en su minuciosa revisión, salvo unas cuantas excepciones, la mayoría de los estudios son muy limitados en cuanto a sus metas o notoriamente defectuosos desde el punto de vista metodológico[44]. Muchos investigan la muerte de una manera imprecisa. Por ejemplo, sin establecer distinción alguna entre el miedo que uno siente o la propia muerte, el

8*. Inventario múltiple de personalidad de Minnesota.

que siente ante la de los demás y el que sienten los demás por la de uno.

No obstante, el problema más serio de todos es que la mayoría de los estudios han medido las actitudes conscientes hacia la muerte o la ansiedad consciente y manifiesta. Para complicar aún más las cosas, los investigadores han empleado instrumentos que (salvo un par de excepciones[45]) se elaboraron deprisa, y escalas «de andar por casa», sin una fiabilidad y validez previamente establecidas.

Existe un estudio interesante llevado a cabo con un grupo de estudiantes de medicina: se empleó una escala de angustia consciente frente a la muerte y la columna correspondiente a «autoritarismo» del California Personality Inventory F Scale (Cuestionario de personalidad de California, escala F). Se descubrió una relación negativa entre la angustia y el autoritarismo: cuanto más autoritarismo, menos angustia y viceversa. Más aún, los estudiantes de medicina que habían elegido psiquiatría manifestaron más ansiedad (y eran menos autoritarios) que los que habían elegido cirujía[46]. Tal vez los cirujanos se defiendan mejor y los psiquiatras sean más conscientes. Es posible también que los aspirantes a psiquiatras escojan el campo de la salud mental precisamente en busca de una solución para sus propios problemas psíquicos.

Varias investigaciones han confirmado que los individuos con gran devoción religiosa tienen menos angustia ante la muerte[47]. Los estudiantes que han perdido a uno de sus progenitores, demuestran mayor ansiedad[48]. La diferencia de edad parece no influir[49], en cambio sí hay una relación positiva entre la preocupación por la muerte y la proximidad de la misma[50]. Un estudio de los miedos más comunes presentados por mil estudiantes universitarios en régimen de coeducación, indicó la elevada importancia que tienen los temores relacionados con la muerte para este tipo de muestra[51].

Varios estudios han revelado, pero sin explicarlo, que las mujeres tienen mayor conciencia de la angustia frente a la muerte que los hombres[9* 53].

El hecho, aunque interesante, tiene poca importancia en la

9*. Un extenso estudio (N=825) no halló ninguna diferencia entre los hombres y las mujeres, pero una cuidadosa inspección de los datos demostró que éstas estaban menos dispuestas a contestar algunas preguntas inquietantes del cuestionario. Por ejemplo, un punto que dice: «¿Puede usted imaginarse a sí mismo en el momento de morir o hallándose ya muerto?» Fue respondido por el 78 % de las mujeres y por el 98 % de los hombres[52].

comprensión de la estructura de la personalidad y de la psicopatología. La piedra angular de la psicología dinámica es precisamente el que la angustia ante la muerte permanece en un nivel *inconsciente,* donde se reprime y «elabora». Uno de los pasos más importantes en la elaboración de la fuente de angustia es separar y aislar el afecto del objeto que lo produce. Así, uno puede pensar en la muerte y sentir sólo una incomodidad moderada y en cambio experimentar por otro lado una fuerte ansiedad desplazada, cuyo verdadero origen se desconoce. Algunos estudios, que presentaré en breve, han captado la diferencia entre la angustia consciente e inconsciente, y han intentado examinar el miedo a la muerte en niveles inconscientes. Han empleado instrumentos como el TAT[10*], el Rorschach, el análisis de sueños, pruebas de asociaciones de palabras, pruebas de completar frases, proyecciones taquistoscópicas y respuestas galvánicas de la piel.

La angustia ante la muerte y la psicopatología

Angustia consciente ante la muerte. Algunos informes aislados han tratado de establecer una correlación entre este tipo de angustia y la psicopatología. Los éstudiantes presentan una correlación positiva entre la angustia y el neuroticismo (según la escala de neuroticismo de Eysenck)[54]. Los presos encarcelados por delitos «menores» (sin detallar cuáles), comparados con una muestra de personas ajenas al mundo penitenciario, dieron índices mucho más altos que éstos de angustia y preocupación por la muerte, de miedo a los funerales y a las enfermedades, y manifestaron una mayor conciencia de tratar de suprimir sus ideas relativas al tema[55]. La angustia correlaciona, asimismo, positivamente con la escala de depresión del MMPI en pacientes psiquiátricos de edad avanzada; de hecho, la correlación fue tan marcada que los investigadores propusieron que en lo sucesivo el aumento de la angustia se considerase parte del síndrome depresivo de la vejez. Este mismo estudio no reveló en cambio ninguna correlación entre la angustia y la sintomatología somática (del Índice médico de la Universidad de Cornell)[56]. Quizá la somatización surja como una respuesta ante la ansiedad y sirva para disfrazarla.

Aunque los estudios indican la ausencia de angustia manifiesta ante la muerte en la población normal de edad avanzada[57], los

10*. Test de apercepción temática.

ancianos con inmadurez psicológica o trastornos psiquiátricos dan muestras de sufrirla en alto grado[58]. Los adolescentes manifiestan padecerla más que los grupos de otras edades, y lo mismo ocurre con los individuos con rasgos psicopáticos (que en este estudio se definen como actos delictivos de una magnitud suficiente como para justificar el encarcelamiento) respecto a los que integran los grupos de control[59]. Un estudio realizado con muchachas adolescentes «subnormales» demostró que las recluidas en instituciones manifiestan un mayor temor ante la muerte que las que viven en sus casas[60]. En forma similar, otro investigador demostró que el bajo rendimiento escolar en muchachas que estudiaban bachillerato era un factor determinante del aumento de su angustia «en algunas ocasiones tan evidente, que sólo podían comunicarla de manera indirecta»[61].

Angustia inconsciente ante la muerte. Pero estos estudios acerca de las actitudes y ansiedades conscientes aportan una escasa comprensión del papel que desempeña la angustia ante la muerte en la psicodinámica del individuo. Varios investigadores han intentado estudiar el aspecto inconsciente del fenómeno. Feifel y sus compañeros han definido tres niveles de preocupación: 1) el consciente (que se mide calificando las respuestas que los sujetos dan a la pregunta: «¿Tiene usted miedo de morir?»); 2) el de las fantasías (que se mide codificando la positividad o negatividad de las respuestas dadas por el sujeto a la pregunta: «¿Qué ideas o imágenes le vienen a la mente cuando piensa en la muerte?»); y 3) el subliminal (que se mide mediante el tiempo de reacción ante palabras relacionadas con la muerte, propuestas al sujeto en una prueba de asociación de palabras y en otra de interferencia de palabras)[62].

Los investigadores han encontrado que la preocupación por la muerte varía notablemente en cada uno de estos niveles. En el consciente, la gran mayoría (más del 70 %) de los individuos niegan el miedo a la muerte. En el de las fantasías, el 27 % lo niega, el 62 % se muestra ambivalente y el 11 % demuestra una considerable angustia. En el nivel subliminal, la mayoría de los sujetos demuestra un gran temor. La mayor diferencia entre los individuos normales, los neuróticos y los psicóticos es que estos últimos parecen más angustiados ante la muerte que los demás. A nivel más consciente, los ancianos y los sujetos muy religiosos, perciben la muerte «con una actitud bastante positiva, pero cargada de una angustia considerable en los niveles más profundos»[63]. De estos trabajos (realizados con

instrumentos bastante burdos) se desprende la necesidad de nuevas y más cuidadas investigaciones sobre el tema que nos atañe.

En un experimento interesante, W.W. Meissner demostró la existencia de una considerable angustia inconsciente[64]. Controló las respuestas galvánicas de la piel (RPG) de individuos normales a los que presentó una serie de cincuenta expresiones: treinta de ellas, neutrales y veinte que simbolizan la muerte (por ejemplo, el color negro, una vela que se apaga, un viaje, una persona dormida, una persona en silencio, atravesar un puente, etc.). Los símbolos de muerte provocaron una RPG mucho más pronunciada que las frases de control.

Klass Magni estudió la angustia inconsciente de manera distinta[65]. Pasó a los sujetos de la muestra una serie de proyecciones taquistoscópicas, realizadas con un tiempo de exposición cada vez mayor, de escenas mortuorias (imágenes de funerales, de cadáveres mutilados y así sucesivamente) y midió el tiempo que tardaban en identificar la escena. Comprobó que los estudiantes de teología que planeaban dedicarse a párrocos, tardaban mucho menos en identificarlas (de lo que se podría presumir que dichos estudiantes experimentaban menor angustia) que los que pensaban dedicarse a la investigación o a la enseñanza, profesiones de contacto personal con los demás menos íntimo. Varios estudios que utilizaron los datos obtenidos mediante entrevistas[66] o por medio de la aplicación del TAT[67], llegaron a la conclusión de que los individuos con un elevado nivel de neuroticismo también tienen una mayor angustia frente a la muerte.

Otras investigaciones realizadas con ancianos, mediante el TAT y pruebas de completar frases, han puesto de manifiesto que los que viven en un espacio separado dentro del hogar familiar, experimentan mucha menos angustia que los recluidos en las instituciones tradicionales para la tercera edad[68]. Más aún, la angustia al parecer es menor en los que desempeñan alguna actividad[69]. En las personas mayores, la angustia detectada por el TAT se correlaciona positivamente con los indicadores de neurosis del MMPI (hipocondría, dependencia, impulsividad y depresión)[70]. Otro estudio llevado a cabo mediante una técnica proyectiva de completar frases, en una población formada por individuos de mediana edad y por ancianos, demostró que los primeros tienen una mayor angustia que los segundos[71].

Si el miedo a la muerte es una fuente primaria de angustia, debería aparecer a menudo en los sueños en los que los temas inconscientes se reflejan de manera clara y sin disfraz. Un estudio normativo muy

extenso ha puesto de manifiesto que, en efecto, se encontraba presente en el 29 % de los sueños investigados[72]. Otro sobre las pesadillas reveló por su parte que el tema más común de ansiedad en los sueños de los adultos era la muerte o el temor de ser asesinado. Los demás temas frecuentes se relacionaban igualmente con éste: algún pariente moría o la vida de la persona se veía amenazada por un accidente o por alguien que le perseguía[73]. ¿Existe una correlación entre la ansiedad consciente y el número de pesadillas de muerte? Los estudios demuestran resultados muy conflictivos, según la escala utilizada para medir la angustia. Sin embargo, parece que los sujetos que han sufrido (especialmente antes de los diez años de edad) la muerte de parientes o amigos cercanos, son mucho más propensos a tener pesadillas con la muerte[74]. En cierta investigación se descubrió que existe una relación curvilínea entre la angustia consciente ante la muerte y los temas relacionados con ella que aparecen en los sueños[75]. En otras palabras, los individuos con una angustia consciente muy alta *o* muy baja, tienden a soñar con la muerte. Es probable que la ansiedad consciente elevada refleje otra inconsciente tan fuerte que no pueda disfrazarse y aparezca en las pesadillas y en la conciencia. muy baja (menor de lo que se espera en el promedio de los individuos) quizá refleje una fuerte angustia inconsciente, que en estado de vigilia se transforma mediante negaciones y represión, pero que durante el sueño abruma al que sueña, desbordando la censura.

En resumen, la literatura existente sobre el tema apenas aumenta nuestra comprensión del papel que desempeña el miedo a la muerte en la psicopatología y psicoterapia. La mayoría de las investigaciones consiste en estudios que tratan de correlacionar la ansiedad consciente (mediante toscos instrumentos de medición) con multitud de variables demográficas y psicométricas. En ellos se demuestra que existe una cierta correlación positiva entre un nivel de angustia alto y la depresión, la pérdida de alguien a una edad temprana, la falta de creencias religiosas y la elección profesional. Otros, dirigidos a capas más profundas de la conciencia, demuestran que hay una considerable carga de angustia ante la muerte que permanece inconsciente, que aumenta al pasar de la experiencia consciente a la inconsciente y que nos persigue en nuestros sueños; demuestran también que los viejos tienen más miedo a morir cuando son psicológicamente inmaduros y cuando tienen menos actividades en su vida; y, finalmente, que la angustia ante la muerte, tanto consciente como inconsciente, se relaciona con el neuroticismo.

La falta de atención a la muerte en la teoría y en la práctica psicoterapéuticas

Todos los puntos de vista mencionados anteriormente sobre la muerte —de la tradición cultural, de la experiencia clínica y de la investigación empírica— tienen repercusiones importantes en psicoterapia. La incorporación de la muerte a la vida enriquece a ésta y permite a los individuos liberarse de trivialidades sofocantes vivir de una manera más intencional y auténtica. La conciencia plena de la muerte provoca a veces un cambio radical en la persona. Sin embargo, la muerte es una fuente primaria de angustia; impregna la experiencia interna y nos defendemos de ella mediante una serie de dinamismos de la personalidad. Más aún, como veremos en el capítulo IV, puede conducir a deformaciones que se manifiestan mediante gran variedad de signos, síntomas y rasgos de carácter que llamamos «psicopatológicos».

Pero a pesar de estas poderosas razones, en psicoterapia rara vez se habla de la muerte. Se la desdeña y se pasa por alto en casi todos los aspectos del campo de la salud mental: teoría, investigación, informes y práctica clínica. Sólo se cuenta con ella cuando no hay más remedio: durante el cuidado de los pacientes moribundos. Los artículos sobre la muerte, que aparecen esporádicamente en la literatura psicoterapéutica, se publican en forma de anécdotas en revistas de segunda o tercera. Son curiosidades que transcurren en la periferia del caudal principal teórico y práctico.

Informes de casos clínicos

Por ejemplo, la omisión del miedo a la muerte en los informes de casos clínicos es tan evidente, que se ve uno tentado a concluir que se trata de una conspiración de silencio. En dichos informes hay tres maneras de tratar el tema. Una es desdeñarlo deliberadamente y no publicar nada relacionado con él. Otra es presentar numerosos datos clínicos relativos a la muerte, pero dejar de lado a propósito este material al hacer las formulaciones dinámicas del caso. Esto es lo que sucede, por ejemplo, con Freud, como demostraré en breve. La tercera consiste en presentar material clínico relacionado con la muerte pero, al hacer la interpretación del caso, traducir este concepto en otro compatible con una escuela ideológica particular.

En un artículo, ampliamente difundido, titulado *Actitudes de los psiconeuróticos hacia la muerte,* publicado en una importante revista, los eminentes clínicos Walter Bromberg y Paul Schilder, presentaron varias historias de casos en los que la muerte desempeñaba un papel prominente[76]. Por ejemplo, una paciente desarrolló una angustia aguda al morir una amiga suya hacia la cual había experimentado cierta inclinación erótica. Aunque la paciente manifestó de manera explícita que su propio miedo a la muerte se había recrudecido ante este acontecimiento, los autores concluyeron que «su reacción de angustia se debía a la fijación homosexual inconsciente contra la cual luchaba... que su propia muerte significaba la reunión con el objeto homosexual amado que la había abandonado... y, en consecuencia, con el objeto erótico que le había sido negado».

Otra paciente, cuyo padre era empresario de pompas fúnebres, describía de esta manera su agudo estado de ansiedad: «Siempre he tenido miedo a morir. Temía despertar mientras me estaban embalsamando. Era frecuente en mí la extraña sensación de que iba a fallecer de forma inmimente. Mi padre era empresario de pompas fúnebres. Nunca pensaba en el tema mientras me hallaba en contacto con los cadáveres... pero ahora me gustaría salir corriendo... estoy continuamente pensando en la muerte... me siento como si estuviera combatiéndola.» Los autores llegaron a la conclusión de que «esta angustia era la expresión de un deseo reprimido de pasividad y de que su padre embalsamara su cuerpo como enterrador que era». En su opinión, el estado de la paciente era el producto de sus mecanismos de defensa en contra de sus peligrosos deseos incestuosos y de su necesidad de ser castigada por ellos. El resto de los casos relatados en el mismo artículo son otros tantos ejemplos de interpretación de la muerte en función de los temores considerados fundamentales por los respectivos autores: por ejemplo «la muerte significa para este joven la gratificación sadomasoquista culminante a través de la unión homosexual con su padre» o bien, «la separación de la madre y el fin de la expresión de sus deseos libidinales inconscientes».

Evidentemente, uno se pregunta por qué este afán de transformar una cosa en otra. Si la vida del paciente se ve coartada por un temor a los espacios abiertos, a los perros o a la lluvia radiactiva, o si una persona se consume por sus preocupaciones obsesivas sobre la limpieza o las puertas cerradas, está justificada la búsqueda de los significados profundos que subyacen a estas preocupaciones superficiales. Pero, *res ipsa loquitur,* también puede ser que un miedo a la

muerte sea un miedo a la muerte y que no requiera ninguna traducción en términos de temores «más profundos». Como demostraré más adelante, es muy posible que el paciente neurótico no necesite una traducción de sus símbolos; tal vez conserve su contacto con la realidad y se encuentre muy cerca de la verdad, pero sin haber podido elaborar mecanismos «normales» de negación para defenderse de ella.

Investigación clínica

La falta de atención al concepto de la muerte ha tenido también implicaciones de largo alcance en la investigación clínica. A guisa de ilustración, consideremos el capítulo del luto y el duelo. Aunque muchos investigadores han estudiado con minuciosidad exhaustiva los detalles de la adaptación que tiene lugar en los deudos, nadie toma en cuenta que el familiar que sobrevive no sólo sufre por «la pérdida de un objeto» sino por haberse enfrentado a la posibilidad de perderse a sí mismo. Bajo el sufrimiento producido por la pérdida de un ser querido, se encuentra escondido el mensaje de que «si tu madre (padre, hijo, amigo o esposo) ha muerto, quiere decir que tú también morirás». Poco después del fallecimiento del padre de uno de mis pacientes, éste presentó una alucinación auditiva: escuchaba una voz que le decía desde arriba «tú eres el próximo». En un estudio sobre el primer año de luto guardado por las viudas, el investigador recogió comentarios tales como: «Siento que camino por la orilla de un pozo oscuro», y otros parecidos para indicar que la viudez les había hecho considerar el mundo como un lugar inseguro y lleno de peligros, o que la vida les parecía algo sin sentido o que experimentaban un sentimiento de ira sin saber exactamente a dónde dirigirla[77]. Considero que si estas reacciones se exploraran en profundidad, llevarían al investigador a conclusiones importantes sobre el papel que desempeña la pérdida como experiencia que facilita potencialmente el encuentro del familiar que sobrevive con su propia muerte. No obstante, los autores de los extensos estudios sobre el duelo que he leído hasta ahora han empleado un marco de referencia diferente y, por tanto, han pasado por alto este campo tan fértil. Este fracaso demuestra una vez más el empobrecimiento de las ciencias de la conducta cuando desdeñan las verdades intuitivas evidentes. Hace cuatro mil años, en uno de los ejemplos más antiguos de literatura escrita, el poema épico

Gilgamesh de Babilonia, el protagonista sabía bien que la muerte de su amigo Enkidu era un presagio de su propia muerte: «Ahora ¿qué extraño sueño es éste que se ha apoderado de ti? Te has vuelto oscuro y no puedes oírme. Cuando yo muera ¿no seré acaso como Enkidu? La pena invade mi corazón, tengo miedo de la muerte»[78].

Los terapeutas

Algunos terapeutas dicen que sus pacientes no expresan preocupación alguna por la muerte. Creo, sin embargo, que lo que ocurre es que no están preparados para escucharlos. Un terapeuta receptivo, capaz de profundizar en las preocupaciones de sus pacientes, seguro que se encuentra con la muerte en su trabajo cotidiano.

En cuanto se les proporciona el más mínimo estímulo en este sentido, los pacientes proyectan abundante material relacionado con el tema. Narran el fallecimiento de sus familiares y amigos, se preocupan por envejecer, se sienten perseguidos por la muerte en sus sueños, cuando asisten a las reuniones de sus compañeros de generación se quedan asombrados al ver cuánto han envejecido los demás, señalan con resentimiento la carrera vital ascendente de sus propios hijos y algunas veces se dan cuenta —con gran sobresalto— de que empiezan a disfrutar de los placeres sedentarios de los ancianos. Están pendientes de cualquier pequeño indicio relativo a su propia muerte: rasgos de senilidad, manchas hepáticas en la piel, canas, articulaciones endurecidas, espalda encorvada, arrugas cada vez más profundas. Se aproxima la época del retiro, los hijos abandonan el hogar, se convierten en abuelos, sus hijos se preocupan por ellos y el ciclo de la vida los envuelve. Hay otros que tocan el tema más discretamente; tienen la fantasía terrorífica —tan frecuente— de que un asesino entra de improviso en su hogar, o reaccionan con temor cuando aparecen escenas violentas en la televisión o el cine. Todo trabajo terapéutico va siempre acompañado —si el terapeuta sabe escuchar— de una corriente profunda de preocupaciones sobre la muerte.

Mi propia experiencia así lo corrobora. Mientras preparaba este libro, tropecé con gran cantidad de datos clínicos sobre la materia, que antes me habían pasado inadvertidos. Es indudable que, hasta cierto punto, he inducido a mis pacientes a proporcionarme ciertas pruebas. Pero estoy convencido de que se trataba de un material ya

existente en ellos y que yo me limité a sintonizar adecuadamente la fuente. Por ejemplo, en este mismo capítulo he presentado los casos de dos pacientes, llamadas Joyce y Beth, que tenían problemas comunes relativos al establecimiento y ruptura de relaciones interpersonales. Al profundizar el análisis, encontré que ambas mujeres estaban muy preocupadas por los temas existenciales, lo que no habría descubierto sin la orientación psicológica apropiada.

Otro ejemplo de «sintonización» me fue proporcionado por una psicoterapeuta que, tras asistir a una de mis conferencias sobre este tema, me escribió lo siguiente en una carta:

> ...No se me había ocurrido que el tema de la muerte estuviera presente en mi trabajo actual, ya que trabajo como consejera psicológica en el Reed College y nuestras estudiantes suelen gozar de excelente salud física. Sin embargo, el lunes por la mañana tuve una cita con una estudiante que había sido víctima de una violación hacía dos meses. Desde entonces, venía sufriendo toda clase de síntomas desagradables y dolorosos. En la sesión, me comentó con una sonrisa de amargura: «Si no me estoy muriendo de una cosa, me estoy muriendo de otra.» Debido en parte a sus afirmaciones durante la conferencia, derivé la conversación hacia el miedo a morir de la chica. Me confesó que la posibilidad de que la violaran y de morir era algo que antes nunca se le había pasado por la mente. Ahora, en cambio, se sentía vulnerable y llena de una ansiedad desconocida. Pareció muy aliviada por haber hablado de su, en apariencia injustificado, miedo a morir, ya que a nivel físico no presentaba ningún padecimiento concreto[79].

Las sesiones psicoterapéuticas que tienen lugar después de algún encuentro casual con la muerte, suelen aportar multitud de datos clínicos. Como es natural, los sueños son fuentes especialmente ricas de material. Por ejemplo, la noche que siguió al funeral de una vieja amiga, una paciente de treinta años soñó lo siguiente: «Estaba sentada viendo la televisión. El médico llegó y me examinó los pulmones con el estetoscopio. Yo me enfadé y le pregunté qué derecho tenía a examinarme. Me dijo que yo fumaba como una chimenea y que padecía una avanzada enfermedad de *reloj de arena* en los pulmones.» La paciente no fuma, pero la amiga que murió fumaba tres paquetes de tabaco al día. La enfermedad *reloj de arena* en los pulmones simboliza que «el tiempo corre»[80].

La negación desempeña un importante papel en la desatención selectiva con respecto a la muerte de la que suelen dar muestras los terapeutas. Se trata de una defensa poderosa y omnipresente. Como

un aura, suele rodear el afecto asociado a la muerte siempre que ésta aparece. (Uno de los chistes de la extensa colección de Freud es el siguiente: un hombre le dice a su esposa: «Si uno de nosotros muere antes que el otro, creo que me iré a vivir a París»[81].) La negación no perdona a nadie y, durante el proceso del tratamiento, la del terapeuta entra en conflicto con la del paciente. Aunque muchos han pasado por largos años de análisis personal, abundan los terapeutas que no han analizado ni resuelto sus propios terrores frente a la muerte. Por tanto, evitan fóbicamente este tema en sus vidas personales y desatienden de manera selectiva el material que sus pacientes aportan sobre él.

Además de la negación individual de los terapeutas, existe una colectiva que prevalece en todo el campo de la psicoterapia. Aunque la angustia desempeña un papel absolutamente primordial en la teoría y en la práctica cotidiana de la psicoterapia y ha sido tratada por todas las teorías dinámicas tradicionales, ninguna de ellas ha intentado explicarla en función del concepto de muerte. Si queremos modificar la práctica terapéutica y establecer la influencia clínica de dicho concepto, tendremos que demostrar antes el papel que juega en la génesis de la angustia. Creo que la mejor manera de lograrlo es explicar la evolución de los conceptos psicodinámicos relativos al tema y tratar de comprender el por qué de la omisión sistemática del concepto de muerte.

Freud: angustia sin muerte

Las ideas de Freud han ejercido una influencia tan enorme en este campo, que hasta cierto punto la evolución del pensamiento dinámico es la evolución del pensamiento freudiano. Sin embargo, a pesar de su extraordinaria presciencia, creo que con respecto al tema de la muerte tuvo siempre un punto ciego que le impidió ver algunos aspectos evidentes del mundo interior del ser humano. Presentaré algunos datos ilustrativos de la forma en que Freud dejaba a un lado la muerte en sus consideraciones clínicas y teóricas, y posteriormente propondré una explicación de su reiterada negación.

De cómo Freud evitaba la muerte

La primera contribución importante de Freud a la teoría y a la clínica, apareció en *Estudios sobre la histeria,* escrita en 1895 en colaboración con Josef Breuer[82]. Se trata de una obra fascinante y merece toda nuestra atención porque constituye un claro ejemplo de la falta de atención selectiva ante la muerte y porque creó los fundamentos para la exclusión de ésta de todo el campo de la psicoterapia dinámica surgida a partir de su obra. El libro presenta cinco casos principales: el de Anna O. correspondía a Breuer y los otros cuatro, a Freud. Algunos fragmentos de otros casos aparecen en los pies de páginas y en las argumentaciones del libro. Las pacientes empiezan su terapia aquejadas de toda clase de síntomas espectaculares, tales como parálisis, insensibilización, dolores, tics, desmayos, obsesiones, sensaciones de ahogo, pérdida del sentido del gusto o del olfato, desorganización lingüística, amnesia, etc. Basándose en estos cinco pacientes, Freud y Breuer formularon una etiología de la histeria y una forma sistemática de la terapia basada en dicha etiología.

Todas las pacientes habían sufrido un importante trauma emocional en la primera etapa de sus vidas. Según las observaciones de Freud, aunque todo trauma produce un trastorno, sus efectos no son duraderos porque las emociones concomitantes acaban por disiparse. A veces la emoción reprimida se alivia por un proceso de catarsis eficaz o se resuelve de alguna otra manera. Freud afirma que el recuerdo de los traumas puede llegar a «asociarse con otras experiencias» y después se «gasta» o modifica en función de las confrontaciones con la realidad. Por ejemplo, el trauma de un insulto recibido se puede resolver considerando las propias realizaciones y méritos[83].

En el caso de estas cinco pacientes el trauma, en lugar de disiparse, continuó persiguiendo a la víctima. («El histérico sufre como consecuencia de sus recuerdos»[84].) Freud afirmó que, en el caso de sus pacientes, el recuerdo del trauma y las emociones asociadas al mismo permanecieron reprimidos en el inconsciente (era la primera vez que se hablaba de los conceptos de represión e inconsciente) por lo que no estaban sujetos a los procesos normales mediante los cuales se disipan los afectos. Sin embargo, los afectos reprimidos persistieron en toda su plenitud y se expresaron en un nivel consciente a través de su conversión en síntomas físicos (que él llamó «histeria de conversión»).

Las implicaciones del tratamiento eran claras: había que permitir a

la paciente recordar el trauma y expresar el afecto reprimido, tanto verbalmente como a través de la conducta. Para ello, Breuer y Freud emplearon la hipnosis y, más tarde, éste último utilizó las asociaciones libres.

Las especulaciones freudianas sobre cómo se acumulan y desvanecen los afectos, cómo se forman los síntomas, y acerca del sistema terapéutico que se elaboró basado en estas teorías, son de una importancia capital y explican una parte considerable de la teoría dinámica y del sistema terapéutico que se desarrollaron posteriormente. Lo más interesante de todo, desde mi punto de vista, es la concepción de Freud acerca de la *fuente* del afecto perturbador: la naturaleza del trauma original. La teoría de los síntomas y el enfoque terapéutico guardan una coherencia a lo largo de todo el texto, pero las descripciones de la naturaleza del trauma causante de los síntomas varían de forma fascinante desde la primera hasta la última de las pacientes. (En su introducción Freud declara: «El mejor consejo que puedo dar a los interesados en la evolución del psicoanálisis es que empiecen leyendo los *Estudios sobre la histeria* y sigan el mismo camino que yo he recorrido»[85].)

En los primeros casos del libro, los traumas parecen bastante triviales: uno se resiste a creer que una persona pueda hallarse en un estado de neurosis profunda porque la persiguió un perro furioso[86], porque el jefe le pegó con un palo, porque descubrió que la criada dejaba beber al perro en el vaso del amo[87] o por tener que soportar los desaires del jefe, de quien la paciente se había enamorado[88]. Pero más adelante, Freud explica el origen de cada neurosis con un refinamiento deslumbrante. Tal como él las veía, sus pacientes estaban hechizadas por preocupaciones arquetípicas dignas de una tragedia griega: por ejemplo, el odio a los hijos (impedían a la esposa atender como deseaba a su esposo moribundo)[89], las inclinaciones incestuosas hacia alguno de los progenitores[90], una experiencia de contemplación de la escena primaria[91] o el placer (y la culpa consiguiente) por la muerte de la hermana de cuyo marido se había enamorado la paciente[92]. Estos últimos casos, los pies de páginas y las cartas de Freud[93] demuestran la orientación inexorable del pensamiento freudiano en relación con la fuente de angustia: 1) poco a poco fue trasladando el momento del trauma «real» a períodos anteriores de la vida; y 2) llegó a considerar que la naturaleza explícita del mismo era exclusivamente sexual.

Las meditaciones de Freud acerca de los traumas emocionales

sufridos por sus cinco pacientes se convirtieron con el tiempo en una teoría formal sobre la angustia: se trataba de una señal anticipada de peligro, cuya semilla se plantaba en la primera etapa de la vida, a raíz de alguna experiencia traumática; el recuerdo de esta última se reprimía y el afecto concomitante se transformaba en angustia, la cual surgía siempre de nuevo ante la recurrencia del trauma o la sospecha de algún peligro similar.

¿A qué traumas se refería? ¿Cuáles eran los hechos que Freud consideraba tan dañinos como para trastornar la vida entera del individuo? En un primer momento recalcó la importancia del afecto derivado de la indefensión. «La angustia es la reacción original ante la indefensión y más adelante se reproduce como una señal de alarma y una petición de ayuda frente al trauma»[94]. Por tanto, la tarea consistiría en determinar cuáles eran las situaciones que dejan indefenso al individuo. Puesto que Freud cometió la temeridad de cambiar su teoría básica a lo largo de toda su carrera, no es sorprendente que sus afirmaciones acerca de la angustia —núcleo del psicoanálisis— sean múltiples, variadas y, a veces, contradictorias[95]. No obstante, a lo largo de toda su obra insiste en la existencia de dos fuentes básicas de angustia: la pérdida de la madre (por abandono o separación) y la pérdida del falo (o angustia de castración). Entre otras fuentes importantes se hallan el temor moral o el super yo, el miedo a las propias tendencias autodestructivas y el temor a la desintegración del yo, esto es, a ser abrumado por las fuerzas oscuras e irracionales que residen en el interior de cada persona.

Aunque Freud se refirió con frecuencia a otras fuentes, siempre concedió el mayor énfasis al abandono y a la castración. Consideraba que aunque adoptaran diferentes disfraces, estos dos *Katzenjammer* psíquicos nos mantienen hechizados durante nuestra vida de vigilia y, durante el sueño, proporcionan el combustible para los dos tipos de pesadillas más frecuentes: las caídas y las persecuciones. En su papel de arqueólogo de la mente siempre en busca de nuevas estructuras básicas, Freud señaló que la separación y la castración tenían un rasgo común: la pérdida (pérdida de amor y de capacidad para unirse con la madre). Desde el punto de vista cronológico, la separación ocurre primero: el trauma del nacimiento es el primer momento de la vida.

Pero Freud eligió la castración como la fuente primaria y genérica de toda angustia. Según explicó, la separación temprana preparaba al individuo para la angustia de castración que, al

desarrollarse, constituía como la suma total de todas las experiencias de angustia anteriores.

Cuando uno considera los datos básicos (el material de las pacientes incluidas en *Estudios sobre la histeria)* tenidos en cuenta por Freud a la hora de sacar sus conclusiones sobre la angustia y el trauma, llama la atención la sorprendente discrepancia existente entre las historias clínicas y las formulaciones: *la muerte está tan presente en dichas historias que Freud probablemente tuvo que esforzarse mucho para pasar por alto este factor y omitirlo de sus interpretaciones.* Dos de las pacientes se describen sólo brevemente (Katarina, que era la criada de Freud en el balneario donde éste pasaba sus vacaciones, tuvo una sola sesión de terapia). En cambio, los informes de las otras tres —Anna O., Frau Emmy von N. y Fräulein Elisabeth von R. (los primeros casos de informes dinámicos en la literatura psiquiátrica) son notables por las numerosas referencias a la muerte que contienen. Es muy probable que, si a Freud le hubiera interesado específicamente la angustia ante la muerte, hubiera extraído y proporcionado un volumen aún más considerable de material sobre el tema.

Por ejemplo, la neurosis de Anna O. tuvo su origen a raíz de una enfermedad del padre (que le llevó a la tumba diez meses después). Al principio ella le cuidó noche y día, pero con el desarrollo de la suya propia —consistente en estados anormales de conciencia, amnesia, desórdenes del lenguaje, anorexia y síntomas conversivos de tipo sensorial y muscular— fue necesario apartarla del contacto directo con su padre moribundo. Durante el año siguiente, su estado empeoró considerablemente. Breuer señaló la preocupación por la muerte que mostraba Anna O. Comentó, por ejemplo, que aunque la paciente sufría «trastornos raros y rápidos cambios en los niveles de conciencia, de lo único que parecía estar consciente casi todo el tiempo era de que su padre había muerto»[96].

Durante el tratamiento con hipnosis, la paciente sufría alucinaciones terribles con la muerte de su padre. Mientras le cuidaba, una vez se desmayó porque empezó a imaginar que tenía una calavera en lugar de la cabeza. También durante el tratamiento, mirándose en un espejo, vio la calavera paterna que la observaba fijamente. En otra alucinación, vio una serpiente negra que entraba para atacar a su padre. Ella trataba de matarla pero el brazo se le había quedado dormido y vio que brotaban serpientes de sus propios dedos y que sus uñas se convertían en pequeñas calaveras. Breuer consideró que estas

alucinaciones provenían de su miedo a morir, causa primaria de su enfermedad: «El último día (del tratamiento) arreglé el mobiliario de la habitación para que le recordase el dormitorio donde había transcurrido la enfermedad de su padre y ella reprodujo las terribles alucinaciones que acabo de describir y que eran la raíz de toda su enfermedad»[97].

Igual que Anna O., Frau Emmy von N. comenzó su padecimiento a raíz de la muerte de la persona más cercana que tenía en el mundo: su marido. Freud la hipnotizó y le pidió que hiciera asociaciones libres. Ella le transmitió toda una letanía de recuerdos relacionados con la muerte: haber visto a su hermana en un ataúd (a los siete años), asustarse cuando un hermano se le apareció disfrazado de fantasma y cuando sus demás hermanos le tiraban animales muertos, haber visto a su tía en un ataúd (a los nueve años), encontrar a su madre desmayada (a los quince) y después encontrarla muerta (a los diecinueve) mientras cuidaba a su hermano que murió de tuberculosis, el luto por su hermano a esa misma edad y después estar presente cuando murió su esposo repentinamente. En las primeras ocho páginas del informe de este caso hay un mínimo de once referencias a fallecimientos, muertos y cadáveres. A lo largo de toda su descripción clínica, Frau Emmy von N. no dejó de hablar de su profundo miedo a la muerte.

La enfermedad de la tercera paciente, Fräulein Elisabeth von R., se incubó durante los dieciocho meses que pasó cuidando a su padre moribundo, al mismo tiempo que presenciaba el deterioro inexorable de su familia: una hermana se marchó a vivir en otro país, su madre estaba gravemente enferma y su padre murió. Por último, tras el fallecimiento de una hermana mayor a la que quería de forma entrañable, la enfermedad de Fraulein Elisabeth se manifestó en toda su plenitud. Para acelerar la aparición de viejos recuerdos y afectos, Freud le fijó como tarea terapéutica visitar la tumba de su hermana (táctica parecida a la ideada por Breuer al redistribuir los muebles del consultorio para recordarle a Anna O. la habitación donde había muerto su padre).

Freud creía que la angustia se produce como resultado de una situación que evoca un acontecimiento anterior y ya olvidado de terror o indefensión. Es indudable que los traumas relacionados con la muerte sufridos por estas pacientes evocaban en ellas dichos sentimientos. Pero en el desenlace de estos casos, Freud hizo caso omiso del tema de la muerte o sólo mencionó la tensión generalizada

producida por la pérdida de un ser querido que todas habían sufrido. Sus formulaciones principales se centran en los componentes eróticos de los respectivos traumas[11*]. Así, cuando murió la hermana de Fräulein Elisabeth, Freud la ayudó a reconocer que en el fondo de su mente se alegraba (y por consiguiente, se sentía culpable) debido a que su cuñado —hacia quien Elisabeth se sentía muy atraída— se encontraba ahora libre para casarse con ella. Hizo aquí un importante descubrimiento: el inconsciente, que es un residuo de los deseos primitivos enterrados en el sótano de la mente porque son impropios para presentarse a la luz del sol, había hecho una breve incursión en la conciencia y había provocado una considerable angustia que, en última instancia, se había traducido en una sintomatología de conversión.

Es indudable que, en cada una de las pacientes, Freud descubrió conflictos importantes. Lo que nos hace objetar sus conclusiones es todo lo que omitió. La muerte de un progenitor, de un esposo o de un pariente muy cercano, es algo más que el origen de una tensión generalizada; es más que la pérdida de un objeto importante. Es una llamada a la puerta de la negación. Si, como Freud especulaba, al morir su hermana, Fräulein Elisabeth pensó aunque fuera fugazmente: «Ahora su marido vuelve a ser libre y yo podré casarme con él», es indudable que también debió estremecerse ante la idea de que: «*Si mi querida hermana muere, yo también moriré.*» Igual que le sucedió a Fräulein Elisabeth con la muerte de su hermana, debió ocurrirle a Anna O. al morir su padre y a Frau Emmy von N. con la pérdida de su marido. Todas debieron captar por un instante y en lo más profundo de sí mismas un destello de su propia muerte.

Curiosamente, en sus formulaciones posteriores con respecto a las fuentes de angustia, Freud continuó desdeñando a la muerte. Se concentró en los sentimientos de pérdida: la castración y el abandono, es decir, la pérdida del pene y la del amor. En este punto, su actitud no corresponde con su manera habitual de proceder. ¿Dónde estaba el intrépido arqueólogo? Siempre había excavado hasta llegar a la roca

11*. Robert J. Lifton, en su libro *The Broken Connection* (Simon y Schuster, Nueva York, 1979), hace un análisis similar de otro de los casos más importantes de Freud, el del Pequeño Hans, y llega a la conclusión de que la teoría de la libido priva a la muerte de su contenido «mortal». Como el libro de Lifton apareció, desafortunadamente, después de haber concluido la redacción del mío, no pude asimilar de una manera significativa sus ricas aportaciones. Es un trabajo importante y meditado que merece una lectura cuidadosa.

viva, a los orígenes más remotos, a la aurora de la vida, a las costumbres del hombre primitivo, a las hordas antidiluvianas, a los impulsos e instintos fundamentales. Pero antes de morir, recortó sus miras. ¿Por qué no avanzó un paso más allá hasta descubrir el denominador común del abandono y la castración? Ambos conceptos descansan en los fundamentos ontológicos. El abandono está por fuerza unido a la muerte: el primate abandonado perece siempre; la suerte de los marginados es invariablemente la muerte social, seguida en corto tiempo por la física. Si se toma en un sentido figurado, la castración es sinónima de aniquilación; si se toma en su sentido literal (y Freud ¡ay! se refería a ella literalmente) también conduce a la muerte, porque el individuo castrado no puede proyectar su simiente hacia el futuro y no puede escapar de la extinción.

En *Inhibición, síntoma y angustia,* Freud consideró brevemente el papel de la muerte en la etiología de las neurosis, pero lo calificó de superficial (después me referiré al dudoso enfoque psicoanalítico de lo que es «profundo» y lo que es «superficial»). En un pasaje citado por los teóricos multitud de veces, describe la razón por la que omite el miedo a la muerte como fuente primaria de angustia:

> Parece muy improbable que se forme una neurosis por la simple presencia objetiva de un peligro, sin la participación de los niveles más profundos del aparato mental. Pero al parecer, no existe ningún correlato inconsciente a nuestro concepto de aniquilación de la vida. En la experiencia cotidiana, se conecta con la castración, al ver como las heces fecales se separan del cuerpo o, de una manera simbólica, al perder el pecho de la madre durante el período de destete. Pero es imposible tener ninguna experiencia de la muerte; o si se ha tenido alguna similar, como por ejemplo, un desmayo, no deja ninguna huella aparente. Por tanto, soy de la opinión de que el miedo a la muerte es análogo al de castración y que la situación ante la cual reacciona el yo es la de abandono por parte del super yo protector —los poderes del destino— de tal manera que se queda sin ninguna defensa frente a todos los peligros que le rodean[98].

Aquí la lógica falla de manera evidente. En primer lugar, Freud insiste en que, puesto que no hemos tenido ninguna experiencia de la muerte, ésta no puede tener una representación en el inconsciente. ¿Acaso la hemos tenido de castración? Freud admite que carecemos de experiencia directa en este sentido, pero afirma que sufrimos otras pérdidas equivalentes: el desprendimiento diario de las heces o el destete. Ciertamente, el vínculo heces-destete-castración no es más convincente, desde el punto de vista lógico, que el concepto de una

conciencia innata e intuitiva de la muerte. De hecho, la argumentación con la que se justifica la sustitución de la muerte por la castración, como fuente primaria de angustia, es tan insostenible, que me siento incómodo atacándola, como si estuviera peleando contra un inválido. Por ejemplo, consideremos el hecho evidente de que también las mujeres tienen angustia; los malabarismos que se requieren para aplicar la teoría de la castración a las mujeres son, verdaderamente, el colmo del retorcimiento de la metapsicología psicoanalítica.

Melanie Klein criticaba de forma explícita esta curiosa inversión de la primacía hecha por Freud, diciendo: «El miedo a la muerte refuerza el miedo a la castración y no son análogos... puesto que la reproducción es la manera esencial de contrarrestar la muerte, la pérdida de los genitales significaría el fin de la capacidad creativa que preserva y continúa la vida.» Klein estaba también en desacuerdo con la afirmación de Freud de que en el inconsciente no había miedo a la muerte. Aceptando el posterior postulado freudiano de que en las capas más profundas del inconsciente había un instinto de muerte (Tánatos), ella argumentó que «hay un miedo a la muerte que opera también dentro del inconsciente y que se opone al instinto tanático»[99].

A pesar del desacuerdo de Klein, de Rank y de Adler y de algunos otros encarnizados opositores, Freud persistió en sus afirmaciones y dio origen a varias generaciones de psicoterapeutas que negaron la importancia de la muerte como generadora de angustia. Los principales libros de texto sobre psicoanálisis reflejaron y perpetuaron esta tendencia. Otto Fenichel afirmó que «puesto que la idea de la muerte es subjetivamente inconcebible, el miedo a ella encubre siempre otras ideas inconscientes»[100]. Robert Waelder omite toda mención a la muerte[101]; Ralph Greenson la considera brevemente desde el punto de vista del Tánatos, y después rechaza la idea, afirmando que se trata de una teoría atrevida pero endeble[102]. Este error se corrigió poco a poco, gracias a terapeutas ajenos a la tradición freudiana (o expulsados de la misma).

¿Por qué excluyó Freud a la muerte de la teoría psicodinámica? ¿Por qué no consideró que el miedo a ésta es una fuente primaria de angustia? Evidentemente, no fue por miopía: no se trata de concepto profundo ni difícil de captar, y es raro que Freud pasara por alto su importancia (o que lo rechazara deliberadamente como ocurrió más adelante). En 1923, fue muy claro al respecto: «La frase altisonante de que "todo miedo es en última instancia miedo a la muerte" carece

de significado o en todo caso no tiene justificación alguna»[103]. Su argumentación posterior es tan poco convincente como la ya estudiada; según él, es imposible concebir la muerte, puesto que una parte del yo permanece siempre viva y en papel de espectadora. Una vez más, llega a la conclusión insatisfactoria de que «el miedo a la muerte y a la conciencia, se deriva del miedo a la castración»[104].

Nótese también que la falta de atención de Freud con respecto a este tema, se limitaba a las discusiones sobre la teoría formal de la angustia, la represión y el inconsciente, es decir, las concernientes al funcionamiento interno —las ruedas dentadas, rodamientos y pilas eléctricas— del mecanismo mental[12*]. Cuando se daba rienda suelta, solía especular sobre la muerte con gran osadía y fuerza. Por ejemplo, en un agudo y breve ensayo que escribió al final de la primera guerra mundial, titulado *Nuestra actitud hacia la muerte* se refirió a los mecanismos de negación de la muerte y a los intentos que hace el hombre por superarla creando mitos de inmortalidad. He citado ya sus comentarios acerca de cómo la transitoriedad de la vida sirve para aumentar su intensidad y riqueza. Era, pues, consciente de que la muerte desempeña un papel en la configuración de la vida:

> Sería mucho mejor otorgar a la muerte el lugar que le corresponde en la realidad y en nuestros pensamientos y dar más importancia a nuestra actitud inconsciente hacia ella, cuidadosamente suprimida hasta ahora. Esto quizá parezca un retroceso, una regresión; pero tiene la ventaja de ajustarse más a la verdad y de hacernos la vida más soportable. Después de todo, tolerar la vida es aún la primera obligación de todo ser vivo. Poco valen las ilusiones, si nos dificultan el cumplimiento de este deber. Recordemos el antiguo precepto de que *si vis pacem, para bellum*, es decir, que si queremos la paz, armémonos para la guerra. Podríamos incluso modificarlo así: *Si vis vitam, para mortem* o, lo que es lo mismo, si quieres soportar la vida, prepárate para la muerte[106].

«Si quieres soportar la vida, prepárate para la muerte.» Freud creía que la tarea del terapeuta era ayudar al paciente a soportar la vida. Toda su carrera terapéutica estuvo consagrada a esa finalidad. Pero, aparte de enunciar estos preceptos, permaneció mudo en lo referente

12*. A la edad de sesenta y cuatro años, en su obra *Más allá del principio del placer*, Freud asignó un papel a la muerte en su modelo de la mente. Pero aún entonces no habló de temor primario a la muerte, sino de un deseo de morir, Tánatos, definido así como uno de los dos impulsos primarios[105].

a la preparación para la muerte y al papel que el concepto de la misma juega en psicoterapia. ¿Por qué?

Cuando se llega a este punto en el análisis de los detalles que se le escaparon a Freud y en la meditación sobre sus omisiones, se empieza a sentir desconfianza y sospecha. Tal vez su visión fuera mucho más amplia que la nuestra, como de hecho lo fue en muchos sentidos. Quizás el asunto le resultara tan simple que nunca sintió la tentación de elaborar toda una argumentación para sustentar su posición. Hacemos bien en considerar con detalle las posibles razones subyacentes a la posición de Freud. Creo que omitió la muerte de su teoría dinámica por razones equivocadas que se derivan de dos fuentes: la primera, un modelo teórico de la conducta pasado de moda; y la segunda, una incesante búsqueda de engrandecimiento personal.

Razones teóricas del desdeño de Freud con respecto a la muerte

Cuando tenía setenta y cinco años, alguien le preguntó quién había sido la persona con mayor influencia sobre él. Sin dudarlo, contestó lo mismo que siempre: «Brücke.» Ernst Brücke fue su profesor de fisiología en la escuela de medicina y también el mentor de su breve carrera como investigador en neurofisiología. Era un hombre muy rígido, con una voluntad de hierro y ojos de un azul metálico, muy temido por los estudiantes vieneses. (En los exámenes, se destinaban varios minutos a preguntas orales. Si el estudiante no sabía responder a la primera, Brücke permanecía sentado en un obstinado silencio durante el resto del tiempo asignado, indiferente ante los desesperados intentos del estudiante y las súplicas del decano, asimismo presente.) En Freud, por fin, encontró un estudiante que mereciera su interés y durante varios años trabajaron juntos en el laboratorio de neurofisiología.

Brücke era la eminencia gris de la escuela ideológica basada en la biología, fundada por Hermann von Helmholtz y que dominó la investigación médica y científica de Europa Occidental durante la segunda parte del siglo XIX. La posición básica de Helmholtz, que Freud heredó de Brücke, está delineada claramente en la siguiente declaración de otro de sus seguidores, Emil Du Bois-Reymond:

«Dentro del organismo, sólo actúan las fuerzas fisicoquímicas comunes. En los casos que no puedan explicarse en términos de dichas fuerzas, habrá

que buscar la forma específica en que actúan, mediante la aplicación de métodos fisicomatemáticos, o utilizar otro tipo de fuerzas con la misma dignidad que las químicofísicas inherentes a la materia y, por tanto, sujetas a la fuerza de atracción y repulsión»[107].

Así, la posición de Helmholtz era determinista y antivitalista. El hombre es una máquina activada por mecanismos fisicoquímicos. En 1874, Brücke afirmó en sus *Conferencias sobre fisiología* que, aunque los organismos difieren de las máquinas por su poder de asimilación, siguen siendo fenómenos del mundo físico, en los que intervienen fuerzas que obedecen al principio de conservación de la energía. El número de las que impulsan el organismo nos parece grande sólo porque somos ignorantes. «*Los progresos registrados en el conocimiento han logrado reducir estas fuerzas a dos: atracción y repulsión,* lo que se aplica también al organismo humano»[108] (las cursivas son mías).

Freud adoptó este modelo mecanicista helmholtziano del organismo y lo utilizó para construir un modelo de la mente. A los setenta años dijo: «He dedicado toda mi vida a una sola meta: descubrir cómo está construido el aparato mental y cómo actúan e interactúan en él las distintas fuerzas»[109]. Es evidente su deuda con Brücke: toda la teoría freudiana, a veces tachada de irracional, está profundamente arraigada en la doctrina tradicional biofisicoquímica. La teoría del instinto dual, la de la conservación y transformación de la energía libidinal y su inflexible determinismo son anteriores a su decisión de dedicarse a la psiquiatría. Todas ellas se basan en la concepción mecanicista de Brücke.

Teniendo presentes estos antecedentes, podemos volver, ya con mayor comprensión, a considerar por qué Freud excluyó la muerte de sus formulaciones acerca de la conducta humana. La dualidad —la existencia de dos impulsos básicos inexorablemente opuestos— fue la roca viva sobre la que edificó su sistema metapsicológico. La doctrina helmholtziana se prestaba muy bien a esta dualidad. Recordemos la afirmación de Brücke: sólo hay dos fuerzas fundamentales que actúan dentro del organismo, la atracción y la repulsión. La teoría de la represión, que fue el punto de partida del pensamiento psicoanalítico, también requiere un sistema dual, puesto que aquélla es el resultado de un conflicto entre dos fuerzas fundamentales. A través de toda su carrera, Freud intentó identificar el par básico de fuerzas antagónicas que impulsan al organismo humano. En un principio

sugirió que se trataba de «hambre y amor», que encarnaban la lucha entre la preservación del organismo individual y la perpetuación de la especie. La mayor parte del cuerpo teórico psicoanalítico descansa en esta antítesis: según la teoría inicial de Freud, la causa de la represión y la fuente de la angustia era la lucha entre los instintos yoicos y libidinales. Más adelante, por razones ajenas a esta argumentación, se dio cuenta de que la dualidad que había planteado era insostenible y propuso otra, basada en la vida misma y cuyos polos son la vida y la muerte: Eros y Tánatos. No obstante, la metapsicología y la psicoterapia freudianas se basan en la teoría original del par antitético de pulsiones instintivas. Ni Freud ni sus discípulos (con la sola excepción de Norman O. Brown)[110], se ocuparon de hacer una nueva formulación teórica basada en la dualidad vida-muerte; y la mayor parte de sus seguidores descartaron la segunda teoría instintiva porque daba origen a una posición terapéutica extremadamente pesimista. Se mantuvieron fieles a la teoría dialéctica original de la libido y la preservación del yo, o se convirtieron en adeptos de la posición jungiana del monismo instintivo, que socava la teoría de la represión.

La muerte no ha ocurrido todavía; es un acontecimiento que tendrá lugar en el futuro. Para imaginarla, para temerla, se requiere una compleja actividad mental: la planificación y proyección de uno mismo hacia el futuro. En el esquema determinista de Freud, las fuerzas inconscientes que chocan entre sí y cuyo vector determina nuestra conducta, son primitivas y de origen instintivo. No hay sitio en el acumulador psíquico para los actos mentales complejos requeridos para imaginar y temer al futuro. La posición de Freud está muy próxima a la de Nietzsche, quien considera que la deliberación consciente es completamente superficial en la génesis de la conducta. Según Nietzsche, la conducta está determinada por fuerzas mecánicas inconscientes: las consideraciones conscientes ocurren *después* de la conducta, no antes. La sensación de gobernar nuestra propia conducta es enteramente ilusoria; uno se imagina que escoge sus actos para satisfacer la propia voluntad de poder; todos necesitamos creer que somos seres autónomos capaces de tomar decisiones propias.

Por tanto, la muerte no puede desempeñar ningún papel en la teoría dinámica formal de Freud. Puesto que se trata de un hecho futuro, que nunca se ha experimentado antes ni puede imaginarse realmente, no puede existir en el inconsciente ni influir sobre la conducta. Su papel es nulo, pues, en una concepción de la conducta reducida a la

oposición entre dos instintos primarios antitéticos. Freud se convirtió en prisionero de su propio sistema determinista y sólo consideró la influencia de la muerte en la génesis de la angustia y en la perspectiva vital del hombre de las dos maneras siguientes: refiriéndose a ella como factor externo a su sistema formal (en pies de páginas o en ensayos «extraoficiales» tales como *Ensayos sobre la guerra y la muerte*[111] y *El tema de los tres ataúdes*[112]) o bien, dentro de su sistema, considerando el miedo a la muerte como parte de otro más primario (como la castración), o el deseo de morir como una de las dos pulsiones instintivas fundamentales en las que se basa toda la conducta. El proclamar la muerte como impulso fundamental no resuelve el problema; al no considerarla como hecho *futuro,* se resta importancia a su papel en la vida como guía, destino y estación terminal, capaz de despojar a la existencia de todo su sentido o de enriquecerla y volverla más auténtica.

Razones personales de Freud para pasar por alto la muerte

Para descubrir la razón por la que Freud se aferró a un sistema teórico que sin duda estaba muy por debajo de su capacidad intelectual y que le obligaba a distorsionar sus posiciones, tengo que referirme brevemente a él como hombre. La obra de un artista, de un matemático, de un genetista o de un novelista habla por sí sola; resulta entretenido, interesante y, a veces, esclarecedor estudiar las biografías y las motivaciones de los artistas y los científicos. Pero cuando lo que se tiene entre manos es una teoría que pretende descubrir los niveles más profundos de la conducta y de la motivación humanas y cuando los datos en los que se basa esa teoría emanan en gran parte del autoanálisis de un solo hombre, entonces no es ya entretenido sino necesario estudiar a ese hombre con la mayor profundidad posible. Por fortuna, abundan los datos: probablemente tenemos más información sobre la persona de Freud que sobre ninguna otra figura histórica moderna (salvo, quizá, Woody Allen).

En realidad, hay tanto material biográfico sobre Freud —empezando por la minuciosa obra de Ernest Jones (1450 páginas en tres tomos), titulada *Sigmund Freud: vida y obra*[113], que incluye biografías escritas por personas ajenas al oficio[114], memorias de sus pacientes publicadas en forma de colecciones[115] y numerosas recopilaciones de su correspondencia[116]— que, si se analizara en detalle,

probablemente se podría demostrar cualquier hipótesis ultrajante sobre la estructura de su carácter. Por consiguiente, *caveat emptor.*

Creo que hay motivos suficientes para afirmar que en la medula de su férrea determinación se hallaba su inextinguible pasión por lograr su engrandecimiento personal. La biografía de Jones se centra en este tema. Freud nació dentro de la bolsa de líquido amniótico (que no llegó a romperse), lo cual es interpretado por la sabiduría popular como un indicio de que el niño alcanzará la fama. Su familia creía con firmeza que estaba destinado a la gloria; su madre, la primera que no lo dudaba, solía llamarle «mi dorado Siggy» y le prefería a todos sus demás hijos. Más adelante escribió: «Un hombre que ha sido el favorito indiscutible de su madre mantiene con respecto a la vida un sentimiento de conquistador, hasta el grado de que su confianza en el éxito acaba por inducirlo en la vida real»[117]. Además diversas profecías parecían confirmar esta creencia: un día, hallándose en una pastelería, una anciana desconocida le informó a la madre de Freud que había traído al mundo un gran hombre; en otra ocasión, un payaso le seleccionó entre una multitud de niños y le pronosticó que un día sería ministro del gobierno. Las evidentes dotes intelectuales de Freud también reforzaban esta opinión; fue siempre el más adelantado de su curso mientras asistió a la escuela primaria y a la secundaria. Cuenta Jones que ocupaba un lugar tan privilegiado que casi nunca le preguntaban en clase[118].

Pronto llegó un momento en el que Freud ya no dudó de su destino. Durante su adolescencia, escribió a un amigo de su infancia para comunicarle que había obtenido una elevada calificación en una de sus composiciones y añadía: «Por si no lo sabes, mantienes correspondencia con un auténtico estilista. Harás bien en guardar todas mis cartas con cuidado. Nunca se sabe»[119]. A este respecto, el material más interesante está contenido en una carta que escribió a su novia cuando tenía veintiocho años *(¡y aún no tenía relación alguna con la psiquiatría!):*

«Acabo de poner en práctica una resolución que lamentará mucho una serie de personas que aún no han nacido y que, sin embargo, están ya condenadas al infortunio. Como probablemente no adivinarás a quienes me refiero, te lo diré: mis futuros biógrafos. He destruido todos mis diarios de los últimos catorce años, incluyendo mis cartas, notas científicas y manuscritos de mis publicaciones. Sólo conservé las cartas de la familia. Las tuyas, querida mía, nunca estuvieron en peligro. Todas mis antiguas amistades y asociaciones desfilaron ante mis ojos y se desvanecieron en silencio... todos

mis pensamientos y sentimientos acerca del mundo en general y de mis preocupaciones en particular me parecieron indignos de sobrevivir. Ahora tendré que pensar de nuevo en todo desde el principio. Tenía muchísimos apuntes acumulados, pero me aprisionaban, como la arena que rodea a la esfinge, y tenía la sensación de que acabaría ahogándome en aquel mar de papeles. No puedo irme de aquí ni morir sin haber conjurado antes la posibilidad perturbadora de que alguien husmee en mis papeles viejos. Además, todo lo que es anterior a esta etapa decisiva de mi vida, al momento de conocerte y de elegir un camino, ha quedado muy atrás: ha muerto hace ya mucho tiempo y merece un entierro honorable. Deja que rabien los biógrafos; no les facilitaremos las cosas. Dejemos que cada uno crea que tiene razón en su manera de concebir la *evolución del héroe.* Desde ahora me regocijo al pensar lo equivocados que estarán todos»[120].

En su búsqueda de la grandeza, Freud se esforzó por lograr el gran descubrimiento. Sus primeras cartas describen las más diversas ideas que se planteaba e iba descartando poco a poco. Según Jones, probablemente hubiera conseguido la fama si hubiera continuado los trabajos sobre histología neurótica que realizó en su juventud y cuya finalidad era la formulación de una teoría de las neuronas. También la hubiera conseguido con su trabajo sobre la cocaína. Freud describió este hecho en una carta que comenzaba así: «Retrocederé un poco en el tiempo para confesar que mi novia tuvo la culpa de que yo no alcanzara la fama a una edad temprana»[121]. Continuaba después relatando que un día le mencionó a un médico amigo suyo, Karl Koller, las observaciones que había hecho sobre las propiedades anestésicas de la cocaína y que después abandonó la ciudad para realizar una larga visita a su novia. A su regreso, Freud descubrió que Koller había hecho ya experimentos quirúrgicos decisivos con la citada droga y que se había hecho famoso como descubridor de la anestesia local.

Pocos hombres han tenido una capacidad intelectual como la de Freud, una imaginación tan poderosa, una energía tan ilimitada y un valor tan indomable. Pero, cuando entró de lleno en su vida profesional como adulto, se encontró con que su camino hacia el triunfo se hallaba injustamente lleno de obstáculos. Brücke tuvo que informarle de que, debido al antisemitismo reinante en Viena, era casi imposible que tuviera éxito en su carrera académica: se le habían cerrado una serie de apoyos, tales como el respaldo de la universidad, el reconocimiento y la promoción por su labor. A los veintisiete años, se vio forzado a abandonar sus investigaciones y a ganarse la vida en

la práctica de la medicina. Estudió psiquiatría y ejerció como médico privado. El «gran descubrimiento» se convirtió en su único medio para alcanzar la fama.

Su permanente sensación de que el tiempo y las oportunidades se le escapaban, explica su falta de sensatez en el incidente de la cocaína. Había leído que los nativos de algunos países sudamericanos obtenían mucha energía masticando esta droga. La introdujo en su práctica clínica y, en una conferencia que pronunció ante la Sociedad médica vienesa, elogió sus efectos benéficos para curar la depresión y el cansancio. La prescribió a muchos de sus pacientes y se la recomendó a sus amigos (e incluso a su novia). Pero pronto aparecieron los primeros informes sobre la adicción a la cocaína, lo cual redujo considerablemente la credibilidad de Freud ante la Sociedad médica vienesa. (Este incidente explica en parte la falta de respuesta de la comunidad académica de Viena ante los descubrimientos posteriores de Freud.)

La psicología empezó a absorber todo su tiempo. Tal como dijo él mismo, la tarea de desentrañar la estructura de la mente se convirtió en su amante. Pronto completó una extensa teoría para explicar la psicogénesis de la histeria. Su esperanza de alcanzar la gloria dependía del éxito de esta teoría. Cuando aparecieron pruebas clínicas en su contra, se sintió aniquilado. En 1897, describió este revés en una carta dirigida a su amigo Wilhelm Fliess: «La esperanza de llevar a ser famoso y la posibilidad de alcanzar una cierta riqueza y una completa independencia eran tan hermosas... todo dependía del éxito que tuviera mi teoría sobre la histeria»[122].

Las observaciones pequeñas carecían de importancia para él. Su pretensión era nada menos que configurar un modelo universal de la mente. En 1895, cuando aún se hallaba a medio camino entre la neurofisiología y la psiquiatría, creyó haber conseguido su objetivo. En una carta escribió lo siguiente:

«Las barreras se han levantado de pronto y los velos han caído, de tal manera que he podido, a través de los detalles de la neurosis, llegar al condicionamiento de la conciencia. Todo encajaba en su lugar, las ruedas engranaban y todo se asemejaba a una máquina que en cualquier momento se movería por su propio impulso. Los tres sistemas de neuronas, los estados cuantitativos de "libertad" y "ligazón", los procesos primario y secundario, la tendencia principal y la de compromiso del sistema nervioso, las dos reglas biológicas de la atención y de la defensa, las indicaciones de cualidad, realidad y pensamiento, el estado del grupo psicosexual, la determinación

sexual de la represión y, finalmente, los factores determinantes de la conciencia como función perceptiva: todo encajaba perfectamente y todavía encaja. Me siento transido de felicidad»[123].

Para que la teoría llenara de satisfacción a Freud, debía cumplir dos objetivos: 1) que el modelo de la mente fuera lo suficientemente amplio como para estar de acuerdo con los requisitos científicos de Helmholtz; y 2) que fuera un descubrimiento original. El esquema freudiano básico de la mente (la existencia de la represión, la relación entre la conciencia y el inconsciente, el sustrato biológico básico del pensamiento y el afecto) era un síntesis creativa, que, aun con componentes ya conocidos (Schopenhauer y Nietzsche habían abierto la brecha antes que él), resultaba una auténtica novedad por su amplitud, generalidad y aplicabilidad a multitud de actividades humanas, que iban desde el sueño y la fantasía hasta la conducta, la formación de síntomas y la psicosis. (En alguna parte, Freud dijo de sus predecesores: «Muchos han coqueteado con el inconsciente, pero yo fui el primero en casarme con él.») Además, los componentes energéticos de dicho modelo (la fuerza sexual o libido, es decir, la cantidad constante de energía con la que el niño nace y que va evolucionando a lo largo de la infancia y pubertad, que puede ser libre o ligada, fijarse en objetos o fluir, reprimirse o desplazarse, y que es la fuente del pensamiento, la conducta, la angustia y los síntomas) eran enteramente originales. Este fue su gran descubrimiento y Freud se agarró a él como a un clavo ardiendo. En beneficio de esta teoría sacrificó sus relaciones con los discípulos más prometedores, los cuales se desviaron precisamente por negarse a aceptar su insistencia rígida y absoluta acerca del papel central de la libido en la motivación humana.

Está claro que a Freud le atraía muy poco el papel de la muerte en la conducta del hombre, ya fuese como fuente de angustia o como determinante de la motivación. Se despegaba de su dinamismo vital particular: no era un instinto (aunque en 1920 lo postulara como tal) ni encajaba bien en un modelo mecanicista del estilo de Helmholtz. Además, tampoco era una novedad: en realidad era un tema ya manido desde el Antiguo Testamento y la intención de Freud no era sumarse a una larga procesión de pensadores que se perdía en la noche de los tiempos. «La fama eterna», como le gustaba llamarla, estaba lejos de allí y sólo sería suya gracias al descubrimiento de una fuente desconocida de la motivación humana: la libido. Es evidente

que Freud delineó un factor importante de la conducta humana, pero cometió un error de sobrecatexis: su vehemente defensa de la preponderancia de la libido obedecía a un exagerado determinismo. Elevó un aspecto de la motivación humana a una posición de absoluta prioridad y exclusividad, hizo que dependiera de él todo lo humano y le otorgó validez universal.

Teorías contrarias

Pronto los discípulos más creativos de Freud la emprendieron contra la teoría de la libido. En 1910, Carl Jung, Alfred Adler y Otto Rank habían abandonado al maestro por rechazar su concepción mecanicista de la naturaleza humana, basada en un par antitético de pulsiones instintivas. Cada uno de ellos propuso por su cuenta otra fuente de motivación. Jung defendió un monismo espiritual de fuerza vital. Adler hizo hincapié en la preocupación del niño por su propia supervivencia y por su pequeñez y desamparo frente al mundo macroscópico de los adultos y al universo que le rodea. Rank subrayó la importancia de la angustia ante la muerte y sugirió que el ser humano se halla siempre en conflicto entre dos temores: el miedo a la vida (y su aislamiento intrínseco) y el miedo a la muerte. En realidad, todos estos puntos de vista, así como las contribuciones posteriores de otros teóricos como Fromm, May, Tillich, Kaiser y Becker, complementan pero no sustituyen la teoría estructural de Freud, cuya gran contribución fue su modelo dinámico de la mente. Estas aportaciones posteriores se limitan a reintroducir en dicho modelo el concepto de muerte (ya sea como miedo a la misma o como deseo de morir), presente desde el principio de manera implícita en los de castración, separación y abandono. En este aspecto, tanto Freud como sus seguidores fueron demasiado superficiales. Los teóricos posteriores han corregido este error y nos han permitido profundizar en nuestra concepción del ser humano.

CAPÍTULO III

EL CONCEPTO DE LA MUERTE EN LOS NIÑOS

Nuestras preocupaciones acerca de la muerte y nuestros modos de enfrentarnos a la angustia por ella provocada son fenómenos profundos, difíciles de describir y comprender. No se presentan *por primera vez* en la edad adulta. Por el contrario, están muy arraigados en nuestro pasado y sufren diversas transfiguraciones a lo largo de toda una vida de preocupación por los temas relacionados con la seguridad y la supervivencia. El estudio del niño proporciona una oportunidad inigualable de analizar, en su forma más prístina, la lucha a brazo partido del ser humano contra la muerte. El propósito de este capítulo es estudiar cómo la afronta el niño y cuáles son sus terrores, evasiones, defensas y desarrollos posteriores de cara a ella.

En mi opinión, existe una marcada discrepancia entre la importancia que tiene la muerte para el niño y la atención que se presta a este tema en la formación escolar. La literatura al respecto es escasa y se da una evidente negligencia en este terreno, sobre todo comparado con otros aspectos del desarrollo infantil, acerca de los cuales existe una bibliografía interminable. Los estudios empíricos sobre el concepto infantil de la muerte son especialmente raros; en algunas ocasiones los clínicos con una orientación psicoanalítica han intentado estudiar el asunto pero, como veremos, le han dado un sesgo que compromete la veracidad de las observaciones. Más aún, la mayor parte del material existente se encuentra en viejas publicaciones no incluidas en la bibliografía básica sobre la evolución del niño o sobre psiquiatría infantil. Le estamos muy reconocidos a Sylvia Anthony, quien ha llevado a cabo de una manera tan inteligente la revisión y el análisis de la literatura sobre investigación y observación, en su monografía *The Discovery of Death in Childhood and After*[1].

Mi labor clínica y mi análisis del trabajo de otros, me han llevado a las siguientes conclusiones:

1. Cuando los científicos de la conducta investigan el asunto de cerca, descubren invariablemente que los niños están muy preocupados con la muerte. Esta preocupación es profunda y ejerce una gran influencia sobre el mundo de su experiencia. Para ellos, se trata de un gran enigma, y una de las tareas más importantes de su desarrollo es resolver los temores y el desamparo que experimentan con respecto a su propia destrucción, en tanto que las cuestiones sexuales permanecen en un plano secundario y derivado[2].
2. Estas preocupaciones empiezan mucho antes de lo que generalmente se cree.
3. Los niños pasan por una sucesión ordenada de etapas en su conciencia de la muerte y en los métodos usados para enfrentarse con el miedo a ella.
4. Las estrategias que utilizan se basan siempre en mecanismos de negación. Parece que somos incapaces de crecer enfrentándonos con tolerancia a los hechos desnudos de la vida y de la muerte.

Preocupación generalizada que sienten los niños por la muerte

Freud creía que la silenciosa curiosidad sexual, centrada en la pregunta ¿de dónde? era la preocupación infantil más generalizada y constituía la base del conflicto generacional existente entre el niño y el adulto. Sin embargo, hay muchas pruebas de que también la cuestión ¿adónde? les preocupa de una manera muy intensa y sigue viva a lo largo de toda la existencia: uno puede enfrentarse a ella, temerla, negarla, reprimirla, pero jamás liberarse.

Cualquier padre o adulto relacionado con el mundo infantil habrá asistido alguna vez con sorpresa al planteamiento repentino e inesperado de una duda de un niño acerca de la muerte. Una vez, caminaba en silencio por la orilla de la playa con mi hijo de cinco años, cuando de pronto me miró y dijo: «Sabes, mis dos abuelos murieron antes de que yo los conociese.» Me pareció que se trataba de una afirmación equivalente a «la punta de un iceberg». Tuve la sensación de que durante mucho tiempo había pensado en silencio en este asunto. Así que le pregunté, con la mayor suavidad posible, si pensaba a menudo en cosas de este tipo, y me quedé de una pieza cuando me contestó, con una voz extrañamente adulta: «Nunca dejo de pensar en ello.»

Otra vez, a propósito de la partida de su hermano mayor para

ingresar en el colegio, comentó con toda naturalidad: «Ahora sólo quedamos tres en casa: tú, mamá y yo. Me pregunto quién morirá primero.»

Una niña de cuatro años y medio le dijo de pronto a su padre: «Me da mucho miedo morir, me gustaría no crecer nunca, porque así nunca moriría»[3]. Otra de tres años y medio pidió en cierta ocasión que le pusieran una piedra en la cabeza para no crecer y así no envejecer y morir[4]. Otra de cuatro años lloró durante veinticuatro horas seguidas cuando se enteró de que todas las cosas vivas mueren. Su madre no pudo consolarla hasta que le prometió que ella, la niñita, nunca moriría[5]. Pocos días después de la muerte de su abuela paterna, una niña de cuatro años entró en la cocina del apartamento de su familia y vio sobre la mesa un ganso muerto, cuya cabeza ensangrentada colgaba sin vida del alargado cuello. La pequeña, que había oído hablar de la muerte de su abuela pero había prestado poca atención aparente, miró angustiada al ganso y le preguntó a su madre: «¿Es eso lo que llaman muerte?»[6]

Erik Erikson cuenta el caso de un niño de cuatro años que tuvo un ataque epileptoide después de ver el cadáver de su abuela en el ataúd. Un mes más tarde, encontró un topo muerto, estuvo formulando preguntas acerca de la muerte y esa noche presentó de nuevo convulsiones. Dos meses después, tuvo un tercer ataque de convulsiones, tras haber aplastado sin querer una mariposa con la mano[7].

La ingenuidad de las preguntas infantiles le deja a uno sin aliento. Preguntan sin reparo: «¿Cuándo te vas a morir?» «¿Qué edad tienes?» «¿Qué edad tiene la gente cuando se muere?» También afirman categóricamente: «Quiero vivir hasta que tenga mil años. Quiero ser la persona más vieja de toda la tierra.» Son pensamientos típicos de la edad de la inocencia, estimulados a veces por una muerte cercana (de un abuelo, un animal, una flor o una hoja), pero que a menudo surgen sin ningún estímulo externo: el niño simplemente expresa una preocupación sobre la que ha estado meditando largo tiempo. Más adelante, a medida que se acostumbra a ver «el traje nuevo del emperador», se convence también de que la muerte no es un motivo de gran preocupación.

Tras aplicar una prueba psicológica de completar cuentos a noventa y ocho niños, entre los cinco y los diez años, Anthony obtuvo una medición objetiva de la preocupación de éstos por la muerte[8]. Los cuentos tenían un desenlace abierto y no se hacían referencias específicas al tema. (Por ejemplo: «¿En qué pensaba el niño por la

noche, después de acostarse?» o bien «Un niño se fue a la escuela y cuando llegó el recreo, no quiso ir a jugar con los demás y se quedó solo en un rincon. ¿Por qué?») Las respuestas demostraron una gran preocupación por la muerte o la destrucción. Un cincuenta por ciento hicieron cuentos donde aparecían fallecimientos, funerales, asesinatos y fantasmas. Si se incluyen también las respuestas de destrucción ligeramente matizadas, como «Lo aplastaron» o «Perdió a uno de sus hijos», entonces la proporción se eleva al 60 %. Por ejemplo, a la pregunta de «¿En qué pensaba el niño por la noche, después de acostarse?» respondieron cosas como «Alguien entraba en su habitación y lo mataba», o bien «Blanca Nieves... nunca la conocí, pero en una ocasión la vi muerta en un libro de cuentos», o bien, «Alguien entraba en la casa. Su padre moría y después moría él también». Uno de los cuentos versaba sobre un hada bienhechora que le preguntaba a un niño si quería crecer o seguir siendo pequeño durante mucho tiempo, tal vez toda la vida. Muy en contra de la creencia generalizada de que los niños están impacientes por crecer y volverse fuertes y poderosos, un 35 % expresaron su preferencia por mantenerse en la niñez, porque asociaban el crecimiento con la muerte.

Etapas del desarrollo del concepto de la muerte

Así pues, demostrado que a los pequeños les preocupa la muerte, entraré a considerar la ontogenia del concepto de ésta. Muchos investigadores han señalado que los pensamientos y temores infantiles con respecto a la muerte, así como los métodos para enfrentarse a dichos temores, son específicos de ciertas etapas del desarrollo.

Impedimentos para descubrir cuánto sabe el niño respecto a la muerte

Como resulta complicado averiguar qué sabe el niño sobre la muerte, existe una gran controversia en este campo.

La falta de lenguaje y de capacidad para el pensamiento abstracto: la falta y la pobreza de lenguaje característica de los niños constituye un fuerte obstáculo para que los adultos comprendan cuál es su experiencia interna. Por tanto, los profesionales elaboran a menudo complejas hipótesis acerca de lo que el niño sabe o no sabe.

Otro factor importante es que los especialistas en psicología evolutiva, especialmente Jean Piaget, han demostrado que los pequeños carecen de capacidad para el pensamiento abstracto. Incluso a los diez años, el niño se encuentra en una etapa de operaciones mentales concretas y apenas empieza a imaginar lo «potencial» o «posible»[9]. Puesto que la muerte, el ser y el no ser, la conciencia, la finalidad, la eternidad y el futuro son conceptos abstractos, muchos psicólogos han llegado a la conclusión de que los niños pequeños carecen de ellos.

La postura de Freud: otro factor importante que influye sobre los puntos de vista profesionales respecto a este tema es la posición freudiana, en la que se afirma que el niño pequeño no capta las verdaderas implicaciones de la muerte. Precisamente porque Freud consideraba que los primeros años de la vida eran los más importantes para moldear el carácter, pensaba que la muerte tenía poca importancia en el desarrollo psíquico. Los siguientes pasajes de *La interpretación de los sueños* sirven para ilustrar su posición:

> ...la idea del niño acerca de estar «muerto» no tiene nada que ver con la que nosotros tenemos. Los pequeños ignoran por completo los horrores de la podredumbre, de congelarse en la tumba helada, de la nada eterna, ideas que las personas adultas encuentran difíciles de tolerar, como lo demuestran todos los mitos sobre la vida futura. El miedo a la muerte no tiene ningún sentido para un niño, y por ello puede emplear esta temida palabra en los juegos con sus compañeros: «Si vuelves a hacer eso, morirás como Franz»... o decirle a su madre, al regresar de una visita al Museo de historia natural: «Mamá, te quiero tanto... que cuando mueras te haré embalsamar y te pondré en esta habitación para poder verte todas las veces que quiera.» Hay tanta diferencia entre nuestro concepto de la muerte y el de los niños, que me quedé asombrado al oír a un inteligente muchacho de diez años, cuyo padre acababa de morir de repente: «Yo sé que papá está muerto, pero lo que no puedo entender es por qué no viene a casa a cenar.»
>
> Además, a los que nunca han presenciado una agonía, les parece que estar «muerto» significa más o menos lo mismo que «haberse marchado» y ya no molestar más a los parientes sobrevivientes. El niño no distingue entre las distintas razones de una ausencia: un viaje, una destitución, un destierro o la muerte... Cuando los adultos están ausentes, no los echan de menos con especial intensidad; muchas madres se enteran con gran pesar de que, mientras han estado fuera de vacaciones, sus hijos no han preguntado ni una sola vez por ellas. Si en realidad la madre se ha marchado a ese viaje «de donde ya no se regresa nunca más», los pequeños darán la impresión de haberla olvidado durante los primeros días y sólo más adelante la empezarán a evocar en la memoria[10].

Por consiguiente, según Freud, a los ocho o diez años, el niño aún sabe muy poco (y por tanto, tiene poco temor) de la muerte. En su formulación sobre las preocupaciones infantiles básicas, relegó la muerte a una posición relativamente tardía en el desarrollo y asignó a la sexualidad el papel principal en las primeras etapas. Estas conclusiones respecto al desarrollo personal fueron muy influyentes e hicieron que el asunto se cancelara durante una generación. El error de Freud no se debió sólo a razones personales y teóricas, como demostré en el capítulo anterior, sino también a una equivocación metodológica: nunca trabajó directamente con niños pequeños.

Prejuicios de los adultos: los prejuicios son otros tantos obstáculos que impiden averiguar lo que el niño sabe de la muerte. Ya sea mediante observaciones, pruebas psicométricas o proyectivas, es siempre un adulto quien reúne los datos y los interpreta, y sus propios miedos y negaciones a menudo contaminan los resultados. Los adultos se muestran renuentes a hablar de la muerte con los niños; evitan el tema y aceptan sin pestañear los datos superficiales, porque no están dispuestos a interrogar al pequeño. Además, los padres se equivocan con mucha frecuencia al evaluar la experiencia de sus hijos y a menudo creen que tienen menos conciencia y menos angustia por la muerte, que las que realmente poseen.

Una conocida encuesta, que llevaron a cabo Rema Lapouse y Mary Monk para investigar los temores de los niños, sirve para ilustrar el papel de los prejuicios[11]. Las autoras estudiaron una muestra muy extensa (N=482) de niños normales entre los seis y los doce años, para determinar la naturaleza y la extensión de los temores infantiles, pero, ante la dificultad de entrevistar a tantos pequeños, se contentaron con preguntar a las madres. Éstas opinaron que los dos puntos relacionados más de cerca con la muerte («enfermarse, tener un accidente o estar en peligro de muerte» e «inquietarse por la salud») apenas preocupaban a sus hijos; sólo el 12 % de las madres juzgaron que el primer punto era importante, y el 16 %, el segundo. En contraste con lo anterior, un 44 % de ellas señaló a las «serpientes» como motivo de preocupación y el 38 %, las calificaciones escolares.

Entonces, las autoras seleccionaron una parte de la muestra (N=192) y entrevistaron a los niños y a las madres. Los resultados demostraron que, en general, las últimas subestiman la frecuencia de los temores infantiles. Hubo discrepancias especialmente notorias en los dos puntos relacionados con la muerte: sólo hubo acuerdo entre madre e hijo en el 45 % de los casos y *de todos los desacuerdos, el*

90 % se debía a que las madres subestimaban la preocupación del niño por la muerte. (Subestimaron también, en el mismo grado, otros puntos relacionados con ella, como: «el hecho de que se enferme algún miembro de la familia», «los gérmenes» o «los incendios».) Parece, pues, evidente que las madres no se dan cuenta de hasta qué punto les preocupa el tema a sus hijos.

En otro estudio se analizaron las reacciones causadas por la muerte de John F. Kennedy en un hospital infantil[12]. Destacó el hecho sorprendente de que el personal del hospital, con un elevado nivel de especialización, se mostrara bastante torpe a la hora de evaluar las reacciones de los niños ante la muerte; sus observaciones presentaron enormes variaciones. También llama la atención su discrepancia de opiniones respecto a cuánta información sobre la muerte hay que dar a los niños y cuánto *stress* emocional son capaces de tolerar los más pequeños.

Piaget, que trabajó con niños durante toda su vida profesional, opinaba que la aplicación de pruebas psicológicas, por muy refinadas que sean, suministra datos incompletos y decepcionantes y que la manera más satisfactoria de estudiar a un niño —en lo cual supongo que estarán de acuerdo casi todos los clínicos— es mediante un «examen general» (o una «entrevista clínica»). Sin embargo, en la literatura existen pocos informes, que nos resultan invaluables, de entrevistas profundas con niños. Ante la presencia de individuos jóvenes de cualquier especie de mamíferos (gatitos, perritos, potrillos y, por supuesto, niños) se despierta en seguida en nosotros un instinto de protección; es difícil ir en contra de las tendencias biológicas y exponer a un niño la cruda verdad de la muerte. Creo que esta dificultad es la razón principal por la que son tan escasas las investigaciones profesionales sobre el tema. Aún en nuestros días, estoy seguro de que cualquier proyecto de estudio que incluyera preguntas directas sobre la muerte a niños pequeños, encontraría serias objeciones por parte de las autoridades investigadoras y con la más decidida oposición por parte de los padres.

En consecuencia, las encuestas suelen ser indirectas y superficiales. Hay muy pocos informes de encuestas directas[13], y las más completas datan de hace varias décadas. Maria Nagy y Sylvia Anthony investigaron durante la década de los 40. Nagy, a quien conocían los niños de las escuelas donde efectuaba sus encuestas con el nombre de «Tita Muerte», les pedía que hicieran dibujos, escribieran composiciones y expresaran verbalmente sus ideas sobre

la muerte[14]. Anthony les pedía que definieran palabras relacionadas con el tema y les aplicaba un test de completar cuentos[15]. Paul Schilder y David Wechsler, en 1935, les mostraban a los niños una serie de grabados relacionados con la muerte y les pedían que describieran sus reacciones[16]. Aunque los grabados eran muy claros y hasta macabros, en honor a la sensibilidad de los pequeños, los autores aceptaron anotar sus reacciones tal como las expresaban en un primer momento. Si se hubiera tratado de adultos, jamás hubieran empleado este procedimiento; habrían insistido, investigado e interpretado las respuestas en profundidad.

Lo que se le enseña al niño. Otro obstáculo para averiguar los conocimientos infantiles relativos a la muerte es que rara vez permanecen en su estado natural: los adultos se angustian mucho cuando ven a los pequeños enfrentarse a la idea de la muerte y corren a amortiguar sus efectos. Éstos por su parte, perciben la angustia de los adultos y descubren así la necesidad imperiosa de suprimir la preocupación por el tema; además, los padres casi nunca aportan elementos genuinos que sirvan de ayuda. Aunque se trate de personas muy instruidas y con la firme decisión de dar al niño una instrucción honesta, muchos retroceden ante su angustia. Anthony nos relata una conversación muy ilustrativa al respecto entre un pequeño de cinco años y su madre, profesora universitaria:

Niño: «¿Mueren tambien los animales?»
Madre: «Sí, los animales también mueren; todo lo que vive, acaba por morir.»
Niño: «Yo no quiero morir. Me gustaría vivir más que nadie en el mundo.»
Madre: «Tú no tienes por qué morir. Tú puedes vivir siempre»[17].

Por lo general, los padres tratan de calmar el miedo del niño ofreciéndole alguna forma de negación, ya se trate de un sistema idiosincrásico o de un mito de inmortalidad aprobado por la sociedad. Por consiguiente, lo que los investigadores descubren a menudo no son las inclinaciones infantiles naturales, sino una compleja amalgama formada por la conciencia del pequeño, su angustia y sus negaciones, todas entremezcladas con la ansiedad del adulto y sus propias defensas. Lo que haya que decirle o no al niño es una cuestión que trataré en alguna otra parte; ahora, trataremos de entender porqué elegimos para él un tipo de educación u otro sobre el tema de la muerte. ¿Buscamos su bien o el del adulto? Emma Furman, quien

estudió de cerca una serie de pequeños huérfanos, llegó a la conclusión de que «la información concreta sobre la muerte les ayudaba en ciertos momentos; en cambio, les resultaba mucho más difícil superar la situación cuando los adultos a su alrededor, voluntaria o involuntariamente, disfrazan los hechos objetivos»[18].

La primera conciencia de la muerte

¿Cuándo se entera el niño por primera vez de que existe la muerte? Tenemos varias fuentes de datos (todas ellas con las limitaciones ya descritas): cuidadosos estudios longitudinales, efectuados por padres observadores entrenados; pruebas psicológicas, especialmente definiciones de palabras (tales como «muerte», «vida», «vivir»); completar cuentos; TAT (Test de apercepción temática); análisis de dibujos; observaciones sistemáticas hechas por el personal de hospitales y residencias; e informes de casos aportados por terapeutas infantiles o de adultos que han recopilado material anamnésico.

La muerte y el desarrollo del lenguaje. Las mediciones más fiables y objetivas son las que analizan el dominio del lenguaje por parte del niño. Anthony pidió a 83 pequeños que definiesen la palabra «muerte» como parte de un test de vocabulario general. La respuesta del 100 % de los que tenían de siete años en adelante (y de los dos tercios de los de seis años) indicó una comprensión del significado del término, aunque algunos incluían en sus definiciones fenómenos accidentales desde el punto de vista lógico o biológico. Sólo tres de los 22 niños menores de seis años ignoraban por completo el significado de la palabra[19].

Otro enfoque objetivo para este problema es estudiar cómo se desarrolla en el niño el concepto de «vivir» o de la «vida». Los más pequeños a menudo confunden las propiedades de las entidades vivas. En 1895, J. Sully observó que los niños consideran vivas todas las cosas dotadas de un movimiento autónomo aparente, como por ejemplo, el fuego y el humo[20]. Piaget explicó que el animismo infantil (que a él le parecía comparable con el del hombre primitivo) pasa por cuatro etapas. Al principio, los pequeños creen que los objetos inanimados tienen vida y voluntad. A los siete años, atribuyen vida sólo a lo que se mueve. Entre los ocho y los doce años, a lo que se

mueve por sí mismo; después, las creencias infantiles se van pareciendo cada vez más a las adultas[1*,21].

El niño pasa por grandes períodos de confusión en su intento de dilucidar qué es lo vivo y qué es lo inanimado. Por ejemplo, en cierto estudio se observó que la tercera parte de los pequeños entre los siete y los ocho años creían que los relojes y los ríos estaban vivos; la cuarta parte pensaba que la luna estaba viva, y un 12 % estaba convencido de que los árboles eran seres inanimados[22]. Esta confusión aumenta debido a los mensajes contradictorios del ambiente. Los niños nunca reciben una educación precisa y clara acerca de estas cuestiones y, a menudo, aumenta su desconcierto con las muñecas y juguetes mecánicos que simulan vida. Las licencias poéticas en el lenguaje son otra fuente de confusión para ellos («las nubes corren por el firmamento», «la luna salta por la ventana», «los manantiales danzan hasta encontrarse con el mar»).

Observaciones infantiles. Los estudios sobre el desarrollo lingüístico han movido a muchos terapeutas y especialistas en psicología evolutiva a situar la primera noción infantil de la muerte en una época muy posterior a la que indican las observaciones directas que plantearé a continuación. Tal vez, los investigadores sean más exigentes de lo necesario. En realidad, ¿existe alguna razón para suponer que sólo los niños capaces de definir la «muerte» o la «vida» comprenden estos fenómenos? La objeción teórica de que los menores de ocho años son incapaces de comprender los conceptos abstractos es rebatible. Como lo han señalado Kastenbaum i Aisenberg «entre "la carencia de comprensión" y el pensamiento abstracto claro e integrado, hay muchos caminos a través de los cuales las mentes de los jóvenes pueden ponerse en contacto con la muerte»[23]. Pese a su vaguedad, la expresión «ponerse en contacto con la muerte» es útil: el niño desde muy pequeño piensa ya en la muerte, la teme, le inspira curiosidad, registra percepciones relacionadas con ella, que

1*. Piaget consideraba que el tema de la muerte era fundamental para el desarrollo de conceptos maduros de causalidad. En los primeros pensamientos del niño, se considera que la motivación es la fuente y la explicación de la existencia de las cosas y cada una de las causas se relaciona con un motivo. Cuando el niño adquiere conciencia de la muerte, ese sistema de pensamiento sufre una alteración: los animales y las personas mueren y su muerte no puede explicarse como resultado de sus motivos. Gradualmente los niños empiezan a darse cuenta de que la muerte debe ser una ley de la naturaleza, una ley uniforme e impersonal.

posteriormente conservará en la memoria a lo largo de toda su vida, y construye defensas basadas en la magia.

Kastenbaum y Aisenberg han descrito algunas observaciones de David, un pequeño de dieciocho meses de edad, que descubrió un pájaro muerto en el patio de su casa. El niño se quedó petrificado y según sus padres, su cara «adoptó una helada expresión ritual, muy parecida a la estilizada máscara dramática que usan los griegos para la tragedia»[24]. David era el típico pequeño que husmea y examina todo lo que encuentra a su alcance. En cambio, en esta ocasión, se inclinó hacia el pájaro muerto, pero no alargó la mano para tocarlo. Varias semanas después, encontró otro; esta vez lo recogió y empezó a hacer gestos de que lo pusieran en la rama de un árbol para que pudiera volar. Los padres lo pusieron y, al ver que no volaba, David siguió insistiendo en que lo colocaran en el árbol. Unas semanas después, se interesó mucho por una hoja que se había caído de un árbol y dedicó largo rato a tratar de colocarla de nuevo en su sitio. Al ver que no lo lograba, le pidió a su padre que lo hiciera. Como David aún no hablaba, ignoramos la naturaleza exacta de su experiencia interna, pero su comportamiento nos indica que estaba relacionada con el concepto de la muerte. No existe, por lo demás, la menor duda acerca de que su contacto con ésta le produjo reacciones de conducta completamente fuera de lo común.

El psicólogo Szandor Brant nos informó acerca de un episodio, cuyo protagonista fue su hijo, Michael, de dos años y tres meses[25]. El niño, que hacía ya un año que no tomaba biberón, empezó a levantarse varias veces durante la noche, gritando histérico que le dieran un biberón. Cuando se le interrogó, Michael dijo: «Tengo que tomar un biberón o de lo contrario, no haré contacto; me quedaré sin gasolina, mi motor no funcionará y me moriré.» Su padre aclaró que en dos ocasiones, inmediatamente antes de estos hechos, un coche se había quedado sin gasolina y se había repetido delante del niño que el motor «había muerto» y que la batería estaba «muerta». Michael estaba convencido, según la interpretación de su padre, de que tenía que tomar líquido constantemente o de lo contrario moriría. Su preocupación por la muerte había comenzado ya antes: al ver la fotografía de un pariente fallecido, abrumó a sus padres con un río de preguntas sobre él. Este episodio indica que la idea de la muerte puede ocasionar serios trastornos en los niños pequeños. Más aún, tal como sucedió en el caso anterior, la conciencia de la misma es muy temprana y, según Kastenbaum, es muy probable que este primer

problema vital constituya un estímulo básico para el desarrollo mental del niño[26].

Gregory Rochlin, basándose en varias sesiones de juego con una serie de pequeños de tres a cinco años, llegó igualmente a la conclusión de que el niño aprende en seguida que la vida es finita y que puede fallecer tanto él como las personas de quienes depende.

> Mis estudios demuestran que el conocimiento de la muerte, incluyendo la posibilidad de la propia, se adquiere a muy temprana edad, mucho antes de lo que a menudo se piensa. A los tres años, los niños son capaces de expresar en términos inequívocos el miedo a morir. La edad exacta en la que se aprende es una cuestión puramente especulativa. Con los menores de tres años, resulta muy difícil establecer una comunicación sobre el tema. Además, sería muy fragmentaria. Lo más importante es saber que a los tres años, el miedo a la muerte como posibilidad ha empezado ya a producir efectos importantes[27].

Rochlin afirma que hay pruebas evidentes de lo anterior para cualquiera que esté dispuesto a escuchar a los niños o a observar sus juegos[28]. En todas partes del mundo los pequeños juegan a «matar o morir» y a «resucitar». Tienen multitud de oportunidades de ponerse en contacto con el tema. Sin ir más lejos, una visita a la carnicería les enseña mucho más de lo que quieren averiguar. Incluso es posible que no se requiera ninguna experiencia; tal vez, como afirma Max Scheler[29], tengamos un conocimiento intuitivo de la muerte. Pero, independientemente de la fuente de este conocimiento, hay una cosa cierta: existe en nosotros una arraigada tendencia, desde una edad muy temprana, a negar la muerte. Y el conocimiento se rechaza, cuando el deseo se le opone.

Pero a veces la realidad se impone sin remedio y entonces las defensas de negación se tambalean y dejan pasar cierta cantidad de angustia. Rochlin relata el caso de un niño de tres años y medio que pasó varios meses preguntando a sus padres cuándo moriría él y cuándo ellos[30]. A menudo murmuraba que él sería inmortal. Por aquella época falleció su abuelo, que vivía en otra ciudad y a quién él apenas conocía. A partir de entonces, el pequeño empezó a tener pesadillas y retardaba el momento de irse a la cama, ya que al parecer asociaba el sueño con la muerte. Preguntaba si dolía morirse y decía que tenía miedo a fallecer. Sus juegos revelaban una preocupación continua por la enfermedad, la muerte y los asesinatos. Aunque es difícil saber con exactitud qué suponía la muerte en su mundo interno, está claro que le ocasionaba gran ansiedad: morir significaba que le

molerían, que le harían daño, que desaparecería, que se iría por el desagüe y se pudriría en la tumba.

Otro niño de cuatro años, que había perdido a su abuelo el día en que cumplió tres, insistía en que éste aún vivía. Cuando le dijeron que había muerto de viejo, quiso asegurarse de que su padre y su madre no lo eran aún y les participó que no pensaba seguir creciendo. Transcribiré parte de la sesión lúdica en la que se demuestra claramente que este niño había «entrado en contacto con la muerte»:

N: Anoche encontré una abeja muerta.
Dr: ¿Parecía muerta?
N: Alguien la mató. La pisaron y se murió.
Dr: ¿Estaba muerta como la gente que se muere?
N: Estaba muerta, pero no como la gente. La gente muerta es diferente.
Dr: ¿Hay una diferencia?
N: La gente está muerta y las abejas también. Pero a la gente la ponen en la tierra y se descompone.
Dr: ¿Ya no sirven?
N: Después de mucho tiempo la abeja volverá a vivir. Pero las personas no. No quiero hablar de eso.
Dr: ¿Por qué?
N: Porque tengo dos abuelos vivos.
Dr: ¿Dos?
N: Uno.
Dr: ¿Qué le pasó al otro?
N: Murió hace mucho tiempo. Hace cien años.
Dr: ¿Tú vivirás mucho?
N: Cien años.
Dr: ¿Y después?
N: Tal vez moriré.
Dr: Toda la gente muere.
N: Sí. Yo también tendré que morir.
Dr: Es triste, ¿verdad?
N: Lo tendré que hacer de todos modos.
Dr: ¿Seguro?
N: Claro. Mi papá también se va a morir. Me da pena.
Dr: ¿Por qué?
N: No importa.
Dr: Ya no quieres hablar de eso.
N: Me gustaría ver ahora a mi mamá.
Dr: Yo te llevaré con ella.
N: Yo sé dónde está la gente muerta. En cementerios. Mi abuelo está muerto. Ya no puede salir de allí.

Dr: Quieres decir de donde está enterrado.
N: Ya no puede salir. Nunca[31].

Melanie Klein, basándose en sus experiencias clínicas con niños, llegó a la conclusión de que, desde muy pequeños, tienen una relación íntima con la muerte, relación que antecede con mucho al período en que adquieren el conocimiento conceptual de la misma. El miedo a la muerte es, según esta autora, parte integrante de las primeras experiencias infantiles. M. Klein aceptó la teoría de Freud de 1923 en la que afirmaba la existencia de una pulsión universal inconsciente hacia la muerte, pero añadió que, para poder sobrevivir, el ser humano necesita como contrapeso un miedo a la muerte. Consideró que este miedo era la fuente original de angustia; la sexual y la superyoica vienen mucho después y son fenómenos derivados.

Mis observaciones psicoanalíticas demuestran que en el inconsciente hay un miedo a la aniquilación de la vida. Pienso que, si admitimos la existencia de un instinto de muerte, debemos aceptar también que en las capas más profundas de la mente hay una respuesta a este instinto que es el temor a la aniquilación de la vida. El peligro que se deriva de la acción interna del instinto de muerte es la primera causa de angustia... El temor a ser devorado es una manifestación abierta del miedo a la aniquilación total del yo... El miedo a la muerte es uno de los componentes del miedo a la castración y no un fenómeno «análogo»... Puesto que la reproducción es esencial para contrarrestar la muerte, la pérdida de los genitales significaría el fin de la capacidad creativa que preserva y continúa la vida[32].

Creo que el argumento de Klein de que la preocupación por la reproducción se deriva del miedo a la muerte es formidable, y pone en tela de juicio los puntos de vista psicoanalíticos tradicionales acerca de qué es lo «primario» en la vida mental del individuo. Kurt Eissler, quien había reflexionado en profundidad sobre la muerte en la primera etapa del movimiento psicoanalítico, llegó también a la conclusión de que la preocupación tan temprana que tiene el niño con la sexualidad es una curiosidad derivada y secundaria de una conciencia anterior y aterradora de la muerte:

Una investigación más sutil de este asunto posiblemente ponga de manifiesto que la curiosidad infantil con respecto a los procesos generativos (es decir, «los hechos de la vida») constituye una segunda edición de una curiosidad anterior y más fugaz por la muerte. Es probable que el niño

abandone pronto esa curiosidad debido al horror que le inspira y a la situación de absoluto desamparo en que se siente con respecto al progreso de su investigación[33].

Otros investigadores, que han observado muy de cerca el mundo infantil, han concluido que el niño, independientemente de si posee o no la capacidad intelectual para ello, capta lo esencial de la muerte. Anna Freud, después de trabajar con niños pequeños en los barrios de Londres, escribió: «Se puede afirmar, sin temor a equivocarse, que todos los que tenían más de dos años en el momento de los bombardeos de Londres sabían que, cuando cae una bomba, la casa se derrumba y que, tras el hundimiento, hay muchos muertos y heridos»[34]. Describió el caso de un chico de cuatro años y medio que sabía que su padre había fallecido. La madre quería que los niños negaran el hecho, pero el pequeño insistía: «Yo sé todo lo de mi papá. Lo han matado y ya nunca más regresará.»

Furman llevó a cabo una extensa investigación con niños huérfanos de padre o madre y concluyó, asimismo, que durante el segundo año de vida pueden tener una comprensión básica de la muerte. Esta comprensión a menudo se reafirma gracias a alguna experiencia temprana que ayuda al niño a formarse la categoría mental necesaria. Furman cita el ejemplo siguiente:

Suzie no había cumplido aún los tres años cuando murió su madre. Cuando se lo comunicaron, preguntó dónde se encontraba su mamá ahora. El padre le recordó el pájaro muerto que habían encontrado hacía poco tiempo y al que habían enterrado. Le explicó que también mamá había muerto y habían tenido que enterrarla, y le dijo a la pequeña que le mostraría el lugar cuando quisiera. Un mes después Suzie le contó a su padre: «Jimmy (el hijo del vecino, de seis años de edad) me ha dicho que mamá volverá pronto porque la suya se lo ha asegurado. Yo he contestado que eso no es verdad porque mamá está muerta y cuando uno está muerto no regresa nunca más. Es así, ¿verdad, papá?»[35].

Una madre nos informó acerca de la siguiente experiencia con su hija de tres años y nueve meses:

Jane no ha recibido ninguna educación religiosa ni ha tenido contacto alguno con el fallecimiento de ningún conocido. Sin embargo, hace varios días empezó a preguntarme sobre la muerte... La conversación empezó cuando me planteó si la gente renace en primavera como las flores (la semana anterior se había secado su flor favorita; para consolarla de su disgusto, le había dicho

que volvería en primavera). Le contesté que no regresa de la misma manera sino de otra, tal vez en forma de niños recién nacidos. Se quedó preocupada ante mi respuesta —odia los cambios y que la gente se vuelva vieja— porque dijo: «Yo no quiero que Nan sea diferente. No quiero que cambie y se vuelva vieja.» Después: «¿Se morirá Nan? ¿Moriré yo también? ¿Se muere todo el mundo?» Cuando le respondí que sí, rompió a llorar con un llanto desgarrador y repitió: «Pero yo no quiero morir, no quiero morir...» Después me preguntó cómo mueren las personas, si duele, si abren otra vez los ojos después de muertas, si hablan, comen y se ponen ropa. De repente, en medio de estas preguntas y de su llanto, dijo: «Ahora seguiré preparando mi té» y el asunto quedó olvidado de momento[36].

Es interesante notar la vaguedad e inquietud de las respuestas de esta madre, que hacía apenas un rato había contestado sin dificultad a las preguntas de su hija relativas al nacimiento y origen de los niños. Al final del informe que he transcrito, comenta: «Me pilló por completo desprevenida. Aunque esperaba las preguntas sobre el nacimiento, las de la muerte ni siquiera se me habían ocurrido y mis propias ideas al respecto eran bastante confusas.» Es evidente que el niño percibe este tipo de ansiedad y confusión en sus padres, cuando intentan consolarle verbalmente de alguna manera.

En otros informes sobre conversaciones con los padres, se percibe asimismo el miedo y la curiosidad infantiles hacia la muerte. Por ejemplo:

Últimamente, Richard (de 5 años, 1 mes) ha empezado a lloriquear durante el baño y a manifestar temor ante la muerte. Ayer, mientras chapoteaba en el agua se puso a pensar en la posibilidad de vivir mil años. Hoy me ha dicho: «A lo mejor cuando me muera me quedo solo. ¿Estarás tú conmigo? Pero yo no quiero morir nunca. No quiero morir.» Hace varios días dijo que no sabía *cómo* debía morir, y su madre le contestó que no se preocupara por eso, que ella moriría antes y que así él sabría como hacerlo. Esto pareció consolarlo[37].

Adah Maurer, en un ensayo que ha despertado muchas controversias, hizo algunas curiosas especulaciones sobre la temprana conciencia infantil de la muerte[38]. La autora razona que la primera tarea de todo recién nacido es establecer una diferenciación entre el yo y el medio ambiente, entre el ser y el no ser. Oscilando entre la conciencia y la inconsciencia, entre el sueño y la vigilia, el pequeño se forma una noción de ambos estados. ¿Cuál es la experiencia mental del niño

durante los terrores nocturnos? Según Maurer, tal vez se trate de miedo al no ser; acostado en la oscuridad de una habitación silenciosa, y sin ninguna sensación visual o auditiva, quizá experimente pánico ante una sensación de semipresencia desencarnada. (Max Stern, especialista en terrores nocturnos, llegó a una conclusión similar: al niño le aterra la nada[39].)

¿Por qué disfrutan tanto los pequeños arrojando los juguetes desde lo alto de su silla de comer? Los que tienen la suerte de encontrar un compañero complaciente que les devuelva el juguete insisten en este juego hasta que el compañero se retira muerto de cansancio. Tal vez, este disfrute no se deba al placer erótico inherente al movimiento muscular; quizá sea una manifestación de lo que Robert White llama impulso a «causar un efecto», es decir, el placer inherente a dominar el propio ambiente[40]. Maurer dice que se debe a la fascinación que ejercen la desaparición y reaparición del objeto, situaciones que para el niño simbolizan el concepto del ser y el no ser[41]. Es cierto que el impulso a «causar un efecto» del que habla White podría ser un derivado del intento infantil de conquistar el no ser. Estas especulaciones han tenido una enorme resonancia en la literatura referente al desarrollo infantil y a la «permanencia del objeto», tema que en este momento nos alejaría mucho de nuestro campo. No obstante, en pocas palabras, podríamos decir que el niño es incapaz de apreciar la desaparición de un objeto si no ha establecido antes su permanencia. Ésta, a su vez, carece de sentido sin una noción previa de cambio, la destrucción o la desaparición. Así, el niño pequeño desarrolla «en bloque» los conceptos de permanencia y cambio[42]. Existe una íntima relación entre la permanencia del objeto y la de uno mismo. Estas variaciones y la formación de relaciones entre la permanencia (estar vivo, ser) y la desaparición (el no ser, la muerte) son esenciales para el desarrollo infantil.

«Se fue» es una de las primeras oraciones del vocabulario de los pequeños y, al mismo tiempo, expresa uno de sus temores más comunes. Los niños observan cómo desaparece el pollo a la hora de la comida; o cómo se va toda el agua de la bañera cuando se quita el tapón; o cómo desaparecen las heces en el retrete. Es raro el que alguna vez no tiene miedo de ser devorado, lavado o aspirado a través del desagüe. La literatura psicoanalítica señala la equiparación inconsciente que se da entre las heces y los cadáveres[43]. Quizá ha llegado el momento en que los psicoterapeutas reconsideren la dinámica conflictiva presente durante la enseñanza de los hábitos

higiénicos, porque tal vez intervengan algunos otros factores, además del erotismo anal y la tercera resistencia del pequeño. Es evidente que la educación higiénica genera numerosos temores relacionados con la integridad y supervivencia físicas.

Cuando el niño se da cuenta de que los objetos desaparecidos no siempre reaparecen, busca otras estrategias para protegerse de la amenaza del no ser. Así, se convierte en el «dueño» y no ya en la «víctima» del proceso del «se fue»: quita el tapón de la bañera, hace funcionar el retrete, apaga encantado las cerillas encendidas, tira cosas por la ventana, etc. Más adelante «siembra» la muerte, simbólicamente a través de juegos de «vaqueros e indios», «policías y ladrones», «buenos y malos» o, de una manera más real, matando insectos. Karen Horney estaba convencida de que la hostilidad y destructividad del niño es directamente proporcional al sentimiento de que su propia supervivencia se encuentra en peligro.

Una vez que el niño «sabe» ¿qué sucede con lo que sabe?

Lo olvida. Matilda McIntire, Carol Angle y Lorraine Struempler preguntaron a 598 niños si un animal doméstico que se ha muerto sabe que su dueño lo echa de menos, y encontraron que los de siete años son mucho más propensos que los de once o doce a aceptar el carácter concluyente e irreversible de la muerte[44]. Resultados similares hallaron Irving Alexander y Arthur Adlerstein, quienes probaron la RPG[2*] de un número considerable de niños, entre los seis y los dieciséis años, ante una serie de palabras relacionadas con la muerte presentadas entre otras neutrales[45]. Dividieron la muestra en tres grupos: infancia (5-8), preadolescencia o latencia (9-12) y adolescencia (13-16). Los resultados indicaron que *los niños menores y los adolescentes experimentaban una respuesta emocional mucho mayor ante las palabras relacionadas con la muerte, que los preadolescentes.* Los autores llegaron a la conclusión de que la latencia es un periodo benigno, la «edad de oro» de la niñez. «Los niños de esta edad disfrutan mucho con la rutina de la vida y están demasiado inmersos en los placeres lúdicos para preocuparse por el concepto de la muerte.»

2*. La RPG es la respuesta galvánica de la piel, que es una medida fisiológica de la ansiedad.

Creo que hay una manera menos optimista de explicar estos resultados: desde muy temprano, el niño tropieza con los «hechos verdaderos de la vida» y descubre la muerte en sus solitarias investigaciones. Pero se siente abrumado por su descubrimiento y experimenta angustia primaria. Entonces, busca reafirmarse de muchas maneras para poder enfrentarse con la muerte: puede aterrorizarse, negarla, personificarla, burlarse de ella, reprimirla o desplazarla, pero tiene que hacerle cara de algún modo. Durante la latencia, aprende (o le enseñan) a negar la realidad. Poco a poco, a medida que desarrolla formas de negación más eficientes y refinadas, su conocimiento de la muerte resbala hacia el inconsciente y desaparece el miedo explícito. Los días despreocupados de la preadolescencia —la «edad de oro» de la latencia— no calman la angustia, sino que son el resultado de ella. Aunque durante esta etapa se adquieren muchos conocimientos, los hechos de la vida se olvidan. La conciencia de la muerte y la sexualidad infantil se encuentran «latentes». Durante la adolescencia, los sistemas de negación infantiles ya no dan resultado. Las tendencias introspectivas y el aumento de los recursos internos permiten al adolescente enfrentarse una vez más a la inevitabilidad de la muerte, tolerar la angustia y buscar modos alternativos para enfrentarse a los hechos de la vida.

Etapas del saber

Para llegar a un modelo funcional del desarrollo posterior del concepto de la muerte en el niño, es necesario saber el momento preciso en que «se entera» de ésta. Puede que desarrolle poco a poco una conciencia y una comprensión de la muerte; yo me inclino a pensar que más bien se ve envuelto en un proceso de «estira y afloja», en el cual «sabe» demasiado, demasiado pronto; entonces, encuentra la manera de reprimirlo, de ignorarlo, hasta que, con el paso del tiempo, se encuentra más preparado para aceptar lo que originalmente sabía. No obstante, carecemos de certeza alguna en este asunto; no hay pruebas definitivas en favor de ninguna de las hipótesis.

Considero que las etapas que siguen al primer conocimiento infantil acerca de la muerte se caracterizan por la negación. Para que ésta se dé, tiene que existir previamente un conocimiento: uno sólo puede negar lo que ya conoce. Si el lector decide rechazar los argumentos empleados para apoyar la hipótesis de un conocimiento

previo, donde aparece «negación», deberá leer «aproximación al conocimiento».

Negación: la muerte es temporal, es una disminución, una animación suspendida o un sueño. Según la información obtenida de niños que ya pueden hablar, la muerte para ellos es reversible o temporal, o bien se trata de una disminución pero no de un cese de la conciencia. Esta opinión es reforzada por las numerosas historietas de dibujos animados que aparecen en la televisión, cuyos personajes vuelan en pedazos, sufren aplastamientos, trituraciones o mutilaciones diversas y después aparecen de nuevo milagrosamente intactos. A continuación, reproduciré varios fragmentos de Nagy de entrevistas muy ilustrativas:

S.C. (4 años, 8 meses): «No se puede mover porque está en el ataúd.»
«Si no estuviera en el ataúd, ¿podría moverse?»
«Puede comer y beber.»

S.J. (5 años, 10 meses): «Sus ojos estaban cerrados, estaba allí inmóvil. Aunque le hacían muchas cosas, no decía ni una palabra.»
«Después de diez años, ¿será lo mismo que cuando le enterraron?»
«No, será mayor. Será siempre mayor y mayor. Cuando tenga cien años será como un trozo de madera.»
«¿Qué quieres decir con eso de que será como un trozo de madera?»
«No lo sé. Mi hermanita tendrá ahora cinco años. Yo no había nacido cuando ella murió. Ahora sería así de grande. Tiene un ataúd pequeño, pero cabe bien en él.»
«¿Qué crees que está haciendo ahora?»
«Está quieta, acostada, siempre está así. Todavía es muy pequeña para ser como un trozo de madera. Eso sólo les pasa a los viejos.»
«¿Qué pasa allí bajo tierra?»

B.I. (4 años, 11 meses): «Llora porque está muerto.»
«Pero, ¿por qué llora?»
«Porque tiene miedo de lo que pueda pasarle.»

T.P. (4 años, 10 meses): «Una persona muerta es como si estuviera dormida. Duerme en la tierra.»
«¿Duerme igual que tú por las noches?»
«Bueno... cierra los ojos. Duerme como la gente por la noche. Así duerme, exactamente así.»
«¿Cómo sabes si alguien está dormido o está muerto?»
«Lo sé si se acuesta y no vuelve a abrir los ojos. Si alguien se acuesta y no se levanta, está muerto o enfermo.»

«¿Volverá a despertarse?»
«Nunca. Una persona muerta sólo se entera de si alguien va a su tumba o algo así. Siente que alguien está allí o le habla.»
«Siente cuando alguien pone flores en su tumba o el agua moja la tierra. Muy despacio, se entera de todo. Oye, ¿un muerto siente el agua si penetra muy adentro en la tierra?»
«¿Crees que le gustaría salir de allí?»
«Sí, pero el ataúd está clavado.»
«Si no estuviera en el ataúd, ¿podría salir?»
«No, porque tiene la tierra encima.»

H.G. (8 años, 5 meses): «La gente piensa que los muertos sienten.»
«¿Y no es así?»
«No, no pueden sentir, como cuando uno está dormido. Cuando me duermo no siento, excepto cuando sueño».
«¿Soñamos después de muertos?»
«Yo creo que no. Algunas veces pasa algo como un destello, pero no dura lo mismo que un sueño.»

L.B. (5 años, 6 meses): «Sus ojos estaban cerrados.»
«¿Por qué?»
«Porque estaba muerto.»
«¿Cuál es la diferencia entre dormir y morirse?»
«Traen el ataúd, meten en él a la persona muerta y le colocan las manos así.»
«¿Qué le sucede en el ataúd?»
«Los gusanos se meten y lo comen.»
«¿Por qué les permite que se lo coman?»
«Porque no se puede levantar, porque le han puesto tierra encima y no puede salir del ataúd.»
«Si no tuviera tierra encima, ¿podría salir?»
«Claro, si no estuviera demasiado herido. Sacaría las manos de la tierra y cavaría. Eso demuestra que todavía quiere vivir.»

T.D. (6 años, 9 meses): «El abuelo de mi hermana murió y yo le tomé la mano. Estaba muy fría, era verde y azul. Tenía la cara llena de arrugas. No podía moverse ni apretar las manos porque estaba muerto. Y no podía respirar.»
«¿Cómo tenía la cara?»
«Con carne de gallina, por el frío. Tenía frío porque estaba muerto y cuando estás muerto todo está frío.»
«¿Crees que sentía frío o es que su piel era así?»
«Aunque se esté muerto, se siente también. Si uno se acaba de morir siente sólo un poquitito. Cuando ya está muy muerto, se deja de sentir.»

G.P. (6 años): «Estiró los brazos y se acostó. No se le podían bajar los brazos. No podía hablar ni moverse ni ver. No podía abrir los ojos. Estuvo cuatro días allí acostado.»

«¿Por qué cuatro días?»

«Porque los ángeles aún no sabían donde estaba. Los ángeles lo desenterraron y se lo llevaron consigo. Le dieron alas para que pudiera volar»[46].

Todas estas afirmaciones son sumamente ilustrativas. Uno se queda sorprendido ante las contradicciones internas y los distintos niveles de profundidad de los conocimientos que se evidencian a través de estos breves fragmentos. Los muertos sienten, pero no sienten. Crecen, pero de alguna manera siguen teniendo la misma edad y caben en un ataúd del mismo tamaño. Un pequeño es capaz de enterrar a su perro muerto y al mismo tiempo dejar un poco de comida junto a la tumba por si tiene hambre[47]. Parece que los niños creen en la existencia de varios niveles en la muerte. Los muertos pueden sentir «un poquitito» (o tener destellos de sueños); pero los que ya están «completamente muertos... no sienten nada». Me gustaría aclarar que Nagy recopiló estas citas para demostrar que el niño considera que la muerte es temporal, o bien la niega por completo, equiparándola con un viaje o con el sueño. Una vez más, vemos que los prejuicios de los observadores resultan evidentes. Para mí, estos pasajes indican que los niños saben multitud de cosas. No hay nada temporal o incompleto en la idea de que los gusanos se comen al muerto, de que éste permanece ya para siempre en la tierra, de que está «completamente muerto» y «ya no siente nada».

La equiparación infantil entre el sueño y la muerte es muy conocida. El estado del sueño es la experiencia más cercana a la inconsciencia y a la muerte que puede tener un niño. (En la mitología griega, *Thanatos,* la muerte e *Hypnos,* el sueño, eran hermanos gemelos.) Esta asociación tiene implicaciones diversas en los trastornos del sueño y muchos terapeutas han afirmado que el miedo a la muerte es uno de los componentes más fuertes del insomnio en todas las edades. Muchos niños miedosos sienten el sueño como algo peligroso. Recordemos la oración infantil:

Ahora me acuesto a dormir
Ruego al Señor mi alma guardar,
Si muero antes de despertar
Ruego al Señor mi alma tomar.

Los fragmentos reunidos por Nagy demuestran también de una manera clara que los niños, pese a su conocimiento imperfecto sobre la materia, consideran que la muerte es algo terrorífico. Son realmente horrendas las ideas de encontrarse atrapado en un ataúd clavado, llorando bajo la tierra y enterrado durante cien años para acabar convirtiéndose en un trozo de madera; que se lo coman a uno los gusanos, sentir mucho frío, volverse azul y verde y ser incapaz de respirar[3*].

Esta relativa ignorancia resulta consoladora, sobre todo para los padres y educadores que prefieren volver la espalda a un tema tan desagradable. «Lo que no saben, no puede hacerles daño» es el lema en el que se ampara el silencio oficial. Pero, en realidad, lo que ocurre es que lo que no saben, lo inventan. Por lo que hemos podido ver en estos ejemplos, sus invenciones son aún más escalofriantes que la realidad. Más adelante, me referiré de nuevo al tema de la educación sobre la muerte, pero por lo pronto queda claro que las ideas infantiles respecto a este tema son horribles y que los niños se ven obligados por ello a encontrar la manera de tranquilizarse.

Negación: los dos baluartes frente a la muerte. El niño tiene dos defensas básicas contra el terror que le provoca la muerte, las cuales se remontan al comienzo de su vida: la creencia profunda en su propia inviolabilidad personal y en la existencia de un salvador único, personal y definitivo. Aunque estas creencias se ven fortalecidas por la instrucción parental y religiosa, centrada en mitos de posteriores existencias, en un Dios protector y en la eficacia de la oración personal, se basan también en las más primitivas experiencias vitales del niño.

Singularidad. Todos nosotros, tanto en la infancia como en la edad adulta, vivimos aferrados a la creencia irracional de que somos especiales. Las limitaciones, el envejecimiento y la muerte son aplicables a los *demás,* pero no a *uno mismo.* En el fondo se está convencido de la propia invulnerabilidad y eternidad. El origen de

3*. Estas primeras imágenes de la muerte permanecen en el inconsciente con sorprendente fidelidad. Por ejemplo, Elliot Jaques describió el siguiente sueño de una paciente claustrofóbica de mediana edad: «Estaba inmóvil en una urna. La habían cortado en trocitos y estaba muerta. Pero había conexiones nerviosas del tamaño de una tela de araña que unían sus pedazos y los conectaban con su cerebro. Como resultado, podía sentir todo lo que ocurría. Sabía que estaba muerta. No podía moverse ni emitir sonido alguno. Sólo podía yacer en la oscuridad claustrofóbica y el silencio del ataúd»[48].

esta creencia primaria *(defensa primigenia* la llamó Jules Masserman[49]) hay que buscarlo en el inicio de la vida. Ésta es siempre una época de intenso egocentrismo. Uno es el universo: no hay límites que nos separen de los demás objetos y seres humanos. Se satisfacen sin ningún esfuerzo hasta los más ínfimos caprichos que se tengan: se ponen en práctica los más recónditos pensamientos. Se origina así en nosotros una noción de singularidad que más adelante emplearemos como escudo para defendernos del miedo a la muerte.

El salvador definitivo. Junto a esta ilusión antropocéntrica (y no empleo el término en un sentido peyorativo, puesto que se trata de una ilusión universalmente compartida) tenemos la profunda convicción de que alguien nos salvará en el último momento. Ésta también tiene su origen en el inicio de la vida, en la época en que el niño cuenta con dos figuras fantasmales, los padres, que, además de todopoderosos, son dos eternos servidores suyos. La creencia en esta eterna protección se ve reforzada por el cuidado meticuloso de los padres durante la infancia y la niñez. Una y otra vez los pequeños se aventuran, llegan demasiado lejos, chocan con los crueles obstáculos de la realidad, y, en último término, son rescatados por dos enormes alas maternales que los envuelven en su calor corporal.

Las dos creencias citadas son muy útiles para el desarrollo infantil: son el fundamento absoluto de la estructura defensiva que el individuo erige para contrarrestar el miedo a la muerte. Sobre ellas, se construyen otras defensas secundarias que, en el paciente adulto, suelen ensombrecer las originales, así como la naturaleza de la angustia primaria. Estas dos defensas básicas se encuentran profundamente arraigadas (obsérvese su persistencia en términos de mitos de inmortalidad y de creencias en un dios personal que se encuentran en todos los sistemas religiosos importantes)[4*] y permanecen en la edad adulta, ejerciendo una poderosa influencia, como estudiaremos en el próximo capítulo, sobre la estructura del carácter y la formación de síntomas.

Negación: la convicción de que los niños no mueren. Un consuelo bastante común del que se valen los niños desde muy pequeños es creer que son inmunes a la muerte. Los jóvenes no mueren. La muerte

4*. Es importante señalar que el valor psicodinámico o el significado de la religión no obstaculiza necesariamente el valor intrínseco de las opiniones religiosas. O, como lo ha expresado Viktor Frankl: «Para satisfacer la curiosidad sexual precoz de los niños inventamos el cuento de que las cigüeñas traen a los recién nacidos. Pero esto no quiere decir que las cigüeñas no existan»[50].

sobreviene a los viejos y la vejez es algo muy lejano de la niñez. Veamos algunas ilustraciones:

S. (5 años, 2 meses): ¿Dónde está tu mamá?
Madre: En el cielo. Murió hace algún tiempo. Creo que tenía unos 70 años.
S: No, probablemente tenía 80 ó 90.
Madre: No. Tenía sólo 70.
S: Bueno. Los hombres viven hasta los 99 años. ¿Cuándo te vas a morir tú?
Madre: Pues no sé. Cuando tenga 70 u 80 ó 90.
S: ¡Oh! (pausa) Cuando crezca no me afeitaré y entonces tendré barba, ¿verdad? (En una conversación anterior, S. había dicho que los hombres tienen barba cuando son muy, muy viejos. Más adelante, se demostró con claridad que su plan de dejarse crecer la barba era un esfuerzo por posponer la muerte indefinidamente)[51].

Ruth (4 años, 7 meses): ¿Tú te morirás, papá?
Padre: Sí, pero no antes de volverme viejo.
Ruth: ¿Te volverás viejo?
Padre: Sí, claro.
Ruth: ? También yo me volveré vieja?
Padre: Sí.
Ruth: Todos los días siento miedo de morirme. Ojalá nunca me vuelva vieja para así no tener que morirme, ¿verdad?[52]

Entrevistador: ¿Puede morir un niño?
G.M. (6 años): No, los niños no mueren a menos que tengan un accidente. Pero si van al hospital salen otra vez vivos.
E.G. (5 años): Yo no moriré. Cuando uno es viejo, se muere. Yo nunca moriré. Cuando la gente es muy mayor se muere. (Más adelante dijo que tal vez moriría cuando fuese muy viejo)[53].

Como respuestas a las pruebas psicológicas de completar cuentos, la mayoría de los niños mostraron una preferencia por mantenerse en la infancia, en lugar de crecer lo antes posible. Un chico de nueve años y medio manifestó que no quería crecer más; prefería ser siempre un niño, porque «cuando uno se hace mayor, le queda menos vida»[54].

La muerte real de un niño plantea problemas terribles a los demás, los cuales a menudo resuelven las dificultades diferenciando entre morir y ser asesinado. Un pequeño afirmó: «Los niños no mueren, a menos que alguien los apuñale o los mate con un coche.» Otro dijo: «Cuando se tienen diez años creo que es imposible morir, a no ser que alguien te mate»[55]. Otro pequeño de seis años dijo: «Yo no moriré,

pero si alguien sale a la lluvia, quizá muera»[56]. Todos estos comentarios calman la angustia y reconfortan al convertir a la muerte en un problema lejano y evitable. Queda relegada para la vejez —una época inimaginable durante la infancia— o puede sobrevenir de forma accidental, pero sólo si el niño es muy, muy descuidado.

Negación: personificación de la muerte. La mayoría de los niños entre los cinco y los nueve años suelen dar una imagen antropomórfica a la muerte, así como una voluntad: es el coco, el hombre del saco, un esqueleto, Camuñas, un fantasma, una sombra o simplemente una figura asociada a ella. Abundan las ilustraciones:

B.G. (4 años, 9 meses): «La muerte es mala.»
«¿Por qué dices que es mala?»
«Te mata clavándote un cuchillo.»
«¿Qué es la muerte?»
«Es un hombre.»
«¿Qué clase de hombre?»
«El hombre de la muerte.»
«¿Cómo lo sabes?»
«Porque lo he visto.»
«¿Dónde?»
«En el césped. Yo estaba recogiendo flores.»

B.M. (6 años, 7 meses): «La muerte se lleva a los niños malos. Los atrapa y se los lleva.»
«¿Qué aspecto tiene?»
«Blanca como la nieve; toda blanca. Es malvada. No le gustan los niños.»
«¿Por qué?»
«Porque su corazón es malo. Se lleva también a los hombres y a las mujeres.»
«¿Por qué?»
«Porque no le gusta verlos.»
«¿Qué es lo que tiene blanco?»
«El esqueleto, los huesos.»
«Pero ¿es así en realidad o es sólo lo que dicen de ella?»
«Es así en realidad. Una vez estuve hablando de ella y por la noche vino. Tiene una llave que sirve para abrir todas las puertas. Entró y lo revolvió todo. Se acercó a la cama y tiró de las mantas. Yo volví a taparme bien. No pudo quitarme las mantas. Después se fue.»

P.G. (8 años, 6 meses): «Viene cuando alguien muere. Viene con una guadaña, lo corta y se lo lleva. Cuando se marcha, deja sus huellas. Cuando

desaparecen las huellas, regresa y corta a otras personas. Si la quieren atrapar, desaparece.»

B.T. (9 años, 11 meses): «Es un esqueleto. Es tan fuerte que podría volcar un barco. No puede verse. Está escondida en alguna parte. Se esconde en una isla.»

V.P. (9 años, 11 meses): «Es muy peligrosa. Nunca sabes cuando te va a llevar con ella. Es invisible, nadie en el mundo la ha visto. Pero durante la noche llega y se lleva a la gente. Es como un esqueleto. Toda ella es de hueso. Pero cuando ya hay luz, cuando amanece, se va sin dejar rastro. ¡Es tan peligrosa!»

M.I. (9 años, 9 meses): «Siempre la dibujan con un esqueleto y una capa negra. En realidad no puedes verla. Es una especie de espíritu. Viene y se lleva a la gente, no le importa si es un mendigo o un rey. Si quiere, los hace morir»[57].

Aunque estos relatos son escalofriantes, el proceso de personificación de la muerte es una defensa contra la angustia. La visión de un esqueleto al acecho, que surge por las noches del humus de las tumbas, por muy horrible que parezca, resulta consoladora en contraste con la verdad. Mientras el niño crea que la muerte la causa una fuerza o una figura externa, estará a salvo de conocer la verdad terrible de que la muerte *no* es externa, sino que desde el principio de la vida, la lleva uno en su interior. Más aún, si la muerte es un ser sensible que —como dijo el niño del último ejemplo— «*si quiere,* los hace morir», tal vez se pueda influir sobre ella para que *no* nos lleve. Quizá, como sucedía con el «fabricante de botones», en la metáfora mortuoria de *Peer Gynt,* se pueda posponer, propiciar o, ¿quién sabe?, si hasta conjurar o derrotar. Al personificarla, el niño reproduce y resume en sí la evolución cultural: todas las culturas primitivas tienen un concepto antropomórfico de las fuerzas desatadas de la naturaleza, porque de esta manera creen que pueden ejercer un mayor control sobre su propio destino[5*].

El temor antropomórfico a la muerte está presente a lo largo de

5*. El estudio realizado en 1974 por Koocher sobre las actitudes de los niños estadounidenses[58] sobre la muerte no corrobora los hallazgos de Nagy (con niños húngaros) sobre la personificación de la muerte. Tal vez existan marcadas diferencias culturales, pero en todo caso las diferencias entre las metodologías empleadas en ambos estudios dificultan enormemente las comparaciones: en la investigación efectuada en los Estados Unidos, la entrevista se estructuraba sólidamente y había pocas comprobaciones reales y poca interacción entre el sujeto y el entrevistador, mientras que en el estudio húngaro la entrevista era mucho más abierta, intensa y personal.

toda nuestra vida. Es raro el individuo que en algún nivel de la conciencia no tiene miedo a la oscuridad, a los demonios, a los fantasmas o a alguna representación sobrenatural. Hasta las películas de mediana calidad sobre temas sobrenaturales, como los productores cinematográficos saben muy bien, logran impresionar al público.

Negación: burla de la muerte. Los niños mayores tratan de calmar su miedo retando a la muerte para que demuestre su existencia. Los de nueve y diez años suelen mofarse de ella: se burlan de la vieja enemiga. Un estudio del lenguaje de los escolares de esa edad, ha demostrado la existencia de multitud de coplas y canciones macabras que les parecen desternillantes. Por ejemplo:

> El moro Muza sale de su tumba
> y en calzoncillos se baila una rumba.
> Tumba por aquí, tumba por allá,
> tumba, tumba, fa, fa, fa.
> Los esqueletos hacen el cocido
> con los huesos tiernos de un recién nacido.
> Muertos por aquí, muertos por allá,
> muertos, muertos. ¡Qué barbaridad![59]

Muchos niños, especialmente los de sexo masculino, se dedican a peligrosas y temerarias hazañas como desafío a la muerte. (Quizá los delincuentes juveniles reflejen la persistencia de este tipo de defensa.) En las niñas esto es mucho menos frecuente, ya sea por las demandas sociales que pesan sobre ellas, o como dice Maurer[60], porque se sienten menos oprimidas por el miedo a morir, debido a que saben que su papel biológico de madres les permite crear vida.

Negación de la conciencia de la muerte en la literatura sobre psiquiatría infantil. Pese a todos los argumentos persuasivos y pruebas que confirman que los niños descubren la muerte desde la más tierna edad y que se preocupan por ella, es inútil encontrar mención razonada alguna del miedo a la muerte en las formulaciones psicodinámicas del desarrollo de la personalidad o en psicopatología. ¿Por qué hay una discrepancia entre las observaciones clínicas y la teoría dinámica? Consideremos el «cómo» y el «porqué» de este asunto.

¿Cómo? Creo que el mecanismo por el que se excluye a la muerte de la teoría psicodinámica es muy simple: se traduce sin más por «separación». John Bowlby, en su monumental trabajo sobre la

separación[61], presenta innumerables pruebas etológicas, experimentales y directas, demasiado extensas para considerarlas aquí. Según él, la separación de la madre es un hecho catastrófico para el niño y se puede observar claramente la angustia que provoca en pequeños de seis a treinta meses. Bowlby concluyó —y su conclusión ha sido muy bien aceptada por los terapeutas— que la separación es la fuente primaria y básica de angustia; las demás, incluyendo la de la muerte, sólo adquieren un significado emocional por su equiparación con aquella. En otras palabras, se teme la muerte porque revive la angustia inherente a la separación.

En su mayor parte, el trabajo de Bowlby contiene una argumentación impecable. Sin embargo, resalta su falta de imaginación cuando se refiere a la angustia ante la muerte. Por ejemplo, cita la investigación de Jersild sobre los temores de cuatrocientos niños[62]. Jersild encontró que algunos miedos específicos, como por ejemplo a enfermarse y morir, aparecían con muy poca frecuencia: no los mencionaron ninguno de los doscientos niños menores de nueve años y sólo seis de los doscientos cuyas edades oscilaban entre los nueve y los doce años. Bowlby concluyó a partir de estos datos que los niños menores de diez años no temen a la muerte y que este miedo es posterior y aprendido y sólo importante debido a que se equipara con la separación[63]. Jersild demostró que los temores infantiles más frecuentes son a los animales, las tinieblas, la altura o los ataques en la oscuridad de fantasmas o secuestradores. Lo que no se planteó es qué significan para los niños estas situaciones o figuras. En otras palabras, ¿cuál es el *significado* subyacente, la representación mental de estos temores?

En su espléndido libro sobre la angustia, Rollo May afirma que el estudio de Jersild sólo demuestra que aquélla se convierte en miedo[64]. Con frecuencia, los temores infantiles son impredecibles y cambiantes y parecen desconectados de la realidad (es muy posible que provoquen más miedo los animales muy remotos, como gorilas o leones, que los más próximos y conocidos). May dice que lo que parece absurdo en un nivel superficial es bastante lógico en otro más profundo: los miedos infantiles son «formas objetivadas de angustia subyacente». A continuación, comenta: «Jersild me dijo en el curso de una conversación que los miedos de los niños expresaban realmente angustia. Estaba sorprendido de no haberse dado cuenta antes. Creo que se le escapó porque es muy difícil salirse de nuestra manera tradicional de pensar»[65].

La investigación conductista ha definido, asimismo, muchas situaciones capaces de inspirar miedo a los niños. Pues bien, podemos plantear la misma pregunta con respecto a estos datos experimentales. ¿Por qué los niños temen a los extraños, a los abismos (aunque sean sólo visuales, a través de una ventana, por ejemplo, o en una diapositiva), a un objeto que se aproxima o a la oscuridad? Evidentemente, porque todas estas situaciones, así como los animales, los fantasmas y las separaciones, representan una amenaza para la supervivencia. Sin embargo, salvo Melanie Klein y D.W. Winnicott, quienes afirmaron que la angustia primaria se refiere a la aniquilación, a la disolución del yo y a ser devorado[66], casi nadie se ha planteado por qué teme el niño a las situaciones que amenazan su vida. Los especialistas en psicología evolutiva y los psicoanalistas infantiles a menudo sacan elaboradas conclusiones acerca de la vida interna del niño, cuando se trata de relaciones objetales o de sexualidad. Pero, al analizar el concepto infantil de la muerte, pierden toda su imaginación y su intuición.

Las pruebas de la existencia de una angustia derivada de la separación se basan en observaciones conductistas sólidas. Los pequeños de todas las especies de mamíferos dan muestras de trastornos cuando se les separa de sus madres: alteraciones motoras externas y cambios fisiológicos internos. Tampoco hay la menor duda, como lo ha demostrado magistralmente Bowlby, de que la angustia por la separación aparece en seguida en el recién nacido y persiste de forma continua en la vida interna de los adultos.

Pero lo que las investigaciones conductistas no pueden revelar es la naturaleza de la experiencia interna del niño muy pequeño, lo que Anna Freud llamaba «la representación mental» de la reacción de conducta[67]. Quizá se sepa cuál es la causa de la aprensión, pero no qué es la aprensión. La investigación empírica demuestra que el niño tiene miedo de que le separen, pero no así que la angustia provocada por este hecho sea primaria y que de ella se derive la de la muerte. En un nivel previo al pensamiento y al lenguaje, el niño puede experimentar una angustia incipiente por no ser, y ésta, tanto en él como en el adulto, tiende a convertirse en un miedo que, en el único «lenguaje» que pueden utilizar los niños mayores, queda transformada en angustia por la separación. Los especialistas en psicología evolutiva a menudo se resisten a aceptar que los niños menores de treinta meses experimenten angustia por la muerte, ya que viven su propio yo y el medio ambiente como un todo único. Pero lo mismo podría decirse

respecto a la angustia de separación. ¿Qué es en realidad lo que experimenta el niño? En ningún caso una separación, pues al carecer de un concepto del yo, es incapaz de concebirla. Después de todo, ¿qué se estaría separando de qué?

Como la experiencia interna es indescriptible y sólo podemos conocerla hasta cierto punto, corro el riesgo en este razonamiento de juzgar al pensamiento infantil como si fuese adulto. No hay que olvidar que la expresión «angustia de separación» es convencional: se trata de términos sobre los que nos hemos puesto todos de acuerdo, basándonos en la investigación experimental, para referirnos a un estado interno, más o menos etéreo, de aprensión. Pero en el caso del adulto, carece de sentido traducir la angustia por la muerte en angustia de separación (o «miedo de perder un objeto») ni aducir que la primera se deriva de otra más «fundamental» relacionada con la separación. Como expliqué en el capítulo anterior, es necesario distinguir entre los dos significados de «fundamental»: «básico» y «cronológicamente anterior». Aunque aceptáramos el argumento de que la angustia de separación es la primera, desde el punto de vista cronológico, de ello no se desprendería que la de muerte sea «realmente» miedo a perder un objeto. La angustia más fundamental (o básica) proviene del peligro de perderse uno mismo; y si uno teme perder un objeto es porque ello amenaza (de forma real o simbólica) la propia supervivencia.

¿Por qué? La omisión del miedo a la muerte en la teoría dinámica no se debe, evidentemente, a ceguera. Tampoco, como hemos visto, hay una razón convincente que justifique la traducción de este miedo en otros. Creo que existe a este respecto un proceso activo de represión, derivado de la tendencia universal de la humanidad (incluidos los investigadores y los teóricos conductistas) a negar la muerte, tanto en la vida personal como en la actividad profesional. Otros estudiosos del tema han llegado a las mismas conclusiones. Citemos algunos comentarios de Anthony:

> La falta de lógica y la evidente insensibilidad (de los investigadores del desarrollo infantil) frente al fenómeno del miedo que el hombre siente ante la muerte —uno de los más comunes y causantes de las motivaciones humanas más poderosas, como así lo han demostrado la historia y la antropología— sólo es atribuible a las represiones convencionales de este miedo (inducidas culturalmente) por parte de los mismos escritores e investigadores[68].

Charles Wahl comenta ideas similares:

Es un hecho sorprendente y significativo que los fenómenos del miedo o de la angustia ante la muerte (tanatofobia), bastante frecuentes en la clínica, no estén descritos en la literatura psiquiátrica o psicoanalítica. Brillan por su ausencia. ¿Significa esto que los psiquiatras, igual que los demás mortales, se resisten a considerar o estudiar un problema tan revelador de la contingencia de la situación humana? Tal vez, tanto los psiquiatras como sus pacientes estén demostrando la veracidad de la observación hecha por La Rochefoucauld: «Nadie puede mirar directamente ni al sol ni a la muerte»[69].

La angustia ante la muerte y el desarrollo de la psicopatología

Sabemos que angustia ante la muerte es un importante factor patogénico y que la adquisición sana de un concepto de la muerte es una de las tareas principales del desarrollo infantil, pero, ¿cuál es el proceso por el que unos padecen trastornos neuróticos incapacitantes y otros en cambio llegan a la edad adulta con una personalidad relativamente bien integrada? No existe investigación empírica alguna que nos ayude a responder a esta pregunta, por lo que me limitaré a sugerir algunas posibilidades. Sin duda, se trata de la interacción compleja de numerosos factores. Desde el punto de vista cronológico o de sucesión lo ideal sería que el niño se enfrentara a los acontecimientos a un ritmo compatible con sus recursos internos. Si aprende «demasiado y demasiado pronto», es probable que se desequilibre. El que se enfrenta bruscamente con la muerte antes de haber desarrollado defensas apropiadas, tal vez sufra alteraciones graves. Una situación aguda de *stress,* molesta en cualquier época de la vida, acarrea a veces en los pequeños graves trastornos temporales. Freud habló de la lesión excesivamente grande y severa que sufre el yo, como resultado de fuertes traumas de la primera etapa de la vida y, como ilustración, citó un experimento biológico en el que se habían demostrado los efectos catastróficos causados en un organismo adulto por una fina aguja introducida en el embrión apenas comenzado su desarrollo[70].

¿A qué traumas se refería? Existen varias posibilidades obvias. Un fallecimiento en el entorno inmediato de un niño es un hecho importante; algunas veces, el contacto con estos hechos actúa como una vacuna —en la dosis adecuada y supuesta la presencia de recursos yoicos, factores constitucionales sanos y del apoyo de adultos que de alguna manera sepan manejar su propia angustia ante

la muerte—; otras, en cambio, dicho contacto excede la capacidad del niño para defenderse. Todos los pequeños se relacionan con el problema en sus continuos encuentros con insectos, flores, animales domésticos, etc., cuya muerte a menudo les causa perplejidad o ansiedad y les estimula a hablar del asunto con sus padres y a plantearles sus dudas y temores al respecto. Pero cuando un niño se enfrenta con el fallecimiento de una persona, la posibilidad de un trauma es mucho mayor.

Como he explicado ya, el óbito de otro niño es particularmente terrorífico, porque socava la creencia consoladora en que sólo mueren las personas muy ancianas. Si se trata de un hermano, el trauma es mayúsculo, ya que se trata de alguien de similar edad a la suya y muy importante en su vida. La reacción infantil en este caso puede ser muy compleja, porque intervienen numerosos factores: el sentimiento de culpa que a menudo causa la rivalidad con los hermanos (y el placer secundario de obtener una mayor atención de los padres), la pérdida y la evocación del miedo de la propia muerte. Los escritos existentes tratan sobre todo el primer factor —la culpa— y algunas veces el segundo —la pérdida— pero muy rara vez el tercero. Por ejemplo, un estudio hecho por Rosenzweig y Bray, comparando una población normal con una muestra de maníacodepresivos y con otra de paréticos, demostró que muchos de los esquizofrénicos habían vivido la pérdida de un hermano antes de los seis años[71].

Rosenzweig ha dado a estos resultados una interpretación psicoanalítica convencional; la aplastante culpa derivada de la hostilidad entre hermanos y de los sentimientos incestuosos es un factor importante en la génesis de los patrones esquizofrénicos de conducta. Para apoyar esta conclusión, nos informa de tres casos muy breves (de un párrafo cada uno). Pese a la brevedad de dichos informes y a la selección del material clínico con miras a demostrar su tesis, se detecta el miedo a la muerte en dos de los tres casos. Uno de los pacientes había perdido a su madre y a dos hermanos siendo muy pequeño y presentó una fuerte reacción ante la muerte de un primo: «Estaba tan afectado que se sintió enfermo y se acostó, temiendo morir de un momento a otro. El médico diagnosticó un colapso nervioso. Pronto el paciente empezó a presentar síntomas de conducta esquizofrénica»[72]. Otro había perdido a tres de sus hermanos, el primero de ellos cuando tenía seis años. A los diecisiete, entró en una situación psicótica, poco después del fallecimiento del tercer hermano. Los comentarios del paciente indican que había algo más que un sentimiento de culpa en su

reacción: «Algunas veces oigo su voz. A ratos, casi me convierto en él. No se lo que me pasa, de pronto siento como un vacío... bueno, ¿cómo puedo sobreponerme al vacío de su muerte? Mi hermano está muerto y yo... bueno, yo estoy vivo, pero no sé...»[73] Esta forma empleada por Rosenzweig para informar de sus casos, con un criterio altamente selectivo, no demuestra nada. Y digo esto, para hacer hincapié en el trabajo que representa interpretar la literatura en la que se describen las investigaciones. Los investigadores y terapeutas adquieren una «rutina» y les resulta difícil cambiar aunque —como en esta investigación— haya otra explicación más obvia y lógica de acuerdo con los datos.

Si se tienen en cuenta todos los fallecimientos (es decir, de hermanos y progenitores) en el estudio de Rosenzweig hay *más de un 60 por ciento* de pacientes esquizofrénicos que sufrieron una pérdida en sus primeros años. Por tanto, es muy posible que tuvieran que aprender «demasiado y demasiado pronto». Estos pacientes no sólo sufrieron un grave trauma, sino que, debido al grado de patología del ambiente familiar, tanto ellos como sus familiares fueron incapaces de enfrentarse a la angustia provocada por la muerte. (Harold Searles, como mencionaré en el capítulo IV, llegó a las mismas conclusiones, basándose en su labor psicoterapéutica con pacientes esquizofrénicos[74].)

La pérdida de un progenitor es un hecho catastrófico para cualquier niño. Sus reacciones dependerán de numerosos factores: de la calidad de sus relaciones con el progenitor desaparecido, de las circunstancias de la muerte de éste (por ejemplo, si el niño fue testigo o no, si fue violenta o natural), de las actitudes del fallecido durante la última etapa de su vida o de su enfermedad, de la existencia o no de un progenitor superviviente fuerte y de la red de recursos de la comunidad y de la familia[75]. El niño experimenta un fuerte sentimiento de pérdida y, lo que es peor, se preocupa mucho pensando en la posible influencia de su propia conducta agresiva o de sus fantasías en el suceso. El papel que desempeñan los sentimientos de pérdida y de culpa es de sobra conocido y ha sido estudiado por otros autores[76]. Sin embargo, de la literatura tradicional sobre el duelo se ha omitido casi siempre la referencia al impacto que causa la pérdida de un progenitor sobre la conciencia que tiene el niño de la posibilidad de su propia muerte. Como he dicho antes, la propia aniquilación es el terror primario del individuo y la causa de la angustia con la que éste reacciona cuando muere otra persona. Maurer lo ha expresado

perfectamente al decir que: «En algún nivel subliminal, por debajo del conocimiento consciente, el niño "sabe", debido a su ingenuo narcisismo, que la pérdida de sus padres es la pérdida de sus vínculos con la vida... El pánico a morir y no la pérdida de un objeto amado es la base de la etiología de la angustia de separación»[77].

Es fácil demostrar que los pacientes psiquiátricos, tanto neuróticos como psicóticos, por lo general han sufrido más pérdidas que los restantes miembros de la población[78]. Pero las implicaciones que tiene para un niño el fallecimiento de un progenitor son tan extensas que es imposible desentrañarlas en una investigación, asignándole un peso específico a cada uno de los componentes aislados de la experiencia. Por ejemplo, en la experimentación con animales es un hecho conocido que, cuando se separa a los recién nacidos de sus madres, desarrollan una neurosis experimental y se muestran mucho más vulnerables frente al *stress*, que los que permanecen junto a ellas. En los humanos, la sola presencia de una figura materna mitiga la ansiedad que producen los hechos desconocidos. De esto se desprende que el niño que haya perdido a su madre será mucho más vulnerable a *todas* las tensiones a las que deba enfrentarse. No sólo estará expuesto a la angustia resultante de la conciencia de la muerte, sino que sufrirá desproporcionadamente ante cualquier conflicto (interpersonal, sexual, escolar, etc.) y difícilmente podrá superarlo. De este modo, es muy probable que desarrolle síntomas y mecanismos neuróticos de defensa que se irán superponiendo en su desarrollo vital posterior. El miedo a la propia muerte quizá quede reprimido y sólo aflore en forma disfrazada o a través de las pesadillas.

Josephine Hilgard y Martha Newman, tras estudiar a varios pacientes que habían perdido a uno de sus progenitores en los primeros años, informaron de un descubrimiento sorprendente (que llamaron «reacción de aniversario»): existe una importante correlación entre la edad a la que se hospitalizan los pacientes psiquiátricos y aquélla a la que murieron sus padres[79]. En otras palabras, cuando se hospitaliza un paciente existe una gran probabilidad de que tenga la misma edad a la que murió el progenitor desaparecido. Por ejemplo, si la madre tenía treinta años cuando murió, el paciente estará en «peligro psíquico» cuando cumpla dicha edad. Más aún, también resulta peligroso para el paciente el momento en que su hijo mayor tiene los mismos años que él tenía cuando falleció su madre o padre. Por ejemplo, una paciente que tenía seis años cuando murió su madre pasará por una fase «crítica» cuando su hija mayor los cumpla.

Aunque estas investigadoras no mencionaran la angustia ante la muerte, es muy probable que la pérdida de la madre provocara en la hija —quien posteriormente se convirtió en paciente— un encuentro con la posibilidad de su propia extinción: la desaparición materna sin duda le recordó que ella tamién tendría que morir. La niña reprimió esta conclusión y la angustia concomitante, las cuales permanecieron en su inconsciente hasta que sobrevino el «aniversario», es decir, cuando la paciente llegó a la edad en que falleció su madre.

El grado y profundidad del trauma dependen en gran parte de la angustia que experimente la familia respecto a la muerte. En muchas culturas, los niños participan en los ritos fúnebres e incluso desempeñan determinados papeles en los funerales y ceremonias mortuorias. Por ejemplo, en la cultura foré de Nueva Guinea, participan en la ceremonia durante la cual son devorados los parientes muertos. Sin embargo, esta experiencia no les traumatiza porque los adultos participan en ella sin demasiada carga de ansiedad; es parte del curso natural y espontáneo de la vida. Pero si, como suele suceder en nuestras culturas occidentales, los progenitores experimentan una gran angustia ante la muerte, el pequeño recibe el mensaje de que se trata de algo terrorífico. Esta comunicación es al parecer de suma importancia cuando se trata de niños muy enfermos. Tal como lo han expresado Marian Breckenridge y E. Lee Vincent: «Los niños perciben la angustia sentida por sus padres ante la posibilidad de perderlos y viven en una situación de inquietud desconocida por los niños sanos»[80].

La educación de los niños sobre el tema de la muerte

En nuestra cultura, la mayoría de los padres procuran acercar a sus hijos al tema de forma gradual. Cuando son pequeños, les mantienen por completo al margen de él y les niegan toda información: se implanta el mecanismo de negación y se les cuentan historias sobre el cielo, el regreso de los muertos y la inmortalidad de los niños. Más adelante, cuando están «preparados para tragarlo», aumentan poco a poco la dosis de realidad. Algunas veces, los padres más inteligentes se niegan a engañar a sus hijos ocultándoles la realidad; pero ante un niño angustiado o asustado es muy difícil no recurrir a un consuelo que implícitamente constituya una negación de la realidad: un cuento sobre la inmortalidad o sobre un «largo viaje» después de la vida.

Elisabeth Kübler-Ross desaprueba de forma radical las costumbres religiosas tradicionales de adoctrinar a los pequeños con «cuentos de hadas» acerca del cielo, Dios y los ángeles. Sin embargo, cuando describe su trabajo con niños angustiados por su propia muerte o la de sus padres, evidencia que también ella les ofrece consuelos basados en la negación. Les dice, por ejemplo, que en el momento de la muerte uno se transforma o se libera «como una mariposa», para alcanzar una situación futura atractiva y reconfortante[81]. Aunque Kübler-Ross afirma que no se trata de negaciones, sino de realidades basadas en investigaciones objetivas sobre experiencias de «una vida después de la muerte», las pruebas empíricas de sus afirmaciones aún están por publicar. La posición actual de esta notable terapeuta, que en una ocasión se enfrentó sin vacilación a la muerte, nos indica lo difícil que resulta afrontar el tema sin engañarse uno mismo. De acuerdo con mis datos, las «pruebas objetivas» de Kübler-Ross son bastante similares al «saber» a través de la fe del que hablan las religiones tradicionales.

En nuestra cultura occidental existen claras directrices educativas para algunos temas como el desarrollo físico, la adquisición de información, las aptitudes sociales y la evolución psicológica; pero cuando se trata de la educación sobre la muerte, los padres se encuentran completamente solos. En muchas otras culturas existen mitos aprobados acerca del tema que se transmiten a los niños sin ambivalencias ni angustia. La nuestra en cambio carece de guías identificables; a pesar de la universidad del asunto y de su crucial importancia en el desarrollo infantil, cada familia tiene que decidir por sí sola lo que debe enseñar a los pequeños. Con frecuencia, éstos reciben una información oscura, cargada con la angustia de los adultos, que al poco tiempo se contradice con las recogidas en otras fuentes de información del medio ambiente.

Incluso los pedagogos discrepan entre sí respecto al problema. Anthony recomienda que los padres nieguen la realidad a sus hijos, basándose en las afirmaciones de Sandor Ferenczi de que «la negación de la realidad es una fase de transición entre la ignorancia de ésta y su aceptación», y advierte que si fracasan en la tarea, la consecuencia puede ser «una neurosis de contenido relacionado con la muerte»[82]. A este respecto, escribe:

> La argumentación en favor de que el niño acepte la realidad está muy bien fundamentada. Pero en este contexto quizá fuera peligroso contribuir a ello.

La tarea de los padres tal vez resulte más fácil al conocer que la negación conduce a la aceptación posterior. Más adelante, es probable que el niño acuse al padre de deslealtad, de haberle mentido, una vez pasada su propia necesidad de negación. Ante tal acusación, siempre se podrá responder: «Eras incapaz de digerirlo *entonces*»[83].

Otros, en cambio, aceptan la opinión de Jerome Bruner, según la cual «se puede enseñar con eficacia cualquier tema, en cualquier etapa del desarrollo infantil, siempre que se haga de forma lúcida y sincera»[84], y se puede ayudar al niño a que alcance una comprensión realista y gradual del concepto de muerte. Los eufemismos (tales como «se ha quedado dormido», «se ha ido al cielo» o «está con los ángeles») son «insignificantes barricadas contra el miedo a la muerte y sólo consiguen confundir al niño»[85]. Volver la cara al asunto es lo mismo que querer tapar el sol con un dedo: los pequeños no ignoran el tema y, tal como sucede con el sexo, encuentran otras fuentes de información mucho menos fiables y más terroríficas que la realidad.

En resumen, existen pruebas evidentes de que el niño descubre la muerte desde que nace, comprende que la vida se acaba alguna vez, aplica este conocimiento a su propia existencia y, como consecuencia de este descubrimiento, sufre una gran angustia. A partir de entonces una de las tareas más importantes de su evolución será manipular esta angustia, lo que realizará de dos maneras principales: alterando la intolerable realidad objetiva de la muerte y alterando su propia experiencia subjetiva. Negará la inevitabilidad y la permanencia de la muerte. Creará mitos de inmortalidad o se adherirá gustoso a los que le ofrezcan sus mayores. Negará también su propia indefensión y alterará su realidad interna, por lo que se convencerá de que él es una persona especial, omnipotente e invulnerable y de que existe alguna otra fuerza personal externa u otro ser humano que le salvará del destino que sin remedio espera a todos los demás.

«Lo más notable de todo —como dice Rochlin— no es que los niños admitan el punto de vista de los adultos, sino la tenacidad con la que éstos, a lo largo de toda su vida, se aferran a sus creencias infantiles y la facilidad con la que vuelven a ellas»[86]. Así, los muertos nunca lo están totalmente; están descansando, dormitando en hermosos parques conmemorativos, al son de una música eterna, y disfrutan de una vida después de la muerte mientras esperan el momento de reunirse con sus seres queridos. Al margen de lo que les suceda a los demás, todo adulto niega la posibilidad de su propia

muerte. Los mecanismos de negación están incorporados en el estilo de vida y en la estructura del carácter de todos nosotros. Nuestra mayor carga en la vida es tener que habérnoslas, tanto en la edad adulta como en la infancia, con el carácter finito de nuestra existencia. El estudio de la psicopatología, al cual regresaremos a continuación, es el análisis del fracaso de los mecanismos destinados a trascender la muerte.

CAPÍTULO IV

LA MUERTE Y LA PSICOPATOLOGÍA

El radio de acción de la psicopatología y los cuadros clínicos presentados por los pacientes son tan amplios, que los terapeutas requieren algún tipo de principio organizador que les permita agrupar los síntomas, las conductas y los estilos caracterológicos para formar con ellos categorías significativas. El empleo de modelos estructurales librará de la ansiedad que ocasiona el enfrentamiento con una situación confusa y rudimentaria. Además, proporciona un dominio sobre el tema que, posteriormente, se reflejará en los pacientes, fomentando así su confianza, lo que constituye el requisito previo fundamental para una verdadera relación terapéutica.

Como la mayoría de los modelos empleados en psicopatología, el que expondremos en este capítulo descansa en la suposición de que la enfermedad es un modo descarnado e ineficaz de resolver la angustia. Partiremos, asimismo, del supuesto de que ésta emana del enfrentamiento del individuo con sus problemas existenciales. Presentaré en este capítulo un modelo psicopatológico basado en la lucha del individuo con su propia angustia ante la muerte, y en capítulos posteriores, otros aplicables a pacientes cuya ansiedad se relaciona más estrechamente con otras preocupaciones existenciales: la libertad, el aislamiento y la carencia de un sentido vital. Aunque por razones didácticas, me veo obligado a presentar por separado estas cuatro preocupaciones, todas ellas son distintas ramas de la existencia que posteriormente deberemos combinar una vez más para formar un modelo psicopatológico existencial unificado.

Todos los individuos temen a la muerte; la mayoría desarrolla sistemas adaptativos para resolver la angustia, basados en la negación, tales como la supresión, la represión, el desplazamiento, el

convencimiento de la omnipotencia personal, la aceptación de creencias religiosas socialmente respaldadas que «suavizan» el trance o cualquier otro tipo de estrategia destinada a crear una inmortalidad simbólica.

El individuo que se convierte en un «paciente» es aquel a quien no le han bastado los medios convencionales para evitar el miedo a la muerte y se ha visto precisado a emplear mecanismos extremos de defensa, debido a un *stress* extraordinario o a la inadecuación de sus estrategias. Estas maniobras defensivas, a menudo torpes, constituyen el cuadro clínico que el paciente presenta.

En todos los sistemas, la psicopatología es, por definición, un sistema defensivo *ineficaz*. Incluso las maniobras defensivas que mantienen la angustia a raya evitan el desarrollo del individuo y le restan satisfacción a su vida. Muchos teóricos existenciales han puesto de relieve el elevado precio que se paga en la lucha por combatir la angustia ante la muerte. Kierkegaard sabía que el hombre se limita y se disminuye a sí mismo con tal de evitar la percepción «del terror, de la perdición y del aniquilamiento que todo ser humano tiene tan cerca»[1]. Otto Rank ha dicho que el neurótico es «el que ha rehusado el préstamo (la vida) para no tener que pagar la deuda (la muerte)»[2]. Paul Tillich afirmó que la «neurosis es una manera de evitar el no ser mediante el recurso de evitar el ser»[3]. Ernest Becker escribió algo parecido: «Lo irónico de la condición del hombre es que su necesidad más profunda consiste en evitar la angustia sentida ante la muerte y la aniquilación; pero al mismo tiempo es la vida misma la que despierta esta angustia, por lo cual se ve obligado a renunciar a una vida plena»[4]. Robert Jay Lifton empleó la expresión «entumecimiento psíquico» para describir la forma en que el neurótico se acoraza para evitar el miedo a la muerte[5].

La angustia ante la muerte en su estado natural no será fácil de encontrar en el modelo psicopatológico que voy a presentar. Pero ello no debe sorprendernos, ya que en su forma original se encuentra muy raras veces en los sistemas teóricos. Las estructuras defensivas existen precisamente para lograr un camuflaje interno: la naturaleza del conflicto dinámico principal se disfraza tras la represión y otras maniobras destinadas a calmar los trastornos. Con el tiempo, el conflicto principal queda enterrado profundamente y sólo llega a conocerse en parte a través de un laborioso análisis de las maniobras empleadas.

Tomemos un ejemplo: un individuo se defiende de la angustia ante

la muerte inherente a la individuación, conservando una unión simbiótica con la madre. Esta estrategia defensiva quizá tenga éxito de momento, pero con el tiempo creará una angustia secundaria: la renuencia a separarse de la madre tal vez le impida asistir a la escuela o adquirir habilidades sociales; a su vez, estas deficiencias pueden originarle una angustia de origen social y un rechazo de sí mismo que, con el tiempo, le acarrearán la necesidad de crear nuevas defensas para mitigar su infelicidad, pero que también retrasarán su desarrollo y generarán de nuevo ansiedades y mayores defensas. El conflicto principal en seguida se oculta bajo estos epifenómenos y resulta muy difícil sacar la angustia primaria. Ésta no aparece con claridad ante los ojos del terapeuta, quien deberá descubrirla estudiando los sueños, fantasías o brotes psicóticos, o analizando la aparición de síntomas neuróticos. Por ejemplo, Lewis Loesser y Thea Bry[6] afirman que cuando se analizan con detalle los primeros ataques fóbicos, se descubre que éstos se caracterizan siempre por un brote de angustia ante la muerte. La comprensión de otros posteriores se ve obstaculizada por la presencia de elaboraciones, sustituciones y desplazamientos.

De todas maneras, las formas derivadas y secundarias de angustia son también «reales». Un individuo se puede desintegrar por una intensa ansiedad de origen social o por un profundo desprecio de sí mismo, y, como veremos en el próximo capítulo, los esfuerzos terapéuticos se suelen concentrar más en esta angustia derivada que en la primaria. Al margen del sistema teórico al que se adhiera, el psicoterapeuta comienza a trabajar siempre con las preocupaciones del paciente: por ejemplo, le puede proporcionar apoyo, apuntalar sus defensas adaptativas o corregir sus hábitos destructivos en el intercambio interpersonal. Por esta razón, en muchos tratamientos el modelo psicopatológico existencial no requiere estrategias o técnicas terapéuticas radicalmente diferentes de las tradicionales.

La angustia ante la muerte: un modelo psicopatológico

En el capítulo anterior anuncié la presentación de un modelo clínico que considero muy valioso desde el punto de vista práctico y heurístico. El sistema defensivo del niño para enfrentarse al miedo a la muerte se basa en la negación; los dos pilares de ese sistema son las

creencias arcaicas en que uno es inviolable y en que siempre estará protegido, en última instancia, por un salvador. Ambas creencias son particularmente poderosas porque están reforzadas por las experiencias de las primeras etapas de la vida y por mitos culturales muy generalizados, en función de los cuales el hombre cree en la inmortalidad y en la existencia de una deidad observadora y personalizada.

La expresión clínica de estas dos defensas fundamentales se me aclaró un día en que ví a dos pacientes, a quienes llamaré Mike y Sam, en dos sesiones sucesivas. Ambos me proporcionaron elementos para un estudio de las dos formas de negación de la muerte; el contraste existente entre ambos es sorprendente y cada uno de ellos contribuye a aclarar la dinámica del otro.

Mike, de veinticinco años, llegó a mi consulta enviado por un oncólogo; tenía un linfoma maligno y, aunque acababa de aparecer una nueva forma de quimioterapia que podía representar su única esperanza de supervivencia, se negaba a colaborar en el tratamiento. Sólo le ví una vez (y llegó quince minutos tarde a la sesión), pero era evidente que el motivo dominante de su vida era la individuación. Desde chico, había luchado contra toda forma de control y desarrollado una increíble autosuficiencia. Desde los doce años se había mantenido solo, a los quince abandonó el hogar paterno. Al terminar la secundaria, empezó a trabajar y muy pronto se convirtió en un experto en carpintería, electricidad, fontanería y albañilería. Construyó varias casas y las vendió con excelentes ganancias, se compró un barco, se casó e hizo un viaje alrededor del mundo con su esposa y en su propio barco. Durante este tiempo, se sintió atraído por una cultura individualista y autosuficiente que descubrió en algún país subdesarrollado, y se estaba preparando para emigrar a él cuando —cuatro meses antes de que viniera a verme— se descubrió que tenía un cáncer.

El rasgo más sorprendente de la entrevista fue la actitud irracional de Mike hacia el tratamiento con quimioterapia. Era verdad que resultaba muy desagradable, pues le causaba graves náuseas y vómitos, pero su miedo sobrepasaba con mucho todos los límites razonables. Sufría insomnio las noches anteriores al tratamiento; desarrolló un estado grave de ansiedad y estaba obsesionado buscando métodos para no asistir a las sesiones. ¿De qué tenía tanto miedo? No me lo pudo aclarar, pero me dijo que estaba relacionado con la inmovilidad y la indefensión. Le exasperaba esperar a que el

oncólogo preparara la medicina antes de inyectársela (lo que no podía hacerse de antemano porque la dosis dependía del análisis de sangre que se efectuaba inmediatamente antes de cada administración). Pero lo más terrible de todo era la inyección intravenosa. No soportaba la penetración de la aguja, los golpecitos previos, las gotas que se infiltraban en su cuerpo. Odiaba sentirse desamparado y restringido, yacer inmóvil en la camilla con el brazo quieto. Aunque a nivel consciente no temía morir, su miedo a la terapia era, sin duda, un desplazamiento de su angustia ante la muerte. Lo que más le aterrorizaba era hallarse dependiente y estático: condiciones ambas equivalentes a la muerte, a las que había logrado dominar mediante su autosuficiencia. Estaba profundamente convencido de que era una persona especial e invulnerable y, antes del cáncer, se había construido una vida que confirmaba su creencia.

No pude ayudarle mucho; me limité a aconsejar al oncólogo que le enseñara a preparar su propia medicina y a dirigir y controlar la aplicación de la inyección. Estas sugerencias fueron positivas y Mike terminó su tratamiento. No acudió a su cita siguiente, pero me llamó para pedirme que le recomendara algún cassette de los que ayudan a relajarse muscularmente. Se negó a permanecer en el servicio oncológico y decidió emigrar. Su esposa se opuso y Mike partió solo.

Sam tenía aproximadamente la misma edad que Mike, pero ése era todo el parecido entre ellos. Vino a verme *in extremis* porque su esposa había decidido dejarle. Aunque no corría, como Mike, un peligro de muerte en el sentido literal, su situación era similar a nivel simbólico. Su conducta indicaba que se sentía gravemente amenazado de muerte: su ansiedad llegaba al pánico, se lamentaba durante incontables horas, deseaba con todas sus fuerzas que le despidieran del trabajo y estaba pensando seriamente en el suicidio. Después de varias semanas, su reacción catastrófica se apaciguó, pero persistió la sensación de malestar. Estaba siempre pensando en su esposa. Según sus propias palabras, «no vivía en la vida sino que se arrastraba en sus inmediaciones». Los «pasatiempos» se convirtieron en su ocupación más seria y consciente: crucigramas, televisión, periódicos y revistas representaban para él su verdadera función: la de llenar el vacío y hacer que la vida transcurriera con el menor dolor posible.

La estructura caracterológica de Sam estaba basada en la «fusión», es decir, en lo diametralmente opuesto a la «individuación» de Mike. Durante la segunda guerra mundial, siendo muy pequeño, su familia tuvo que cambiar de residencia muchas veces para escapar del

peligro. Había sufrido muchas pérdidas, incluida la de su padre durante la preadolescencia y la de su madre varios años después. Se enfrentaba a sus problemas formando vínculos fuertes y muy estrechos: primero con su madre y después con una serie de parientes verdaderos o adoptados. Era el «ayudante» de todo el mundo y el perpetuo encargado de cuidar a los niños pequeños. Prodigaba regalos por doquier y gastaba ingentes sumas de dinero en atender a los demás. Lo más importante para él era sentirse amado y cuidado. Al dejarle su esposa, se dio cuenta de que su única posibilidad de existencia era a través del amor de otra persona. Cuando se encontraba aislado se quedaba helado, como un animal aterrorizado, y entraba en un estado de semiletargo, sin vivir y sin morir. Tras la partida de su mujer, me dijo: «Cuando estoy sentado solo en casa, lo que más difícil me resulta es pensar que nadie sabe que estoy vivo.» Si estaba solo, casi no comía y se limitaba a satisfacer sus necesidades más perentorias. No limpiaba la casa, no lavaba, no leía ni siquiera pintaba, aunque era un artista de talento. Sam lo expresaba diciendo que «no vale la pena gastar energía a menos que esté seguro de que alguien me la va a devolver». No existía más que a través de otro que diera un valor a su existencia. Cuando se hallaba solo, se transformaba en una espora y permanecía dormido hasta que llegara otra persona que le suministrara energía para restablecer su vitalidad.

En épocas difíciles, buscaba la ayuda de sus parientes de más edad: volaba de una punta a otra del país para pasar unas horas en compañía de unos familiares adoptivos. Le confortaba pasar un rato de pie ante la casa donde había vivido cierto tiempo con su madre; gastaba cantidades astronómicas en llamadas telefónicas para pedir ayuda y consuelo; recibía mucho apoyo de la familia de su esposa porque, debido a la devoción de Sam, sus parientes políticos le prestaban a él más atención que a su propia hija. Durante la crisis, sus esfuerzos eran considerables pero monotemáticos: procuraba convencerse de que había una figura protectora que le vigilaba y cuidaba.

A pesar de su extremada soledad, no estaba dispuesto a actuar para evitarla. Le sugerí muchas formas prácticas de hacer amistades: reuniones de solteros, fiestas en su parroquia, encuentros en algun club, cursos de educación para adultos y así sucesivamente. Para mi sorpresa, mis consejos caían en saco roto. Poco a poco, comprendí que, pese a su soledad, lo importante para él no era la compañía de otros, sino confirmar la existencia de un salvador. Me dijo claramente que no podría salir de su casa para participar en actividades sociales.

¿Por qué? ¡Porque tenía miedo de estar ausente si le llamaban por teléfono! Una llamada telefónica de «allí» era mucho más valiosa que participar en docenas de actividades sociales. Por encima de todo, quería ser «hallado», protegido, salvado *sin* tener que pedir ayuda ni organizar su propia salvación. En realidad, a un nivel profundo, se sentía aún *más* incómodo cuando lograba asumir la responsabilidad de ayudarse a salir de su predicamento vital. Le vi durante cuatro meses. Cuando se sintió mejor (gracias a mi apoyo y la «fusión» con otra mujer), perdió la motivación para continuar el trabajo psicoterapéutico y convinimos en que era mejor interrumpirlo.

Dos defensas fundamentales contra la muerte

¿Qué se desprende de los casos antes expuestos? La existencia de dos modos radicalmente opuestos de enfrentarse a la angustia fundamental. Mike creía que era especial e inviolable y Sam confiaba en la existencia de un salvador. El sentido de autosuficiencia del primero estaba hipertrofiado, en tanto que el segundo carecía de existencia propia y buscaba fusionarse con otro. Ambos sistemas se oponen diametralmente y, aunque no se excluyen, representan una valiosa dialéctica porque permiten a los terapeutas comprender diversas situaciones clínicas.

Encontramos a Mike y a Sam en un momento de urgencia dentro de sus respectivas experiencias. En ninguno de ellos, la crisis dio origen a nuevas defensas, sino que recalcó la naturaleza y las limitaciones de sus maneras de ser. La adhesión extrema a una exagerada individuación o a una fusión total conduce a una rigidez caracterológica y a una adaptación defectuosa. Mike y Sam son ejemplos de estilos exagerados que contribuyen a aumentar el *stress,* a evitar el enfrentamiento y a retardar el desarrollo. El primero se negó a participar en el tratamiento que podía salvarle la vida y después rehusó la vigilancia posterior de su caso. El intenso deseo del segundo de acaparar toda la atención de su esposa fue la causa de que ella le abandonase; su pasión por la fusión se tradujo en un aumento de su dolor por la soledad y en una incapacidad para adaptarse a su nueva situación vital. La crisis no fue para ninguno de los dos ocasión de crecimiento. Este tipo de conducta rígida y desadaptada que impide el desarrollo personal es, por definición, una conducta neurótica.

Vistas en su conjunto, estas dos defensas constituyen los polos

opuestos de un proceso dialéctico. El hombre se funde o se separa, se integra o emerge. Afirma su autonomía «destacando de la naturaleza» (según la expresión de Rank)[7] o busca la seguridad fundiéndose en otra fuerza. Se convierte en su propio padre o en hijo eterno. Sin duda, esto es lo que quería decir Fromm cuando escribió que el hombre va «anhelando la sumisión o codiciando el poder»[8].

La dialéctica existencial ofrece un modelo que permite al terapeuta «captar» la situación. Hay muchos otros alternativos, que nos proporcionan diferentes explicaciones: Mike y Sam tienen trastornos de carácter, esquizoides y pasivodependientes, respectivamente. El caso del primero puede analizarse en términos de su constante rebeldía contra los padres, de su contradependencia, de la permanencia neurótica de su lucha edípica o de su pánico homosexual. El segundo puede definirse en términos de su identificación con la madre, de su incapacidad para resolver su aflicción, de su angustia de castración o dentro de su dinámica familiar centrada para el terapeuta en torno a su esposa.

Por consiguiente, el enfoque existencial es uno de tantos y su razón de ser es su utilidad clínica, ya que permite al terapeuta comprender algunos datos que a menudo se desdeñan. Por ejemplo, por qué Mike y Sam tuvieron reacciones tan fuertes y dramáticas ante las situaciones dolorosas que estaban viviendo, o por qué Sam se resistía ante la idea de «mejorar» mediante la asunción de sus propias responsabilidades. Permite, asimismo, llevar al paciente hasta los niveles más profundos. Se basa en la comprensión de la angustia primaria presente en la realidad más inmediata: el terapeuta contempla los síntomas como una respuesta ante la angustia provocada por el peligro de «muerte» que amenaza al paciente, y no como una respuesta a la evocación de traumas y presiones del pasado. Por tanto, el enfoque hace hincapié en la conciencia, la inmediatez y la elección, lo que refuerza la posición del terapeuta.

En lo que resta de este capítulo, describiré las dos formas básicas de negación de la muerte y los dos tipos de psicopatología derivados de ellas. (Aunque muchos de los síndromes clínicos más conocidos pueden enfocarse y entenderse en términos de estas dos formas de negación, no pretendo llegar a un sistema exhaustivo de clasificación, ya que ello requeriría una mayor precisión y amplitud). Ambas creencias —en que se es especial y en que habrá un salvador— tienen una elevada capacidad de adaptación. No obstante, pueden sobrecargarse y estirarse demasiado, con lo que la adaptación se desequilibra

y se escapa la angustia; el individuo recurre entonces a medidas extremas para protegerse y aparece la psicopatología en forma de colapso o de huida desbocada de las defensas.

En aras de la claridad, presentaré cada defensa por separado. Más tarde, las integraré de nuevo, ya que son profundamente interdependientes: casi todos los individuos tienen en su estructura caracterológica elementos entremezclados de ambas.

La creencia en que se es específicamente distinto

La mejor descripción que existe del convencimiento profundamente irracional de que uno es específicamente distinto se encuentra en el vivo relato que Tolstoi puso en labios de Iván Ilich:

> En lo más profundo de su corazón sabía que se estaba muriendo, pero no estaba acostumbrado a esta idea y además no podía o no quería captarla.
>
> El silogismo que había aprendido en la *Lógica* de Kiezewetter: «Cayo es un hombre, los hombres son mortales, luego Cayo es mortal», le había parecido siempre correcto en lo referente a Cayo, pero no en relación consigo mismo. El hecho de que Cayo —el hombre abstracto— fuese mortal, le parecía perfectamente correcto, pero él no era Cayo, ni un hombre abstracto, sino una criatura bien diferente de todas las demás. El había sido el pequeño Vania, con una mamá y un papá, con Mitia y Volodia, con los juguetes, un cochero y una niñera, después con Katenka y con todas las alegrías, tristezas y delicias de la infancia, la adolescencia y la juventud. ¿Qué sabía Cayo del olor de aquella pelota de franjas de cuero que él tanto amaba? ¿Había besado Cayo la mano de su madre y escuchado la seda de su vestido? ¿Había alborotado tanto en su casa cada vez que la comida en la escuela no le gustaba? ¿Se había enamorado como él? ¿Podía presidir una sesión como él? «Cayo era realmente mortal y esta bien que muriese; pero para mí, el pequeño Vania, Iván Ilich, con todos mis pensamientos y emociones, la muerte es una cuestión diferente. Es imposible que yo tenga que morir. Sería demasiado terrible»[9].

Todos sabemos que, en los límites básicos de la existencia, somos iguales a los demás. A nivel consciente, nadie niega este hecho. Pero en lo más profundo, todos creemos, como Iván Ilich, que la inexorabilidad de la mortalidad es para los demás, pero no para nosotros. En algunas ocasiones, en que las defensas no son tan sólidas, esta creencia profunda irrumpe en la conciencia y uno se queda sorprendido de su irracionalidad. Por ejemplo, hace poco tuve

que acudir al óptico para graduarme las gafas. Me examinó y me preguntó la edad. «Cuarenta y ocho», dije y él replicó: «Bueno. Exactamente de acuerdo con el programa.» De lo más profundo de mí surgió un pensamiento que expresé entre dientes: «*¿Cuál* programa? *¿Quién* está dentro del programa? Usted y otros, a lo mejor lo están, pero yo desde luego, no.»

Cuando el individuo se entera de que padece una enfermedad grave —como por ejemplo, cáncer— su primera reacción suele ser negarlo de alguna forma. La negación es el intento de resolver la angustia resultante de la amenaza inminente de peligro, pero también es el producto de una profunda convicción en la propia inviolabilidad. Es necesaria una ardua labor psicológica para restructurar el mundo formado por las creencias de toda la vida. Una vez rotas las defensas y cuando nos damos cuenta de que vamos a morir y de que la vida nos va a tratar con la misma rudeza con la que ha tratado a otros, nos sentimos perdidos y, hasta cierto, punto traicionados.

En mi trabajo con pacientes cancerosos desahuciados, he observado que el deseo de enterarse de los detalles de la propia muerte varía mucho de unos a otros. Muchos médicos prefieren ocultar a sus pacientes el pronóstico durante la primera etapa. Es necesario restructurar su vida interna antes de que puedan asimilar lo que les espera. Algunos pacientes conocedores de su muerte se enfrentan a la angustia en una especie de *staccato:* un momento breve de conciencia, terror pasajero, negación, elaboración interna y, después, parecen estar ya preparados para recibir mayor información. Para otros, la conciencia de la muerte y la correspondiente angustia son como una devastadora inundación.

A una de mis pacientes, llamada Pam, de veintiocho años y con un cáncer cervical, se le vino abajo el mito de que era un ser especial de una manera bastante impresionante. Tras una laparotomía exploratoria, su cirujano la visitó y le dijo que su estado era grave y que sus esperanzas de vida eran de aproximadamente seis meses. Una hora después, recibió la visita de un grupo de radioterapeutas que no habían hablado con el cirujano y le informaron sobre su intención de someterla a un tratamiento de radiaciones que quizás «podría curarla». Ella prefirió creerles a estos últimos, pero por desgracia el cirujano —sin que Pam lo supiera— habló con sus padres en la sala de espera y les transmitió el mensaje original: que le quedaban seis meses de vida.

Pam pasó los meses siguientes en el hogar paterno, rodeada de un

ambiente por completo irreal. Sus padres la trataban como si realmente fuera a morirse en seis meses. Crearon un vacío a su alrededor e incluso supervisaron sus llamadas telefónicas para evitarle todo contacto perturbador; en pocas palabras, la hicieron sentirse «cómoda». Al fin, Pam les preguntó qué estaba sucediendo. Los padres le relataron su conversación con el cirujano y ella les pidió que hablasen con los radioterapeutas; el malentendido se aclaró en seguida.

De todas formas, Pam sufrió una profunda conmoción con esta experiencia. Su conversación con los padres le hizo sentir, con mucha mayor intensidad que la sentencia del cirujano, que estaba realmente a punto de morir. Sus comentarios de esa época son reveladores:

> «Me sentía ya mucho mejor y más feliz, pero mis padres empezaron a tratarme como si de verdad fuera a morir y me acometió la terrible sensación de que *ellos me daban por muerta.* Debido a un error y a una falta de comunicación, yo no existía ya para mi familia; casi me lo creí y me fue muy difícil regresar a la vida. Pero aún fue peor más adelante, cuando empecé a sentirme algo mejor; de pronto la familia se dio cuenta de mi mejoría y volvieron a su rutina de siempre, dejándome al margen porque me consideraban muerta, lo que me resultaba insoportable. Todavía tengo miedo y me esfuerzo por cruzar la frontera que tengo delante: la frontera entre la vida y la muerte.»

Lo interesante es que Pam entendió verdaderamente lo que significaba morir, no por los pronósticos de los médicos, sino por la conciencia aplastante de que sus padres continuarían viviendo sin ella y de que el mundo seguiría su curso de antes, o tal como lo expresó ella misma, de que seguirían divirtiéndose en su ausencia.

Otra paciente con un cáncer generalizado llegó a una experiencia parecida cuando tuvo que escribir una carta a sus hijos dándoles instrucciones acerca de cómo deberían repartirse algunos de sus objetos personales de valor sentimental. En forma más o menos mecánica, había llevado a cabo el resto de las macabras tareas administrativas relacionadas con su fallecimiento —la redacción de un testamento, la compra de un terreno en el cementerio, el nombramiento de un albacea— pero cuando se sentó a escribir esta carta personal a sus hijos, la muerte adquirió para ella un sentido real. Tuvo la conciencia simple y aterradora de que cuando sus hijos la leyeran, ella ya no existiría: no estaría allí para responder a sus

preguntas, para observar sus reacciones, para guiarlos; los hijos estarían allí, pero ella ya no sería nada.

Otra paciente, tras varios meses de dudas, tomó al fin la dolorosa decisión de comunicar a sus hijos adolescentes que sufría de un cáncer avanzado y que no le quedaba mucho tiempo de vida. Reaccionaron a la noticia con tristeza, pero con mucho valor y autosuficiencia. La paciente, en su fuero interno se sentía orgullosa —había hecho un buen papel como madre y les había trazado patrones sanos y líneas de conducta capaces de estructurar su vida— pero a otro nivel sintió que habían reaccionado demasiado bien ante su muerte; aunque rechazaba su propia irracionalidad, le molestaba saber que persistirían y saldrían adelante sin ella.

El caso de Jan es similar; tenía cáncer en el pecho con metástasis cerebral. Los médicos le habían pronosticado una posible parálisis. Ella escuchó las advertencias, pero en el fondo se creía inmune a esta posibilidad. Cuando le sobrevino de forma inexorable Jan se dio cuenta repentinamente de que no era un «ser especial». De pronto comprendió que no había «escapatoria». Confesó todo esto durante una sesión de terapia de grupo, y añadió que había descubierto una poderosa verdad durante la semana anterior, una verdad que había conmovido sus cimientos; había estado pensando cuántos años quería vivir —setenta era una buena cifra, porque ochenta quizás fuera demasiado— y de pronto se dio cuenta de que: «En lo relativo a la vejez y a la muerte, *mis deseos no tienen absolutamente nada que ver con la realidad.*»

Tal vez estas ilustraciones clínicas reflejen algo la diferencia que hay entre «saber» y «saber verdaderamente», entre la conciencia cotidiana de la muerte que todos poseemos y el enfrentamiento pleno con «la propia extinción». La aceptación de ésta supone hacer frente a otras verdades difíciles de encajar y capaces de generar una notable ansiedad: uno es finito; la propia vida está realmente llegando a su fin; el mundo seguirá adelante sin nuestra presencia; uno forma parte del montón, ni más ni menos; el universo no se ha dado cuenta de que somos especiales; hemos circulado toda la vida con credenciales falsificadas; y por último, las dimensiones inmutables de la existencia están fuera de nuestra propia influencia. En efecto, lo que uno desea «no tiene nada que ver con la realidad».

Cuando el individuo descubre que no es «especial», se siente enfadado y traicionado por la vida. Quizá fuera esto lo que quiso expresar Robert Frost cuando escribió: «Perdóname Señor, las

pequeñas bromas que te hago, y yo te perdonaré la enorme que tú me haces»[10].

Mucha gente siente que si lo hubiera sabido antes, realmente sabido, hubiera vivido de otra manera. Siente ira, pero una ira impotente, por carecer de objetivo razonable. (De paso diré que el médico es con mucha frecuencia el blanco de ese enojo desplazado, sobre todo de los pacientes moribundos.)

La convicción de que uno es diferente de los demás es muy adaptable y nos permite diferenciarnos de la naturaleza y tolerar numerosas incomodidades: el aislamiento, la conciencia de nuestra pequeñez y de la rareza del mundo externo, la conducta inadecuada de nuestros padres, nuestra debilidad física, las funciones corporales que nos atan a la naturaleza y, sobre todo, el conocimiento de la muerte que nos ronda sin cesar desde el filo de nuestra conciencia. Dicha creencia subyace en numerosos aspectos de nuestra conducta. Nos comunica valor y nos permite arriesgarnos sin sentirnos abrumados por el peligro de extinguirnos. Recordemos al salmista que escribió: «Caerán mil a tu derecha y diez mil a tu izquierda, pero a ti no te tocará la muerte.» La valentía que se genera de este modo es el origen de lo que muchos han llamado la «lucha natural» del ser humano por competir, destacar, dominar y controlar. En la medida en que uno adquiere mayor poder, el miedo a la muerte se atenúa y en cambio se refuerza la creencia de que uno es especial. Salir adelante, lograr metas, acumular riquezas materiales, construir monumentos imperecederos, son otras tantas maneras de disfrazar de un modo eficaz las cuestiones relacionadas con la muerte que bullen en nuestro interior.

El heroísmo compulsivo

Para muchos, la individuación a través del heroísmo representa la mejor forma de resolver la situación existencial del hombre. Un buen ejemplo de ello es el escritor griego Nikos Kazantzakis, cuyo personaje Zorba constituye la quintaesencia del hombre autosuficiente. (En su autobiografía, el autor cita las últimas palabras del hombre que le sirvió de modelo para Zorba el Griego: «...si viene algún sacerdote a confesarme y darme la comunión, díganle que se largue y así tal vez me maldiga... Los hombres como yo deberían vivir mil años»[11].) En otro pasaje, en boca de su personaje Ulises, Kazantzakis

nos aconseja vivir la vida de una manera tan completa que no le dejemos a la muerte más que «un castillo quemado»[12]. En su propia tumba, en las murallas de Herakleion, se lee un simple epitafio heroico: «No quiero nada, no le tengo miedo a nada, soy libre.»

La exageración de esta defensa lleva al individuo a un heroísmo compulsivo, como el de Mike, nuestro joven canceroso, que se sentía obligado a afrontar los peligros externos para escapar de otro interno peor. Ernest Hemingway, prototipo del héroe compulsivo, buscó a lo largo de toda su vida el peligro, como una manera grotesca de demostrar que en realidad no existía tal. Su madre contó que una de las primeras frases que pronunció fue «miedo a nada»[13]. Como ironía del destino, no tenía miedo a nada en particular porque él, como todos, temía a la nada. Este tipo de héroe representa un caso extremo de la solución individualista a la situación humana. No elige nada; sus acciones son compulsivas y fijas; no aprende con las nuevas experiencias. Ni siquiera la proximidad de la muerte le sirve para mirar en su interior y aumentar su sabiduría. En el código de Hemingway no hay lugar para la agonía y la muerte, porque ambas resultan ordinarias, vulgares. En *El viejo y el mar,* Santiago se enfrenta a su inminente muerte de una manera estereotipada —la misma como se había enfrentado a todos los retos básicos de la vida— haciéndose a la mar absolutamente solo para acudir al encuentro del gran pez[14].

Al mismo Hemingway le resultó insoportable la disolución del mito de su invulnerabilidad personal. A medida que fueron declinando su salud y su fuerza física, y su «ordinariez» (en el sentido de que él, como todo el mundo, tenía que enfrentarse a la situación humana) se puso de manifiesto, se sintió desolado y profundamente deprimido. Su enfermedad final, una psicosis paranoide con manía persecutoria e ideas de referencia, hizo renacer temporalmente su ilusión de ser especial. (Todas las ideas persecutorias y de referencia surgen de un sentimiento profundo de grandiosidad personal; después de todo, sólo una persona muy especial podría atraer tal cantidad de atención, aunque sea malintencionada, del medio ambiente que le rodea.)

Con el tiempo, falló también la solución paranoide y, cuando se quedó sin ninguna defensa contra el miedo a la muerte, se suicidó. Aunque parezca paradójico que una persona se suicide por miedo a morir, es bastante frecuente; muchos afirman: «Tengo tanto miedo a la muerte que prefiero suicidarme.» La idea del suicidio alivia en cierto modo el terror. Se trata de una conducta activa, que le permite a

uno controlar aquello que lo controla a uno. Más aún, como ha señalado Charles Wahl, muchos suicidas tienen una noción mágica de la muerte y la contemplan como algo temporal y reversible[15]. El individuo que se suicida para expresar hostilidad o para crear sentimientos de culpa en otras personas, posiblemente cree que la conciencia persiste después de la muerte y que le será posible saborear los efectos de la suya.

El trabajomaníaco

El individualista con compulsión al heroísmo representa un ejemplo claro, pero nada frecuente desde el punto de vista clínico, de las defensas consistentes en creerse especial, las cuales degeneran a veces en patrones extremos de conducta. Un ejemplo mucho más frecuente es el del «trabajomaníaco», es decir, el del individuo consumido por el trabajo. Uno de los rasgos más sorprendentes de este tipo de personas es que tienen el convencimiento implícito de que están «saliendo adelante», «progresando», «avanzando». El tiempo es un enemigo no sólo por ser pariente de la finitud, sino porque amenaza a uno de los soportes en los que se basa la ilusión de ser especial: la creencia en que uno está en continuo avance. El trabajomaníaco tiene que taparse los oídos para no escuchar el mensaje del tiempo: el pasado crece gracias al acortamiento del futuro.

El estilo de vida de estas personas es compulsivo y trastornado: trabajan y se aplican a diversas actividades no porque lo deseen, sino porque *deben.* Se esfuerzan sin misericordia y sin tener en cuenta los límites humanos. El tiempo de ocio les genera ansiedad y tratan de llenarlo con alguna otra actividad que les proporcione la ilusión de que están logrando algo. Así, la vida se convierte para ellos en un continuo «trasformarse» o «hacer» y el tiempo que no se invierte en ello es un tiempo malgastado, no vivido.

Como es natural, la cultura desempeña un papel importante en la configuración de los valores del individuo. Respecto a esto, Florence Kluckholm propone una clasificación antropológica de la «actividad» a la que divide en: orientada al «ser», al «ser en transformación» y al «hacer»[16]. La primera se centra en sí misma y no en la meta. En ella se valora sobre todo la expresión espontánea del «ser» de la personalidad. La orientada al «ser en trasformación» comparte con la anterior

la valoración de lo que el sujeto es y no de lo que realiza, pero también hace hincapié en el concepto de «desarrollo». Así, en ella se procura estimular todos los aspectos de la persona como tal. La orientada al «hacer» se centra, en cambio, en la consecución de logros mensurables según unas normas ajenas al individuo actuante. Es evidente que la cultura industrial y conservadora actual, con su valoración del individuo en función de «lo que hace», está por completo orientada al «hacer».

Aún así, dentro de cada cultura hay una amplia gama de variaciones individuales. Hay algo en el sujeto trabajomaníaco que interactúa con las normas culturales de tal manera que se produce una internalización hipertrofiada y rígida de las mismas. Es difícil que estos individuos tengan una visión panorámica de su cultura y escojan un determinado sistema de valores entre diversas alternativas. Tuve un paciente que en cierta ocasión, mientras daba un paseo a mediodía (lo que era raro en él y obedecía a que se estaba premiando por haber conseguido una realización importante aquel día) se quedó muy sorprendido al ver a cientos de personas por ahí, simplemente tomando el sol. Se preguntaba: «¿Qué hacen durante todo el día? ¿Cómo es posible que la gente viva así?» Una frenética lucha contra el tiempo indica a veces un gran miedo a morir. Los trabajomaníacos se relacionan con él como si se encontraran en peligro de muerte inminente y tuvieran que dejar terminadas muchas cosas.

Como se trata de algo por completo inmerso en nuestra cultura, aceptamos sin rechistar que avanzar continuamente es algo bueno y justo. Hace poco me fui solo a una playa del Caribe, a descansar unos días. Una noche en que estaba leyendo observé a un joven que había en el bar sin hacer absolutamente nada, salvo mirar lánguidamente al mar, y pensé que «parecía una lagartija secándose al sol». Al compararme con él, me llené de orgullo y satisfacción. Mientras él perdía el tiempo, yo hacía algo útil, leía, aprendía, es decir, avanzaba. Todo fue bien, hasta que de pronto me asaltó una terrible pregunta: «Avanzo, ¿hacia dónde? Y lo que es todavía peor, ¿por qué?» Estas dudas fueron y son aún profundamente inquietantes. No obstante, lo que apareció ante mis ojos con gran claridad es cómo me engatuso y me creo la ilusión de que desafío a la muerte, proyectándome hacia el futuro. Mi existencia no es como la de una lagartija; me preparo, me transformo, estoy en tránsito. John Maynard Keynes lo expresó de esta manera: «Lo que el hombre "con propósitos" está siempre intentando es asegurarse una inmortalidad ilusoria y dudosa mediante sus actos. Pro-

yecta sus intereses hacia el tiempo futuro; no ama a su gato, sino a los gatitos de su gato; tampoco a éstos, sino a los gatitos de los gatitos de su gato, y así sucesivamente hasta el fin de la especie gatuna»[17].

Tolstoi, en *Ana Karenina,* describe el hundimiento de la «espiral ascendente» que había constituido el credo de Alexei Alexandrovitch, el marido de Anna, un hombre a quien todo le había servido para ascender: una espléndida carrera, un matrimonio brillante. El abandono de su mujer significaba mucho más que una simple pérdida: era la caida de su *Weltanschauung* personal.

> Se sentia frente a algo ilógico e irracional y no sabía qué hacer. Alexei Alexandrovitch se enfrentaba con la posibilidad de que su esposa amase a otro, lo que le pareció incomprensible porque era la vida misma. Desde siempre, había vivido y trabajado en esferas oficiales y estaba acostumbrado a reflexionar sobre la existencia. Pero cada vez que había tropezado con la vida misma, había huido con la mayor rapidez. Ahora experimentaba un sentimiento parecido al de un hombre que, al atravesar un puente, se diera cuenta de que estaba roto y descubriera de pronto el abismo a sus pies. El abismo era la vida misma y el puente, la existencia artificial que había llevado hasta entonces[18].

Es imposible expresarlo con más claridad: «El abismo era la vida misma y el puente, la existencia artificial...» Cuando es eficiente, la defensa oculta el abismo. El puente roto, la defensa fallida, expone al individuo a una verdad y a un temor que, después de varias décadas de engañarse a sí mismo, está poco preparado para resistir.

El narcisismo

La persona que se protege de la angustia básica convenciéndose de que es alguien especial, pronto encontrará grandes dificultades en sus relaciones interpersonales. Si esta creencia en la inviolabilidad personal va acompañada, como suele suceder, de una disminución de la capacidad de reconocer los derechos ajenos, se tiene una personalidad narcisista plenamente desarrollada. Fromm la describió muy bien al relatarnos una conversación entre un individuo y su médico. El paciente pedía cita para ese mismo día. El médico le dijo que era imposible porque tenía el programa completo, a lo cual el paciente respondió: «Pero, doctor, si sólo vivo a unos minutos de su consultorio.»

El patrón de la personalidad narcisista aparece más claramente en el contexto de la terapia de grupo que en el de la individual. En esta última, se escucha y se analiza cada una de las palabras del paciente, sus sueños, fantasías y sentimientos. Se le da todo a cambio de muy poco, por lo que a veces pasan varios meses antes de que aparezcan los rasgos narcisistas. En cambio en la terapia de grupo, el sujeto tiene que compartir el tiempo, ofrecer a los demás comprensión y empatía y entablar relaciones, preocupándose por los sentimientos ajenos.

El patrón narcisista se manifiesta en múltiples formas: algunos se creen con derecho a ofender a los demás, pero en cambio no soportan que se les critique; sienten que toda persona a quien aman está obligada a corresponderles; creen que no tienen por qué esperar a otros; confían en recibir regalos, sorpresas y atenciones, aunque ellos no correspondan igual; y esperan amor y admiración por su sola presencia. En sesión exigen la máxima atención del grupo y creen que éste no debe escatimar esfuerzos por ayudarlos, aunque ellos no hagan nada por los restantes miembros. El terapeuta tiene que recordarles a estos pacientes una y otra vez que sólo existe una época en la vida, durante la cual estas actuaciones son adecuadas: cuando uno es un niño y puede exigirle a la madre un amor incondicional, sin ofrecer nada a cambio.

Un paciente mío llamado Hal, que participó en una terapia de grupo, puede ilustrar muchos de estos puntos. Era un físico muy brillante, con una mentalidad muy bien integrada, que mantuvo al grupo divertido durante varios meses, con relatos cautivadores sobre su infancia,que parecían escritos por Faulkner (empleaba para ello casi el cuarenta por ciento del tiempo de un grupo de ocho personas). Tenía también una lengua muy afilada, pero su sarcasmo era tan ingenioso y colorido, que sus compañeros no se sentían ofendidos y se divertían con él. Muy poco a poco, los demás miembros empezaron a captar la hostilidad de Hal y su necesidad de atraer la atención de todos. Comenzaron a impacientarse con sus cuentos; después, a desplazar la atención antes fija en Hal para atender a otros miembros del grupo y al final le consideraron un acaparador del tiempo y la atención del grupo. La ira de Hal se fue intensificando; traspasó los límites de la ironía característica de las personas bien educadas y se convirtió en un flujo continuo y crónico de amargura. Su vida personal y profesional comenzó a deteriorarse; su esposa amenazó con dejarle y el jefe de su departamento en la universidad le amonestó por mantener malas relaciones con sus alumnos. A partir de entonces, los

miembros del grupo empezaron a presionarle para que examinase su enojo y cada vez que traía a colación algún hecho concreto, le preguntaban el por qué de su furia y le instaban a que reflexionara antes de contestar. Cuando, por fin, llegó al nivel más profundo, Hal dijo: «Estoy enojado porque soy mejor que todos vosotros y, sin embargo, nadie me lo reconoce. Soy más inteligente, más rápido y mejor, pero, maldita sea, nadie me aprecia. Debía ser rico, rico como los árabes, debían tenerme la misma consideración que antaño se les tenía a ciertos hombres del renacimiento, pero me tratan igual que a todos los demás.»

El grupo ayudó a Hal en múltiples formas. El mero hecho de poder excavar y airear estos sentimientos y de contemplarlos de una manera racional fue un primer paso esencial y de gran utilidad para él. Poco a poco, pudo reconocer y aceptar que los demás también eran seres humanos, se sentían especiales y querían ayuda, atención y ocupar el centro del escenario. Comprendió que sus compañeros eran algo más que una fuente inagotable de la que extraer eternamente apoyo y admiración. La «empatía» se convirtió en un concepto fundamental para él y el grupo le ayudó a experimentarla, pidiéndole que se acercara a los demás para tratar de adivinar lo que sentían. De una manera muy típica, al principio sólo captaba lo que sus compañeros sentían hacia él pero, poco a poco, fue capaz de sentir lo que experimentaban realmente los demás, como por ejemplo su deseo de que el grupo les dedicara tiempo o su desilusión, tristeza o enojo.

El narcisismo es tan integral que, con frecuencia, el sujeto tiene dificultades para encontrar un «punto de referencia externo» —es decir, fuera de su sentimiento de que «es especial»— desde el que contemplarse a sí mismo. Otro paciente muy parecido a Hal tuvo oportunidad de captar su egocentrismo de una manera muy curiosa. Había formado parte de un grupo terapéutico durante dos años y había progresado de una manera espectacular, sobre todo en lo referente a su capacidad de amar y de entregarse a otra persona. Le entrevisté en una sesión de control que se efectuó seis meses después de terminada su terapia y le pregunté si recordaba especialmente algún incidente crítico de su proceso. Se refirió a una sesión durante la cual el grupo había visto un videotape de la sesión anterior: se había quedado asombrado al darse cuenta de que sólo recordaba las partes de la sesión relativas a él; muchos fragmentos le habían resultado totalmente nuevos. Con frecuencia le habían criticado por su egocentrismo pero, como sucede con todas las verdades importantes,

sólo cuando lo descubrió por sí mismo, se dio cuenta de sus dimensiones.

Agresión y control

El «sentirse especial» como forma de defenderse de la muerte conduce a múltiples desajustes. Esta dinámica es a menudo el motor del afán de poder. El temor y el sentido de la propia limitación se hacen más tolerables mediante la ampliación del yo y de la esfera de control del individuo. Por ejemplo, hay pruebas de que los que desarrollan profesiones relacionadas con la muerte (soldados, médicos, sacerdotes y enterradores) lo hacen en parte impulsados por su necesidad de obtener cierto grado de control sobre la angustia que ella les causa. Herman Feifel ha demostrado que aunque los médicos tienen menos preocupación consciente por la muerte que los grupos de control formados por pacientes o por la población general, en niveles más profundos su miedo es mayor[19]. En otras palabras, aunque el temor consciente se calma asumiendo una posición de poder, el más profundo, que contribuye en gran medida a la elección de profesión, sigue actuando. Cuando el miedo se intensifica, el impulso agresivo no puede canalizarse a través de sublimaciones y se acelera. En tal situación, es frecuente la aparición de arrogancia y agresión abierta. Rank escribe que «el miedo a la muerte del yo se mitiga por medio del asesinato y el sacrificio de otro; matando a otro, uno paga en cierta manera la liberación de su propia pena de muerte»[20]. Es evidente que Rank no se refiere sólo al asesinato literal: hay formas más sutiles de agresión, como la dominación, la explotación y el «asesinato del alma», como lo llama Ibsen[21], que cumplen la misma finalidad. Pero este tipo de adaptación suele descompensarse y conducir a una exageración de las defensas. El poder absoluto, como todos sabemos, corrompe, porque no resuelve el problema del individuo. La realidad se impone de nuevo: el desamparo, la mortalidad y el hecho de que, aunque tratemos de alcanzar las estrellas, somos simples mortales.

Conflictos y angustia experimentados por el individuo que se cree «especial»

Los tipos de desajuste de la solución individualista o activa son, como ya hemos visto, el individualismo heroico exagerado (con su miedo a cualquier signo de fragilidad humana), la solución compulsiva del trabajomaníaco, la depresión ante cualquier fracaso que interrumpa la eterna espiral ascendente, los graves trastornos de carácter de tipo narcisista, con su problemática concomitante en las relaciones interpersonales, y los estilos de vida basados en la agresión o el afán de poder. Pero existe una limitación intrínseca aún más grave en la defensa que nos ocupa. Muchos observadores perspicaces han señalado que, aunque las expresiones y las realizaciones de los individualistas a menudo van acompañadas de una gran euforia, llega un momento en que la angustia se apodera de ellos. La persona que «se separa de lo que le rodea», que «se destaca de su medio ambiente», tiene que pagar un precio por el éxito. Hay algo aterrador en la individuación, en separarse de los demás, en avanzar y vivir como un ser humano aislado, en sobrepasar a los semejantes y a los padres.

Muchos terapeutas e investigadores han escrito sobre la «neurosis de fracaso»[1*]. Un curioso estado en el que las personas que están a punto de alcanzar la meta por la que han luchado largo tiempo empiezan a sentir, en lugar de euforia, una disforia paralizante que a menudo les impide triunfar. Freud llamó a este fenómeno «el síndrome del que naufraga ante el éxito»[22]. Rank le llamó «angustia ante la vida»[23], es decir, el temor a enfrentarse a la vida como un ser separado. Maslow señala que huimos de nuestras más altas posibilidades (como de las más bajas) y denomina al fenómeno «complejo de Jonás», ya que Jonás, como cualquier otro ser humano, no pudo resistir su grandeza personal y trató de escapar de su destino[24].

¿Cómo se puede explicar esta curiosa tendencia humana a la autonegación? Tal vez sea el resultado de una combinación de realización y agresión. Para algunas personas el objetivo de la realización es superar a los demás por razones vengativas; por esta razón, temen que los otros descubran sus verdaderos motivos y se

1*. Aunque en el original aparece *success neurosis*, que literalmente sería neurosis de éxito, el síndrome que describe y las citas se refieren a la, en castellano, llamada *neurosis de fracaso* (N. del R.).

venguen de ellos, si el éxito es demasiado grande. Freud pensó que tenía mucho que ver con el temor a sobrepasar al propio padre y exponerse así a una amenaza de castración. Según la valiosa contribución de Becker[25], lo verdaderamente terrible de sobrepasar al padre no es la castración, sino la perspectiva aterradora de convertirse en padre de uno mismo, lo que significa renunciar al apoyo mágico y cómodo que brindan los progenitores contra el color inherente a la conciencia de la propia finitud.

Así pues, todo individuo que nace está condenado a la angustia. El destacarse del medio ambiente, ser el propio padre o como lo ha expresado Spinoza «el propio dios», significa un aislamiento cruel; significa quedarse solo, sin esperar la llegada de un salvador y sin el consuelo de los demás seres humanos. Este aislamiento que supone la individuación resulta demasiado terrible para la mayoría. Cuando la creencia en que somos especiales e inviolables no nos proporciona ya el necesario alivio, recurrimos al otro de los dos sistemas principales de negación: creer que nos rescatará un salvador personal.

El salvador

La ontogenia reproduce y resume la filogenia; tanto en el desarrollo físico como social del individuo se ve reflejado el de la especie. Ahora bien, donde se observa este hecho con mayor claridad es en la tendencia humana a creer que existe un intercesor personal omnipotente: una fuerza o ser que nos observa, ama y protege eternamente. Aunque nos permita aventurarnos hasta el borde del precipicio, en última instancia nos salvará. Fromm ha llamado a esta figura mítica «ayudante mágico»[26] y Masserman, el «servidor omnipotente»[27]. En el capítulo III señalé cómo se desarrolla este sistema de creencias en la primera infancia: igual que la tratada anteriormente, ésta tiene su origen en las primeras etapas de la vida, cuando los padres se encuentran por completo dedicados a satisfacer todas las necesidades del niño. Desde los comienzos de la historia, la humanidad ha vivido aferrada a la creencia de un dios personal: una figura eternamente amable, terrorífica, veleidosa o cruel, que podía propiciarse o enfurecerse, pero que estaba siempre *presente*. Ninguna cultura primitiva ha creído que los humanos estuviesen solos en un mundo indiferente.

Para algunas personas, el salvador no es un ser sobrenatural sino

un líder o una causa trascendente. Durante milenios, los seres humanos han vencido de esta forma su miedo a la muerte y han preferido renunciar a su libertad hasta a sus vidas para abrazar una causa personificada o un ideal. Tolstoi conocía muy bien la necesidad humana de fabricar figuras deificadas para después confortarse con la ilusión de seguridad que emana de ellas. En *Guerra y Paz,* describió de esta manera el éxtasis de Rostov en el campo de batalla, ante la idea de la proximidad del zar:

La dicha de saber que el zar se encontraba cerca le tenía por completo absorto. Su sola presencia le compensaba la pérdida de todo el día. Estaba feliz como un amante cuando se aproxima la hora del tan ansiado encuentro. No se atrevía a mirar hacia los lados, pero su instinto le permitió sentir la llegada del zar, no sólo por el fragor de los cascos de los caballos al acercarse, sino también porque, a medida que se aproximaba, todo se volvía más brillante, alegre, significativo y festivo. Incluso le parecía que el sol estaba más próximo y esparcía a su alrededor rayos de luz suave y majestuosa; después, se sintió envuelto en esa radiación y escuchó su voz, esa voz tan acariciante, tranquila, serena y sencilla a la vez... Rostov se levantó y se fue a vagar por los campos de batalla, soñando en lo feliz que sería si muriera, no ya para salvar la vida del emperador (lo que ni siquiera se atrevía a soñar) sino simplemente ante sus ojos. Estaba por completo enamorado del zar y de la gloria del ejército ruso y de la esperanza en la próxima victoria. Y él no era el único que se sentía así en aquellos días memorables que precedieron a la batalla de Austerlitz. A nueve de cada diez hombres les pasaba lo mismo, aunque tal vez con menos intensidad[28].

«A medida que se aproximaba el zar todo se volvía más brillante, alegre, significativo y festivo. Incluso le parecía que el sol estaba más próximo...» Cuánta belleza y claridad hay en esta descripción del éxtasis defensivo interno, tan común no sólo a los soldados rusos, sino también a las legiones de gente corriente que los psicoterapeutas ven en su trabajo clínico cotidiano.

La defensa del salvador y la restricción de la personalidad

En general, la defensa del salvador es *menos* eficaz que la de creerse especial. No sólo porque se quiebra con más facilidad sino porque es intrínsecamente restrictiva para la persona. Más adelante incluiré los informes de investigaciones empíricas que demuestran su

ineficacia, pero en este punto citaré a Kierkegaard, quien hace más de cien años comprendió de manera intuitiva el problema. Hay un pasaje suyo muy curioso donde contrasta los peligros de «aventurarse» (destacar, individualizarse, distinguirse) y de no aventurarse (fundirse, arraigarse, creer en un salvador):

...es peligroso aventurarse. ¿Por qué? Porque se puede perder. Es más astuto no hacerlo. Sin embargo, si no nos arriesgamos, es probable que perdamos lo que suele permanecer aún en la más peligrosa de las aventuras... el propio yo. Si me lanzo a una aventura equivocada, la vida me castiga y con ello me ayuda. Pero si no lo hago en absoluto, ¿quién me ayudará? Más aún, si por el hecho de no arriesgarme en el más alto sentido *(y arriesgarse en este sentido es precisamente adquirir la conciencia de uno mismo)* gano todas las ventajas terrenales... y me pierdo a mí mismo, ¿qué pasará entonces?[29]

El permanecer encajado en otro, el «no aventurarse» nos somete al mayor peligro de todos: a la pérdida de nosotros mismos, a la misma imposibilidad de desarrollar las múltiples potencialidades inherentes a nuestra persona.

Cuando este tipo de defensa se exagera, se obtiene como resultado un estilo de vida muy restringida, como es el caso de Lena, una paciente de 30 años integrada en un grupo de terapia. Estaba profundamente deprimida, llena de ideas suicidas y, cada vez que caía en un estupor depresivo, se metía en la cama durante varios días seguidos. Vivía una existencia muy aislada y permanecía casi todo el tiempo en una habitación con muy pocos muebles. Por su aspecto parecía una adolescente: llevaba el cabello rubio y despeinado, se ponía pantalones tejanos decorados y una chaqueta de aspecto militar y adoptaba posturas juveniles e ingenuas. Había perdido a su madre a los cinco años y a su padre a los doce, y había crecido demasiado apegada a sus abuelos y a otros sustitutos parentales. Con el progresivo envejecimiento de sus abuelos, había adquirido un verdadero horror al teléfono y se negaba a contestarlo, por miedo a que en cualquier momento le comunicaran el fallecimiento de alguno de ellos, como ya le había sucedido con sus padres.

Lena tenía verdadero pánico a la muerte y evitaba todo contacto con símbolos mortuorios; al mismo tiempo, intentaba resolver su miedo negándose a vivir —se trata de un sistema mágico e ineficaz, utilizado por muchos pacientes—. Igual que Oskar, el personaje de Günter Grass en *El tambor de hojalata,* intentaba conquistar el

tiempo y fijarlo de forma permanente, permaneciendo siempre en la infancia. Todo su afán había sido evitar la individualización y buscar la seguridad sumergiéndose en una figura protectora. Uno de los axiomas de la terapia grupal es que sus miembros ponen de manifiesto, en el aquí y el ahora de la sesión, sus defensas internas en la mutua interacción. La postura defensiva de Lena resultaba en extremo clara a este respecto. En una ocasión, empezó la sesión anunciando al grupo que durante el fin de semana anterior había tenido un gran accidente automovilístico. Había ido a visitar a un amigo que vivía a doscientos kilómetros de distancia y, por pura negligencia, se había salido de la carretera, volcado y escapado por un pelo de la muerte. Lena comentó que ojalá no hubiera despertado después del accidente.

Los miembros del grupo respondieron tal y como ella lo esperaba. Se preocuparon y asustaron por el peligro que había corrido y compitieron entre sí para ofrecerle protección. El terapeuta respondió igual hasta que empezó a analizar en silencio el proceso de la sesión. Lena estaba siempre muriéndose, asustando a sus compañeros y provocándoles una preocupación masiva. De hecho, durante su primer mes de terapia, éstos se habían responsabilizado de mantenerla viva, hacer que comiese y evitar que se suicidase. El terapeuta se preguntó: «¿Alguna vez le ocurre algo bueno a esta chica?»

El accidente le había ocurrido cuando iba a visitar a un amigo. «¿Qué amigo?» Lena se había presentado siempre como una persona aislada, sin amigos, parientes ni conocidos. Sin embargo, recorría doscientos kilómetros para ir a ver a alguien. Cuando el terapeuta se lo planteó, contestó que tenía un novio, que había pasado con él todos los fines de semana desde hacía meses y que, además, éste quería casarse con ella. Las razones por las que había ocultado esta información eran evidentes: lo importante para Lena no era crecer sino sobrevivir, y ello sólo parecía posible mediante los cuidados y protección del grupo y del terapeuta. Su dilema principal era cómo conservar siempre esta protección: no debía dar ninguna muestra de crecimiento o de cambio, para que los miembros del grupo y el terapeuta no pensaran que había mejorado tanto como para dar por terminada su terapia.

Durante el tratamiento, Lena se vio muy amenazada por incidentes que suponían un reto para su sistema defensivo principal: la creencia en que contaba con ayuda «externa» y en que sólo podía sentirse segura mediante la presencia continua de un salvador. Su pasión por

fundirse con el terapeuta, la condujo a graves distorsiones de la transferencia, que fue necesario analizar en detalle. Era muy sensible a cualquier signo de rechazo del terapeuta y reaccionaba fuertemente ante cualquier indicio de que aquél fuera mortal o de que pudiera equivocarse o no estar disponible. De todos los miembros del grupo, ella era la que más se alarmaba y se enfadaba cuando el terapeuta se iba de vacaciones, se enfermaba, se equivocaba o se desconcertaba durante la sesión. Una buena parte del trabajo terapéutico con pacientes de este tipo se concentra en el análisis de la transferencia como demostraré en el próximo capítulo.

La caída del mito del salvador

Durante casi toda la vida, la esperanza de un salvador proporciona un consuelo considerable y funciona sin altibajos y en forma invisible. La mayoría de nosotros ignoramos la estructura de nuestro sistema de creencias defensivas, hasta que falla o hasta que, como lo ha expresado Heidegger, «se estropea la maquinaria»[30]. Existen muchas posibilidades de fallos mecánicos y muchas formas de patología asociadas con el derrumbamiento de esta defensa.

Enfermedad mortal. Quizá la prueba más difícil a la que ha de enfrentarse este tipo de defensa sea la representada por una enfermedad mortal. Quienes la padecen utilizan por lo general gran parte de su energía en reforzar su ilusión de que existe un protector todopoderoso. Como el candidato más obvio para este papel es el médico, la relación terapéutica se torna difícil y compleja. En parte, la túnica de salvador se la pone al médico el mismo paciente, movido por su necesidad de creer; pero por otro lado, aquél la recibe gustosamente porque al representar el papel de Dios, refuerza su sentimiento personal de omnipotencia y de que es especial. El resultado es el mismo: el médico pasa a ser más importante que la vida y la actitud del paciente se vuelve demasiado obediente. A menudo, los enfermos muy graves temen enfadar o desilusionar a sus médicos; piden perdón continuamente por acaparar su tiempo y están tan aturdidos en su presencia, que se olvidan de preguntarles todo lo que necesitan saber. (Algunos resuelven este problema preparando una lista de preguntas por escrito para no olvidar ninguna.)

Es tan importante para el enfermo que el médico conserve su poder, que casi nunca le reta ni pone en duda sus decisiones. Algunos

incluso le ocultan información importante sobre sus trastornos físicos o psíquicos para reforzar, de una manera claramente mágica, su supuesta infalibilidad. Por esta razón, muchas veces el médico es el último en enterarse de la magnitud de la desesperación de su paciente. Además, es frecuente que un enfermo capaz de manifestar abiertamente su angustia a las enfermeras y asistentes sociales, mantenga ante el médico una actitud valiente y animosa, induciéndole a pensar que está sobrellevando bien la situación. (Por ello, los médicos rara vez envían a este tipo de pacientes a un tratamiento psicológico.)

La tenacidad con la que se aferra el hombre a la negación difiere según los casos; pero con el tiempo, ésta se desmorona siempre ante la realidad avasallante. Kübler-Ross nos ha informado a este respecto que, en toda su larga experiencia, ha visto a muy pocos sujetos capaces de mantener su negación hasta el momento de la muerte. La reacción de un paciente cuando se entera de que está desahuciado es casi siempre catastrófica. Se siente engañado, traicionado, furioso. Pero, ¿contra quién? ¿Contra el cosmos? ¿Contra el destino? La mayoría lo están contra el médico, por haberles fallado, y no precisamente desde el punto de vista profesional, sino más bien desde el mágico: por no haber sabido encarnar el mito del salvador.

. *Depresión.* En su estudio sobre sujetos con depresión psicótica, Silvano Arieti nos habla de dos motivos centrales, de dos ideologías vitales que anteceden y «preparan el camino» para la depresión[31]. La existencia de sus pacientes era muy comprometida; no vivían para sí mismos, sino para «otra persona dominante» o para «una meta dominante». Aunque la terminología es diferente, la descripción de Arieti de estas dos ideologías coincide con la de las defensas tratadas hasta ahora. El individuo que vive para una «meta dominante» es el mismo que estructura su vida en torno a la creencia de que es especial e inviolable. Como señalé antes, la depresión aflora cuando se trunca la espiral ascendente (la «meta dominante») y se desintegra dicha creencia.

Vivir para «otra persona dominante» es lo mismo que intentar fundirse con otro al que consideramos capaz de protegernos y de dar un significado a nuestra vida. Esta «otra persona» puede ser el esposo, la madre, el padre, el amante, el terapeuta o una encarnación antropomórfica de un negocio o una institución social. Esta ideología vital puede desplomarse por múltiples razones: porque la figura dominante se muera, se aleje, deje de amarnos y atendernos o porque nos resulte demasiado falible para lo que esperamos de ella.

Cuando los pacientes reconocen el fracaso del motivo central de sus vidas se quedan casi siempre abrumados; a menudo sienten que se han sacrificado por un valor falso. No obstante, casi nunca proponen otras alternativas para resolver el problema. Arieti nos relata lo siguiente:

> La paciente había llegado a un punto crítico en el que se veía forzada a realizar una redistribución de sus fuerzas psicodinámicas y un nuevo patrón de relaciones interpersonales, pero era incapaz de aceptarlo. Estaba indefensa. No podía visualizar estructuras alternativas de conocimiento que la llevaran a dar los pasos necesarios para su recuperación y, cuando podía visualizarlos, le parecían inconquistables. Otras veces, las alternativas le parecían no sólo irrealizables, sino poco deseables, porque había aprendido a invertir todo su interés y anhelo únicamente en la relación que había fracasado[32].

Estos pacientes quizá traten de restablecer la relación anterior o de establecer otra. Si fracasa de nuevo, se quedan sin recursos y se sienten vacíos y culpables, pero rara vez se plantean la restructuración de su ideología vital; muchos, en vez de cuestionar su sistema básico de creencias, llegan a la conclusión de que son ellos los que no valen nada o no son lo bastante buenos para atraer el amor y la protección del salvador. La depresión en tales casos se acentúa por el hecho de que, inconscientemente, el sufrimiento y la autoinmolación son una última y desesperada súplica de amor. De este modo, se sienten desolados por haber perdido el amor y permanecen en la desolación para reconquistarlo.

Masoquismo. Como ya se ha descrito, la creencia hipertrofiada en un salvador conlleva una serie de rasgos de conducta asociados: desprecio por uno mismo, miedo a perder el amor, pasividad, dependencia, autoinmolación, negativa a asumir una actitud responsable y depresión como consecuencia del derrumbamiento del sistema de creencias. La acentuación de estos rasgos produce a veces un síndrome clínico característico; cuando predomina la autoinmolación al paciente se le denomina «masoquista».

Karèn, una paciente de cuarenta años a quien estuve tratando durante dos, me enseñó mucho sobre la dinámica de la necesidad de autodañarse. Vino a la terapia por varias razones: tendencias sexuales masoquistas, incapacidad para obtener placer sexual con su novio «normal», depresión, estado agudo de inercia, pesadillas

terroríficas y experiencias prehipnóticas. Una vez en tratamiento, desarrolló enseguida una fuerte transferencia positiva. Se dedicó a atraer mi atención y a obtener mis cuidados. Sus fantasías masturbatorias consistían en imaginar que enfermaba (de alguna dolencia física, como la tuberculosis, o de algún trastorno psicótico) y que yo le daba de comer y la arrullaba en una cuna. Tardaba mucho en abandonar mi consultorio, a fin de pasar conmigo varios minutos más; para tener mi firma, guardaba los cheques cancelados con los que me había pagado; intentaba asistir a mis clases sólo para verme. Le satisfacía mucho que la tratara con dureza; si yo expresaba la menor irritación en su presencia, se excitaba sexualmente en el consultorio. Agrandaba mi figura en todo lo que podía y se negaba a aceptar mis defectos más evidentes. Leyó un libro que escribí con un paciente, en el cual revelaba buena parte de mis propias ansiedades y limitaciones[33]. Pero en lugar de darse cuenta de ellas, su respuesta fue admirarme aún más por el gran valor que había demostrado al publicarlo.

Respondía en forma similar a los indicios de debilidad o limitación de otras figuras importantes de su propia vida. Si su novio enfermaba o se mostraba débil, consufo o indeciso, ella experimentaba una gran angustia. Era incapaz de verle fallar. En una ocasión en que el novio sufrió un accidente automovilístico, desarrolló una fobia a visitarle en el hospital. Lo mismo le ocurría con sus padres y se sentía muy amenazada por su creciente envejecimiento y fragilidad. De niña, se había relacionado con ellos a través de la enfermedad. «Estar enferma era la mentira de mi vida», decía. Buscaba el dolor para obtener ayuda. Durante su infancia, pasó varias veces semanas enteras en la cama, fingiendo algún trastorno. Durante la adolescencia, se volvió anoréxica y le gustaba pasar hambre con tal de obtener atención y cuidado.

La sexualidad se sumó al resto de su patología: la fuerza, las restricciones, el poderío y el dolor la excitaban, en tanto que la debilidad, la pasividad y la ternura le causaban repulsión. Cuando la castigaban, se sentía protegida; le resultaba maravilloso estar encerrada, confinada o restringida, porque significaba que una figura poderosa le había impuesto unos límites. Su masoquismo era muy preciso: buscaba la supervivencia a través del sojuzgamiento y también del valor simbólico y mágico del sufrimiento. Después de todo, una pequeña muerte era mejor que la muerte real.

El tratamiento logró aliviar su depresión aguda, sus pesadillas y su

preocupación por el suicidio. Pero llegó un momento en que mi presencia empezó a obstaculizar su desarrollo ya que, para no perderme, se inmolaba sin cesar. En vista de ello, fijé un plazo de seis meses, transcurridos los cuales debía terminar el tratamiento. Durante las siguientes semanas presentó un sinfín de síntomas y un recrudecimiento general. Mostró de nuevo una grave ansiedad y sufrió pesadillas y experiencias alucinatorias terribles, consistentes en creer que gigantescos murciélagos la atacaban cada vez que se encontraba sola.

Éste fue un período de tran temor y desesperación para Karen. Su ilusión de que en el último momento aparecería el salvador, la había protegido siempre del miedo a la muerte; al perderla ahora, quedaba pues doblemente expuesta a él. Una serie de maravillosos poemas que escribió en su diario (y que me envió por correo al terminar la terapia) describe gráficamente su terror.

Con la muerte en la boca y gusanos en mi corazón,
te hablo.
Entre el repique de campanas,
nadie escucha mis protestas.
La muerte es desilusión,
un pan amargo,
que tú me haces tragar,
para sofocar mis gritos.

Su profunda creencia en que si se fundía conmigo, le sería posible escapar de la muerte quedó claramente expresada en este poema:

Tomaría a Caronte por mi dueño,
me parecería su látigo una dulce mano
y cabalgaría con él hasta las profundas cavernas
donde habita.
Abandonaría gustosa el aroma maduro del verano
y las semillas que nacen a la vida,
para sentarme con él en trono helado
y conocer su amor.

A medida que se aproximaba la fecha de terminación de la terapia, Karen sobrepasó todos los límites. Amenazó con suicidarse si no continuaba el tratamiento. Hay otro poema que expresa su estado de ánimo y sus amenazas:

La muerte no es falsa apariencia;
es una realidad dura
y de una presencia tan cabal como la vida misma.
Es la otra elección final.
Me siento corriendo hacia las sombras,
vistiéndome con telarañas,
escondiéndome de la realidad que tú me impones.
Quiero mostrarte mi capa negra, mi capa de la muerte,
y amenazarte con ella.
¿Entiendes?
Me envolveré en ella si persistes...

Aunque me asusté mucho con sus amenazas y le proporcioné todo el apoyo que pude, decidí mantenerme firme en mi propósito de finalizar el tratamiento, una vez transcurridos los seis meses de plazo, independientemente de su grado de patología. La decisión era fija e irrevocable y le fue imposible hacerme cambiar de idea. Poco a poco, empezaron a disminuir sus esfuerzos por fundirse conmigo e intentó realmente sacar el mayor provecho posible de las sesiones que todavía nos quedaban. Sólo cuando abandonó toda esperanza de mantenerme siempre presente en su vida, empezó una labor terapéutica eficaz. Puso a prueba sus fuerzas y su adelanto. Consiguió en poco tiempo un trabajo a jornada completa, acorde con su inteligencia y conocimientos (había retrasado este momento desde hacía cuatro años). Cambió su apariencia externa y su conducta de forma radical; dejó de ser una huérfana cariacontecida y se convirtió en una atractiva mujer madura.

Dos años después de finalizada la terapia, me pidió regresar porque había muerto un amigo. Le dí hora para una sola sesión y pude comprobar que no sólo había mantenido sus cambios, sino que había continuado su desarrollo. Parece que los pacientes tienen que aprender que aunque los terapeutas pueden ser útiles, hay un punto más allá del cual ya no tienen más que ofrecer. En la terapia, como en la vida, hay un sustrato ineludible de trabajo y de existencia solitaria.

La defensa del salvador y las dificultades interpersonales. El hecho de que algunos individuos crean en la existencia de un salvador para defenderse del miedo a la muerte, ofrece al terapeuta un marco de referencia útil desde el que comprender algunos curiosos manejos interpersonales. Daré a continuación varios ejemplos de un problema clínico común: el paciente que se halla inmerso en una relación poco gratificante y destructiva, pero que es incapaz de liberarse.

Bonnie era una paciente de cuarenta y ocho años, con un padecimiento circulatorio grave (enfermedad de Buerger), que después de un matrimonio sin hijos, de veinte años de duración, se había separado hacía diez. Su marido, un ferviente deportista, era un autócrata muy insensible y egoísta, que acabó por dejarla cuando su mala salud le impidió acompañarle en sus expediciones de caza y pesca. No le había prestado ninguna ayuda económica durante los diez años que llevaban separados, había tenido numerosas aventuras con otras mujeres (que relataba a la paciente) y acudía a casa de ésta una o dos veces a la semana para usar la lavadora, recoger los mensajes grabados de sus clientes y para tener esporádicas relaciones sexuales con ella. Debido a sus arraigadas restricciones morales, Bonnie no había mantenido relaciones con otros hombres, por continuar casada. Seguía obsesionada con su marido, algunas veces furiosa de verle y otras, enamorada de él. Estaba cada vez más triste, solitaria y atormentada, a medida que avanzaba la enfermedad y que continuaban las visitas semanales de su marido a la lavadora. Sin embargo, no podía divorciarse de él ni desconectar su teléfono ni dar por terminados sus privilegios hogareños.

Dolores, tras una larga serie de relaciones insatisfactorias, se casó a los treinta y cinco años con un individuo extraordinariamente compulsivo y carente de toda percepción psicológica. Antes del matrimonio, ella había estado en terapia debido a un estado de ansiedad crónica y a una úlcera duodenal. Después de la boda, la minuciosidad y control de su marido le hicieron minimizar sus preocupaciones anteriores. Se programaba todo su tiempo durante los fines de semana (de las 9 a las 10,15 jardinería; de las 10,30 a las 12, compras en la carnicería, etc.) y registraba minuciosamente todos sus gastos; controlaba todas las llamadas telefónicas que recibía y en seguida la reclamaba cuando pasaba un minuto con alguna otra persona. Al poco de casarse, Dolores empezó a sentirse ya llena de angustia y de ira reprimidas; sin embargo, le daba pánico pensar en la separación o el divorcio.

Martha tenía treinta y un años y deseaba a toda costa casarse y crear una familia. Durante varios años había mantenido relaciones con un hombre perteneciente a una secta religiosa mística, según la cual, cuanto menos se compromete un individuo, más libre es su vida. En consecuencia, aunque disfrutaba de la relación con Martha, se negaba a vivir con ella o a sujetarse en modo alguno. Le alarmaba que le necesitara tanto, y cuanto más se colgaba ella de su cuello, menos

ganas tenía él de comprometerse. Martha vivía obsesionada por la idea de atraparle y le dolía mucho su desapego. Sin embargo, se sentía incapaz de romper la relación y liberarse; cada vez que rompía con él, caía en un penoso estado de retraimiento, depresión y pánico, hasta que volvía a llamarle por teléfono. En cambio él, durante los períodos de separación, se sentía en la gloria; la quería, pero se las arreglaba muy bien sin ella. Martha estaba demasiado apegada a su novio para buscar eficazmente otras relaciones: parecía que su tarea principal en la vida era arrancarle a su pareja un compromiso, lo cual, por otra parte, resultaba muy poco probable, dadas las circunstancias.

Las relaciones de estas pacientes les causaban una considerable angustia y todas se daban cuenta de que continuarlas suponía una autodestrucción. Las tres trataban, en vano, de liberarse, y de hecho, buena parte de sus respectivas terapias estuvo dedicada a considerar los esfuerzos fallidos que hacían por conseguirlo. ¿Por qué les resultaba tan difícil soltar amarras? ¿Qué las ataba tan firmemente a otra persona? Existe una conexión bastante clara entre las preocupaciones de las tres, que afloró en cuanto les pregunté qué era lo primero que les venía a la mente cuando pensaban en separarse de su compañero.

El marido de Bonnie había decidido por ella durante veinte años. Era un hombre capaz de cualquier cosa y «la cuidaba». Naturalmente, tal como ella misma descubrió cuando sobrevino la separación, el hecho de que «la cuidaran» restringía su desarrollo y autosuficiencia. ¡Pero era tan reconfortante saber que había alguien dispuesto a protegerla y rescatarla! Bonnie tenía una enfermedad bastante grave y seguía con la idea fija de que, pese a los diez años de separación, su marido estaba «ahí afuera» ocupándose de ella. Cada vez que yo la inducía a imaginar la vida sin él (y me refiero a una presencia simbólica, ya que aparte de usar la lavadora y realizar con ella algunos actos sexuales puramente mecánicos, la presencia real del marido durante los últimos diez años había sido casi nula), experimentaba una gran angustia. ¿Qué haría en un caso de urgencia? ¿A quién llamaría? La vida sin él sería muy solitaria. Está claro que su marido era un símbolo que la eximía de tener que enfrentarse con la dura realidad de que «ahí afuera» no había nadie, de que las situaciones de «urgencia» son inevitables y de que ninguna persona, real o ficticia, puede impedirlas.

Igual que Bonnie, Dolores sentía terror de estar sola. Aunque su marido era exageradamente restrictivo, prefería la prisión de su

matrimonio a «la libertad de las calles», tal como ella la llamaba. Afirmaba que sin él no sería nadie, que se convertiría en una especie de paria, en una de tantas mujeres descarriadas que andan en busca de los pocos hombres que aparecen ocasionalmente. Durante la hora de la terapia, el solo hecho de pedirle que se imaginara una separación le producía un grave ataque de angustia.

Por su parte, Martha permitía que el futuro gobernara su vida. Cuando le pedía que meditara un poco la posibilidad de abandonar la relación con aquel novio displicente, me respondía siempre que lo único que le venía a la mente era la imagen de sí misma «comiendo sola a los sesenta y tres años». Cuando le pedí que me definiera el compromiso que esperaba obtener del novio me dijo: «la seguridad de que nunca más tendré que vivir sola y de que tampoco moriré sola.» El pensamiento de cenar o ir al cine sin compañía la llenaba de vergüenza y terror. Al preguntarle qué era lo que realmente deseaba de una relación, me contestó: «la posibilidad de obtener ayuda sin tener que pedirla.»

Martha se hallaba bajo el temor perenne de encontrarse sola en el futuro. Como muchos pacientes neuróticos, no vivía en el presente, sino que trataba de reproducir el pasado (su vínculo confortable con la madre) en el futuro. Su miedo y su necesidad eran tan grandes, que le impedían establecer una relación gratificante con un hombre. Temía demasiado a la soledad para renunciar a su situación actual, por insatisfactoria que fuera, y su necesidad era tan frenética que ahuyentaba a los compañeros con mejores perspectivas.

Por tanto, la fuerza vinculante no era la relación *per se,* sino el miedo a la soledad. Y lo más temible de ésta era la ausencia de esa otra persona mágica y poderosa que nos observa de cerca, se anticipa a nuestras necesidades y nos proporciona una coraza contra la irremediable muerte.

La creencia en un salvador puede acarrear también relaciones restrictivas entre algunos adultos y sus padres ya ancianos, como lo ilustra el caso siguiente. Irene tenía cuarenta años y desde hacía mucho tiempo había mantenido una relación intensamente ambivalente con su madre. Ésta era hostil, exigente y sufría una depresión crónica, por lo que Irene la detestaba y estaba casi siempre furiosa contra ella. Sin embargo, cada vez que se quejaba de las condiciones en que vivía, la hija la invitaba a atravesar el país para que fuera a vivir a su casa. Aunque Irene se encontraba en terapia durante esa época, nunca me comentaba su invitación a la madre, hasta después de

haberla enviado. Parecía que se daba cuenta de la naturaleza autodestructiva de su conducta, pero se sentía obligada a llevarla a cabo sin permitir que nadie la disuadiera. Poco después de la llegada de su madre, Irene sufrió una descompensación: presentó graves ataques de angustia, un insomnio persistente y síntomas agudos de asma. Mientras discutimos en sesión las maniobras que llevaba a cabo su madre para despertar en ella los sentimientos de culpa, las restricciones que imponían en su vida y su actitud venenosa, no hicimos ningún progreso. Sólo salimos adelante cuando nos planteamos otra pregunta, crucial para comprender muchas relaciones tortuosas entre los adultos y sus padres ancianos: *¿Por qué era tan importante la madre para ella?* ¿Por qué tenía que velar por su felicidad? ¿Por qué no podía separarse?

Cuando le pedí que reflexionara sobre lo que sería la vida sin su madre, su primera asociación fue muy interesante: «Sin ella nadie se ocuparía de lo que como.» La madre estaba «ahí fuera» revoloteando y observando a Irene y tomando nota de lo que comía. En un nivel consciente, la presencia materna la había enfurecido siempre, pero al examinar el asunto con más profundidad, esta presencia la reconfortaba. Si la madre observaba lo que comía, era lógico deducir que velaba de distintas maneras por el bienestar de su hija. Irene necesitaba a su madre viva y fuerte: cualquier indicio de enfermedad, apatía o depresión, le resultaba por tanto muy preocupante.

Hacia un panorama integrado de la psicopatología

Por razones didácticas, he planteado por separado los dos modos principales de enfrentarse a la angustia ante la muerte y he relatado episodios de pacientes que ilustran de una manera exagerada una u otra de esas defensas básicas. Pero ya es tiempo de volver a integrarlas. La mayor parte de los pacientes, no presentan una imagen clínica tan clara o monotemática. Por lo general, las personas utilizan defensas múltiples y entrelazadas para mantener a raya la angustia. Es más, la mayoría de los individuos se sirven indistintamente de las dos defensas explicadas: la creencia ilusoria en la propia inviolabilidad y en la existencia de un salvador. Aunque hasta ahora las he presentado como dos polos dialécticos, en realidad existe entre ellas una fuerte interdependencia. *Debido* a que existe un ser o una fuerza observadora y omnipotente que se preocupa siempre por nuestro

bienestar, somos únicos e inmortales y tenemos el valor de destacarnos del medio ambiente que nos rodea. *Debido* a que somos seres únicos y especiales, se preocupan por nosotros fuerzas excepcionales del universo. Nuestro salvador es omnipotente y, también, nuestro eterno servidor.

Otto Rank, en su profundo ensayo titulado *Miedo a la vida y miedo a la muerte* propuso una dinámica básica que aclara la relación entre las dos defensas[34]. Considera que en el individuo hay un miedo primario que se manifiesta a veces como miedo a la vida y otras como miedo a la muerte. Con la expresión «miedo a la vida» Rank designaba la angustia que se experimenta por la «pérdida de contacto con el medio ambiente que nos rodea». Es el temor de enfrentarnos a la vida como un ser aislado, el miedo a la individuación, a «salir adelante», a «destacarnos de la naturaleza». El prototipo de este miedo sería el provocado por el «trauma del nacimiento», la separación original. Con la expresión «miedo a la muerte», Rank se refiere al temor ante la propia extinción, la pérdida de la individualidad o la disolución en el todo que nos rodea.

Señaló, asimismo, que: «Entre estas dos posibilidades de miedo, entre estos dos polos de temor, el individuo avanza y retrocede durante toda su vida...» El hombre intenta separarse, individualizarse, afirmar su autonomía, avanzar y realizar sus potencialidades. Sin embargo, llega un momento en que empieza a darle miedo la vida. La individuación, el sobresalir y lo que yo llamo en este capítulo reafirmación de que uno es especial tienen un precio: conducen a un sentimiento terrible de soledad y desprotección, que el individuo mitiga dando marcha atrás, es decir, «retrocediendo», renunciando a la individuación y fundiéndose, disolviéndose o entregándose a otros. Sin embargo, esta comodidad es inestable porque también evoca temores: el de la muerte, la renuncia, el estancamiento y, finalmente, el de la inorganicidad. La vida del ser humano es pues un contínuo oscilar entre el *miedo a la vida* y el *miedo a la muerte.*

Aunque mi modelo de los polos defensivos no es idéntico al de la polaridad dialéctica de Rank entre el miedo a la vida y a la muerte, hay muchas coincidencias entre ellos. Los extremos de Rank corresponden con los límites inherentes a las defensas descritas por mí. La «angustia ante la vida» es el resultado de la defensa consistente en creerse especial: es el precio que se paga por destacar valientemente de la naturaleza. La «angustia ante la muerte» es el impuesto pagado por la fusión: cuando se renuncia a la autonomía, uno se pierde a sí

mismo y sufre una especie de muerte. De este modo, el ser humano avanza primero en una dirección, hasta que la angustia sobrepasa el alivio que produce la defensa; entonces, avanza en dirección opuesta.

Esta oscilación puede demostrarse con el material clínico ya presentado. Recordemos el caso de Lena, quien aliviaba su angustia permaneciendo congelada en la adolescencia. Buscaba continuamente hundirse para que la protegiera algún salvador. Sin embargo, su propia situación la aterrorizaba: se aferraba a otros, y después se rebelaba tercamente contra ellos. Anhelaba la compañía de los demás, pero cuando se la ofrecían, escapaba. Dedicaba buena parte de su energía a evitar la «angustia ante la vida» con sus correspondientes cambios y crecimiento. Buscaba la paz, la comodidad y la seguridad, pero una vez obtenidas, caía en una terrible angustia ante la muerte: aborrecía el sueño y la inmovilidad, y se entregaba a un ritmo frenético de actividades, como por ejemplo, conducir el coche por las noches, sin rumbo fijo.

Recordemos también el caso de Karen, que era masoquista y prefería inmolarse para lograr que yo la quisiera. También a ella le asustaba su objetivo. El fundirse con otro significaba la comodidad y la seguridad, pero también la pérdida de sí misma. Uno de sus poemas ilustra claramente este dilema:

> Quiero sacudirme, como un perro que sale del agua,
> liberarme de tu influencia.
> Contigo era demasiado libre;
> te dejé acercarte demasiado a mi corazón
> y me quedé pegada como la carne al metal helado.
> Caliéntame y déjame ir.
> Para librarme, tengo que desgarrar la carne,
> hacerme heridas que ya no sanarán.
> ¿Es eso lo que quieres de mí?

Esta oscilación entre ambos polos se ve asimismo con gran claridad en las sesiones de terapia familiar, en las que el problema principal se centra alrededor de un adolescente que se prepara para abandonar el hogar. En una de estas familias, el hijo, de diecinueve años, llamado Don, parecía estar ostensiblemente harto de que sus padres controlaran su vida. Entre los esfuerzos espasmódicos que realizaba para convertirse en su propio dueño, destacaba su insistencia en que sus progenitores se mantuvieran al margen de su elección

de universidad y del procedimiento de admisión a la misma. Sin embargo, perdió el tiempo de forma miserable y no logró ingresar en ninguna de las universidades que había elegido, por lo que decidió continuar viviendo en la casa paterna y asistir a una escuela tecnológica cercana.

El hecho de que Don permaneciera en el hogar creó un verdadero caos en el ambiente familiar. Era muy ambivalente con respecto a la libertad. Aunque se mostraba en extremo sensible a cualquier acción paterna que significara la más mínima limitación, estaba continuamente pidiendo «de una manera encubierta pero inequívoca» que le pusieran cortapisas: ponía el tocadiscos a todo volumen, hasta altas horas de la noche; exigía que le dejasen usar el automóvil de la familia y a continuación lo maltrataba —arrancando y frenando de golpe— y lo dejaba tan vacío de gasolina que, a la mañana siguiente, su padre apenas podía llegar con él hasta la gasolinera. Pedía dinero para salir con chicas, y de una manera «inadvertida» dejaba condones en su armario, para que los descubriesen sus padres, moralistas estrictos de religión mormona.

Don insistía en tener su libertad, pero no se hacía responsable de ella. En numerosas ocasiones, se marchaba furioso de casa y se iba a buscar refugio por unos días al apartamento de algún amigo, pero nunca trató de encontrar el suyo propio. Aunque sus padres eran ricos, no les permitía que le pagaran un alquiler ni quería pagarlo él mismo (ganaba suficiente trabajando durante los veranos, pero se negaba a gastar este dinero porque quería guardarlo para cuando «realmente» lo necesitara). Aunque anhelaba y peleaba por su independencia, a otro nivel les decía constantemente a sus padres: «soy un inmaduro y un irresponsable, cuidad de mí pero hacedlo como si yo nunca os lo hubiera pedido.»

Los padres no eran espectadores desinteresados en este drama. Don era el hijo mayor; su partida del hogar significaba un acontecimiento importante en el ciclo de sus vidas. El padre, un trabajomaníaco altamente competitivo, se sentía muy amenazado por ese acontecimiento: dejaba al descubierto la naturaleza ilusoria de su creencia en que era especial; significaba una disminución personal, el comienzo de una nueva etapa de su vida, menos vital y menos útil, el desplazamiento, la declinación y, un poco más allá, la muerte. La madre, perfecto prototipo del ama de casa con lujos, se sentía igualmente amenazada por la partida de Don. Temía la soledad y la pérdida de significado de su vida. En consecuencia, ambos impedían

el crecimiento de Don de la forma más sutil; le habían preparado para vivir como adulto autónomo (¿acaso no es esa la meta de todos los padres que tienen éxito con sus hijos?) y al mismo tiempo le estaban suplicando *sotto voce* «no crezcas, no te vayas, permanece siempre joven y nosotros haremos lo mismo»[2*].

Otro ejemplo claro de la oscilación entre el polo que lleva a destacarse y el que lleva a fundirse con otro, es el caso de Rob, un ejecutivo de treinta años, con mucho éxito en los negocios, quien vino a verme debido a su travestismo. Desde la adolescencia se había vestido de mujer, siempre en privado, y hasta el momento de acudir a la consulta el síntoma había sido siempre egosintónico, esto es, que la necesidad de hacerlo provenía del centro mismo de su personalidad: vestirse de mujer le proporcionaba un gran placer y él deseaba obtener este placer. Sin embargo, recientemente el síntoma parecía estarse apoderando de él. A menudo experimentaba angustia y *tenía que* vestirse de mujer para calmarla. El síntoma le exigía más y más: que apareciera en público, que se afeitara todo el pelo del cuerpo (lo cual hizo) y, finalmente, que se cortara el pene para convertirse en mujer. Así pues, estaba angustiado casi siempre: tanto si no se vestía de mujer como si cedía a la tentación.

Normalmente, los psicoterapeutas dan por sentado que este tipo de perversión sexual es un intento de librarse de la angustia de castración. El síntoma de vestirse de mujer cumple dos funciones: es una castración simbólica (es decir, que si uno está castrado, no tiene ya nada que temer) y al mismo tiempo permite al individuo alcanzar algún tipo de satisfacción genital. Este paradigma podía aplicarse en parte al caso de Rob. Aclaraba, por ejemplo, por qué se masturbaba sólo mientras estaba vestido de mujer y fantaseaba que lo era. Sin embargo, dejaba sin explicar buena parte de su conducta, por lo cual un paradigma existencial resultaba más amplio para analizar su caso.

Sus fantasías casi nunca eran claramente sexuales. Por lo general se imaginaba a sí mismo en el papel de mujer y, como tal, aceptado y admirado por un grupo de mujeres que sólo se fijaban en su apariencia

2*. Generalmente se encuentran dinámicas similares en las familias cuyos niños tienen fobia a la escuela. W. Tietz presenta varios casos en los que el miedo a la muerte de un paciente se manifiesta a través de una fobia a la escuela: el niño intenta defenderse de la ansiedad de la muerte, negándose a separarse de la familia; la familia, debido a su ambivalencia con respecto a la autonomía que el niño obtiene con su crecimiento, contribuye a reformar el síntoma[35]

o en sus características personales, sin exigirle ningún acto específico. Deseaba mezclarse con ellas, ser una de ellas y trabajar como enfermera, como ama de casa o como mecanógrafa. Solía comentar que lo que le parecía más importante era no tener que representar: estaba tan aburrido del *stress* inherente al papel de hombre: competir, destacarse, luchar y demostrar su capacidad.

El vestirse de mujer era una manera de esconder su preocupación y miedo a morir. Su madre había tenido una muerte lenta y dolorosa como consecuencia de un cáncer, cuando él era sólo un adolescente; desde hacía catorce años seguía soñando con ella. Vestirse de mujer era una manera de fundirse con ella y con todas las mujeres; el travestismo había logrado mantener a raya la angustia inherente a la individuación durante casi toda su vida. Como había alcanzado mucho éxito, hacía tiempo que había superado al padre, pero al hacerlo había tenido que enfrentarse a lo que Rank llama «miedo a la vida». Había respondido siempre a la angustia de la individuación mediante una vida fantasiosa, cuyo tema dominante era la fusión lograda mediante el travestismo. Pero ahora, este mecanismo ya no funcionaba; le despertaba demasiado «miedo a la muerte» y le aterraba pensar que sus fantasías llegaran a dominarle, perdiéndose en esa fusión.

El intento de mitigar la angustia inherente a la individuación mediante una fusión sexual es bastante común. El hombre de éxito que se dedica por completo a la obtención del poder, a salir adelante, a destacarse, a hacerse famoso, en algún momento se encuentra de nuevo cara a cara con la desprotección solitaria resultante de la individuación. Con frecuencia, se llega a este punto durante los viajes de negocios. Cuando un hombre acostumbrado a realizar grandes esfuerzos no puede seguir canalizando su atención y su energía hacia el trabajo y tiene que aminorar el ritmo, rodeado de un ambiente que le es desconocido, suele experimentar una soledad terrible y una profunda desesperación. Busca sexo, pero no una relación amorosa con una mujer (lo que le despertaría el miedo a perderse a sí mismo), sino una relación sexual puramente mecánica, una unión que le permita seguir controlando su vida y que limite su grado de conciencia, al mismo tiempo que le proporciona un refugio frente al aislamiento y la angustia ante la muerte subyacente. Como es natural, la relación de este tipo es un fraude y, en lo más profundo de su ser, el individuo reconoce que su manera de relacionarse con los demás es poco auténtica. Entonces, la culpa resultante se añade a la angustia y

todo ello genera un mayor aislamiento y desesperación, lo que a su vez conduce al deseo de buscar otra mujer, minutos después de dejar a la anterior.

La actividad sexual es también un medio para mitigar la angustia ante la muerte, como se observa a menudo en la clínica. Patricia McElveen-Hoehn ha recogido numerosos casos de este tipo, como el de la mujer, sexualmente conservadora, que regresa a casa después del funeral de un ser querido, se provee de algún anticonceptivo y busca una relación sexual con cualquier desconocido o amigo casual; o del hombre que acaba de sufrir un infarto grave y, camino del hospital, acaricia los senos de su esposa buscando en ella una respuesta sexual; o el del padre que se vuelve muy promiscuo mientras su hijo se muere de leucemia[36].

Otro ejemplo clínico es Tim, un joven de treinta años, cuya esposa se está muriendo de leucemia. Acudió a la psicoterapia no por la tristeza evidente, sino por estar sintiendo un grado alarmante de preocupación y compulsividad sexual. Antes de la enfermedad de su esposa, había vivido una vida monógama; pero a medida que ella agravaba, empezó a asistir a películas pornográficas y bares de solteros (a riesgo de que le descubriesen) y a masturbarse varias veces al día, incluso estando en la cama con su esposa moribunda. En la noche del funeral de ésta, buscó una prostituta. La pena de Tim y su temor a la propia muerte se observaban fácilmente bajo la compulsión sexual. Sus sueños, que examinaré en el próximo capítulo, demostraban con claridad dichas preocupaciones.

Pude observar un ejemplo sorprendente de la relación entre el sexo y la muerte cuando a una de mis pacientes le descubrieron un avanzado cáncer de matriz sin posible curación quirúrgica. Pese al dolor y la caquexia que experimentaba obviamente, tenía una fila interminable de amantes, según ella muchos más que cuando gozaba de buena salud. Sin duda, éstos luchaban contra su propio miedo a la muerte mediante un mecanismo contrafóbico. Contaban que era muy excitante hallarse tan cerca del eje de la vida o, según dijo uno de ellos, «de las entrañas de la tierra». Yo creo que les exaltaba la cercanía de la muerte, la oportunidad de vomitarle a la cara y salir de nuevo intactos e incólumes una y otra vez. La paciente tenía una motivación diferente: a pesar del intenso dolor pélvico, experimentaba un enorme deseo sexual. Estaba tan cerca de la muerte y tenía tanto miedo de la soledad que se dejaba llevar por su necesidad de fundirse con otra persona. Ellen Greenberger ha estudiado a varias mujeres con cáncer

en la última fase, aplicándoles el TAT, y ha encontrado una elevada incidencia de temas sexuales ilícitos[37].

La tarea de satisfacer ambas necesidades —la de separación y autonomía y la de protección y fusión— así como la de resolver el miedo inherente a ambas, es una dialéctica que domina el mundo interior del ser humano a lo largo de toda su vida. Es una labor que comienza en los primeros meses de la existencia, cuando el niño, simbióticamente fundido con la madre en un principio (y espectador a partir de ese momento de la disminución progresiva de su dependencia emocional respecto de ella), se ve precisado, para desarrollar un sentido de identidad, integridad y separación, a desembarazarse y diferenciarse de la madre, tarea que Margaret Mahler ha llamado «separación-individuación»[38].

El precio de la adaptación neurótica

El intento de escapar a la angustia ante la muerte se encuentra en el corazón del conflicto neurótico. La conducta se «neurotiza» cuando se vuelve extremada y rígida; y la hipertrofia de cualquiera de las defensas principales contra la muerte puede producir, tal como hemos visto, alguna forma de adaptación neurótica. Este estilo de vida se origina por el miedo a morir, pero en la medida en que limita la capacidad para vivir de una manera espontánea y creativa, la defensa contra la muerte constituye en sí misma una destrucción parcial. Esto es lo que Rank quiso expresar cuando dijo que el neurótico se niega a aceptar el préstamo de la vida para no tener que pagar la deuda de la muerte: paga su liberación cotidiana del miedo a morir, con la moneda de una autodestrucción parcial[39].

Pero la autorrestricción no es el único costo de la neurosis. Debido a su sentimiento de culpa, el individuo neurótico no escapa impunemente. Desde siempre la culpa se ha definido como el sentimiento que se genera como consecuencia de una agresión real o imaginada a otra persona. Kierkegaard[40] y posteriormente Rank y Tillich[41] señalaron otra fuente de angustia: la autoagresión, el fracaso de vivir la vida que nos ha sido asignada. Según Rank: «Cuando nos protegemos... de una vida demasiado rápida o demasiado intensa, nos sentimos culpables por no haber usado la dosis completa de vida que nos ha sido asignada»[42]. La represión se convierte así en una espada de dos filos; nos proporciona seguridad y alivia la angustia, y al mismo tiempo

genera una restricción vital y una forma de culpa, que se ha designado con el nombre de «culpa existencial». En el capítulo VI la expondré con detalle.

Hasta ahora me he referido a las adaptaciones neuróticas bien definidas. A continuación, consideraré brevemente las defensas más primitivas y fragmentadas contra la angustia ante la muerte que se producen en la esquizofrenia.

La esquizofrenia y el miedo a la muerte

Aunque las pruebas demuestran que muchas de las formas de esquizofrenia tienen un importante componente bioquímico, no hay duda de que se trata también de una experiencia humana trágica, que puede contemplarse desde el punto de vista longitudinal (histórico) o transversal (fenomenológico). Las tensiones aplastantes del desarrollo contribuyen a formar la visión del mundo de un paciente esquizofrénico, quien habita en un marco de experiencias caóticas y aterradoras.

Tal vez ningún otro terapeuta contemporáneo ha realizado un esfuerzo más uniforme y heroico para comprender y explicar el mundo de los pacientes esquizofrénicos que Harold Searles, quien trató a numerosos pacientes psicóticos durante muchos años en Chestnut Lodge, Rockville, Maryland. En 1958, escribió un artículo profundamente inspirado que pasó por completo inadvertido. Se llamaba *la esquizofrenia y la inevitabilidad de la muerte* y en él expresaba sus puntos de vista sobre la psicodinámica de estos pacientes. La tesis de Searles se resume en el siguiente pasaje:

> El hecho prosaico y ostensible de la inevitabilidad de la muerte es, en nuestros días, una de las fuentes más potentes de angustia, y las respuestas y sentimientos ante este aspecto de la realidad son los más intensos y complejos que podemos experimentar. Los mecanismos defensivos de la enfermedad psiquiátrica, incluidas las defensas que aparecen algunas veces en la esquizofrenia, están destinados a mantener fuera del campo de la conciencia del individuo —entre otros aspectos de la realidad interna y externa que generan angustia— el simple hecho de la conclusión de la vida[43].

Searles afirma que la dinámica del paciente esquizofrénico, igual que la del neurótico, sólo puede entenderse plenamente desde la

perspectiva de las distintas respuestas dadas por unos u otros ante la inevitabilidad de la muerte. Es evidente que las defensas del esquizofrénico son más extravagantes, extremas e incapacitantes que las del neurótico. Más aún, aquél tiene una experiencia en las primeras etapas de su vida mucho más devastadora que éste. Pero la naturaleza existencial de la realidad humana nos hermana a todos. Aunque varían la magnitud de la amenaza y las características de las respuestas, la conclusión de la vida atormenta por igual a los esquizofrénicos y a los neuróticos. Searles lo ha expresado con brillantez:

> Aunque es cierto que la esquizofrenia puede considerarse como el *resultado* de experiencias desorientadoras y extrañas acaecidas en el pasado —sobre todo en la infancia y en la niñez—, a juicio de este autor se puede considerar también y con mayor utilidad clínica, como el uso de ciertos mecanismos defensivos, adquiridos en la más tierna infancia para resolver las fuentes *cotidianas* de angustia. Entre ellas, ninguna es tan potente como el hecho de la finitud de la vida. Por tanto, me gustaría formular la hipótesis de que, en esencia, la esquizofrenia puede considerarse también como un esfuerzo intenso que el individuo realiza para mantener alejado o negar este aspecto de la situación humana.
>
> Este autor desea aclarar que, según su experiencia, el hecho de la inevitabilidad de la muerte tiene una relación bastante directa con la esquizofrenia. Y no es que el paciente, a medida que se cura de su enfermedad, sea capaz de prestar más atención a ese importante hecho, que por lo demás ha permanecido previamente en una situación de inercia en la periferia del aparato psíquico; se trata, y el trabajo clínico del autor así lo indica, de una relación mucho más importante. Parece más bien que los pacientes se vuelven esquizofrénicos y permanecen en ese estado (aunque su propósito sea totalmente *inconsciente*), *para evitar el tener que enfrentarse*, entre otros aspectos internos y externos de la realidad, con el convencimiento de que la vida es finita[44].

Las historias de casos tradicionales de esquizofrénicos han hecho hincapié siempre en las infancias conflictivas y solitarias de estos pacientes y en la grave patología que se observaba en los ambientes familiares donde transcurría su niñez. ¿Pero qué ocurriría si se escribiera una historia de un caso *real*, desde el punto de vista existencial? En todo examen psiquiátrico, para investigar el estado mental del paciente, el entrevistador trata de descubrir si tiene una orientación correcta en lo referente al tiempo, al espacio y a las

personas. Según la hipótesis de Searle, un paciente bien «orientado» respondería lo siguiente:

Me llamo Charles Brennan y hoy, 15 de abril de 1953, tengo 51 años de edad. Vivo aquí en Chestnut Lodge, un hospital psiquiátrico situado en Rockville, Maryland. He vivido en una serie de hospitales psiquiátricos desde hace ocho años. He estado enfermo constantemente desde hace veinticinco, con una enfermedad mental que me ha privado de toda posibilidad, considerando mi edad actual, de contraer matrimonio y de tener hijos, y que posiblemente me obligue a permanecer hospitalizado durante el resto de mi vida. Soy un hombre que alguna vez perteneció a una familia formada por los padres y siete hijos, pero que a lo largo de los años ha visto cómo una aplastante serie de tragedias destrozaba su hogar. Hace años murió mi madre, tras haber padecido una larga enfermedad mental; uno de mis hermanos tuvo también trastornos psíquicos desde joven, por lo que fue necesario hospitalizarlo; otro se suicidó; otro más murió en acción durante la segunda guerra mundial; un cuarto hermano fue asesinado recientemente, en el punto culminante de su carrera de abogado, por un cliente con una grave enfermedad mental. A mi padre, que es ya muy viejo y se encuentra patéticamente lejos del hombre fuerte que solía ser, parece rondarle la muerte de cerca[45].

Hay algo rígido y terrible en la historia de este caso, pero tal vez lo más impresionante de todo sea saber que sobre cada uno de los pacientes (y también de los terapeutas) podría haberse escrito una historia igual de trágica, si se enfocaran los hechos existenciales de la vida y no sólo los primeros años, la educación, el servicio militar, las relaciones objetales, las prácticas sexuales, etc.

Searles describió el desarrollo de la terapia de una paciente psicótica a quien trató durante varios años. Al principio, ésta daba «muestras de un sistema ilusorio de defensa muy riguroso, rico, detallado, fascinante, exótico y complejo, repleto de toda clase de conceptos espantosos, que iban desde la brutalidad más salvaje hasta la brujería e intrincadas maquinaciones de ciencia ficción». Aunque la experiencia vital de la paciente era terrorífica, Searles observó que no mostraba la menor preocupación por los hechos que aterrorizan a todos los seres humanos, tales como la enfermedad, la vejez y la muerte. Se enfrentaba a ellos con un mecanismo evidente de negación: «No existe ninguna razón para que alguien se sienta infeliz o miserable en nuestros días; ahora ya hay antídotos para todo... la gente no se muere en realidad sino que "la cambian" de un sitio para otro o la convierten en protagonista de película cinematográfica.»

Después de tres años y medio de psicoterapia, la paciente empezó a desarrollar un concepto de la vida basado en la realidad y a aceptar que la existencia —incluida la de los humanos— es finita. Durante los últimos meses previos a la adquisición de este sentido de la realidad, dio muestras de una agudización de sus defensas contra el reconocimiento de la inevitabilidad de la muerte.

... Pasaba la mayor parte de su tiempo recogiendo hojas, pajaritos y otros animalejos muertos, que buscaba durante horas; después compraba toda clase de artículos en los almacenes de la comunidad cercana y llevaba a cabo diversos procesos de alquimia para devolver la vida a las hojas o animales que había recogido. Resultaba claro (y ella misma lo confirmó) que se sentía Dios, cuando seleccionaba a cuáles resucitaría y a cuáles no. Muchas veces las sesiones psicoterapéuticas se efectuaban fuera de los terrenos del hospital; el terapeuta se sentaba en un banco mientras ella proseguía con su eterno escrutinio del césped de los alrededores.

Al cabo de varios meses, hacia el final de este período de negación de la muerte, empezó a expresar cada vez más desesperación mientras realizaba esta actividad. Un día de otoño, durante la sesión, la paciente y el terapeuta se hallaban sentados en bancos cercanos y observaban juntos el césped lleno de hojas marchitas; de pronto, ella manifestó, más a nivel corporal que verbal, que se sentía llena de ternura, dulzura y tristeza. Dijo, con lágrimas en los ojos y en un tono de resignación por tener que aceptar un hecho tan simple: «Por ejemplo, no puedo convertir esas hojas en ovejas.» El terapeuta replicó: «Quizá te estés dando cuenta de que lo mismo sucede con la vida humana, de que, tal como ocurre con las hojas, la vida humana termina también con la muerte.» Ella asintió.

Esta realización marcó el comienzo de un sólido progreso terapéutico. Poco a poco, la paciente fue abandonando su defensa principal frente a la muerte: la creencia en su propia omnipotencia e invulnerabilidad. Se dio cuenta de que:

... ella no era Dios... y de que todos los seres humanos son mortales. Con ello empezó a tambalearse la parte fundamental de su esquizofrenia paranoide, enfermedad que, entre otras cosas, la había hecho creer durante años que sus padres seguían vivos[46].

Aunque las defensas de esta mujer y de los demás pacientes descritos por Searles son extremadas y demasiado primitivas, equivalen a los patrones defensivos de los neuróticos. Por ejemplo, el paciente paranoide da muestras, en sus ilusiones de grandeza y

omnipotencia, de una de las principales maneras de evadir la muerte: creerse que es especial e inmortal.

Muchos esquizofrénicos son incapaces de sentirse completamente vivos. Ello se debe sin duda a la represión global de los afectos que padecen pero, según Searles, puede tener también una función defensiva adicional: el hecho de «estar muerto» quizá les proteja de la muerte. Una muerte parcial es mejor que la real. No hay por qué temer a ésta si ya se está, hasta cierto punto, muerto.

Pero el miedo a la propia extinción es común a todos los seres humanos. ¿Por qué, entonces, el paciente esquizofrénico se derrumba por su causa? Searles nos propone varias explicaciones:

La primera es que la angustia ante la muerte es mucho mayor en aquellos que carecen del reconfortante conocimiento de su integridad personal y de su plena participación en la vida. Searles escribe que: «Una persona sólo puede soportar la perspectiva de la inevitabilidad de la muerte, después de haber experimentado la plenitud de la vida, lo que no le ocurre al esquizofrénico»[47]. Norman Brown, en su extraordinario libro *La vida contra la muerte,* dice algo similar: «Sólo los que pueden afirmar el nacimiento, pueden también afirmar la muerte... El miedo a ésta es el miedo a morir con un remanente de vida en nuestros cuerpos»[48]. (Esta tesis de que la angustia ante la muerte se eleva considerablemente como consecuencia del fracaso de la propia vida, tiene implicaciones importantes en el aspecto terapéutico, que estudiaremos en el próximo capítulo.)

Una segunda razón para que al esquizofrénico le abrume la angustia ante la propia extinción es el haber sufrido enormes pérdidas en la primera etapa de su vida, sin haber tenido tiempo de integrarlas. Debido a la inmadurez de su yo, reacciona ante esos hechos de manera patológica, casi siempre reforzando la omnipotencia subjetiva infantil que le sirve para negar la pérdida sufrida (es imposible perder algo, si uno es el mundo entero). De este modo, como no ha podido en el pasado asimilar las pérdidas, en el presente es aún más incapaz de incorporar la mayor de todas: la de uno mismo y la de cuantos conocemos. La principal coraza del paciente frente a la muerte es, por tanto, ese sentimiento de omnipotencia que caracteriza a las esquizofrenias.

Una tercera fuente de angustia emana de la relación original mantenida por el paciente con su madre: una unión simbiótica de la que nunca se ha liberado y dentro de la cual fluctúa, pasando de una posición de fusión psicológica a un estado de indiferencia total. La

experiencia que tiene el esquizofrénico de su relación con la madre se parece un poco a las oscilaciones dentro de un campo magnético: si se acerca demasiado, corre el peligro de desaparecer succionado, y si se aleja más de la cuenta, puede extraviarse en la nada. Para mantenerse, la relación simbiótica requiere que ninguna de las partes tenga una existencia independiente: cada una necesita a la otra para completarse. Así, el paciente nunca desarrolla el sentido de integridad necesario para experimentar la vida con plenitud.

Más aún, el esquizofrénico está convencido de que este tipo de relación le es absolutamente necesaria para sobrevivir. Por tanto, necesita protección contra cualquier cosa que la ponga en peligro. En este sentido, nada es tan amenazador como la intensidad de su propia ambivalencia (o la de su madre). El niño se siente por completo desvalido cuando se da cuenta de que odia profundamente a la persona a quien más ama en el mundo, y también cuando percibe que esa misma persona le ama y le odia al mismo tiempo con gran intensidad. Este sentimiento de desamparo requiere mantener siempre la fantasía, sólo normal en la infancia, de que se posee una omnipotencia personal. Pero nada la destruye tanto como la aceptación de la inevitabilidad de la muerte; por ello, el paciente esquizofrénico se aferra desesperado a la negación.

Un modelo psicopatológico existencial: pruebas proporcionadas por la investigación

En este capítulo mi postulado es el siguiente: aunque la negación de la muerte está siempre presente y se manifiesta de muy distintas maneras, existen dos formas básicas de la misma: creer que uno es especial y creer que en última instancia un salvador nos rescatará. Ambas defensas se originan en las primeras etapas de la vida y ejercen una gran influencia sobre la estructura caracterológica del ser humano. El individuo completamente convencido de la existencia de un salvador (y que tiende a la fusión, la inmovilidad y la dependencia) buscará la fortaleza fuera de sí mismo, adoptará una actitud dependiente y suplicante hacia los demás, reprimirá la agresión, quizá muestre rasgos masoquistas y probablemente se deprima mucho cuando pierda a la parte dominante de la relación. El que se cree especial e inviolable (y que busca individualizarse, independizarse y separarse) tal vez sea narcisista, actuará casi siempre de forma

compulsiva, será propenso a expresar abiertamente su agresión, confiará en sí mismo hasta el extremo de rechazar ayuda ajena, en muchos casos necesaria y adecuada, probablemente se niegue a aceptar sus propias fragilidades personales y sus límites, y será muy propenso a mostrar rasgos expansivos y grandiosos.

No hay pruebas empíricas directas de la existencia de esta dialéctica entre el independiente y el dependiente, pero tampoco las hay de otros modelos psicopatológicos clínicos propuestos por Freud, Sullivan, Horney, Fromm o Jung. Estos modelos siempre surgen de una manera intuitiva y adquieren justificaciones y validez en función de su utilidad clínica. No obstante, se han propuesto modelos análogos de personalidad basados en dos grandes corrientes de investigación: la llevada a cabo en laboratorio sobre los estilos cognoscitivos y la realizada en torno a la localización del control de la personalidad.

Estilos cognoscitivos

En 1949, Herman Witkin identificó dos maneras básicas de percibir —la dependiente y la independiente con respecto al campo— que corresponden y equivalen a la organización de la personalidad en torno a las dos defensas fundamentales postuladas por mí anteriormente[49]. En la primera forma cognoscitiva —equivalente al estilo de vida organizado en torno a la figura del salvador— la percepción del individuo está fuertemente dominada por la organización global del campo. En la segunda, la independiente, —análoga al estilo de vida organizado en torno a la creencia de que es especial— se perciben algunas partes del campo como fragmentos discontinuos con respecto al fondo. Múltiples investigaciones han demostrado que la tendencia hacia uno de estos dos modos de percepción es una característica permanente y generalizada del funcionamiento del individuo. En numerosas tareas perceptivas[3*], el sujeto dependiente del campo es

3*. Hay muchos tests perceptivos que pueden utilizarse para demostrar este fenómeno. Por ejemplo, en el test de adaptación corporal, se coloca al individuo en una silla que puede estar inclinada hacia la derecha o hacia la izquierda, y a su vez la silla se coloca en una habitación pequeña que puede estar inclinada hacia la derecha o hacia la izquierda. Entonces se pide al individuo que sitúe su cuerpo erguido con respecto a la línea de gravedad, aunque el ambiente que le rodea esté desviado. Los individuos dependientes con respecto al campo son incapaces de separar su cuerpo de la posición

incapaz de mantener una separación entre el primer plano y el contexto ambiental, mientras que el independiente no tiene este problema. Las pruebas demuestran que esta dependencia o independencia no se limitan a la percepción, sino que constituyen un estilo cognoscitivo más amplio, que se pone de manifiesto en las actividades intelectuales del individuo, en su concepto corporal y en su sentido de identidad y separación.

Actividades intelectuales. La persona dependiente es menos apta que la independiente a la hora de resolver problemas que requieren aislar ciertos elementos principales con respecto a su contexto. Estas tendencias —dependiente e independiente— se llaman «estilos cognoscitivos». En uno de los extremos se halla el que tiende siempre a globalizar y difundir la experiencia, y en el otro, el que tiende a delinearla y estructurarla. Witkin llama a estos dos extremos el polo «global» y el «articulado», respectivamente. Sin embargo, es importante señalar que el mundo no está poblado por dos clases de seres: los estilos cognoscitivos se distribuyen de una manera continua y en abanico, y no de un modo bipolar.

Imagen corporal. Estos estilos no sólo influyen sobre lo que el sujeto percibe «afuera», sino también sobre su experiencia «interna». Los tests basados en la imagen corporal (como, por ejemplo, el de dibujar una persona) indican que existe una importante relación entre la forma como un individuo percibe su cuerpo y la manera como ejecuta los tests perceptuales y cognoscitivos. Las personas dependientes o con un estilo «global» son poco detallistas, poco realistas en

de la habitación circundante. En otras palabras, si la habitación está inclinada, ellos inclinan su cuerpo en forma equivalente y declaran que ya están erguidos aunque su cuerpo se encuentre en un ángulo de cuarenta y cinco grados con respecto a la vertical. Los sujetos independientes del campo, cualquiera que sea la posición del ambiente circundante, siempre son capaces de colocar el cuerpo en una posición erguida. Por consiguiente, los individuos dependientes parecen tener una fusión entre el cuerpo y el campo, mientras que los independientes poseen un sentido inmediato de separación entre sus cuerpos y el medio ambiente circundante.

En un test psicológico análogo se le presentan al individuo una varilla y un marco luminosos (únicos objetos visibles dentro de una habitación oscura), y se le pide que coloque la varilla en su verdadera posición vertical, independientemente de la inclinación del marco. En la prueba de figuras escondidas se le pide al sujeto que estudie varios diseños bastante complejos en cuyo interior se encuentran escondidas determinadas figuras simples. Los individuos dependientes del campo no son capaces de ver la figura escondida, mientras que el individuo independiente percibe la figura simple sin problema, pues ésta «resalta» a sus ojos del fondo donde está inmersa.

lo que se refiere a la representación de las proporciones y partes del cuerpo, y apenas diferencian los papeles sexuales. Los independientes (o «articulados»), en cambio, muestran una clara representación de las proporciones y diferencias sexuales.

Identidad. Las personas dotadas de un estilo cognoscitivo independiente dan muestras de un sentido muy desarrollado de su identidad separada. En otras palabras, son conscientes de que determinadas necesidades, sentimientos y atributos les pertenecen a ellos y los identifican como diferentes de los de todos los demás. En cambio, los que tienen un estilo cognoscitivo dependiente confían sobre todo en las fuentes externas para definir sus actitudes, juicios, sentimientos y opiniones sobre sí mismos[4*]. Por ejemplo, las investigaciones han demostrado que este último tipo de personas observan la cara del examinador con mucha mayor frecuencia que los independientes. Son también más capaces de reconocer el rostro de las personas a quienes han visto anteriormente, y de tener sueños relacionados con el experimentador.

El estilo cognoscitivo y la negación de la muerte. El individuo «dependiente del campo», definido desde el punto de vista experimental, se parece mucho al prototipo clínico del que orienta su vida en torno a un salvador. En cambio, la persona «independiente del campo» se parece a la que está convencida de que es especial. Esta dialéctica entre la dependencia e independencia del campo, se ha establecido enteramente a raíz de estudios empíricos sobre las funciones perceptivas y cognoscitivas, y no es, pues, fruto de contenidos subjetivos. Estoy convencido de que la dialéctica existencial aquí descrita se relaciona con esta empírica, de la misma manera que el «terror» se relaciona con las respuestas galvánicas de la piel. La dialéctica existencial aporta un significado personal y una experiencia fenomenológica al individuo categorizado y definido en cada uno de los estilos cognoscitivos. Llevando la analogía un poco más lejos, podríamos incluso comparar la vinculación empírica entre estos estilos y la psicopatología, con las observaciones formuladas al

4*. Un individuo dependiente del campo, colocado en una situación autocinética, cambia su sentido de orientación con respecto al movimiento de un punto de luz cuando recibe la influencia de un cómplice debidamente entrenado para tal fin. (La situación autocinética consiste en pedir al individuo que observe un punto luminoso en un cuarto oscuro y que después calcule cuánto se ha movido el punto de luz y en qué dirección. La luz en realidad no se ha movido, pero el sujeto se deja influir más o menos por los cálculos de otros sujetos, cómplices del experimento, que le preceden en la prueba.)

principio de este capítulo, que asociaban aquélla con cada una de las defensas principales frente a la muerte.

La psicopatología y los estilos cognoscitivos. Existe un estrecho vínculo entre el estilo cognoscitivo de un sujeto, el tipo de defensa psicológica «elegido» por él y su psicopatología. La dependencia-independencia con respecto al campo es un abanico continuo entre cuyos extremos tienen lugar formas psicopatológicas completamente diferentes.

Los individuos dependientes del campo, con trastornos de personalidad, es probable que presenten problemas graves de identidad, con síntomas de dependencia, pasividad y desamparo. Varios estudios han indicado que tales pacientes manifiestan a menudo un escaso «sentido de una identidad separada», con síntomas tales como alcoholismo, obesidad, desajustes de personalidad, depresión y reacciones psicofisiológicas (como, por ejemplo, asma). Los pacientes psicóticos dependientes probablemente presentarán alucinaciones; los independientes serán más propensos a las ilusiones[50].

En cambio, la patología de los sujetos independientes del campo se caracterizará probablemente por agresividad, tendencia al engaño, expansividad, ideas eufóricas de grandeza, síndromes paranoides y estructuras caracterológicas depresivo-compulsivas.

Existen, asimismo, observaciones interesantes sobre las diferencias que presentan esos dos tipos de personas en el proceso psicoterapéutico, sobre todo respecto a la transferencia. Como es fácilmente deducible, los pacientes dependientes establecen en seguida una transferencia positiva y tienden a mejorar mucho antes que los independientes. Los primeros procuran «fundirse» con el terapeuta, mientras que los segundos son mucho más cautos en su relación con aquél. Los independientes acuden a la primera sesión con un relato articulado y un conjunto de ideas formadas sobre sus problemas; en cambio, los dependientes se muestran mucho más inespecíficos. Además, estos últimos aceptan gustosamente las sugerencias del terapeuta, solicitan su apoyo y procuran alargar las sesiones, debido a la ansiedad que les provoca el término de las mismas.

El estilo cognoscitivo del psicoterapeuta es asimismo, un importante factor determinante del contexto psicoterapéutico. Los que son independientes tienden a propiciar un enfoque directivo del paciente, alternando con una actitud de pasividad y observación; en cambio, los dependientes, favorecen el establecimiento de relaciones personales y mutuas con los pacientes.

Las similitudes son obvias: la dependencia o la defensa del salvador extremas originan una patología caracterizada por pasividad, oralidad, inadecuación y carencia de funciones autónomas. En el extremo opuesto, la independencia o la creencia en que uno es especial puede acarrear una patología caracterizada por expansividad, síndromes paranoides, agresión o compulsividad. Estas observaciones se confirman también por los datos obtenidos desde otro ángulo de observación: la localización del control, en función de la cual se ha establecido un modelo de la personalidad derivado de datos empíricos, muy parecido al modelo clínico ya citado, basado en las dos formas de negación fundamentales.

Localización del control

Tras la publicación de los trabajos de Joseph Rotter[51] y de E. Jerry Phares[52], muchos investigadores se han interesado en el modelo de la personalidad establecido en función de la localización —interna o externa— del foco de control del sujeto. ¿Siente la persona que controla los acontecimientos de su propia vida o por el contrario siente que dichos acontecimientos tienen lugar independientemente de su propia actuación? Casi toda la investigación sobre este tema se basa en la escala I.E.[5*], desarrollada por Rotter en 1966 y que desde entonces se ha empleado en numerosos estudios posteriores[55].

5*. La escala I.E. (interna-externa) es un cuestionario de elección forzosa de autoevaluación, formado por veintitrés puntos. Algunos ejemplos de puntos emparejados son los siguientes:

a. La gente está solitaria porque no se esfuerza por ser amistosa.
b. Es inútil esforzarse tratando de agradar a la gente, porque de todas maneras si tú les gustas, les gustas.

a. Las cosas que me suceden son consecuencia de mis actos.
b. A veces siento que no tengo suficiente control sobre el rumbo que lleva mi vida[53].

Existe también una forma para niños preescolares, con puntos por el estilo de los siguientes:

a. Cuando se te hace un agujero en los pantalones es porque:
   a) tú los has roto, o
   b) estaban gastados.
b. Si perdieras una monedita brillante que tenías, sería porque:
   a) se te cayó, o
   b) tenías un agujero en el bolsillo[54].

Los «internalistas» localizan el control en su interior y sienten que manejan su propio destino; los «externalistas», en cambio, lo localizan en el exterior y buscan en lo que les rodea respuestas, apoyo y guía.

Ambos tipos difieren entre sí en muchos aspectos. Los primeros tienden a ser más independientes, realizadores y activos en el terreno político y tienen un mayor sentido de dominio personal. Buscan más el poder y dirigen sus esfuerzos a la obtención de un mayor control sobre su medio ambiente. Si se encuentran hospitalizados, a menudo conocen bastante su enfermedad, hacen muchas preguntas sobre su situación y se quejan de que reciben poca información de los médicos y enfermeros[56]. Cuando se les somete a la prueba del TAT y el psicólogo trata de presionarles sutilmente para que contesten, muestran mucho menos abiertos a las sugerencias e influencia ajenas que los externalistas[57].

Así pues, en general, comparados con los externalistas, los internalistas recogen más información y son más aptos para recordarla y utilizarla y para controlar su propio mundo. Son menos sugestionables y más independientes y confían más en su propio juicio. Evalúan la información de acuerdo con sus méritos reales y no en función de la experiencia o el prestigio de la fuente de información. Son más aptos para las grandes realizaciones y para posponer la gratificación deseada con el fin de obtener más adelante una recompensa mayor. Los externalistas, en cambio, son mucho más sugestionables, tienden a ser grandes fumadores y se arriesgan en el juego. Sus realizaciones son menores, así como su dominio y su resistencia. Por otra parte, buscan con mayor frecuencia la ayuda de los demás y son más propensos a autodegradarse[58].

Estas características y las ya dadas sobre los independientes (o sea, los que se creen especiales) y los dependientes (los que creen en un salvador) son claramente similares. Podrían integrarse estos descubrimientos imaginando un continuo, en uno de cuyos extremos se hallaran la dependencia del campo, el foco de control externo y la tendencia a creer en un salvador; y en el otro, la independencia del campo, la localización interna del control y la tendencia a creer que uno es especial. Existe una correlación muy alta entre la posición en cualquiera de estos dos extremos y formas clínicamente evidentes de psicopatología. Ahora bien, muchas de las investigaciones han demostrado que los individuos *dependientes* del campo, con una localización *externa* del control son más propensos a la psicopatolo-

gía que los independientes dotados de un control interno[59]. Los primeros se sienten con más frecuencia inadaptados[60], ansiosos, hostiles, cansados, confundidos y deprimidos[61], y tienen menos vigor y resistencia que los segundos[62]. Más aún, los pacientes psiquiátricos con trastornos graves suelen ser externalistas[63] y la probabilidad de que los esquizofrénicos también lo sean es bastante alta[64]. Numerosos estudios han demostrado, asimismo, la existencia de fuertes relaciones y vínculos entre la localización externa del control y la depresión[65].

Estos hallazgos coinciden con la experiencia clínica. Hay más personas que buscan ayuda terapéutica por haber fallado sus defensas basadas en un salvador (búsqueda de dependencia, disminución del aprecio de sí mismo, indefensión, tendencias masoquistas, depresión por la pérdida o amenaza de pérdida de la figura dominante) que por fallo del sistema defensivo basado en la creencia de que se es especial. En cierta investigación se halló una correlación positiva entre la localización externa del control y la angustia ante la muerte[66]. En otras palabras, el modo externo parece mucho menos eficaz como escudo frente a dicha angustia, que el interno. (No obstante, otros experimentos realizados con diferentes instrumentos de medición de la angustia han dado distintos resultados)[67].

El sistema defensivo basado en la esperanza en un salvador externo parece intrínsecamente limitado. No sólo es incapaz de contener la angustia primaria, sino que por su naturaleza misma provoca una patología adicional: el convencimiento de que la propia vida está controlada por factores externos, se asocia con un sentimiento de indefensión, ineficiencia y autodesprecio. Si uno no confía en la propia capacidad, limita considerablemente la adquisición de información y aptitudes tiende a relacionarse con los demás para congraciarse con ellos. Es evidente que la escasa estima por uno mismo, la tendencia a la autohumillación y la carencia de habilidades que pudieran servir de base para desarrollar la autoestimación, junto con unas relaciones interpersonales insatisfactorias, prepararán el terreno a la psicopatología.

CAPÍTULO V

LA MUERTE Y LA PSICOTERAPIA

El salto entre la teoría y la práctica no es fácil de dar. En este capítulo pasaremos de la preocupación metafísica sobre la muerte a la práctica psicoterapéutica, en un intento de extraer de dichas preocupaciones los aspectos útiles para la terapia cotidiana.

La realidad de la muerte es importante en psicoterapia por dos razones diferentes: porque la conciencia de la misma puede actuar como «situación límite» y provocar un cambio radical en la perspectiva de la vida; y porque la muerte es una fuente primaria de angustia. Me referiré a la aplicación de cada una de ellas a la técnica psicoterapéutica, por separado.

La muerte como situación límite

Una «situación límite» es un hecho, una experiencia urgente, que impulsa a la persona a enfrentarse con su «situación» existencial en el mundo. La confrontación con la propia muerte es una situación límite por excelencia y posee la capacidad de provocar un cambio radical en la manera de vivir la persona en el mundo. «Aunque el hecho físico de la muerte destruye al individuo, la *idea* de la misma puede salvarle.» La muerte actúa como catalizador capaz de hacer progresar al individuo de un estado del ser a otro más elevado: de un estado de incertidumbre por *cómo* son las cosas a otro de admiración por el *hecho de que sean.* La conciencia de la muerte nos aleja de las preocupaciones triviales y comunica a la vida una profundidad, una agudeza y una perspectiva enteramente diferentes.

En capítulos anteriores mencioné ejemplos, extraídos de la litera-

tura y de informes clínicos, de individuos que, después de una confrontación con la muerte, se han visto sometidos a una transformación personal radical. El Pedro de Tolstoi, en *Guerra y Paz,* y el Iván Ilich, de *La muerte de Iván Ilich,* son ejemplos evidentes del «cambio de personalidad» o «crecimiento personal». Otra muestra sorprendente es el popular héroe milagrosamente transformado: Ebenezer Scrooge. Muchos olvidan que la transformación de Scrooge no fue simplemente el resultado natural de que el color del leño de navidad derritiera su semblante helado. Lo que cambió a Scrooge fue una confrontación con su propia muerte. El fantasma del futuro de Dickens (el fantasma de la navidad futura) empleó una forma muy efectiva de terapia de choque existencial. A Scrooge se le permitió ver su propia muerte, oír hablar sobre ella a los miembros de su comunidad, observar cómo varios extraños se disputaban sus bienes materiales, incluidas su ropa de cama y su camisa de dormir. Igualmente pudo presenciar su propio funeral y, por último, en la escena postrera de su transformación, leyó en el cementerio su propio nombre inscrito sobre su tumba.

Confrontación con la muerte y cambio personal: mecanismo de acción

¿Cómo es posible que la conciencia de la muerte provoque un cambio personal? ¿Cuál es la experiencia interna del individuo que ha sufrido esta clase de transformación? En el capítulo II se presentaron algunos datos acerca del tipo y el grado del cambio positivo que han experimentado algunos pacientes cancerosos durante la última etapa de su enfermedad.

El cáncer cura la psiconeurosis. Una paciente padecía de fobias interpersonales incapacitantes, que se curaron casi milagrosamente cuando descubrió que tenía un cáncer. Cuando se le preguntó por esta curación, respondió: «El cáncer cura la psiconeurosis.» Aunque sus palabras destilaban una cierta petulancia, lo cierto es que contienen una verdad indiscutible: lo que proporciona una nueva perspectiva para considerar las cuestiones vitales no es la verdad desesperanzadora de que la muerte borra la vida, con todo el vacío que esto acarrea, sino el hecho reconfortante de que la anticipación de la muerte brinda una perspectiva positiva. Cuando se le pidió que describiera su transformación, afirmó que el proceso había sido

bastante simple: después de haberse enfrentado y vencido su miedo a la muerte, «miedo que había oscurecido los demás temores», experimentó un fuerte sentido de dominio sobre su propia vida.

La existencia no puede posponerse. A Eva, paciente de cuarenta y cinco años con una profunda depresión originada por un avanzado cáncer ovárico, le atormentaba la cuestión de si debía realizar o no su último viaje. En una de nuestras sesiones terapéuticas, relató el siguiente sueño:

> Una gran multitud de personas, entre ellas pude reconocer a mi madre, cantaba: «No puedes ir, tienes un cáncer, estás enferma.» Los cánticos continuaron indefinidamente. Después escuché la voz tranquila y reconfortante de mi padre, ya muerto, que me decía: «Sé qué padeces, como yo, un cáncer pulmonar, pero no te quedes en casa a comer sopa de pollo y a esperar la muerte, como hice yo. Ve a África. ¡Vive!»

El padre de Eva había muerto hacía muchos años de un largo proceso de cáncer. Ella le vio por última vez varios meses antes de su muerte, y le había entristecido no sólo el hecho de que muriera, sino en las circunstancias en que lo hizo: ningún miembro de la familia se había atrevido a decirle que tenía un cáncer. Así, el símbolo de quedarse en casa y comer sopa de pollo era bastante preciso: la vida que le restaba y su muerte fueron sombrías y carentes de fortaleza. El sueño fue un excelente consejero; Eva lo interpretó al pie de la letra y alteró radicalmente su vida. Habló con su médico y le exigió toda la información existente sobre su cáncer, insistiendo en que quería participar en todas las decisiones que se tomaran en relación con su tratamiento. Restableció antiguos vínculos amistosos; compartió sus temores con otros y les ayudó incluso a sobrellevar la tristeza que sentían. Realizó, en efecto, su último viaje al África, el cual, aunque breve debido a su enfermedad, le dejó la satisfacción de haber bebido hasta la última gota de vida.

Este hecho puede resumirse de una manera muy sencilla: «la existencia no puede posponerse.». Muchos pacientes cancerosos afirman vivir la vida con una mayor intensidad. Ya no posponen el vivir para el futuro. Se dan cuenta de que *sólo* se puede vivir realmente en el presente; de que, en realidad, no se puede saltar el presente, ya que éste lleva el mismo ritmo que la persona. Incluso en el momento de pasar revista a la propia vida —y hasta el último momento—, la persona sigue allí presente, experimentando y viviendo. El tiempo eterno es el presente, no el futuro.

Recuerdo una paciente de treinta años que vivió obsesionada por la imagen de sí misma, ya anciana, pasando sola las navidades. Atormentada por esta imagen, pasó buena parte de su vida de adulta tras la búsqueda desesperada de un compañero, en una persecución tan frenética que atemorizaba y ahuyentaba a todos los posibles candidatos. Rechazó el presente y dedicó su vida a descubrir nuevamente la seguridad que experimentaba durante la niñez. El neurótico altera el presente tratando de encontrar el pasado en el futuro. Naturalmente, esto constituye una paradoja, pero de ello nos ocuparemos más adelante: es precisamente la persona que no quiere «vivir» la que está más angustiada ante el hecho de morir. Kazantzakis se planteó: «¿Por qué no abandonar el festín de la vida como un invitado plenamente satisfecho?»[1]

Un profesor universitario, tras un fuerte enfrentamiento con el cáncer, decidió disfrutar del futuro en el presente inmediato. Descubrió, con asombro, que podía elegir no hacer aquellas cosas que no deseaba hacer. Cuando se recuperó de la operación y regresó a su trabajo, su conducta experimentó un cambio notable: se desprendió de todas las pesadas tareas administrativas y se dedicó íntegramente a los aspectos más interesantes de su investigación, gracias a lo cual llegó a alcanzar bastante fama en todo el país.

Fran, bajo los efectos constantes de una depresión y un profundo temor, llevaba quince años soportando un matrimonio claramente insatisfactorio al que no se decidía a renunciar. ¡El último obstáculo para la separación fue el enorme acuario que el marido tenía en la casa! Ella quería permanecer en la misma casa, para que sus hijos continuaran viendo a sus amigos y asistieran al mismo colegio; sin embargo, le resultaban insufribles las dos horas diarias que se requerían para la alimentación de los peces. Por otra parte, el acuario no podía trasladarse a otro lugar, pues el costo era elevadísimo. El problema parecía insoluble. (En esas trivialidades suele desperdiciarse una vida.)

Por entonces Fran contrajo una forma maligna de cáncer en los huesos, que la hizo enfrentarse con el hecho elemental de que ésta iba a ser su única vida. Explicó que se había dado cuenta de pronto de qüe el reloj no se detiene jamás, y de que, cuando lo hace, es para siempre. Aunque su enfermedad era tan grave que necesitaba desesperadamente el apoyo físico y económico de su marido, tomó la valiente decisión de separarse, decisión que había estado posponiendo desde hacía una década.

La muerte nos recuerda, pues, que la existencia no puede posponerse, que todavía hay tiempo para vivir. Si uno es lo bastante afortunado como para tener un encuentro con su propia muerte, experimentar la vida como la «posibilidad de las posibilidades» (Kierkegaard)[2], y saber que la muerte es la «imposibilidad de ulteriores posibilidades» (Heidegger)[3], puede entonces darse cuenta de que, mientras viva, tiene la posibilidad de alterar la propia vida hasta —pero sólo *hasta*— el último momento. Sin embargo, si uno muere esta noche, todas las intenciones y promesas que tenía para mañana quedan sin realizar. Esto fue lo que aprendió Ebenezer Scrooge. En realidad, el patrón de su transformación consistió en un retroceso sistemático de todas sus maldades del día anterior: dio una propina al cantor de villancicos a quien había maldecido; hizo un donativo para los obreros despedidos y por él escarnecidos; abrazó al sobrino a quien había maltratado, y regaló carbón, comida y dinero a Cratchit, a quien había tratado como un tirano.

¡Cuenta los favores de que disfrutas! Otro proceso de cambio provocado por una confrontación con la muerte, puede ilustrarse claramente con el caso de una paciente cuyo esófago había sido invadido por un cáncer. El hecho de tragar le resultaba muy difícil; y, con el tiempo, tuvo que limitarse a los alimentos líquidos. Un día, hallándose en un restaurante, no pudo tragar un poco de caldo completamente líquido; entonces miró a los demás comensales de las otras mesas y se preguntó: «¿Se dan cuenta de la suerte que tienen de poder tragar? ¿Acaso piensan en ello alguna vez?» Se aplicó a sí misma este principio elemental y se dio cuenta de lo que *podía* hacer y de lo que *podía* experimentar: los hechos triviales de la vida, la belleza del entorno que la rodeaba, la vista, el oído, el tacto y el amor. Nietzsche expresó este principio en un hermoso pasaje:

> De semejantes abismos, de enfermedades tan graves, regresa uno como recién nacido; con una piel nueva más sensible e impresionable, con un gusto más delicado para la dicha, con un paladar más refinado para todas las cosas buenas, con sentidos más alegres y despiertos, con una segunda inocencia para percibir la felicidad. Más parecido, en definitiva, a un niño y, sin embargo, cien veces más sutil que antes[4].

¡Cuenta los favores de que disfrutas! ¡Qué pocas veces sacamos provecho de esta simple sentencia! Generalmente, lo que *tenemos* y lo que *podemos* hacer se nos pasa completamente inadvertido, distraídos como estamos pensando en aquello de lo que carecemos y en lo

que no podemos hacer, o impedidos por preocupaciones insignificantes y amenazas a nuestro prestigio y orgullo. Teniendo presente la muerte, pasamos a un estado de gratitud y de aprecio por los incontables dones de la existencia. Esto es lo que quisieron decir los estoicos cuando aconsejaron: «Contempla la muerte si quieres aprender a vivir»[5]. Por tanto, no se trata de fomentar la preocupación morbosa por la muerte, sino de tenerla siempre presente con el fin de aumentar nuestra conciencia y enriquecer nuestra vida. Como dijo Santayana: «El fondo oscuro que proporciona la muerte hace resaltar en toda su pureza los colores vivos de la existencia»[6].

Desidentificación. En su trabajo clínico cotidiano, el psicoterapeuta encuentra individuos en grave estado de angustia por acontecimientos que normalmente no justifican su aparición. La angustia es una señal de que la persona percibe una amenaza para la continuidad de su existencia. El problema es que la persona neurótica tiene una seguridad tan precaria, que prolonga innecesariamente el perímetro de sus defensas. En otras palabras, el neurótico no sólo defiende su parte esencial, sino que lucha con la misma intensidad para proteger muchos otros atributos (trabajo, prestigio, actitudes, vanidad, potencia sexual o aptitudes atléticas). Por tanto, muchos individuos se alteran ante las amenazas a su carrera o a cualquiera de sus atributos externos. Creen ciertamente que «yo *soy* mi carrera» o «yo *soy* mi atractivo sexual». En esta situación, el terapeuta procura decirles: «No; usted no es su carrera, no es su cuerpo espléndido, no es madre o padre o un hombre sabio o la eterna enfermera. Usted es *usted,* su parte esencial. Trace una línea alrededor de su esencia. Todo lo demás, todo lo que queda fuera de esa línea, no es usted. Aunque todo eso se desvaneciera, usted seguiría existiendo.»

Desgraciadamente, estas exhortaciones tan simples casi nunca son efectivas a la hora del cambio. Los psicoterapeutas buscan, pues, otros métodos para fortalecer el poder de sus exhortaciones. Uno de los que yo he utilizado con los grupos de pacientes cancerosos, y con mis alumnos, es un ejercicio estructurado de «desidentificación»[1*]. El procedimiento es simple y se aplica aproximadamente entre treinta y cuarenta y cinco minutos. Creo un ambiente tranquilo y distendido y pido a los participantes que confeccionen una lista, en tarjetas separadas, de las ocho respuestas más importantes que puedan aportar a la pregunta «¿quién soy yo?». A continuación, les pido que

1*. Me fue sugerido por James Bugental.

revisen las respuestas y que clasifiquen las tarjetas en orden de importancia. Entonces les pido que mediten la respuesta de la última tarjeta y la posibilidad de renunciar a ese atributo. Pasados dos o tres minutos, les indico (empleando el sonido de una campanilla para que no se distraigan) que pasen a la siguiente tarjeta, y así sucesivamente hasta que se hayan despojado de los ocho atributos. Después, es aconsejable ayudar a los participantes a reintegrarse llevando a cabo el mismo procedimiento al revés.

Este ejercicio tan elemental genera poderosas emociones. Una vez lo apliqué a trescientos individuos que formaban parte de un centro de educación para adultos; años después, los participantes me seguían hablando de la importancia tan enorme que el procedimiento había tenido para ellos en ese momento. La desidentificación es una parte importante del sistema de psicosíntesis de Roberto Assagioli. Este terapeuta ayuda al individuo a llegar hasta el «centro de la conciencia de sí mismo» pidiéndole que imagine que de su cuerpo se desprenden, de una manera sistemática, las emociones, los deseos y, finalmente, el intelecto[7].

El individuo que padece una enfermedad crónica y que se enfrenta con su situación de una manera adecuada, suele pasar espontáneamente por este proceso de desidentificación. Recuerdo el caso de una paciente que se había identificado siempre estrechamente con su energía y sus actividades físicas. El cáncer la había debilitado hasta tal punto, que ya no podía practicar el paracaidismo, ni esquiar, ni montar en bicicleta, circunstancias que la sumieron, durante largo tiempo, en una gran tristeza. El radio de acción de sus actividades físicas disminuyó inexorablemente, pero, con el tiempo, fue capaz de superar el problema. Al cabo de varios meses de tratamiento terapéutico, pudo aceptar sus limitaciones y decirse a sí misma «no puedo hacerlo» sin sentirse despreciable y fútil. Entonces transmutó su energía en otras formas de expresión que se hallaban dentro de sus límites. Se fijó varios proyectos factibles: completar sus negocios personales y profesionales, expresar sentimientos a otros pacientes, a los amigos, médicos y niños. Mucho después pudo dar otro paso fundamental: se desidentificó de su energía y se dio cuenta de que existía independientemente de ella y de cualquiera de sus otras cualidades.

La desidentificación es un mecanismo de cambio obvio y muy conocido, ya que la transcendencia de las cosas materiales y sociales siempre ha formado parte de las tradiciones ascéticas, pero su empleo

no es muy corriente en la práctica clínica. Es la conciencia de la muerte la que promueve un cambio de perspectiva y permite al individuo distinguir entre lo esencial y lo accesorio, reinvertir el primero y despojarse del segundo.

La conciencia de la muerte en la psicoterapia cotidiana

Si los psicoterapeutas aceptamos que la conciencia de la muerte personal puede servir de catalizador para el proceso del cambio, nuestra tarea consiste en facilitar la conciencia que el paciente tiene de la muerte. ¿Pero cómo? La mayoría de los ejemplos que he citado eran de individuos en una situación extraordinaria. Pero ¿qué sucede con el psicoterapeuta que está tratando a pacientes comunes y corrientes, que no padecen cáncer, que no están enfrentándose a ningún pelotón de fusilamiento y que nunca han tenido un accidente grave?

Muchos de mis pacientes cancerosos me han hecho un mismo comentario. Refiriéndose al desarrollo que habían experimentado por su confrontación con la muerte, han exclamado: «¡Qué lástima haber tenido que esperar hasta ahora, a tener el cuerpo invadido por el cáncer, para aprender estas verdades!»

Hay muchos ejercicios estructurados que el terapeuta puede utilizar para simular un encuentro con la muerte. Algunos de ellos son muy interesantes y los describiré un poco más adelante. Pero el punto más importante que deseo subrayar es que el terapeuta no necesita *proporcionar* la experiencia; en su lugar, todo lo que el terapeuta tiene que hacer es ayudar al paciente a *reconocer* un hecho insoslayable. Normalmente negamos o desatendemos, selectivamente, todo aquello que nos recuerde nuestra situación existencial. La tarea del terapeuta es hacer que este proceso retroceda, hacer ver al paciente que estos elementos no son enemigos, sino aliados poderosos en la búsqueda de la integración y la madurez.

Consideremos el siguiente ejemplo. Una madre de cuarenta y seis años de edad lleva al aeropuerto al menor de su cuatro hijos, donde éste debe tomar un avión que le conducirá a la ciudad de la universidad que ha elegido. Ella se ha pasado los últimos veintiséis años cuidando a sus hijos y deseando que llegara este día. ¡Se acabaron las imposiciones, ese vivir incesantemente para los demás, el preparar la comida y recoger ropa para que, en media hora, todo esté otra vez sucio y desordenado! Finalmente, era libre.

Sin embargo, en el momento de despedirse, inesperadamente empieza a sollozar y, ya de regreso a casa, un profundo estremecimiento recorre su cuerpo. Piensa que el hecho es natural, que se trata sólo de la tristeza que produce el despedir a una persona amada. Pero se trata de algo más que eso. El estremecimiento persiste y, al poco tiempo, se convierte en intensa angustia. ¿Qué puede ser? Consulta a un psicoterapeuta, quien la consuela diciéndole que se trata de un problema muy común: el síndrome del «nido vacío». Durante muchos años, ha basado su autoestimación en su actuación como madre y como ama de casa. De pronto siente que ya carece de patrones para evaluarse a sí misma. Su angustia está fundamentada: se han alterado su rutina y su estructura de vida y se han borrado de su existencia las fuentes primarias de su propia estimación. Gradualmente, con la ayuda de válium, de una psicoterapia de apoyo, de un grupo femenino de entrenamiento para la seguridad en sí misma, de varios cursos de educación para adultos, de varios amigos y de un empleo voluntario, el estremecimiento quedó reducido a una ligera alteración, para posteriormente desaparecer del todo, con lo cual la paciente pudo regresar a un nivel «premórbido» de bienestar y adaptación.

Esta paciente, tratada hace varios años por un residente psiquiátrico, formó parte de un proyecto de investigación de resultados psicoterapéuticos. En su caso fueron excelentes: en cada una de las evaluaciones que se efectuaron —listas de verificación de síntomas, estimaciones de tareas para la resolución de problemas y valoración de autoestimación—, se registraron siempre mejorías considerables. Incluso en la actualidad, considerando retrospectivamente el caso, es evidente que el psicoterapeuta cumplió íntegramente con su función. No obstante, en mi opinión, este tratamiento es un «encuentro fallido», un ejemplo de oportunidades terapéuticas no aprovechadas.

Comparo este caso con el de otra paciente que se encontraba en una situación vital casi idéntica y a la que vi recientemente. En su tratamiento, traté de agudizar el estremecimiento en lugar de anestesiarlo. La paciente experimentó entonces lo que Kierkegaard llamaba «angustia creadora», que nos llevó a terrenos muy interesantes. *Era* cierto que tenía problemas de autoestimación, que sufría del síndrome del «nido vacío» y que sus sentimientos hacia su hijo eran ambivalentes: le amaba, pero también sentía hacia él resentimiento y envidia por las oportunidades vitales que ella nunca había tenido (y, naturalmente, se sentía culpable debido a estos sentimientos «innobles»).

Seguimos estudiando su caso hasta plantearnos algunas cuestiones fundamentales. Ciertamente, podía encontrar múltiples ocupaciones para llenar su tiempo; pero, ¿cuál era el *significado* del miedo al «nido vacío»? Siempre había deseado la libertad y, una vez que la había conseguido, estaba aterrorizada. ¿Por qué?

Un sueño nos ayudó a comprender el significado del estremecimiento. El hijo que acababa de partir para asistir a la universidad había sido acróbata y malabarista durante su adolescencia. El sueño consistía en que ella sostenía en su mano una diapositiva donde aparecía su hijo haciendo malabarismos. Sin embargo, la diapositiva era muy peculiar, porque la imagen aparecía en movimiento: se veía al hijo ejecutando multitud de movimientos simultáneos. Sus asociaciones con respecto al sueño se referían al tiempo. La diapositiva había captado y enmarcado el tiempo y el movimiento. Mantenía todo vivo y, al mismo tiempo, en suspensión. Paralizaba la vida. «El tiempo continúa avanzando», afirmó, «y no sé qué hacer para detenerlo. Yo no quería que John creciera. Disfruté mucho de los años que pasó a nuestro lado. Pero, me guste o no, el tiempo sigue avanzando. Se mueve para John y también para mí. Es algo terrible de comprender, de comprender realmente».

Este sueño nos hizo entrar de lleno en el problema de su propia muerte. En lugar de llenar su tiempo con distracciones, aprendió a meditar y a apreciar el tiempo y la vida de una manera más profunda que antes. Se acercó al terreno de lo que Heidegger llama el ser auténtico: se sorprendía no de la *manera* como son las cosas, sino de que éstas *sean.* A mi juicio, la terapia ayudó más a la segunda paciente que a la primera. Sería imposible demostrar esta conclusión mediante los resultados obtenidos en las pruebas normalizadas; de hecho, es probable que la segunda paciente continuara experimentando más angustia que la primera. Pero la angustia forma parte de la existencia; ningún individuo que no se detenga en su desarrollo y creatividad, se verá jamás libre de ella. No obstante, este juicio de valor trae a colación numerosas preguntas acerca del papel del terapeuta. ¿No está pretendiendo demasiado? ¿Acaso el paciente solicita sus servicios para que le sirva de guía hasta llegar a la conciencia existencial? En efecto, la mayoría de los pacientes acuden diciendo: «Me siento mal, ayúdeme a sentirme mejor». En este caso, ¿por qué no emplear los medios más rápidos y eficaces a nuestra disposición, como, por ejemplo, un tranquilizante farmacológico o una modificación de la conducta? Estas preguntas, que pueden

aplicarse a todas las formas de tratamiento basadas en la autoconciencia, deben tenerse en cuenta, y volverán a surgir una y otra vez en el resto de este libro.

En el tratamiento de cada paciente surgen situaciones que, si el terapeuta hace hincapié en ellas con sensibilidad, lograrían incrementar la conciencia del paciente de las dimensiones existenciales de sus problemas. Las situaciones más obvias son las inexorables alusiones a nuestra propia finitud y a la irreversibilidad del tiempo. Si el terapeuta persiste, la muerte de alguna persona cercana conduce siempre a un incremento de la conciencia de la muerte. En torno a la muerte existen muchos componentes —la pérdida propiamente dicha, la ambivalencia, la culpa, la interrupción de unos planes vitales— que deben analizarse profundamente durante el tratamiento. Pero, como apunté anteriormente, la muerte de otra persona empuja a uno a enfrentarse más de cerca con la propia; y, sin embargo, este hecho se omite generalmente del trabajo terapéutico. Algunos psicoterapeutas opinan que la persona que acaba de perder a un ser querido se encuentra ya demasiado abrumada para aceptar la tarea adicional de enfrentarse a su propia finitud. Sin embargo, yo sostengo que esa suposición es errónea: algunos individuos experimentan un considerable desarrollo como resultado de una desgracia personal.

La muerte de otra persona y la conciencia existencial. En efecto, para muchos, la muerte de un ser cercano permite el reconocimiento íntimo de la propia muerte. Paul Landsburg, refiriéndose a la muerte de una persona querida, afirma:

> Hemos constituido un «nosotros» con la persona muerta. Y es a través de este «nosotros», del poder específico de este nuevo ser completamente personal, como llegamos a la conciencia de que también nosotros tendremos que morir... Mi comunión con esa persona parece rota, pero esa comunión era, hasta cierto punto, mi propio yo, por lo cual siento la muerte en el centro de mi propia existencia[8].

John Donne vino a expresar lo mismo en su conocida frase: «Y, por tanto, nunca preguntes por quién doblan las campanas. Doblan por ti»[9].

La pérdida de un progenitor nos pone en contacto con nuestra propia vulnerabilidad: si nuestros padres no han podido salvarse, ¿quién nos va a salvar a nosotros? Tras la partida de nuestros padres, no existe ninguna valla entre nosotros y la tumba. Por el contrario, nos convertimos en la barrera entre nuestros hijos y la muerte. Es muy

ilustrativa la experiencia que tuvo un colega después de la muerte de su padre. Hacía ya tiempo que pensaba que se tendría que producir algún día, así que recibió la noticia con aceptación. Sin embargo, cuando subía al avión para asistir al funeral, entró en una situación de pánico. Aunque era un viajero muy experimentado, repentinamente perdió la fe en la capacidad del avión para despegar y aterrizar, como si su escudo frente a la muerte se hubiera hecho pedazos.

La pérdida del cónyuge suele provocar el enfrentamiento con el aislamiento básico: hace que aumente nuestra conciencia de que, por mucho que nos esforcemos por recorrer la vida en compañía de otra persona, existe una soledad básica a la que nos tenemos que enfrentar. Nadie puede morir con nosotros ni en lugar de nosotros.

Si el terapeuta analiza detalladamente las asociaciones y sueños del paciente en situación de duelo, descubrirá evidentes pruebas de su preocupación por la propia muerte. Por ejemplo, un paciente narró la siguiente pesadilla que tuvo después de enterarse de que su esposa padecía un cáncer incurable:

> Estaba viviendo en mi antigua casa (una casa que había pertenecido a la familia desde hacía tres generaciones). Un monstruo, semejante a Frankenstein, me perseguía incesantemente. Sentía pánico. La casa se hundía, los mosaicos se desprendían y el techo tenía goteras. El agua caía sobre la cabeza de mi madre. (Su madre había muerto hacía seis meses.) En mi lucha con el monstruo, tomé una navaja curva con un mango que parecía una guadaña. Le asesté una cuchillada y lo empujé para que cayese del tejado. Se quedó abajo, tendido en el pavimento. Pero, después de un rato, se levantó y volvió a perseguirme por toda la casa.

La primera asociación del paciente en relación con este sueño fue la siguiente: «Sé que soy como un automóvil que ha recorrido ya cien mil kilómetros.» El simbolismo del sueño, ciertamente, era obvio. La muerte inminente de su esposa le recordaba que su vida, igual que su casa, se estaba deteriorando. La muerte le perseguía inexorablemente, y la veía personificada, como cuando era niño, en un monstruo al que no podía vencer.

Tim era otro paciente cuya esposa esposa tenía un cáncer en la fase final. La noche siguiente a su hospitalización, ya moribunda, por graves problemas respiratorios, tuvo el siguiente sueño:

> Acababa de regresar de un viaje y me sentí empujado hacia la parte trasera de la casa. Alguien me había encerrado en un cuarto lleno de muebles viejos

> apiñados, madera polvorienta y cubierto de tela metálica para gallineros. No había ninguna salida. Parecía una obra de teatro de Sartre. Me sentía sofocado, pero no podía respirar porque tenía un peso encima. Tomé una caja de madera de construcción primitiva o un ambalaje hecho de tablas; se había golpeado contra una pared o contra el suelo y tenía una esquina aplastada. Esa esquina aplastada se destacaba en mi mente; la veía como resplandeciente. Decidí hablar del asunto con el jefe, que se hallaba en el piso de arriba. Subiría y me quejaría. Hablaría con el vicepresidente. Subí por una escalera extraordinariamente elegante, con balaustrada de madera y piso de mármol. Pero mi enojo fue mayúsculo: no me atendieron, se deshicieron de mí. De pronto me sentí muy confuso, pues ignoraba ante quién debía quejarme.

Las asociaciones que hizo Tim a propósito del sueño indicaban que la muerte cercana de su esposa le obligaba a confrontar su propia muerte. La imagen más destacada del sueño, la esquina aplastada y «resplandeciente» de la caja de madera, le recordó la lámina aplastada de su automóvil a resultas de un grave accidente que pudo costarle la vida. La caja de madera rústica le recordaba también el ataúd sencillo que debería encargar para el entierro de su esposa (según el ritual judío). En el sueño, Tim atraviesa la misma situación que su esposa. Es él quien no puede respirar. Es a él a quien empujan, atrapan y aplastan con un peso enorme encima. El sentimiento principal del sueño era la ira y también la confusión. Estaba muy enojado por las cosas que le sucedían, pero ¿ante quién podía protestar? Cuando despertó, era cuando, en medio de una gran confusión, se preguntaba quién sería la persona adecuada, allá arriba, para efectuar una consulta.

En la terapia, este sueño despejó la vista de un interesante panorama. Permitió al paciente, que se hallaba anteriormente en situación de pánico, aclarar sus sentimientos y actuar con ellos de una manera más positiva. Se sentía abrumado por la angustia de la muerte, que había intentado resolver evitando físicamente a su esposa y dedicándose a una sexualidad compulsiva. Por ejemplo, se masturbaba varias veces al día en el mismo lecho donde yacía su esposa (en el capítulo IV me referí brevemente a este paciente). A medida que fuimos avanzando en el análisis de su angustia por la propia muerte, consiguió permanecer junto a su esposa, consolarla y reconfortarla, con lo cual se evitó la enorme carga de culpabilidad que hubiera experimentado a su muerte.

Cuando ésta se produjo, la terapia giró alrededor de la pérdida de su esposa y de su propia situación existencial, que ahora veía con mayor claridad. Por ejemplo, era una persona que buscaba frenética-

mente el éxito y la realización; pero, al morir su esposa, empezó a preguntarse: «¿Para quién estoy trabajando? ¿A quién le importa?» Poco a poco Tim empezó a vislumbrar lo que no había podido ver antes, porque se lo impedían los cuidados constantes de su esposa y su obsesión por el sexo: su aislamiento y su propia finitud. Su conducta inmediata a la muerte de su esposa fue de absoluta promiscuidad; pero, poco a poco, se fue desencantando de la búsqueda de sexo, hasta que se planteó la pregunta de qué era lo que quería hacer con su propia vida. Empezó así un período terapéutico francamente fértil, y en unos cuantos meses Tim experimentó un significativo cambio personal.

La pérdida de un hijo suele ser la más amarga de todas, porque estamos en duelo simultáneamente por nuestro hijo y por nosotros mismos. En tal situación, la vida parece golpearnos desde todos los ángulos. Al principio los padres se lamentan de la injusticia que reina en la tierra, pero después empiezan a comprender que lo que parecía una injusticia es, en realidad, una indiferencia cósmica. También caen en la cuenta de sus limitaciones: como nunca antes en la vida se encuentra la persona más motivada para actuar y al mismo tiempo más impotente; ni siquiera es capaz de proteger a un niño indefenso. Poco a poco va surgiendo otra verdad: tampoco nosotros estamos protegidos.

Los estudios psiquiátricos sobre el duelo no hacen suficiente hincapié en esta dinámica, sino que resaltan más bien el sentimiento de culpa (asociado, según se cree, con la hostilidad inconsciente) que los padres experimentan ante la muerte de un hijo. Richard Gardner[10] estudió empíricamente el duelo en el caso de los padres, entrevistando sistemáticamente y efectuando pruebas psicológicas a una muestra de padres cuyos hijos sufrían diversos tipos de enfermedades incurables. Aunque quedó confirmado que los padres experimentan una gran culpabilidad, los datos indicaban que la culpa, en lugar de provenir de una «hostilidad inconsciente», constituía con mucha mayor frecuencia un intento de los padres de aliviar su propia angustia existencial, de «controlar lo incontrolable». Después de todo, si uno se siente culpable de no haber hecho algo que debía hacer, implica *que había algo que uno podía hacer,* lo que constituye un sentimiento mucho más reconfortante que los crueles hechos existenciales de la vida.

La pérdida de un hijo abre otra perspectiva sorprendente a los padres: señala el fracaso de sus propios planes de inmortalidad, puesto que, al morir el hijo, ellos ya no serán recordados por nadie, ni su semilla se prolongará hacia el futuro.

Puntos de apoyo. Cualquier cosa que sirva de reto al enfoque permanente del paciente con respecto al mundo, puede ser utilizado por el terapeuta como punto de apoyo para desbrozar las defensas del paciente y crearle un nuevo panorama de las posibilidades existenciales de la vida. Heidegger señala que sólo nos damos cuenta del funcionamiento de la maquinaria cuando se descompone[11]. Sólo cuando se eliminan las defensas contra la angustia de la muerte, nos damos cuenta de qué era en realidad de lo que nos protegían. Por tanto, el terapeuta siempre podrá encontrar la angustia existencial bullendo en el fondo de los acontecimientos principales de la vida de un paciente, especialmente si se trata de hechos irreversibles. La separación conyugal y el divorcio son ejemplos primordiales. Se trata de experiencias tan dolorosas, que los terapeutas generalmente cometen el error de concentrarse en el alivio de la pena, perdiendo así una espléndida oportunidad de efectuar una labor terapéutica más profunda.

Para algunos pacientes, la situación límite no es tanto el fin de una relación como el inicio de una nueva. El comprometerse tiene una connotación definitiva; muchos individuos son incapaces de estabilizarse en una relación permanente porque para ellos eso significaría que «todo ha terminado», que se acabaron las demás posibilidades y los sueños gloriosos de continuar ascendiendo. En el capítulo VII expondré la forma en que las decisiones irreversibles provocan angustia existencial precisamente porque excluyen las demás posibilidades y sitúan al individuo frente a la «imposibilidad de otras posibilidades».

El paso a la edad adulta suele ser particularmente difícil. En los últimos años de la adolescencia y primeros de la juventud las personas sufren de una aguda angustia ante la muerte. De hecho, un síndrome clínico típico de los adolescentes que se llama «terror de vivir» se ha descrito de esta manera: una marcada hipocondría y gran preocupación por el envejecimiento del cuerpo, por el paso rápido del tiempo y por la inexorabilidad de la muerte[12].

Los terapeutas que tratan residentes médicos (por ejemplo) suelen encontrar una considerable angustia existencial en el individuo que, cerca de los treinta años, está finalmente completando su formación y, por primera vez, tiene que prescindir de su identidad de estudiante y empezar a actuar como persona adulta y como profesional. He observado durante mucho tiempo que los residentes psiquiátricos, cuando se acerca el final de su entrenamiento profesional, pasan por

un período de turbulencia interna, cuyas raíces van mucho más allá de las preocupaciones financieras inmediatas, la selección de un consultorio o el establecimiento de un sistema de comunicaciones para la práctica privada.

Jaques, en su espléndido ensayo sobre *La muerte y la crisis en la mitad de la vida,* hace hincapié en que la idea de la muerte atormenta especialmente a la persona que se encuentra en la mitad de la vida[13]. Ésta es la época en que la persona empieza a preocuparse por el pensamiento, a menudo inconsciente, de que «ha dejado de crecer para empezar a envejecer». Después de haber pasado la primera mitad de la vida en «la realización adulta independiente», uno suele llegar a la etapa culminante de su existencia (Jung decía que los cuarenta eran «el mediodía de la vida»)[14] justo a tiempo de darse cuenta de que lo que queda por delante es la muerte. Así lo expresó durante su análisis un paciente de treinta y seis años que había desarrollado una creciente conciencia de la muerte: «Hasta ahora, la vida parecía el ascenso por una colina, contemplando el horizonte a lo lejos. De pronto, veo que estoy en la cúspide de la montaña; desde aquí puedo ver la ladera descendente y, a lo lejos, el final del camino. Aunque está bastante lejos todavía, sé que allá, al final, lo que hay es la muerte.» Jaques señaló lo difícil que era trabajar atravesando las distintas capas de negación de la muerte, y relató un ejemplo en el que enseñó a uno de sus pacientes a tener conciencia de la muerte, analizando su incapacidad para sentir pena por la muerte de sus amigos.

Una amenaza al éxito de la propia carrera o la perspectiva de tener que retirarse (especialmente en individuos convencidos de que la vida era una espiral ascendente infinita), pueden actuar como potentes catalizadores para aumentar la conciencia de la muerte. Un estudio reciente de individuos que habían efectuado un cambio importante de carrera en la mitad de su vida, reveló que la mayor parte de ellos había tomado la decisión de cambiar o de simplificar su vida en el contexto de una confrontación con su situación existencial[15].

Algunas fechas importantes, como cumpleaños y aniversarios, también pueden constituir útiles instrumentos para el terapeuta. El dolor producido por estas señales del paso del tiempo suele ser bastante profundo (y, por esta misma razón, el individuo se defiende mediante una formación reactiva, en forma de estrepitosa celebración). Hasta una mirada penetrante en el espejo puede abrir la brecha de la conciencia existencial. Una paciente me confesó que solía

pensar: «Soy un gnomo pequeño. En mi interior sigo siendo una niña, pero exteriormente soy una anciana. Me parece tener dieciséis años y, sin embargo, voy a cumplir sesenta. Sé que es perfectamente lógico que los demás envejezcan, pero de alguna manera nunca pensé que yo también lo haría.» La aparición de características de la vejez, tales como la pérdida de energía, las placas seniles en la piel, las articulaciones rígidas, las arrugas, la calvicie, o el simple reconocimiento de que uno empieza a disfrutar con los placeres «de viejos» —observar, andar, pasar ratos serenos y tranquilos— puede actuar como acicate para la conciencia de la muerte. Lo mismo puede decirse de ojear fotografías de otros tiempos y observar el parecido entre uno mismo y los padres cuando ya se consideraban viejos, o el encuentro con viejas amistades que nos confirman cómo ha pasado el tiempo. El terapeuta encontrará multitud de estímulos de este tipo. También puede provocarlos él mismo deliberadamente, pero con mucho tacto. Como dije en el capítulo I, Freud no tuvo escrúpulos al pedirle a Fräulein Elisabeth que meditase junto a la tumba de su hermana.

Una orientación cuidadosa de los sueños y fantasías proporciona interesante material para incrementar la conciencia de la muerte. Todos los sueños angustiosos son sueños de muerte. Las fantasías de terror, como la irrupción de agresores desconocidos en el propio hogar, cuando se analizan, conducen siempre al miedo a la muerte. Las discusiones sobre programas de televisión inquietantes, películas o libros, pueden servir también de gran ayuda.

Una enfermedad grave constituye un catalizador tan evidente, que ningún psicoterapeuta debe dejarla pasar sin sacarle partido. Noyes estudió a doscientos pacientes que habían tenido la experiencia de hallarse cerca de la muerte, debido a una enfermedad repentina o a un accidente, y encontró que una elevada proporción (25 %) había adquirido un sentido nuevo y poderoso de la omnipresencia y cercanía de la muerte. Uno de ellos comentó: «Antes pensaba que la muerte nunca llegaría y que, si llegaba, sería cuando yo tuviese ochenta años. Pero ahora sé que puede suceder en cualquier momento y lugar donde uno viva. La persona tiene una percepción muy limitada de la muerte hasta que se enfrenta con ella.» Otro describió su recién adquirida conciencia de la muerte en estos términos: «He visto la muerte en el patrón de la vida y la he afirmado de una manera consciente. No tengo miedo de vivir porque siento que la muerte forma parte del proceso de mi ser.» Aunque algunos de los pacientes de Noyes confesaron

experimentar un mayor terror a la muerte y un mayor también sentido de vulnerabilidad, la gran mayoría afirmó que el incremento de su conciencia de la muerte había sido una experiencia positiva que se había traducido en un mayor aprecio por la vida y una distribución más constructiva de sus prioridades vitales[16].

Ayuda artificial para incrementar la conciencia de la muerte. Aunque los símbolos de la muerte abundan, los terapeutas opinan que son pocos los que poseen fuerza suficiente como para vencer las negaciones del paciente siempre alerta. En consecuencia, muchos terapeutas adoptan técnicas más estimulantes para inducir a sus pacientes a enfrentarse cara a cara con la muerte. En épocas anteriores, los símbolos, intencionales o accidentales, solían ser mucho más numerosos que en nuestros días. Era precisamente para recordar la transitoriedad de la vida que la celda del monje medieval solía estar adornada con una calavera. John Donne, el poeta y clérigo británico del siglo XVII, se ponía un sudario cuando leía a sus fieles el sermón *Mira hacia la eternidad.* Montaigne, en su espléndido ensayo *De que filosofar es aprender a morir,* dijo lo siguiente de los símbolos intencionales de la muerte:

> ...Ubicamos nuestros cementerios junto a las iglesias y en los lugares más céntricos de las ciudades para que (como decía Licurgo) la gente común, las mujeres y los niños, se acostumbren a no tener pánico cuando vean un hombre muerto, y para que la visión constante de huesos, tumbas y procesiones fúnebres nos recuerden nuestra condición... Antes se creía que el regocijo de las fiestas aumentaba cuando éstas se mezclaban con la muerte/Acompañando la comida con la visión de guerreros en combate/Y los gladiadores se desplomaban entre las copas y derramaban sobre las mesas del festín su sangre generosa... Y los egipcios, después de sus fiestas, mostraban a sus invitados una majestuosa imagen de la muerte mientras el anfitrión les decía: «Bebed y regocijaos, porque después de muertos seréis así...»
>
> Por esto me he habituado a tener a la muerte siempre presente, no sólo en mi pensamiento, sino también en mis palabras. Y no hay nada que investigue con mayor afán que la muerte de los hombres, sus palabras, sus miradas, su entereza en ese momento, y observo con gran atención la muerte en todas las historias. Esto se comprueba por la abundancia de mis ejemplos ilustrativos; siento un especial cariño por el tema. Si yo hiciera libros, confeccionaría un registro, con comentarios, de diferentes muertes. El que enseñe a los hombres a morir, les habrá enseñado a vivir[17].

Algunos psicoterapeutas que han utilizado el LSD como ayuda terapéutica, han informado que uno de los mecanismos de acción más

importantes que se observan es que el LSD provoca una dramática confrontación del paciente con la muerte[18]. Otros afirman que algunos medios de terapia de *shock* (choque eléctrico, Metrazol o insulina) causan el mismo efecto a través de una experiencia de muerte y renacimiento[19].

Algunos directores de grupos terapéuticos de encuentro han empleado una forma de «terapia de choque existencial», pidiendo a los miembros del grupo que escriban su propio epitafio. Los laboratorios de «destino» para ejecutivos acosados por el tiempo, suelen comenzar mediante el siguiente ejercicio estructurado:

> En una hoja de papel en blanco dibuje una línea recta. Uno de los extremos de esa línea representa su nacimiento; el otro extremo, su muerte. Dibuje una cruz para representar el punto donde usted se encuentra ahora. Medite sobre ello durante cinco minutos.

Este ejercicio breve y simple provoca casi siempre reacciones poderosas y profundas.

La «llamada en voz alta» es un ejercicio[2*] que se utiliza en grupos numerosos para aumentar la conciencia de la propia finitud. Los miembros se dividen en grupos de tres y se les asigna un tema de conversación. El nombre de cada individuo está escrito en un trozo de papel y colocado en una bolsita; entonces se saca un papel al azar y se lee el nombre de la persona en voz alta. Aquel cuyo nombre haya salido, calla y da la espalda a los demás. Muchos participantes afirman que, como resultado de este ejercicio, adquieren una mayor conciencia de la arbitrariedad y fragilidad de la existencia.

Algunos terapeutas y directores de grupos de encuentro han empleado una técnica de fantasía dirigida a aumentar la conciencia de la muerte. Piden a las personas que imaginen su propia muerte: «¿Dónde ocurrirá? ¿Cuándo? ¿Cómo? Describa con todo lujo de detalles una fantasía sobre su propia muerte. Imagine su propio funeral.» Un profesor de filosofía enumera los ejercicios que utiliza para incrementar la conciencia de la muerte de sus alumnos. Por ejemplo, pide a los alumnos que escriban su propia esquela de defunción (la «verdadera» y la que ellos consideren «ideal»), que anoten sus respuestas emocionales a un cuento trágico de la muerte de un huérfano de seis años, y que redacten el argumento de su propia muerte[20].

2*. Me fue sugerido por James Bugental.

Una experiencia de «ciclo vital» en grupo, que dirigieron Elliot Aronson y Ann Dreyfus en el programa de verano del National Training Laboratory, que se lleva a cabo en Bether, Maine, ayudaba a los participantes a enfocar los principales acontecimientos de cada etapa de la vida. Durante el período dedicado a la vejez y a la muerte, estos participantes pasaban varios días viviendo como las personas ancianas. Aprendían a andar y a vestirse como tales, se empolvaban el cabello y trataban de imitar a los viejos que habían conocido de cerca. Visitaban incluso un cementerio cercano. Paseaban solos por un bosque, imaginaban su muerte, cómo los amigos descubrían su cadáver y cómo se realizaba su entierro[21].

Tenemos noticia de varios talleres de aumento de la conciencia de la muerte, en los que se han empleado ejercicios estructurados para proporcionar al individuo un encuentro con su propia muerte[22]. Por ejemplo, W.M. Whelan describió un taller que consistía en una sola sesión de ocho horas, con un grupo de también ocho miembros, y con el siguiente programa: 1) Los miembros completan un cuestionario sobre la angustia de la muerte e intercambian opiniones sobre los puntos que provocan angustia. 2) En un estado de profundo relajamiento físico, imaginan, con todo lujo de detalles y con los cinco sentidos completamente despiertos, su propia muerte. 3) Se les pide que elaboren su escala de valores y que imaginen una situación en la que un refugio para ataques nucleares sólo puede albergar un número limitado de personas: cada uno de los miembros del grupo tiene que buscarse un argumento basado en su jerarquía de valores para justificar el hecho de albergarse en el refugio (según los autores, este ejercicio está diseñado para recrear la etapa de «negociaciones» de Kübler-Ross). 4) También en estado de relajación, se les pide que fantaseen la enfermedad que habrá de llevarlos a la muerte, su incapacidad para comunicarse y, finalmente, su propio funeral[23].

Interacción con los moribundos. Por muy misteriosos que parezcan estos ejercicios, no son sino simulaciones. Aunque uno puede dedicarse durante un tiempo a cualquiera de estos ejercicios, muy pronto se restablecen las defensas en forma de negación, y uno se acuerda de que todavía existe y de que simplemente ha estado observando las experiencias descritas. Fue precisamente debido a la persistencia y la ubicuidad de la negación para aliviar el miedo a la muerte, que hace varios años empecé a tratar individuos con una enfermedad mortal. Dichos individuos se encontraban en medio de una situación de urgencia, y no podían evitar lo que les estaba

sucediendo. Sostenía la esperanza de poder ayudarles y, además, de aplicar en sus casos lo que había aprendido en el tratamiento a pacientes físicamente sanos. (Es difícil expresar esta idea, porque la esencia misma de este enfoque es que, desde el comienzo de la vida, la muerte forma parte de la existencia. En consecuencia, emplearé la expresión «psicoterapia cotidiana» o, mejor aún, «psicoterapia para aquellos que no se hallan en peligro inminente de morir».)

Las sesiones de terapia de grupo que se efectuán con pacientes moribundos suelen ser conmovedoras, llenas de afecto y de intercambio de conocimientos. Muchos pacientes sienten que han aprendido muchas cosas acerca de la vida, pero también se sienten frustrados en su deseo de ayudar a los demás. Uno de ellos comentaba: «Siento que tengo mucho que enseñar, pero mis estudiantes no quieren escuchar.» He tratado de idear sistemas para hacer partícipes a los pacientes de psicoterapia cotidiana de la sabiduría y capacidad de los moribundos. Describiré, bajo dos enfoques diferentes, algunas de las experiencias limitadas que he tenido en este campo: 1) Invitando a los pacientes de psicoterapia cotidiana, como observadores, a las reuniones de grupo de pacientes con enfermedades incurables. 2) Introduciendo un individuo con un cáncer en la etapa final en un grupo de psicoterapia cotidiana.

Observación de un grupo de cancerosos graves, por pacientes de psicoterapia cotidiana. Uno de los pacientes invitado como observador en los grupos de pacientes cancerosos fue Karen, a quien ya me referí en el capítulo IV. El conflicto dinámico principal de Karen era su búsqueda desesperada de una persona dominante —un salvador, en última instancia—, manifestándose en forma de masoquismo psíquico y sexual. Karen, cuando era necesario para obtener la atención y protección de una figura «superior», era capaz de imponerse limitaciones y de causarse daño. La reunión que presenció fue especialmente conmovedora. Una de las pacientes, Eva, anunció al grupo que acababa de enterarse de que el cáncer se le había reproducido nuevamente. Confesó que aquella mañana había realizado una acción que había pospuesto durante largo tiempo: había escrito una carta a sus hijos, dándoles instrucciones acerca de cómo debían distribuirse una serie de objetos de un puro valor sentimental. Al colocar la carta en su caja fuerte, se había dado cuenta con más claridad que nunca de que realmente estaba a punto de dejar de existir. Como relaté en el capítulo IV, comprendió que, cuando sus hijos leyeran la carta, ella ya no estaría allí para observarles ni para

responderles. Según confesó, le hubiera gustado vivir esta experiencia de confrontación con la muerte cuando tenía veinte años, en lugar de esperar hasta ahora. En cierta ocasión, con motivo de la muerte de uno de sus maestros (Eva era directora de una escuela) en lugar de esconder la muerte a los estudiantes, había tenido el acierto de celebrar un funeral con la asistencia de todos y discutir abiertamente el tema de la muerte —la muerte de las plantas, animales y seres humanos— con los niños. Otros miembros del grupo aportaron su experiencia de completa comprensión de su propia muerte y de los beneficios que habían obtenido de dicha comprensión.

Se desató un interesante debate, cuando uno de los miembros relató que una de sus vecinas, en perfecto estado de salud, había muerto repentinamente durante la noche. «Esa es la muerte perfecta», comentó. Pero otro manifestó su desacuerdo y, en diferentes momentos, expuso varias razones convincentes para demostrar que ese tipo de muerte era la más desafortunada: la persona que acababa de morir no había tenido tiempo de ordenar sus asuntos, de completar sus negocios inconclusos, de preparar a su marido y a sus hijos para su muerte y de atesorar el final de su vida como algunos de los miembros del grupo habían aprendido a hacerlo. «De todas maneras», añadió el primero, «ésa es la forma como me gustaría morir. Siempre me han atraído las sorpresas». Karen experimentó una fuerte reacción por la reunión que había observado. A partir de entonces, adquirió una comprensión profunda acerca de sí misma, tal como describí en el capítulo IV. Por ejemplo, se dio cuenta de que, debido a su miedo a la muerte, había sacrificado una buena parte de su vida. Había tenido tanto temor a morir, que todos los planes de su vida giraban, en última instancia, en torno a la búsqueda de un salvador; por tanto, había simulado estar enferma cuando era niña y también durante la edad adulta, para permanecer cerca de su terapeuta. Mientras observaba el grupo, se percató con horror de que hubiera estado dispuesta a padecer un cáncer para poder participar en ese grupo y sentarse a mi lado y, tal vez, tomar mi mano (la sesión terminó con un período de meditación durante la cual todos nos dimos las manos). Cuando señalé lo que era obvio —esto es, que ninguna relación es eterna y que yo, igual que ella, moriría—, confesó creer que nunca estaría sola si pudiera morir en mis brazos. La siguiente sesión contribuyó a que Karen entrase en una nueva etapa de su terapia y considerara la posibilidad de darla por terminada, un hecho que anteriormente nunca había estado dispuesta a aceptar.

Otra paciente de terapia cotidiana que participó como observadora en el grupo fue Susan, la esposa de un eminente científico, quien le había pedido el divorcio cuando ella tenía cincuenta años. Durante su matrimonio, había llevado una vida poco independiente, sirviéndole y secundándole en sus realizaciones. Este modelo de vida, bastante frecuente entre las esposas de hombres más o menos afamados, le había acarreado mentalmente algunas consecuencias trágicas. En primer lugar, no había vivido su propia vida; en sus esfuerzos por hacer méritos ante la figura dominante, había perdido la noción de sus *propios* deseos, de sus derechos y de sus placeres. En segundo lugar, debido al sacrificio de sus propios anhelos, intereses, deseos y espontaneidad, había pasado a convertirse en una compañera menos estimulante, lo que hizo que aumentaran considerablemente sus riesgos de divorcio.

Durante la terapia, Susan atravesó una profunda depresión y, gradualmente, empezó a analizar sus sentimientos *activos,* no los sentimientos reactivos a los que siempre se había limitado. Sintió su propia ira, profunda, intensa y vibrante; sintió su dolor, no por la pérdida de su marido, sino por la pérdida de sí misma durante todos esos años; se sintió ultrajada por todas las restricciones que había consentido. (Por ejemplo, para asegurarse su marido de unas condiciones de trabajo óptimas en el hogar, a ella no se le permitía ver la televisión, hablar por teléfono ni ocuparse del jardín mientras él estaba en la casa, pues su estudio tenía vista al jardín y su presencia le distraía.) Como corría el peligro de que el dolor por haber desperdiciado su vida llegara a ser superior a sus fuerzas, nos fijamos como tarea terapéutica revitalizar el resto de su vida. Al cabo de dos meses de terapia, asistió como observadora a una desgarradora sesión del grupo de cancerosos. La experiencia la conmovió profundamente e, inmediatamente, se sumergió en un mar de labores productivas, que, finalmente, le permitieron comprender que el divorcio había sido su salvación en lugar de su perdición. Concluida la terapia, se trasladó a otra ciudad; varios meses después me escribió una carta, en la cual, entre otras cosas, decía lo siguiente:

> En primer lugar, he pensado que el grupo de cancerosos no necesita que le recuerden la inevitabilidad de la muerte. La conciencia de la muerte ayuda a esas mujeres a contemplar las cosas y los hechos en su justa medida y a corregir el sentido del tiempo tan deficiente que normalmente se posee. La vida que me queda tal vez sea muy corta. Pero es un tesoro, ¡no hay que desperdiciarla! Hay que sacar el mayor provecho de cada día. ¡Redefinir los

propios valores y verificar las prioridades! ¡No hay que posponer las cosas! ¡Hay que hacerlas!

Sin ir más lejos, yo he desperdiciado buena parte de mi vida. Algunas veces sentía que era únicamente una espectadora que observaba el drama de la vida desde una butaca, siempre deseando y esperando que algún día yo también me encontraría en el escenario. Por supuesto que ha habido muchas épocas en las que he vivido intensamente; pero, la mayor parte del tiempo, la vida me parecía un ensayo para la «verdadera» vida que vendría después. Pero *¿qué sucede si la muerte llega antes de que haya comenzado la «verdadera» vida?* Sería trágico caer en la cuenta de que uno apenas ha vivido cuando ya es demasiado tarde.

Introducción de un paciente moribundo en un grupo de psicoterapia cotidiana. El novelista John Fowles escribió: «La muerte se parece en cierto modo a un conferenciante. Uno no escucha realmente lo que dice, hasta que se sienta en la primera fila»[24]. Hace algún tiempo intenté sentar a los siete miembros de un grupo de psicoterapia cotidiana en la primera fila, presentándoles a Charles, un paciente con cáncer incurable.

Son muchos los datos que poseo sobre este experimento. Después de cada reunión, solía escribir un sumario detallado, incluyendo una revisión del flujo narrativo y otra del proceso, que enviaba a todos los miembros del grupo por correo (técnica que he utilizado en los grupos durante muchos años)[25]. Además de estos sumarios, poseo mis propios informes particulares. Por otra parte, como diez residentes psiquiátricos observaron cada sesión a través de un espejo de un solo sentido, con el fin de entablar debates sobre su contenido, este grupo se estudió minuciosamente. Seleccionaré y presentaré los puntos más sobresalientes de las observaciones e informes referentes a los doce primeros meses que siguieron al ingreso de Charles en el grupo.

Este lo componían pacientes externos de psicoterapia, que se reunían una vez por semana durante una hora y media. Formamos grupo abierto: a medida que los miembros mejoraban y «se graduaban», se iban incorporando otros nuevos. En el momento del ingreso de Charles, dos pacientes cumplían ya dos años de permanencia en el grupo, y otros cuatro llevaban períodos que fluctuaban entre los tres y los dieciocho meses. Las edades iban de los veintisiete a los cincuenta años. La psicopatología de los pacientes era de tipo neurótico o caracterológico, aunque dos de ellos tenían rasgos limítrofes.

Charles era un dentista divorciado de treinta y ocho años que, tres meses antes de acudir a mi consulta, se había enterado de que padecía

una forma de cáncer que no tenía curación médica ni quirúrgica. En nuestra entrevista inicial, me dijo que no creía necesitar ninguna ayuda para enfrentarse con su enfermedad. Había pasado muchos días en bibliotecas médicas, familiarizándose con el proceso, el tratamiento y el pronóstico de su cáncer. De hecho, me mostró un gráfico que había dibujado con el probable curso clínico de su caso; a través de él había llegado a la conclusión de que disponía de un año y medio a tres años de vida útil, después de lo cual sobrevendría un período de un año de declinación rápida. Recuerdo haber tenido dos impresiones muy fuertes durante esa entrevista inicial. En primer lugar, me maravillaba su carencia de sentimientos manifiestos: se le veía desprendido, como si estuviera hablando del caso de un extraño que había tenido la desgracia de contraer una rara enfermedad. En segundo lugar, aunque me sacudió su independencia de toda reacción afectiva, me llamó la atención el hecho de que esta circunstancia le resultaba extraordinariamente provechosa en su caso. Insistía en que no necesitaba ayuda para enfrentarse al miedo a la muerte, pero solicitaba asistencia para sacar mejor partido de la vida que le quedaba. El cáncer le había impulsado a hacer un balance de los placeres que estaba obteniendo de la vida; así, se había dado cuenta de que, aparte de su trabajo, las gratificaciones que recibía y que podían considerarse significativas eran escasas. Deseaba ayuda especialmente para mejorar la calidad de sus relaciones interpersonales. Se sentía alejado de los demás y echaba de menos el calor humano que otras personas experimentaban en su entorno. Sus relaciones con la mujer con quien vivía desde hacía tres años eran tensas, y deseaba ardientemente poder llegar a expresar y recibir el amor que existía entre ellos sólo de forma rudimentaria.

Hacía algún tiempo que estaba buscando una persona con cáncer que entrara a formar parte de nuestro grupo de psicoterapia general, y Charles me pareció el candidato perfecto. Deseaba obtener ayuda en aquellos terrenos en que la terapia de grupo es más eficaz. Además, me pareció que su presencia ayudaría considerablemente a los demás miembros del grupo. Era evidente que Charles no estaba acostumbrado a pedir ayuda: su petición sonaba extraña y torpe; pero, al mismo tiempo, era urgente y sincera, y no podía desatenderse.

La terapia de siete individuos diferentes en la red de un grupo terapéutico resulta particularmente compleja. Así, durante el período que hemos elegido, se desataron una serie de acontecimientos interpersonales e intrapersonales extraordinariamente intrincados;

de ellos nos ocupamos y resolvimos en la medida de nuestras posibilidades. No podría describirlos todos, por lo cual prefiero hacer hincapié en Charles y en el impacto mutuo que tuvo lugar entre él y el resto del grupo.

Adelantaré la conclusión de que la presencia de un individuo que tenía la muerte de frente no hundió al grupo: la atmósfera no se tornó morbosa, el tono emocional no se vistió de crespones negros y las perspectivas no se convirtieron en limitadas y fatalistas. Muy al contrario, esto sirvió de acicate para que los demás pacientes profundizaran el nivel de su análisis. El grupo no se convirtió en monolítico, sino que se enfrascó en la discusión de una amplia gama de temas vitales. Hubo ocasiones en que predominó la negación masiva, y durante muchas semanas pesó sobre sus miembros el cáncer de Charles.

El descubrimiento de uno mismo es esencial en la psicoterapia, tanto de grupo como individual. Al mismo tiempo es importante que los pacientes no vivan el grupo como una confesión forzosa. En consecuencia, durante la sesión de orientación que tuve con Charles antes de su ingreso, me esforcé por señalarle (como lo hago con todos) que, para obtener ayuda del grupo; debía ser absolutamente honesto tanto en lo referente a su condición física como a sus preocupaciones psicológicas, aunque siempre llevando su propio ritmo. En consecuencia, sólo después de diez semanas de su permanencia en el grupo, fue informado éste de que tenía un cáncer. Considerando el asunto retrospectivamente, me parece que su decisión de posponer la revelación fue correcta. En este sentido, el tratamiento que se le dispensó nunca fue como el de un «paciente canceroso», sino como una persona que tenía cáncer.

Uno de los axiomas básicos de la terapia interactiva de grupo es que su desarrollo debe propiciar la creación de un microcosmos social para cada uno de sus miembros. Todos, tarde o temprano, comienzan a relacionarse con el resto de la misma manera como se relacionan con personas ajenas al grupo. Por consiguiente, cada uno labra su propia estructura interpersonal. Esto no se hizo esperar en el caso de Charles. En las primeras reuniones, el grupo advirtió que se mostraba siempre indiferente y propenso a formarse un juicio sobre cada afirmación de sus compañeros. Poco a poco, comprendieron que estaba aislado, que le costaba mucho acercarse a la gente, que no podía experimentar ni expresar sus sentimientos y que se criticaba a sí mismo.

Se mostraba particularmente impaciente y condescendiente con las mujeres. Concretamente a una de ellas la consideraba como «una mariposilla infantil» o una «superficial», porque sus opiniones no tenían mucho peso para él. Con otra se mostraba impaciente por su falta de lógica mental y generalmente rechazaba sus comentarios intuitivos alegando que eran simples «interferencias». En una ocasión en que los otros tres hombres del grupo se hallaban ausentes, Charles permaneció prácticamente en silencio, pues consideraba que no valía la pena participar en un grupo estrictamente femenino. El reconocimiento, la comprensión y la resolución de sus actitudes hacia sus compañeras contribuyó en buena medida a que comprendiera algunos de sus conflictos básicos con la mujer con quien vivía.

Aunque estos acontecimientos eran importantes en el conflicto interpersonal de Charles y sirvieron para llevarle al terreno que más le interesaba resolver, para el grupo continuó siendo un enigma. Periódicamente, durante sus primeras sesiones, los demás miembros expresaban que no lo *conocían* realmente, que permanecía escondido, irreal y distante. (Otro de los axiomas de la terapia de grupo es que cuando alguien oculta un secreto importante, tiende a inhibirse globalmente. Además, se muestra muy cuidadoso si surge alguna pista que pudiera revelarlo.) Finalmente, en la décima sesión, todos, pacientes y terapeutas, animaron a Charles a que compartiera una porción mayor de sí mismo; fue entonces cuando relató lo del cáncer, más o menos con la misma actitud con que me lo había planteado a mí durante sus sesiones individuales previas: frío, seguro de sí mismo y con muchos detalles científicos.

Las reacciones que el hecho provocó fueron ante todo sumamente individuales. Varios hablaron de su valor y del modelo que él representaba para el grupo. Uno de los hombres estaba muy impresionado por la forma en que Charles hablaba de su meta de sacar el mayor partido posible del resto de sus días. Este paciente, llamado Dave, se dio cuenta de que él también había estado posponiendo su vida y de que la actual le resultaba poco gratificante.

Dos de los miembros reaccionaron de un modo gravemente inoportuno. Una fue Lena (a quien describí en el capítulo IV), que había perdido a sus padres cuando era muy niña y, desde entonces, vivía aterrorizada por la muerte; buscaba un protector y se mostraba pasiva, dependiente e infantil. Tal como podía esperarse, Lena se horrorizó y respondió de una manera iracunda y extraña, dando por sentado que Charles padecía el mismo tipo de cáncer que mató a su

madre: con todo lujo de detalles, comenzó a describir los cambios físicos y el debilitamiento que había experimentado su madre. La otra paciente, Sylvia, que contaba cuarenta años y sufría de una gran angustia ante la muerte, inmediatamente reaccionó con rabia ante la pasividad con que Charles aceptaba su enfermedad. Le recriminó no haber investigado otras fuentes posibles de curación: curanderos, «Letrile», cirujanos psíquicos de las Filipinas, megavitaminas, etc. Cuando otro de los pacientes acudió en auxilio de Charles, se produjo una fuerte discusión. Sylvia estaba tan asustada por el cáncer de Charles, que intentó provocar una pelea para tener una excusa que le permitiera abandonar el grupo. Durante todo ese año, sus reacciones ante Charles siguieron siendo turbias; su contacto con él le provocaba una gran angustia y una breve descompensación, que finalmente se resolvía positivamente. Como el caso clínico de Sylvia ilustra claramente algunos principios importantes del tratamiento de la angustia ante la muerte, lo describiré detalladamente un poco más adelante en este mismo capítulo.

A lo largo de las cuatro semanas siguientes, asistimos a varios hechos importantes. Una de las participantes, enfermera pediátrica, describió por primera vez la estrecha relación que había mantenido con uno de sus pacientes, un niño de diez años que había muerto hacía varios meses. Confesó que era dolorosamente consciente del hecho de que, en el corto lapso de diez años, este niño había vivido una vida más plena que la suya. Su muerte, junto con la enfermedad de Charles, la impulsó a romper las restricciones que ella misma se había impuesto y a profundizar en su propia vida.

Otro paciente, llamado Don, sostenía conmigo una lucha de transferencia desde hacía varios meses. Aunque en el fondo anhelaba mi orientación y guía, me desafiaba de una manera muy destructiva. Por ejemplo, sistemáticamente se las arreglaba para encontrarse con alguno de sus compañeros fuera de las sesiones. Aunque en varias ocasiones habíamos dicho que esto perjudicaba el trabajo del grupo, Don se sentía a gusto acumulando aliados para enfrentarse conmigo. Pero, a raíz de la revelación de Charles, sus sentimientos hacia mí experimentaron un cambio; en consecuencia, la tensión y el antagonismo que existía entre nosotros disminuyeron de forma notable. Don señaló cuánto había cambiado yo en las últimas semanas; aunque se mostraba incapaz de expresar lo que sentía, en un momento declaró: «De alguna manera ahora sé que usted no es inmortal.» Pudo hablar detalladamente de su deseo de encontrar, en última instancia, un

salvador: de su creencia de que yo era infalible y de que podía planificar su futuro con gran seguridad. Pudo expresar asimismo su ira por mi aparente negativa a darle lo que él sabía que yo era capaz de dar. La presencia de Charles le evocaba que yo, al igual que él, tenía que enfrentarme a la muerte, que ese hecho nos unía y nos igualaba a todos y que, tal como lo había expresado Emerson: «Mantengámonos fríos, porque dentro de cien años todos seremos uno.» De repente, pues, la batalla contra mí se le antojó ridícula y trivial.

Pero volvamos al caso de Lena. Su relación con Charles era extremadamente compleja. Al principio, su enfado respondía a que Charles también la abandonaría, como lo habían hecho su madre y su padre. Empezó a recordar, por primera vez, los detalles de la muerte de su madre (cuando Lena tenía cinco años) y durante mucho tiempo revivió la experiencia en su mente: así, recordaba que, cuando murió, su madre se encontraba ya físicamente muy ajada. Y es también con esta circunstancia que hay que relacionar la anorexia que Lena contrajo a raíz de la revelación de la enfermedad de Charles. Su dinámica, pues, se aclaró considerablemente: se sentía tan abrumada por la muerte de las personas cercanas, que prefería mantenerse en un estado de animación suspendida. Su fórmula era: «Si no tienes amigos, no pierdes nada.» Tenía a sus cuatro abuelos, ya ancianos, y vivía esperando la noticia de la muerte de alguno de ellos. Su temor era tan grande, que se privaba del placer de estar cerca de ellos. Una vez confesó al grupo: «Me gustaría que se murieran todos cuanto antes, para acabar con esto de una vez.» Poco a poco, fue rompiendo sus patrones y, aunque con mucho resentimiento, logró acercarse a Charles. Cautelosamente, empezó a rozarle cuando, por ejemplo, le ayudaba a quitarse el abrigo. Charles se había convertido para Lena en la persona más importante de todo el grupo; y esto, al aceptar el hecho de que se sentía a gusto estando cerca de él, llegó a ser más poderoso que el dolor de la posible separación. De este modo, Lena pudo establecer otras relaciones importantes, en su vida, gracias a los beneficios que, con el tiempo, le proporcionó su relación con Charles dentro del grupo. Por ejemplo, recuperó el peso que había perdido, desaparecieron sus intentos de suicidio, mejoró su depresión y, después de tres años sin trabajar, obtuvo un interesante empleo de considerable responsabilidad.

Otra de las participantes obtuvo igualmente grandes beneficios por el hecho de «sentarse en la primera fila». Era divorciada y tenía dos hijos pequeños, pero, por regla general, experimentaba hacia ellos

resentimiento e impaciencia. Sólo una vez, cuando uno de ellos se encontraba gravemente enfermo, había podido expresar sus sentimientos de ternura. Su relación con Charles constituyó un vívido recordatorio del paso del tiempo y de la finitud de la vida. Poco a poco fue capaz de expresar a sus hijos su cariño sin necesidad de que estuvieran enfermos, de que sufrieran un accidente o de cualquier otra advertencia de su mortalidad.

Aunque en el grupo se experimentaron profundas emociones, nunca fueron tan complejas como para que no pudieran ser asimiladas y resueltas por sus miembros. Sin duda, fue debido en gran parte a la presencia de Charles, quien nunca parecía experimentar afectos muy profundos. Esto supuso una gran ventaja en la dinámica general, porque permitía ir identificando las emociones y que éstas se fueran presentando gradualmente y en proporciones asimilables. Sin embargo, llegó el momento en que también se puso en tela de juicio el estilo de emocionalidad restringida de Charles. Una sesión que se efectuó dos meses después de la revelación de Charles, fue muy ilustrativa a este respecto. Charles, simulando tener prisa, comenzó la reunión de una manera poco usual: afirmó que quería plantear al terapeuta varias preguntas muy específicas. Pero éstas fueron muy generales, por tanto no se podían ofrecer respuestas precisas y enérgicas. En concreto, solicitó información sobre técnicas que acortaran la distancia que le separaba de los demás y consejos para resolver un conflicto que tenía con su mujer. Su planteamiento de estas cuestiones recordaba el estilo preciso de un ingeniero eficiente, y era evidente que esperaba respuestas muy concretas.

El grupo intentó responder a las preguntas de Charles; pero, como él insistía en obtener respuestas del líder, frustró todos los intentos de sus compañeros. No obstante, todos se negaron a callar y expresaron su resentimiento por no tomarles en consideración. En concreto, uno adelantó si la cualidad un poco frenética de las preguntas de Charles respondía a su sentimiento de hallarse en el límite y a su necesidad de obtener una máxima eficiencia de la terapia. Poco a poco, el grupo fue ayudando a Charles a expresar lo que le había estado consumiendo en los últimos días. Por fin, con lágrimas en los ojos, confesó que le habían conmovido terriblemente dos acontecimientos: había visto en la televisión un extenso programa sobre la muerte de un niño que padecía de cáncer; por otra parte, debido a su profesión de odontólogo, había asistido a una conferencia larga y horrorosa sobre cáncer de boca.

Con esta información, el grupo volvió a analizar la extraña conducta de Charles. Su insistencia en recibir del terapeuta respuestas precisas, era una expresión de su deseo de que se ocupasen de él. Lo había planteado así, según dijo, porque tenía miedo de expresar abiertamente sentimientos «efusivos». En efecto, si se le demostraban de forma efusiva sentimientos reprimidos, se sentía abochornado.

Las preguntas iniciales de Charles ya pudieron ser contestadas, pero no a través del «contenido» (es decir, de sugerencias específicas del terapeuta), sino por medio del análisis de los «procesos» (en una palabra, del análisis de sus relaciones con los demás). Cayó en la cuenta de que los problemas íntimos que tenía con otras personas, incluyendo su ex esposa y su actual compañera, estaban relacionados con la paralización de sus afectos, con su miedo a los sentimientos «efusivos» de los demás, con su espíritu crítico y su rechazo del resto del grupo en la esperanza de obtener una solución sistematizada de la autoridad.

Varias semanas después, tuvo lugar un episodio similar que corroboró y reforzó lo que Charles había aprendido. Comenzó la reunión con una actitud muy agresiva. Con frecuencia se quejaba de la pensión que tenía que pagar a su ex esposa; por otra parte citó un artículo periodístico que había aparecido ese mismo día en el que se hablaba de que las mujeres y sus abogados estaban exprimiendo a los inocentes maridos en los juicios de divorcio. A continuación, hizo extensivas estas observaciones a las mujeres del grupo y se mostró despreciativo hacia la contribución que ellas aportaban. Cuando el grupo volvió a analizar lo que le sucedía, Charles relató otros acontecimientos emocionantes que le habían sucedido en los últimos días. Su único hijo acababa de dejar el hogar para asistir a la universidad, y el último día que pasaron juntos fue, según él, muy decepcionante. Había deseado expresar a su hijo cuánto le quería; sin embargo, durante la última comida que hicieron juntos no articularon palabra, y Charles estaba desesperado por haber perdido esta maravillosa oportunidad. Tras la partida de su hijo, se preguntaba «qué iba a suceder ahora», sentía que «todo había terminado» y que entraba en una etapa nueva y definitiva de su vida. No temía el dolor ni la muerte, añadió, pero sí la incapacidad y la indefensión.

Evidentemente, todo el mundo compartía el miedo de Charles a la incapacidad y a la indefensión; pero estos sentimientos eran más intensos en su caso, porque era incapaz de revelar su vulnerabilidad o de pedir ayuda. En esa sesión en particular, en lugar de plantear una

descripción de su dolor y una petición de ayuda, Charles mostró una actitud distante y beligerante. Su cáncer le convertiría algún día en una persona dependiente de los demás, y esta idea le torturaba. Poco a poco, el grupo le ayudó a mitigar sus temores, permitiéndole expresar sus sentimientos de vulnerabilidad y formular peticiones de ayuda a los demás.

Otro de los pacientes, llamado Ron, llevaba más de dos años en el grupo y podía considerarse que estaba ya preparado para «graduarse», pero todavía meditaba esta posibilidad. Se había enamorado de Irene, una de las mujeres del grupo. Pero a ella su presencia le impedía desenvolverse a gusto. Cuando los miembros de una terapia de grupo forman un subgrupo o una pareja cuyos intereses son más importantes que su dedicación a la meta primaria de la terapia, el trabajo de todo el conjunto se ve seriamente comprometido. Esto era lo que había sucedido con Ron e Irene. En una sesión, no solamente apoyé la decisión de Ron de abandonar el grupo, sino que se lo exigí de una manera abierta, lo cual influyó para que diera por terminada su participación. La sesión siguiente a la partida de Ron fue muy agitada. Otro de los axiomas de los grupos terapéuticos reducidos es que los miembros, cuando se enfrentan a los mismos estímulos, responden a ellos de una manera especialmente individual. Sólo puede haber una explicación posible de este fenómeno: cada uno tiene su propio mundo interno. Por tanto, la investigación de las respuestas variables ante un mismo estímulo proporciona resultados muy satisfactorios en la terapia.

Las respuestas de Sylvia y Lena fueron las más sorprendentes, porque ambas se sentían particularmente amenazadas. Estaban convencidas de que yo había obligado a Ron a abandonar el grupo, opinión que no compartían los restantes miembros. Más aún, mi decisión les pareció, a Sylvia y Lena, muy arbitraria e injusta. Estaban enojadas, pero no se atrevían a expresarlo por temor a que también las expulsara a ellas.

El análisis de esos sentimientos nos condujo a los sistemas defensivos principales de Sylvia y Lena, basados en la creencia de que existía un salvador. Les atemorizaba tanto que las abandonase, que se esforzaron por tranquilizarme y contentarme. Ambas deseaban permanecer a mi lado en un nivel inconsciente, por lo que se resistían a curarse. En un nivel consciente, se negaban a comunicar al grupo cualquier cambio que pudiera ser considerado positivo. La presencia de Charles ayudó a subrayar sus temores de abandono y, en el fondo,

de morir. Las dos fueron comprendiendo poco a poco que habían tenido reacciones exageradas ante la situación; que la partida de Ron era lo más justo para él y para los demás; y que nadie, en fin, debía tener miedo de que le echaran del grupo. Con el tiempo comprendieron también que su reacción ante este incidente era el reflejo de su conducta general, de su dependencia, de su temor a ser abandonadas y de sus tendencias autodestructivas.

Charles experimentó también una reacción muy fuerte ante la partida de Ron, la misma que fue experimentando posteriormente conforme iban despidiéndose los demás. Confesó que sentía un dolor físico en medio del pecho, como si le estuvieran extrayendo algo; pero luego confesó que se sentía extremadamente amenazado por la posibilidad de la disolución del grupo. En una reunión, Charles, el mismo que unos cuantos meses antes había dicho que era emocionalmente estéril y que nadie significaba nada para él, manifestó al grupo lo mucho que lo apreciaba y le agradeció, con lágrimas en los ojos, el haberle salvado la vida.

En cierta ocasión, un joven del grupo hizo la curiosa observación de que envidiaba a Charles por tener esa enfermedad mortal; si él tuviera una enfermedad mortal, se sentiría impulsado a sacar mayor provecho de su vida. El grupo no tardó en recordarle que ciertamente padecía de una enfermedad mortal y que la única diferencia entre Charles y los otros era simplemente la de sentarse en la primera fila, en lugar de hacerlo en la última. Charles solía plantear a menudo esta cuestión. En una ocasión memorable, uno de los pacientes mayores se lamentó de que había «desperdiciado» su vida: había perdido tantas oportunidades, había dejado pasar tantas amistades potenciales y tantas posibilidades profesionales... Sentía una gran compasión por sí mismo, y se negó a experimentar el presente a través de sus remordimientos con respecto al pasado. Charles le señaló, con mucho tino y eficacia, que, aunque no podía considerar como perdida su vida anterior, en ese momento preciso la estaba «desperdiciando».

De vez en cuando, los miembros del grupo se acordaban de que Charles tenía un cáncer incurable y que moriría en un futuro próximo. Periódicamente, cada uno escenificaba una confrontación con la muerte de Charles y con la suya propia. Uno de los participantes, que había negado siempre la muerte, comentó que el deseo de vivir de Charles, su valor y su modo de contemplar su propia muerte, le había ayudado a aumentar su fortaleza y le había proporcionado un modelo tanto para vivir como para morir.

En el momento de escribir este estudio, Charles continúa siendo un miembro activo del grupo. Ha vivido mucho más tiempo del que le fijaban los pronósticos y se encuentra en buenas condiciones físicas. Más aún, ha realizado todas las metas que en un principio se impuso con la terapia. Se siente más humano y ya no se encuentra aislado; se relaciona de forma más abierta e íntima con las personas. Por otra parte, ingresó, junto con su compañera, en una terapia para parejas y sus relaciones han mejorado ostensiblemente. Su presencia en el grupo ha impresionado profundamente a casi todos los demás miembros; esta experiencia les ha hecho pasar, de sus preocupaciones existenciales relativamente estrechas, a un deseo de sumergirse en la vida de la manera más amplia e intensa posible.

La muerte como fuente primaria de angustia

El concepto de la muerte proporciona al psicoterapeuta dos tipos principales de ayuda. Ya me he referido al primero: el hecho de que la muerte tenga una importancia inmediata tan enorme que, si se confronta adecuadamente, puede alterar la perspectiva vital de la persona y promover su dedicación más auténtica a la vida. El segundo, al que me referiré a continuación, se basa en el supuesto de que el miedo a la muerte constituye una fuente primaria de angustia, que se presenta desde las primeras etapas de la vida, que configura la estructura caracterológica, que continúa generando angustia a lo largo de toda la vida, que causa trastornos manifiestos y que conduce a la formación de defensas psicológicas.

En primer lugar, consideremos algunos principios terapéuticos generales. Es importante tener presente que la angustia ante la muerte, aunque es ubicua y presenta múltiples ramificaciones, existe en los niveles más profundos del ser, se encuentra completamente reprimida y raras veces aflora de una manera clara y plena. La angustia ante la muerte en sí misma no aparece en el cuadro clínico de la mayoría de los pacientes y tampoco se convierte en tema explícito de la terapia, especialmente si ésta es corta. Sin embargo, algunos pacientes se sienten abrumados por ella desde el comienzo de la misma. En determinadas situaciones vitales, el paciente sufre una invasión tan fuerte de esta angustia que el terapeuta, por mucho que se empeñe, no puede evadirse del tema. Además, en la terapia intensiva a largo plazo, que explora los niveles más profundos de preocupación,

se encuentra siempre esta angustia ante la muerte de una manera explícita, por lo que hay que considerarla en el proceso terapéutico.

Como este sentimiento se halla tan ligado a la existencia, presenta connotaciones diferentes a los de la «angustia» considerada en otros marcos de referencia. Aunque el terapeuta existencial trata de aliviar los niveles incapacitantes de la angustia, no desea eliminarla completamente. No se puede vivir la vida sin enfrentarse a la muerte sin este sentimiento. La angustia es una guía al mismo tiempo que una enemiga, pero puede servir para señalar el camino hacia la existencia auténtica. La tarea del terapeuta consiste, pues, en reducirla convenientemente y, después, trabajar con ella para incrementar la conciencia y la vitalidad del paciente.

Otro punto importante que no debemos olvidar es que, aunque la angustia ante la muerte no aparezca explícitamente en el diario terapéutico, la teoría de la angustia basada en la conciencia de la muerte proporciona al terapeuta un marco de referencia y un sistema explicativo que puede repercutir en gran medida en la eficacia de sus resultados.

Represión de la angustia ante la muerte

En el capítulo II, relaté un accidente automovilístico en el que, si las circunstancias no me hubieran favorecido, hubiera perdido la vida. Mi respuesta a ese accidente sirve de modelo poderoso para trabajar con el tema en las reacciones neuróticas. Recordemos que, al cabo de un par de días, ya no experimentaba ninguna angustia explícita ante la muerte; antes bien, advertí una fobia específica con respecto a las discusiones a la hora del almuerzo. Lo que había sucedido es que yo había «manipulado» mi angustia ante la muerte mediante represión y deplazamiento. La había asociado con una situación específica; es decir, en lugar de sentir temor de la muerte o de la nada, empecé a experimentar angustia ante algo. La angustia mejora siempre cuando se asocia con un objeto o situación específica; y generalmente procura convertirse en miedo. El miedo —se tiene miedo de algo— presenta una localización en el tiempo y en el espacio; y, en virtud de esta localización, permite a la persona tolerarlo e incluso «manipularlo» (se puede evitar el objeto o elaborar un plan sistemático para conquistar el propio miedo). El miedo es una corriente que nos recorre por la superficie, pero que no amenaza nuestro fundamento.

Creo que esta sucesión de acontecimientos es bastante frecuente. La angustia ante la muerte está profundamente reprimida y no forma parte de nuestra experiencia cotidiana. Gregory Zilboorg, al hablar del miedo a la muerte dijo: «Si fuéramos en todo momento conscientes de este miedo, seríamos incapaces de desenvolvernos normalmente. Es necesario reprimirlo para continuar viviendo con un mínimo de bienestar»[26].

Sin duda, la represión, y la invisibilidad posterior, de la angustia es la razón por la que muchos terapeutas dejan de desempeñar el papel que les corresponde en este tema. Pero, ciertamente, lo mismo puede decirse de otros sistemas teóricos. El terapeuta siempre trabaja siguiendo la pista de las defensas que se emplean ante la angustia primaria. Por ejemplo, ¿con cuánta frecuencia encuentra la angustia de castración un terapeuta analíticamente orientado? Otra fuente de confusión es el hecho de que la angustia ante la muerte se pueda experimentar en diversos niveles diferentes. Así, uno puede considerar la muerte en forma desapasionada e intelectual. Pero esta percepción madura no es la misma que el terror a la muerte que reside en el inconsciente, terror que se forma al comienzo de la vida, antes del desarrollo de formulaciones conceptuales precisas; terror espantoso y rudimentario, que existe al margen de todo lenguaje y de toda imagen. El núcleo inconsciente original de la angustia ante la muerte se ve agravado por las horribles deformaciones de la muerte que suelen poseer los niños..

Como resultado de la represión y de la transformación, la terapia existencial se ocupa de la angustia al parecer sin relación con ningún otro núcleo existencial. Más adelante, en este mismo capítulo, me ocuparé de los pacientes que sienten una angustia manifiesta ante la muerte, y también la necesidad de profundizar en ella en el curso de una terapia extensa e intensa. Pero incluso en aquellos tratamientos en los que la angustia ante la muerte nunca llega a ser explícita, el paradigma que ella constituye puede incrementar la eficacia de la labor del terapeuta. *El terapeuta cuenta con un marco de referencia que aumenta considerablemente su eficacia.* Así como la naturaleza aborrece el vacío, el hombre aborrece la incertidumbre. Una de las tareas del terapeuta es incrementar el sentido que tiene el paciente de la seguridad y el dominio. A este respecto, es particularmente importante que una persona sea capaz de explicar y ordenar los acontecimientos de su vida de una manera coherente y con arreglo a patrones susceptibles de pronosticar. Identificar un hecho y su

localización dentro de una sucesión causal, es comenzar a experimentarlo como un hecho controlado. Por tanto, nuestra experiencia interna y nuestra conducta dejan de ser de terror, extrañas o descontroladas; en su lugar, actuamos (o tenemos una determinada experiencia interna) porque existe algo que podemos señalar e identificar. El «porqué» proporciona un dominio (o un sentido del mismo que, fenomenológicamente hablando, es equivalente al dominio *sensu stricto).* Creo que el sentido de poder que emana de la comprensión tiene cabida incluso en el ámbito de nuestra situación existencial básica: todos nos sentimos menos inútiles, menos desvalidos y menos solos, a pesar de que, por ironía del destino, lo que acabamos de comprender es precisamente lo contrario, es decir, que todos estamos básicamente desvalidos y solos frente a la indiferencia cósmica.

En el capítulo anterior presenté un sistema explicativo de la psicopatología basada en la angustia ante la muerte, y es importante tanto para el terapeuta como para el paciente. Cada terapeuta emplea un sistema explicativo —un marco de referencia ideológico— para organizar el material clínico al que se enfrenta. Pero, por muy complejo y abstracto que sea y por muy arraigado que esté en las estructuras inconscientes, tanto que no pueda transmitírsele de una manera explícita al paciente, siempre servirá para incrementar, de diversas formas, la eficiencia del que lo emplea.

En primer lugar, un sistema de creencias proporciona al terapeuta un sentido de seguridad, por las mismas razones por las que las explicaciones ofrecen seguridad a los pacientes. Al permitir al terapeuta ejercer el control del material clínico del paciente, para no sentirse abrumado por dicho material, el sistema de creencias le proporciona confianza en sí mismo y dominio, que, a su vez, transmite al paciente y hace que deposite su confianza en él, lo que constituye una condición esencial del tratamiento. Además, el sistema de creencias le sirve para aumentar su interés por el paciente, interés que facilita ostensiblemente el desarrollo de las necesarias relaciones entre terapeuta y paciente. En este sentido, creo que la búsqueda de una explicación causal genética (esto es, «¿qué razón ha en la historia del pasado de este paciente para que sea como es?») constituye un estímulo equivocado para el proceso terapéutico. No obstante, la explicación del pasado suele desempeñar una importante función en la terapia: proporciona al terapeuta y al paciente un proyecto conjunto deliberado, una base intelectual que sirva de fundamento al trabajo,

que permita reunir y soldar las piezas, mientras el verdadero agente del cambio, que es la relación terapéutica, germina y madura.

Este sistema de creencias proporciona consistencia a las observaciones que hace al paciente; le permite saber qué es lo que debe explorar y dónde *no* vale la pena presionar, para no confundir al paciente. Aunque el terapeuta no efectúe observaciones exhaustivas y explícitas acerca de las raíces inconscientes de los problemas, con perspicacia y un buen sentido de la oportunidad, puede hacer comentarios que se «conecten» en un nivel subverbal profundo con el inconsciente del paciente, para lograr que éste se sienta comprendido al máximo. Un sistema profundamente arraigado en los niveles más íntimos del ser, tiene la ventaja de demostrar al paciente que *no* hay terrenos tabú, que puede hablarse de cualquier tema y, además, que sus preocupaciones más profundas no son idiosincrásicas, sino que son compartidas por todos los seres humanos.

El sentido de seguridad que el terapeuta obtiene cuando recurre a un sistema explicativo de la psicopatología, beneficia a la terapia por su naturaleza variable. Así, existe un grado óptimo de seguridad: cuando ésta es demasiado baja *o* demasiado alta, los efectos son contraproducentes. Cuando tiene poca seguridad, por las razones ya señaladas, retrasa la formación de un nivel mínimo de confianza. El *exceso* de seguridad, por otra parte, genera rigidez. El terapeuta rechaza o distorsiona los datos que no cuadran en su sistema; además, evita enfrentarse, y ayudar al paciente a que lo haga, a uno de los conceptos primordiales de la terapia existencial: que la incertidumbre existe, pero que todos debemos aprender a convivir con ella.

Opciones interpretativas: un caso ilustrativo

En el capítulo IV describí la dinámica existencial general que acompaña a los síndromes clínicos más comunes en relación con la angustia ante la muerte. Ahora plantearé las opciones interpretativas específicas en un caso de sexualidad compulsiva.

Bruce era un hombre de edad mediana que, desde su adolescencia, se había pasado toda su vida «al acecho», como él mismo decía. Había mantenido relaciones sexuales con cientos de mujeres, pero jamás había experimentado un sentimiento profundo hacia ninguna de ellas. Bruce no se relacionaba con las mujeres como seres integrales, sino como «objetos sexuales». Todas eran más o menos

sustituibles. Lo importante era gozar con ellas, después ya no tenía sentido permanecer a su lado. En consecuencia, le ocurría con frecuencia que, después de separarse de una mujer, salía a buscar otra, aunque sólo hubieran transcurrido unos cuantos minutos. La compulsividad de su conducta era tan clara, que hasta él mismo lo comprendía. A veces tenía conciencia de que «necesitaba» una mujer o de que «se veía obligado» a buscarla, aunque no quisiera hacerlo.

El caso de Bruce podía interpretarse desde las más diversas perspectivas, ninguna de las cuales era exclusiva. Los matices edípicos aparecían claramente: deseaba y temía a las mujeres que le recordaban a su madre. Con su esposa, generalmente se mostraba impotente. Por otra parte, cuanto más se aproximaba, en sus viajes, a la ciudad donde reside su madre, mayor era su deseo sexual. Además, sus sueños estaban cuajados de temas incestuosos y de castración. También existían pruebas de que su heterosexualidad compulsiva estaba estimulada por su necesidad de impedir la irrupción de impulsos homosexuales inconscientes. Su autoaprecio se hallaba muy deteriorado, y el éxito que obtenía seduciendo mujeres se podía interpretar como un intento continuo de fortalecerlo. Pero había otro aspecto importante en la cuestión: Bruce tenía al mismo tiempo necesidad y miedo de la cercanía. El encuentro sexual, que es una cercanía y, a la vez, una caricatura de ella, representaba tanto la necesidad como el miedo.

A lo largo de más de ocho años de análisis y de terapia dirigida por psicoterapeutas competentes, todas estas explicaciones, y muchas otras más, se analizaron exhaustivamente sin el menor efecto en su impulso sexual compulsivo.

Durante mi trabajo con Bruce, me llamaba la atención la riqueza del material existencial que presentaba. Su compulsividad se podía entender como un escudo para evitar la confrontación con su situación existencial. Por ejemplo, era evidente que temía estar solo; siempre que se hallaba alejado de su familia, se las arreglaba para no pasar una noche solo.

La angustia puede ser una guía útil, y hay momentos en que el terapeuta y el paciente deben fomentarla abiertamente. En consecuencia, cuando Bruce hubo mejorado lo suficiente, en cuanto a su capacidad para tolerar su angustia, le sugerí que pasara una noche completamente solo y que anotara todos sus pensamientos y sentimientos. Lo que experimentó aquella noche fue sumamente importante para la terapia. Miedo cerval sería la única expresión adecuada

para describirlo. Por primera vez, desde su infancia, descubrió que tenía miedo de lo sobrenatural. Por una mera casualidad, tuvo lugar una interrupción de la corriente eléctrica, y Bruce experimentó un gran pánico ante la oscuridad. Imaginaba que había una mujer muerta acostada en la cama (que se parecía a la vieja de la película *El exorcista),* que en la ventana aparecía la cabeza de un muerto; tenía miedo de que le tocara «algo que parecía la mano de un esqueleto cubierto de trapos». Se sintió muy aliviado por la presencia de un perro y, por primera vez, comprendió el fuerte vínculo que existe entre algunos individuos y sus animales domésticos: «Lo que se necesita no es un compañero humano, sino que algo vivo esté cerca de uno», comentó.

El terror de aquella noche se fue transformando gradualmente, mediante la labor terapéutica, en conocimiento profundo de sí mismo. El haber pasado una noche solo, aclaró suficientemente la función que para él cumplía el sexo. Al no contar con la protección que éste le brindaba, Bruce cayó de lleno en la angustia ante la muerte; las imágenes eran cristalinas: una muerta, una mano de esqueleto, una cabeza de muerto. ¿Cómo era que el sexo protegía a Bruce de la muerte? De diferentes maneras, cada una de las cuales fuimos analizando en la psicoterapia. La compulsividad sexual, como todos los demás síntomas, es rígida. Para empezar, el sexo era una forma de desafiar a la muerte. En él había algo que le asustaba; sin duda estaba entremezclado con anhelos incestuosos escondidos y con temores de una represalia en forma de castración, y por «castración» no me refiero a una castración literal, sino a una aniquilación. De este modo, el acto sexual era contrafóbico. Bruce se mantenía vivo introduciendo su pene en el vórtice de la vida. Vista de esta manera, su compulsividad sexual se correspondía con sus otras pasiones: el paracaidismo, el alpinismo y el motociclismo.

El sexo constituía también un medio de derrotar la muerte, reforzando la creencia de Bruce en que él era especial. Se mantenía vivo, en cierto sentido, porque era el centro de su universo. Las mujeres revoloteaban a su alrededor, y todas le adoraban. Existían sólo para él. Nunca se le pasó por la mente que ellas pudieran tener vidas independientes. Se imaginaba que permanecían esperándole en un estado de animación suspendida; que, como los flageladores de José K., en *El juicio* de Kafka, estaban allí, esperándole, cada vez que él abría sus puertas, y si él no estaba a su lado, se congelaban en una especie de inmovilidad. Naturalmente, el sexo le servía también

para evitar que se produjeran las condiciones necesarias para una verdadera confrontación con la muerte. Bruce nunca había tenido que enfrentarse al aislamiento que acompaña a la conciencia de la propia muerte. Las mujeres eran «algo vivo y cercano», como el perro en la noche del terror. Bruce nunca estaba solo: o estaba con una mujer en la cama (un esfuerzo frenético por fundirse con una mujer), o buscando una o acabando de separarse de otra. Así, su búsqueda no era verdaderamente de sexo, ni siquiera era el resultado de esas fuerzas infantiles, de esa «materia prima de donde más adelante surge el sexo», como lo ha expresado Freud[27], sino que era una búsqueda destinada a la negación y al alivio de su temor a la muerte.

Más adelante, en una ocasión tuvo un encuentro sexual con una bella mujer, precisamente la esposa de su jefe inmediato. Estuvo considerando cuidadosamente esta oportunidad y habló del asunto con un amigo, quien trató de disuadirle, haciéndole ver sus posibles repercusiones negativas. Bruce sabía también que el precio que tendría que pagar, en términos de angustia y culpa, sería muy alto. Finalmente, en medio de grandes sufrimientos, por primera vez en su vida decidió renunciar a una conquista sexual. Durante nuestra siguiente sesión terapéutica, me mostré de acuerdo con él en que su decisión había sido la mejor.

La reacción que tuvo después de esta decisión fue muy ilustrativa. Me acusó de arrebatarle los placeres de la vida. Se sentía «acabado», «liquidado». Al día siguiente, cuando normalmente hubiera estado dedicado a algún ejercicio sexual, se dedicó a leer un libro y a tomar un baño de sol. «Esto es lo que quería Yalom», pensó, «que me volviese viejo y me sentara al sol a calentar mis huesos como un perro». Se sintió especialmente inútil y deprimido. Esa noche tuvo un sueño que estimula, mejor que cualquiera de los sueños que he conocido, el empleo del simbolismo onírico:

> Tenía un hermoso arco con flechas, y me vanagloriaba de que era una obra de arte que poseía cualidades mágicas. Usted y mi amigo X no estaban de acuerdo, y señalaban que se trataba de un arco y de unas flechas bastante vulgares. Pero yo argumenté: «No; es mágico, mire estos rasgos y estos otros» (señalando hacia dos protuberancias). Usted insistía: «No; es muy corriente»; y continuó tratando de demostrarme que el arco estaba fabricado de una manera muy elemental, y que lo que le daba forma era un conjunto de ramitas con una cuerda.

Lo que ilustra el sueño de Bruce de una manera tan hermosa es que

el sexo es un medio de derrotar la muerte. Ésta se halla en relación con trivialidades y formas ordinarias. La magia es lo que le permite a la persona transcender las leyes de la naturaleza, transcender lo ordinario, negar la propia identidad primitiva que condena al ser a una muerte biológica. Su falo era un arco con flechas de una cualidad mágica, que le permitía elevarse por encima de las leyes naturales. Cada uno de sus contactos amorosos constituía, de un modo mágico, una vida en miniatura, aunque cada una de ellas era un laberinto que terminaba en un callejón sin salida; sus aventuras, consideradas sin solución de continuidad, le proporcionaban la ilusión constante de que la línea de su vida se prolongaba.

Cuando analizamos el material derivado de esas dos decisiones importantes —la de pasar un tiempo solo y la de *no* aceptar una invitación sexual—, se fue iluminando poco a poco su patología sexual y muchos otros aspectos de su vida. Por ejemplo, siempre se había relacionado con los demás de una manera muy limitada y aderezada por el sexo. Cuando se desvaneció su compulsividad sexual, comenzó a preguntarse por primera vez: ¿qué quiere la gente?, una pregunta que nos empujó a una fructífera exploración de la confrontación de Bruce con su aislamiento existencial. Describiré esta fase de la terapia de Bruce en el capítulo IX. En realidad, el curso de este tratamiento ilustra la interdependencia de todas las preocupaciones esenciales. La decisión de Bruce y su resistencia posterior a aceptar dicha decisión, en el sentido de rehusar una invitación sexual, era la punta de un iceberg que indicaba la presencia de otra preocupación existencial extraordinariamente importante, la libertad, y también el problema de asumir su responsabilidad, que es el tema del capítulo VI. La desaparición gradual, en fin, de su compulsión sexual, le obligó a afrontar otra preocupación esencial: la carencia de sentido vital. Al transformar su principal *raison d'être,* Bruce empezó a confrontar el problema del propósito de la vida, tema que trataremos en el capítulo IX.

La angustia ante la muerte en la terapia a largo plazo

Aunque en la terapia de corta duración suelen desplazarse las consideraciones explícitas de la angustia ante la muerte, cualquier terapia intensiva a largo plazo quedaría incompleta sin haber resuelto la conciencia y el miedo a morir. Mientras el paciente siga intentando

evitar la muerte, a través de la creencia infantil de que el terapeuta le librará de ella, se verá impedido de abandonar al terapeuta. La expresión de este problema tan frecuente que se presenta en la última etapa de la terapia podría resumirse con esta frase: «Mientras siga con usted, no me moriré.»

May Stern describió, en un importante artículo, los casos de seis pacientes que parecían hallarse en análisis interminable[28]. En cada uno de ellos, el tratamiento de la angustia ante la muerte permitió llevar el análisis a feliz término. Un paciente representativo era un obsesivo-compulsivo de treinta y ocho años, con síntomas de insomnio, pesadillas, hipocondríasis y la fantasía obsesiva, durante sus relaciones sexuales, de que se sentaban sobre él y le soplaban dentro. Se había llevado a cabo una intensa labor en el nivel edípico y en el preedípico; se había explorado también el significado de sus síntomas en términos de angustia de castración, de identificación femenina incestuosa, de regresión pregenital, de incorporación oral, etc., sin obtener ningún efecto terapéutico. Sólo cuando el analista avanzó hacia un nivel más profundo —el significado de sus síntomas en el contexto del miedo a la muerte—, comenzó a cambiar el panorama clínico.

Finalmente, el material de transferencia relacionado con su deseo de obtener del analista una fórmula mágica condujo a la interpretación de que concebía el análisis como una protección frente al miedo de morir, protección que nadie era capaz de brindarle. Este descubrimiento produjo un giro sorprendente y casi dramático. Así, hizo posible analizar su miedo permanente a la muerte a través de sus quejas hipocondríacas, su lucha desesperada con el miedo a la nada durante la primera parte de su período de latencia y su deseo, finalmente, de prolongar el análisis de forma indefinida.

Otro paciente que presentaba muchos síntomas autodestructivos —juego, bebida, peleas continuas y rasgos de masoquismo sexual— había alcanzado también muy poco éxito en un prolongado análisis.

Ningún artificio había logrado que abandonara en el *acting out* la fantasía de que sus perversas actividades provocarían la ira del analista, quien consecuentemente le pegaría. Cualquier interpretación de éste le servía para gratificar su deseo de que le regañasen y pegasen; el silencio era para él equivalente a los enfados de su padre. Su análisis parecía haber llegado a un *impasse*... Finalmente, el terapeuta interpretó que, a través de la fusión con el analista (padre), deseaba obtener protección frente a la muerte, lo que provocó un verdadero río de material terapéutico. «La muerte está y siempre

ha estado revoloteando a mi alrededor.» Recordó incluso que de niño pensaba mucho en ella. «He resuelto mi miedo a la muerte mediante la sumisión... El hecho de que me violen analmente significa para mí una protección frente a la muerte.» Y se lamentaba de que nadie le hubiese dicho esto anteriormente.

En este caso, como en el primero, el análisis de la transferencia fue la *vía regia* a las capas subterráneas de la angustia ante la muerte. El concepto histórico de la transferencia (esto es, la transferencia del afecto de una catexis anterior a la actual) sólo tiene un valor limitado en el proceso real de la psicoterapia. Lo importante es la función inmediata, aquí y ahora, de la distorsión del paciente. En el caso referido por Stern, su paciente descubrió que utilizaba al terapeuta de escudo para protegerse de la conciencia y del miedo a la muerte. Gradualmente pudo confrontar su muerte e incluso llegar a comprender que no sólo su transferencia, sino también sus síntomas, representaban formas mágicas e infantiles de mantener presente la muerte (por ejemplo, la bebida era una representación de «una fusión estática y simbólica con la madre, como defensa ante la muerte»).

Cada uno de estos pacientes alcanzó con el tiempo una mejoría notable; pero también debemos señalar que «el cambio dramático en las situaciones terapéuticas de estos pacientes pudo deberse a que la interpretación del miedo a la muerte se introdujo al cabo de varios años de tediosa labor de per-elaboración, en el momento en que apareció en el horizonte la posibilidad de terminar el análisis». En todos los individuos neuróticos existe un substrato de angustia ante la muerte que se puede per-elaborar en una terapia a largo plazo, proceso que el terapeuta facilita interpretando los síntomas del paciente y la transferencia en tanto que mecanismos de defensa frente a aquélla.

La muerte no puede dejarse de lado a la hora de explorarse profundamente uno mismo, porque una de las tareas principales del adulto maduro es llegar a un compromiso con la realidad de la declinación y la disminución personal. La *Divina comedia,* que Dante escribió cuando apenas contaba treinta y tantos años, es susceptible de varias interpretaciones, pero ciertamente refleja la preocupación del autor por su muerte personal. Los primeros versos describen la espantosa confrontación con la propia mortalidad, que suele acaecer en la mitad de la vida:

> Al mediar la carrera de nuestra vida, perdí el camino certero y, extraviado, me encontré en una oscura selva. ¡Ah, cómo describir hasta qué punto aquella

> selva, cuyo recuerdo hace revivir mi pavor, era tupida, áspera y salvaje! La angustia que despertaba en mí, en muy poco cedía a la de la propia muerte[29].

Los individuos que han experimentado importantes trastornos emocionales en sus vidas y cuyas defensas neuróticas les han acarreado una restricción de sí mismos, pueden encontrar dificultades particularmente graves en la mitad de sus vidas, cuando el envejecimiento y la muerte han de ser reconocidos como hechos. El terapeuta que trata a un paciente a esta edad debe recordar que una buena parte de la psicopatología emana de la angustia ante la muerte. Jaques, en su ensayo sobre la crisis de la mitad de la vida, lo señala claramente:

> La persona que llega a la mitad de la vida sin haber logrado establecerse en la vida marital o profesional y sin haberse defendido por medio de actividades maníacas y de negación, con el consiguiente empobrecimiento emocional, se encontrará mal preparada para enfrentarse a las demandas de esta etapa y para disfrutar de su madurez. En tales casos, la crisis de la mitad de la vida y el encuentro del adulto con la concepción de la vida ante la inminencia de la muerte personal, se convertirán en un periodo de trastornos psicológicos y colapso depresivo. Éste puede evitarse fortaleciendo las defensas maníacas, frenando la depresión y el sentimiento de persecución por el envejecimiento y la muerte. Pero entonces se produce una acumulación de la angustia persecutoria, a la cual el individuo tendrá que enfrentarse cuando se vea obligado a reconocer la inevitabilidad del envejecimiento y la muerte.
>
> Los intentos compulsivos que hacen muchos hombres y mujeres al llegar a la mitad de la vida para permanecer jóvenes, la preocupación hipocondríaca por la salud y la apariencia física, la aparición de promiscuidad sexual para demostrar juventud y potencia, el vacío y la falta de disfrute auténtico de la vida y la frecuencia de las preocupaciones religiosas, son patrones muy conocidos a este respecto. Todos ellos no son sino ensayos para ganar la carrera contra el tiempo[30].

La angustia ante la muerte como síntoma primordial: estudio de un caso

Con frecuencia, los terapeutas encuentran pacientes para quienes la angustia ante la muerte desempeña claramente un papel esencial y explícito. Estos pacientes suelen ser difíciles de soportar, porque, una vez que se dan cuenta de que no hay otra alternativa que enfrentarse con el asunto de la muerte, sus terapeutas comprenden que carecen de los instrumentos conceptuales necesarios para guiarles.

Este caso era el de Sylvia, a quien ya me referí en este capítulo porque formaba parte del grupo de terapia en el cual se introdujo a Charles, el paciente con cáncer avanzado. Sylvia, de treinta y seis años, era una arquitecta divorciada con una excelente posición económica que había estado en psicoterapia durante los últimos diez años. Era alcohólica, depresiva crónica, ansiosa, obesa, solitaria y estaba sujeta a una gran variedad de padecimientos psicofisiológicos, incluyendo dolores de cabeza, urticaria, dolores de espalda, dificultades auditivas y asma. Tenía graves problemas con su hija de trece años y con sus dos hijos mayores, quienes, debido a su alcoholismo y a su conducta impredecible, habían elegido vivir con el padre. Todas las terapias a las que se había sometido anteriormente (individual, de grupo y familiar) habían fracasado. Una terapia especializada en un grupo de alcohólicos, de año y medio de duración, le ayudó a controlar un poco la bebida; pero, en todos los demás aspectos, permanecía presa de sus tensiones, por lo que la terapia era simplemente una «operación de mantenimiento».

La entrada de Charles en el grupo (del que ella formaba parte desde hacía varios meses) alteró radicalmente el curso de su terapia, pues, al verse obligada a confrontarse con la idea de la muerte, surgieron varios temas importantes en su cuadro clínico.

La primera reacción de Sylvia cuando Charles informó al grupo que padecía un cáncer incurable, fue irracional. Anteriormente describí la ira que desplegó hacia él por aceptar el cáncer pasivamente y por no haber buscado algún otro tipo de ayuda diferente a los sistemas médicos convencionales. Dos semanas después de que Charles confesara su enfermedad, Sylvia tuvo una reacción de pánico. Acababa de comprar un sofá de cuero para su casa, pero su olor la perturbaba de una manera extraña. Más aún, acogió en su casa a un invitado que era pintor y Sylvia llegó a la conclusión de que los vapores que se desprendían de las pinturas al óleo eran tóxicos. Una noche, experimentando en la cara una urticaria leve, despertó aterrorizada con el convencimiento de que iba a morir como resultado de un fallo respiratorio por su reacción alérgica al sofá y al olor de las pinturas. Su pánico llegó a tales extremos, que acabó llamando a una ambulancia en plena noche. Volvió a beber y, tres semanas después del ingreso de Charles, fue arrestada por conducir en estado de ebriedad. Ella declaró que su manera de conducir era un equivalente del suicidio, y que éste era un modo de lograr el control sobre la muerte, porque proporciona un control activo sobre la propia suerte,

en lugar de permanecer esperando a «que algo horrible se lo trague a uno». Su grado de angustia continuó siendo elevado durante varias semanas, y llegó a sentirse tan incómoda que planteó la posibilidad de abandonar el grupo: consideraba que estaba de más en él y que incluso yo quería que se retirase. Más adelante, debido a sus dolores de cabeza, la envié a un internista para un examen físico, a raíz de lo cual cayó en una aguda depresión que le llevó a interpretar este hecho como un intento mío de desembarazarme de ella. Así, cuando ingresaron en el grupo varios miembros nuevos, creyó que llegaban para reemplazarla.

Una vez superada su angustia inicial, Sylvia no sólo dejó de evitar a Charles, sino que empezó a relacionarse con él, al principio en forma de tentativa y después de una manera mucho más positiva. En ciertas sesiones en las que Charles se mostraba deprimido o ansioso, era precisamente ella quien tomaba la iniciativa de preguntarle en voz alta si estaba preocupado por su cáncer o porque el tiempo se le escapaba de las manos. Gradualmente, Sylvia comenzó a pensar y a hablar libremente de sus preocupaciones principales: del envejecimiento, del miedo a contraer cáncer y de su terror a la soledad. Se mostraba preocupada por la muerte de su madre, y recordaba con minuciosidad las circunstancias que la rodearon, cosa que no había podido hacer en los últimos quince años. Estos temas habían estado siempre latentes, pero no se habían abordado durante la terapia.

El caso de Sylvia demuestra palmariamente que el marco de referencia del terapeuta controla el contenido del material que aporta el paciente. Por ejemplo, Sylvia venía padeciendo de insomnio desde hacía quince años, para lo cual la habían tratado numerosos clínicos con los más diversos enfoques y tipos de sedantes. Varias semanas después de que Charles entrara en el grupo, ella volvió a describir el síntoma crónico de su insomnio, pero, esta vez, debido a que el terapeuta estaba interesado en otro tipo de problemas, agregó que durante años se había despertado todas las noches, entre las dos y las cuatro de la mañana, sudando y repitiendo «no quiero morir, no quiero morir». Durante sus diez años de terapia (incluyendo los dos años que llevaba conmigo), nunca había hecho esta confesión a ningún terapeuta.

Cuando aludía a la angustia ante la muerte como base esencial de la constitución de su patología, muchos síntomas y acontecimientos, aparentemente sin sentido, se acomodaron en un patrón coherente. Sus ataques de pánico, con los que solían comenzar sus crisis de

comida y bebida, casi siempre se iniciaban como consecuencia de algún insulto a su cuerpo o de un proceso de enfermedad y deterioro físico. Por otra parte, su angustia ante la muerte se acentuaba siempre que se encontraba sola. El mensaje implícito que le transmitía a su hija de trece años era: «No crezcas ni me abandones. No puedo soportar la soledad. Necesito que permanezcas siendo tan joven como eres ahora y que te quedes a mi lado. Si tú no creces más, yo no envejeceré.» Esta actitud afectaba mucho a su hija, quien daba muestras de una conducta delictiva.

El principal mecanismo de defensa de Sylvia contra la angustia era su creencia en la existencia de un salvador, convicción que se encontraba en la raíz de su oralidad generalizada (manifestada en parte por su obesidad y alcoholismo) y que se evidenciaba claramente en su relación con la terapia y los terapeutas. Siempre era obsequiosa y deferente con ellos, porque lo que más temía era que la rechazaran o la abandonaran. Por este motivo exageraba su necesidad del terapeuta, ocultaba todos los progresos que hacía y se presesentaba como una persona particularmente confusa e indefensa. Parecía que su tarea en la terapia era presentarse como una persona tan débil, que el terapeuta se viera obligado a llevarla de la mano y socorrerla.

Cuanto más se enfrentaba a estos hechos, Sylvia experimentaba más angustia. Como fuera necesario entonces atenderla con más frecuencia que la de las reuniones semanales del grupo, comencé a recibirla en una serie de sesiones individuales, en las cuales tratamos directamente su preocupación por la muerte.

El fallecimiento de su madre, por un cáncer cervical, había constituido el acontecimiento más doloroso en la vida de Sylvia; no podía recordarla sin sentir horror. A la edad de veinticinco años, había abandonado a su familia y se había instalado junto al lecho de muerte de su madre, para cuidarla durante el último mes en que vivió. En esa etapa, la madre permanecía casi siempre inconsciente o en un estado de conciencia altamente irracional, con alucinaciones y rasgos paranoides. Por otra parte, al no controlar los intestinos y los esfínteres, en todo momento requería los cuidados de Sylvia. Finalmente, murió bañada en excrementos de un hedor insoportable, emitiendo extraños ruidos y echando sangre y mucosa por la boca. Sylvia recordaba que en aquellos instantes sentía la cabeza separada del cuerpo, hinchada y que en cualqduier momento le estallaría (de modo semejante a los dolores de cabeza que experimentaba después del ingreso de Charles en el grupo).

Durante su infancia Sylvia tuvo muchas experiencias aterradoras con la muerte. Su abuelo había muerto cuando contaba siete años, y su abuela, seis meses después. Decía recordar haberla visto en el ataúd y haber pensado que ella le cortaba la garganta. (Ya en la edad adulta, creía recordar que a su abuela la habían operado de la tiroides.) Por otra parte, cuando Sylvia contaba doce años, un compañero de colegio se ahogó y ella asistió a su funeral, hecho que la impresionó profundamente. Por lo demás, Sylvia había sido una niña bastante enfermiza, y su madre le confesó varias veces (a ella y a algunos de los amigos y parientes) lo cerca que había estado una vez de la muerte. Así, durante sus cinco primeros años, en varias ocasiones padeció pulmonía; y, a los seis, se rompió un brazo y se le descubrió una osteomielitis crónica. A esa edad fue necesario operarla, y recordaba con horror la mascarilla sofocante de la anestesia, la cual, desde entonces, vino a producirle una gran angustia. Así, cuando nacieron sus hijos, sufrió ataques psicóticos pasajeros.

Su recuerdo más remoto era que «estaba muerta» siendo muy pequeña, y que una tía le daba masajes en las piernas para que volviera en sí. Creía que, probablemente, estuviera en coma y recordaba cómo su tía lloraba. Recordaba también que todo el cuerpo le dolía intensamente cada vez que ésta le tocaba, pero ella no podía hablar ni decirle que no la tocara. El siguiente recuerdo que tenía era de encontrarse muerta y flotando fuera de su cuerpo, tratando desesperada e infructuosamente de volver a introducirse en él.

Además de estas experiencias prematuras, que la pusieron en contacto con la muerte «demasiado pronto y con excesiva intensidad», existen otros varios factores importantes en la vida de Sylvia que le impidieron desarrollar las defensas convencionales contra el miedo a morir. No tenía ninguna confianza en su madre ni en su padre. Éste abandonó a la familia cuando ella era muy pequeña, y los recuerdos que tenía de su madre indicaban que era una persona irresponsable y en la que no se podía confiar: entraba en situación de pánico cuando alguien enfermaba o sufría algún daño físico, viéndose obligada a llamar a algún familiar para que cuidase del enfermo. De ella, Sylvia no había recibido nada ni emocional ni material; cuando era preadolescente, se iba de la casa durante muchos días seguidos en compañía de un hombre, dejando a Sylvia a cargo de la responsabilidad familiar. La madre se había enfrentado a su propia muerte con un terror espantoso; de este modo, se convirtió en un modelo que

sensibilizó a Sylvia aún más en lo relativo al terror de morir. (Muchos pacientes afirman que la manera como sus padres se enfrentan a la muerte es sumamente importante para conformar su propia actitud hacia la misma. Esta observación encierra algunas consideraciones obvias para el tratamiento de los pacientes moribundos: una manera de mantener un sentido vitalista hasta el final, es considerar el ejemplo que uno está dando a los demás.)

La angustia ante la muerte en el caso de Sylvia estaba perfectamente fundamentada. Había tenido un contacto muy estrecho con la muerte demasiado pronto, y su madre le había recordado con frecuencia que había estado a punto de morir. Además, no había podido desarrollar las defensas convencionales basadas en la negación para protegerse de la muerte. De sus padres no podía esperar protección ni salvación: su padre había muerto, y su madre se hallaba abrumada por su propia vida. No había podido confinar la muerte en un rincón remoto ni tampoco llegar a creer en su propia inviolabilidad. La muerte constituía una presencia inminente; había estado a punto de ser su víctima más de una vez. Su vulnerabilidad y fragilidad no podían ser, pues, mayores.

Sylvia recordaba haber tratado de refugiarse en la religión. Así, había pedido a su abuela que le demostrara la existencia de Dios, porque, de existir, podría salvarla de la muerte o bien cuidarla cuando muriese. La familia pertenecía a una de las denominaciones baptistas, que tienen una concepción muy tétrica del infierno. Varias veces, cuando había estado tan enferma durante su infancia, había hecho un convenio con Dios: «Si me salvas la vida, yo me haré monja y te dedicaré mi vida.» Ahora, después de varias décadas, Sylvia continúa arrepintiéndose de no haber cumplido aquella promesa.

Las sesiones individuales que dedicamos a la anamnesis de la muerte fueron muy provechosas: Sylvia pudo darse cuenta del miedo que la inspiraba y del papel que había desempeñado en su vida. Dentro del grupo, comprendió que sentía terror a envejecer y que sus defensas eran muy pobres, pues consistían en una maniobra de «congelamiento y camuflaje». En otras palabras, había suspendido su crecimiento y su vida llevada por la creencia mágica de que la muerte no se la llevaría si permanecía inmóvil. Por esta razón, descuidó su apariencia física y su vitalidad se vio durante largas temporadas bastante menguada. Se volvió obesa porque mantenía otra creencia mágica al respecto: si lograba evitar el adelgazamiento que había sufrido su madre, continuaría viva. (Hattie Rosenberg describió una

dinámica idéntica en una de sus pacientes)[31]. La suspensión que había experimentado su vida se puso de manifiesto un día en el grupo, cuando uno de los hombres le llevó flores con motivo de su cumpleaños. Para su sorpresa, descubrió que deseaba tener un amante y que se había perdido muchas experiencias en los últimos años por estar siempre en esa posición limítrofe entre la vida y la muerte.

También reconoció que se había tratado a sí misma como a una moribunda y que había exigido a los demás el mismo trato. Una vez, mientras el grupo le reprochaba sus meditaciones hipocondríacas, exclamó: «¿Cómo podéis tratarme así si me estoy muriendo?» De pronto comprendió el absurdo de su exclamación, pero también recordó que esto lo había dicho muchas veces *sotto voce*.

El trabajo de Sylvia en el grupo se concentró en su relación con Charles y conmigo. Su trato con Charles se volvió mucho más real: dejó de negar su enfermedad, así como de aconsejarle que buscase un curandero y de competir con él en lo referente a quién se hallaba más cerca de la muerte. Paulatinamente, fue mostrándose menos segura de mi omnipotencia. Aunque trataba de aferrarse a su idea de que yo era superior, también comprendió que se sentía molesta cada vez que yo me equivocaba. Por consiguiente, tuve mucho cuidado de no asumir en ningún momento un papel de omnisciencia y mostrarme lo más abierto y transparente posible. La mejoría de Sylvia era evidente y sólida. Empezó a enfrentarse a la muerte, en lugar de quedarse paralizada ante ella. Comprendió que para escapar a la angustia ante la muerte había tratado de fundirse con el terapeuta y sus amigos. Hasta la televisión le servía para ese fin: cuando sentía un miedo exacerbado de morir, se ponía a mirar la televisión durante largos períodos, porque «el simple hecho de escuchar una voz me permite saber que sigo viva». Dejó de tener miedo a la soledad y comenzó a plantearse la posibilidad de vivir satisfactoriamente, aunque no tuviera una relación de dependencia con un hombre o con un niño. (Hay un viejo proverbio que dice: «El que lleva consigo la luz, no teme la oscuridad.»)

Empezó a cuidar su apariencia física, a adelgazar y a fomentar su vida social fuera del grupo. Durante dos años, su único mundo había sido el grupo, por eso comprendimos que estaba a punto de terminar su terapia cuando un día anunció que saldría media hora antes porque tenía un compromiso para cenar. Lo más sorprendente de todo fue, sin embargo, su declaración de que desde hacía varias semanas venía

meditando sobre la muerte de su madre, no como la obsesión de antes, sino como una meditación consciente acerca de los aspectos horripilantes del hecho en sí, con el plan deliberado de llegar a dominar la situación familiarizándose con ella. La decisión era especialmente importante, ya que, por primera vez, no había respondido a una sugerencia del terapeuta, sino a sus propios planes. Durante años la había obsesionado la idea de que moriría a la misma edad que su madre. Como el grupo observara que ya no hablaba de esta obsesión, ella alegó: «Desde hace mucho tiempo ya no pienso en eso; ya no forma parte de mi experiencia. Ahora me dedico a vivir.»

Llegó a la firme decisión de concluir su participación en el grupo, pero, tal como era de esperarse, se recrudecieron nuevamente muchos de sus síntomas. Tuvo varias pesadillas, pánicos nocturnos por la muerte y deseos imperiosos de contar con una figura superior para que la auxiliase. No obstante, esta exacerbación de la sintomatología fue breve, tal vez porque el terapeuta ya le había advertido que esto le ocurriría cuando tomara tal decisión. En su última sesión, nos narró el siguiente sueño:

> Me encontraba en una cueva grande, donde había un guía que, creo, me había prometido mostrarme algo fabuloso. Pero en la cueva no había ni pinturas ni nada semejante. Entonces me condujo a otra habitación, rectangular y tal vez del mismo tamaño que ésta, pero tampoco había nada en las paredes. Por último, lo único que pude ver fue un par de ventanas que daban a un cielo gris y un conjunto de robles. Cuando ya salíamos, el guía experimentó un cambio: de repente se mostró con el pelo rojo y de un magnetismo increíble, hasta el punto de que yo pensé que era eléctrico. Entre nosotros existía un vínculo muy fuerte. Poco después volví a verle, pero parecía haber perdido todo su magnetismo y había vuelto a ser un hombre normal con sus pantalones vaqueros.

Este sueño es un ejemplo patente e impresionante de la renuncia a la magia; refleja el compromiso de Sylvia con su creencia ilusoria de la existencia de un salvador. En el sueño yo no pude mostrarle una exposición fabulosa; en lugar de maravillosas pinturas, sólo pude ofrecerle un par de ventanas que mostraban la realidad del mundo. Hacia el final del sueño, Sylvia hizo un intento postrero de revestirme de un carácter mágico y repentinamente me convirtió en una figura con cualidades sobrehumanas. Pero el antiguo hechizo había perdido ya toda su capacidad, por lo que volví a convertirme en lo que realmente soy: un guía, ni más ni menos.

En sus terapias anteriores, Sylvia se había despedido siempre de una manera sobresaltada. Tenía tanto miedo de las separaciones, de las despedidas y de que los poderes del terapeuta fueran tan limitados, que evitaba las últimas sesiones y desaparecía bruscamente. Esta vez se enfrentó directamente con el proceso de separación (y sus recordatorios de la muerte), de la misma forma como se había enfrentado a su angustia ante la muerte: en lugar de dejarse envolver, le hizo frente y avanzó *hacia* la angustia para llegar a experimentar una vida mucho más rica que la que había vivido hasta entonces.

Problemas de la psicoterapia

La negación por parte del paciente y del terapeuta

A pesar de la omnipresencia de la muerte y del elevado número de oportunidades que se presentan para explorarla, la mayoría de los terapeutas encuentran grandes dificultades para incrementar la conciencia de la muerte en el paciente y per-elaborar su angustia ante la muerte. La negación produce desviaciones a lo largo de todo el proceso. El miedo a morir existe en todos los niveles de la conciencia: desde el nivel más superficial, consciente e intelectualizado, hasta el más profundo e inconsciente. Con frecuencia, la receptividad de un paciente, en los niveles superficiales, ante las interpretaciones del terapeuta contribuye a fortalecer la negación en las capas más profundas. Un paciente puede responder positivamente a la sugerencia del terapeuta de que examine sus sentimientos hacia su propia finitud, pero no por ello la sesión dejará de ser gradualmente improductiva, el material cada vez más escaso y el asunto una discusión intelectualizada. En estas situaciones, es importante que el terapeuta no se deje llevar por el pesimismo. El bloqueo, la falta de asociaciones, la ambivalencia afectiva, son manifestaciones de resistencia, y como tales deberán tratarse. Uno de los primeros descubrimientos de Freud en la práctica de la terapia dinámica es que el terapeuta encuentra siempre en el paciente una fuerza psicológica que se opone a la labor terapéutica. («Con mi esfuerzo psíquico me tenía que enfrentar a una fuerza psíquica del paciente que impedía que la idea patogénica se hiciera consciente»[32].)

El terapeuta debe perseverar, continuar reuniendo pruebas, elaborando sueños, insistiendo en sus interpretaciones, repitiendo los

mismos puntos, aunque con distinto énfasis, una y otra vez. Las observaciones acerca de la existencia de la muerte pueden parecer tan triviales, tan obvias, que el terapeuta se sienta ridículo por tener que insistir en ellas. No obstante, la simplicidad y la persistencia son necesarias para vencer a la negación. Una paciente depresiva, masoquista y con tendencias suicidas, durante una sesión que tuvimos varios meses después de haber terminado su tratamiento, me repitió el comentario más importante que yo le había hecho durante la terapia. Con frecuencia, hablaba de su deseo de morir y, otras veces, de la cantidad de cosas que le gustaría hacer en esta vida. A este respecto, yo le había hecho más de una vez un comentario simple y obvio: la única manera de hacer todo eso es vivir dichas experiencias antes de morir.

Naturalmente, el paciente no es la única fuente de negación. Muchas veces, la propia negación del terapeuta choca silenciosamente con la del paciente. Al igual que éste, tiene que enfrentarse a su propia muerte y a su propia angustia ante el hecho. El terapeuta que trabaja cotidianamente con la conciencia de la muerte requiere una gran preparación. Mi coterapeuta y yo nos convencimos de esta necesidad cuando dirigimos un grupo de pacientes con metástasis cancerosas. Durante los primeros meses, este grupo permaneció en un nivel superficial: se hablaba mucho de médicos, medicinas, tratamientos, regímenes, dolores, cansancio, limitaciones físicas, etc. Por nuestra parte, considerábamos que esta superficialidad era de naturaleza defensiva y que constituía una señal de la profundidad del miedo y la desesperación que sentía. En consecuencia, respetamos esta dinámica y en adelante decidimos conducir el grupo con extrema cautela.

Bastante después, comprendimos que nosotros, mi colaborador y yo, habíamos desempeñado un papel activo en mantener al grupo en un nivel superficial. Cuando aprendimos a tolerar nuestra propia angustia y a seguir el rastro de los datos aportados por los pacientes, se acabaron los temas escabrosos y aprendimos a tratarlos todos de una manera explícita y constructiva. No obstante, las conversaciones solían ser extraordinariamente dolorosas también para nosotros. Así, otros colegas, que observaban el grupo a través de un espejo, se veían frecuentemente obligados a retirarse para controlar sus emociones. La experiencia con moribundos ha obligado a muchos terapeutas a realizar su propia terapia. En estos casos, los resultados han sido siempre muy satisfactorios, puesto que muchos de ellos no habían

transmitido su preocupación por la muerte en sus primeras experiencias terapéuticas de corte tradicional.

Si el terapeuta desea ayudar a sus pacientes a confrontar e incorporar la muerte a sus vidas, debe haber pasado personalmente por una per-elaboración de estas cuestiones. Un símil interesante lo constituyen los ritos iniciáticos de los curanderos en las culturas primitivas, en muchas de las cuales la tradición obliga al chamán a pasar por alguna experiencia estática acompañada de sufrimiento, muerte y resurrección. A menudo, la iniciación es una enfermedad verdadera y se elige como chamán al individuo que pasa más tiempo oscilando entre la vida y la muerte. La experiencia suele ser por lo general una visión mística. Para tomar un ejemplo bastante común, un chamán tungus (tribu siberiana) ha afirmado que su iniciación consistió en una confrontación con los chamanes anteriores, quienes le rodearon, le clavaron flechas, cortaron su carne, le extrajeron algunos huesos, bebieron su sangre y después lo volvieron a unir[33]. Algunas culturas exigen que el chamán novicio duerma en una tumba o permanezca amarrado varias noches seguidas en un cementerio[34].

¿Por qué alborotar un avispero?

Muchos terapeutas evitan discutir sobre la muerte con sus pacientes, no como resultado de una negación, sino debido a una decisión deliberada y basada en la creencia de que dicho tema agrava la condición del paciente. ¿Por qué alborotar un avispero? ¿Por qué sumergir al paciente en un tema que incrementará su angustia y acerca del cual nada puede hacerse? Todo el mundo tiene que enfrentarse a la muerte. ¿Acaso no tiene ya el paciente neurótico suficientes problemas como para abrumarlo aún más con el recuerdo del trago amargo que nos espera a todos los humanos?

Estos terapeutas creen que una cosa es analizar y examinar los problemas neuróticos; en este sentido, sí pueden ser útiles. Pero explorar la realidad verdadera, los amargos e inmutables hechos de la vida, no sólo les parece absurdo, sino también antiterapéutico. Por ejemplo, el paciente que no ha resuelto sus conflictos edípicos vive atormentado por toda clase de fantasmas, pertenecientes a una constelación de acontecimientos externos e internos que ocurrieron mucho tiempo antes y que persisten en su inconsciente. Por tanto, responde a las situaciones cotidianas de una manera distorsionada y

reacciona ante el presente como si se tratara del pasado. El consejo del terapeuta es obvio: centrarse en el presente, poner al descubierto los demonios del pasado, ayudar al paciente a desintoxicar hechos, intrínsecamente benignos, que el individuo experimenta irracionalmente como si fueran nocivos.

Pero, ¿y la muerte? No se trata de un fantasma del pasado ni es intrínsecamente benigna. Entonces, ¿qué hacer con ella?

Incremento de la angustia en la terapia. En primer lugar, es cierto que la reflexión sobre nuestra finitud puede despertar angustia. El enfoque terapéutico al que me estoy refiriendo aquí es dinámico y revelador; no se trata de una terapia de apoyo o de represión. La terapia existencial aumenta el malestar del paciente. No es posible sumergirse en las raíces de la propia angustia sin experimentar, *durante un tiempo,* un crecimiento de la angustia y depresión.

El caso de Sylvia es un buen ejemplo. Tras la revelación de Charles de su cáncer, experimentó un brote violento de angustia y un recrudecimiento de muchas de sus defensas primitivas contra la misma. Antes me referí a dos pacientes de Stern, en un análisis individual de larga duración, que sólo habían concluido su terapia después de una per-elaboración explícita y exhaustiva del terror cerval que sentían hacia la muerte[35]. Cuando sus respectivas terapias entraron en el terreno de la angustia ante la muerte, todos experimentaron un recrudecimiento evidente de la disforia. Uno de ellos efectuó una per-elaboración de su fantasía en que el analista le protegería de la muerte, pero, cuando se dio cuenta de que no existía un salvador, cayó en una profunda depresión. «Su hiperactividad en el trabajo y en las distracciones se convirtió en un sentimiento de indefensión, de confusión vital y de disolución de su identidad. Esto le indujo a una regresión a los deseos simbióticos ambivalentes, y le despertó anhelos de incorporación oral con su esposa y con el analista y una tremenda ira contra ambos.» También el otro paciente se percató de que sus defensas neuróticas no le protegerían de la muerte, y su análisis siguió un derrotero similar. «Se sintió deprimido y confuso y experimentó un recrudecimiento de muchos patrones infantiles, a través de los cuales intentó construir una última trinchera contra la muerte.» En los otros cuatro casos relatados por Stern, hubo también disforia temporal y depresión cuando los individuos confrontaron el trauma de la muerte futura.

Bugental, en su excelente trabajo sobre este tema, se refiere a esta fase del tratamiento como la «crisis existencial», una crisis inevitable

que tiene lugar cuando las defensas elaboradas frente a la angustia existencial se quiebran, permitiendo al individuo conocer verdaderamente su situación en la vida[36].

La satisfacción en la vida y la angustia ante la muerte: un fundamento terapéutico

Desde el punto de vista conceptual, el terapeuta debe tener presente que la angustia que rodea a la muerte es *al mismo* tiempo de carácter neurótico y normal. Todos los seres humanos la sufren, pero en algunas es tan exacerbada, que se extiende a muchos otros terrenos de la experiencia y provoca un aumento de la disforia y/o una serie de defensas frente a la misma que constriñen el desarrollo, originando a continuación la aparición de una angustia secundaria. La razón por la cual algunos individuos se derrumban ante las situaciones que todos debemos afrontar, encierra una cuestión que ya he planteado: el individuo, debido a una serie de experiencias fuera de lo común, se encuentra anómalamente traumatizado por la angustia ante la muerte, sin conseguir elaborar las defensas «normales» contra ella. El terapeuta encuentra entonces una falla en la regulación homeostática de la angustia ante la muerte. En sus manos está enfocar la dinámica actual del paciente que está alterando dicha regulación. Creo que una regla particularmente útil al caso es la siguiente: *la angustia ante la muerte es inversamente proporcional a la satisfacción de la vida.*

John Hinton relató varios hallazgos interesantes en sus investigaciones[37]. Estudió sesenta pacientes con cáncer en su fase terminal y relacionó sus actitudes (incluyendo su «sentido de satisfacción y plenitud de la propia vida») con sus sentimientos y reacciones durante la última etapa de su enfermedad. El sentido de su satisfacción vital se evaluó a partir de entrevistas mantenidas con el paciente y con su cónyuge.

Los sentimientos y reacciones durante esta etapa final del cáncer se calcularon por el mismo procedimiento y por escalas de evaluación que efectuaron las enfermeras y los cónyuges. Los datos revelaron un grado muy elevado de correlación: «Cuando la vida resultaba más satisfactoria, la muerte, en cambio, menos penosa... Cuando la satisfacción vital era menor, la enfermedad y su desenlace se tornaban más conflictivas.» Cuanto menor era la satisfacción vital, mayores eran la

depresión, la angustia, el hastío y las preocupaciones por la enfermedad y el tratamiento.

Estos resultados parecen contradictorios, pues, aparentemente, cabría pensar que los insatisfechos y desilusionados deberían sentirse más aliviados ante la posibilidad de la muerte. Pero ocurre exactamente lo contrario: el sentido de plenitud y el sentimiento de que la vida se ha cumplido satisfactoriamente, mitigan el terror de la muerte. Nietzsche, en una de sus características hipérboles, afirmó: «Todo aquello que ha alcanzado la perfección, la madurez, busca la muerte. Lo que no ha llegado a madurar, desea la vida. El que sufre, quiere vivir, en la esperanza de alcanzar algún día la plenitud y el goce, anhelando lo que está más allá, lo que está mas alto y lo que brilla más»[38].

Es innegable que la meditación sobre este pensamiento es fundamental para un terapeuta. Si puede ayudar al paciente a experimentar mayor satisfacción por la vida, podrá también aliviar su exceso de angustia. Naturalmente, esto puede convertirse en un círculo vicioso, puesto que es *debido* al exceso de angustia ante la muerte que el individuo lleva una vida restringida, dedicada más bien a conseguir la seguridad, la supervivencia y el alivio del dolor, que a lograr el desarrollo y la plenitud. Searles plantea el mismo dilema: «El paciente no puede enfrentarse a la muerte a menos que sea una persona completa; sin embargo, sólo puede convertirse en una persona verdaderamente completa enfrentándose a ella.» El problema (que, según Searles, es especialmente crítico en los pacientes esquizofrénicos) es que: «la angustia derivada de la finitud de la vida resulta excesiva para que la persona se enfrente a ella, a no ser que se encuentre sostenida por el conocimiento de que es una persona completa... Nadie puede encarar el prospecto de su muerte inevitable sin haber tenido la experiencia de vivir plenamente; pero el esquizofrénico nunca ha vivido plenamente»[39].

Existe otro pilar donde el terapeuta puede apoyarse. Se parte de la base de que éste no debe sentir un temor reverencial al pasado. No es necesario que alguien experimente cuarenta años de existencia plena e integrada para compensar otros tantos de vida ensombrecida. A través de su confrontración con la muerte, el Iván Ilich de Tolstoi llegó a una crisis existencial y, pese a restarle sólo unos pocos días de vida, se transformó de tal manera, que fue capaz, retrospectivamente, de dar un significado auténtico a toda su existencia.

Cuanto menor es la satisfacción vital, mayor la angustia ante la

muerte. Este principio lo ilustra claramente uno de mis pacientes, llamado Philip, un ejecutivo de cincuenta y tres años con mucho éxito en su trabajo. Philip había sido siempre un trabajador empedernido: trabajaba de sesenta a setenta horas por semana; siempre se llevaba a casa una parte del trabajo y, durante un período reciente de dos años, estuvo trabajando en la costa oriental y pasando los fines de semana en su casa, situada en el litoral occidental. Experimentaba muy poca satisfacción vital: su trabajo le aportaba seguridad, no placer; si trabajaba mucho no era porque quería, sino para calmar su angustia. Apenas conocía a su familia. Hacía años que su esposa había tenido una experiencia extramarital breve, y él nunca se lo había perdonado; no tanto por el hecho en sí, sino porque el asunto le había quitado mucho tiempo de su trabajo. Su familia había sufrido mucho por esta vida de alejamiento, y él nunca había acudido a esta fuente potencial de amor, satisfacción y significado para la vida.

Entonces sucedió un desastre que despojó a Philip de todas sus defensas. Debido a un período de crisis en la industria aeroespacial, su compañía quebró y pasó a formar parte de otra corporación. De pronto, Philip se encontró sin empleo, siendo él consciente de que, debido a su edad y a su prestigiosa posición ejecutiva, le sería casi imposible encontrar otro empleo similar. Se halló inmerso en un estado de angustia muy pronunciada, por lo que decidió entrar en psicoterapia. Al principio, su angustia se centraba totalmente en el trabajo: cavilaba incesantemente acerca de su empleo; se despertaba puntualmente a las cuatro de la mañana, y permanecía acostado durante horas meditando sobre el trabajo: cómo darles la noticia a sus empleados, cómo arreglar el traspaso de su departamento, cómo expresar la furia que sentía por la manera como lo habían tratado, etc.

Philip no pudo encontrar otro empleo y, a medida que se acercaba el día de su despido, fue experimentando un gradual nerviosismo. Paulatinamente, y gracias a la terapia, logró desprender su angustia de la preocupación por el trabajo, a la que se aferraba con frenesí. Era evidente que lo que sentía era una gran angustia ante la muerte. Todas las noches le atormentaba un sueño, en el cual daba vueltas alrededor de un «pozo negro». Otro sueño terrorífico y recurrente consistía en que iba caminando por la angosta cresta de una empinada duna de la playa, estando siempre a punto de perder el equilibrio. Una y otra vez despertaba de este sueño murmurando: «¡No lo haré!» (Su padre había sido marino y había muerto ahogado antes de que él naciera.)

Philip no tenía apuros económicos: le habían entregado una

liquidación generosa por sus servicios y acababa de heredar una suma cuantiosa que le proporcionaba una seguridad adicional. Pero, ¿qué hacer con el tiempo? Como nada tenía para él un verdadero significado, se hundió en la desesperación. Una noche ocurrió un incidente importante. Sin poder conciliar el sueño, a eso de las tres de la mañana bajó para tomar una taza de té y ponerse a leer. Entonces, escuchó un ruido en la ventana, se aproximó a ella y se encontró cara a cara con un individuo imponente que tenía la cara cubierta con una media. Después del susto, de la alarma y de la partida de la policía, Philip empezó realmente a sentir pánico. De pronto, le vino a la mente un pensamiento que le hizo estremecerse de arriba a abajo: «Podía haberles sucedido algo a Mary y a los niños.» Cuando me describió este incidente, durante nuestra siguiente sesión, contándome su reacción y sus pensamientos, en lugar de reconfortarle y consolarle, le recordé que algo les *pasaría* necesariamente a Mary, a los niños y a él.

Durante un tiempo, Philip se sintió inseguro y aturdido. Ya no funcionaban sus habituales estructuras de negación: su trabajo, su creencia de que era especial, su ascenso a la gloria y su sentido de invulnerabilidad. Igual que se había enfrentado al ladrón enmascarado, al principio titubeando y después con paso más firme, se enfrentó a los hechos de la vida: la falta de fundamentos, el paso inexorable del tiempo y la inevitabilidad de la muerte. Esta confrontación le aportó un sentido de urgencia y se dedicó a trabajar de lleno en la psicoterapia para obtener alguna satisfacción y dar un sentido a su vida. Nos concentramos especialmente en su vida íntima: una fuente importante de satisfacción vital de la que nunca había disfrutado.

Philip había reforzado tanto su creencia de que era especial, que le aterrorizaba enfrentarse a sus sentimientos de indefensión y a compartirlos con otros. Yo le aconsejé que le contara a todo el mundo la verdad —que le habían despedido de su empleo y que le sería muy difícil encontrar otro—, para que pudiera obtener respuestas a sus sentimientos. Al principio rehuyó mi consejo, pero poco a poco aprendió que, si compartía su vulnerabilidad, se le abrirían las puertas de la intimidad. En una sesión le ofrecí enviarle su curriculum a un amigo mío, presidente de una compañía del ramo en el que antes trabajaba, pues tal vez tuviera un empleo para él. Philip me dio las gracias de una manera cortés y formal, pero, cuando se metió en su coche, «lloró como un niño» por primera vez en treinta y cinco años. Hablamos mucho acerca de esa emoción, de lo que significaba, de los

sentimientos que le acompañaron y de la razón por la cual no había podido llorar delante de mí. Cuando aprendió a aceptar su vulnerabilidad, se fue iluminando poco a poco su sentido de comunión, al principio conmigo y después con su familia, logrando así una intimidad con los demás que no había podido alcanzar anteriormente. Su orientación en el tiempo cambió de una manera radical: dejó de sentirlo como a un enemigo al que había que soslayar o matar. Ahora, con suficiente tiempo libre, empezó a saborearlo y a sacarle partido. También comenzó a cultivar otros aspectos de sí mismo, durante varias décadas ocultos, y dio rienda suelta a la expresión de su creatividad a través de la pintura y la literatura. Después de ocho meses sin empleo, Philip obtuvo un puesto interesante en otra ciudad. En nuestra última sesión, me confesó: «Lo he pasado muy mal durante los últimos meses. Pero, con todo, me alegro de no haber encontrado otro empleo inmediatamente. Estoy muy satisfecho de haber vivido esta experiencia.» Lo que Philip había aprendido era que no se puede vivir la vida de espaldas a la realidad y a la muerte, porque esto restringe las experiencias y nos conduce a nuestra propia destrucción.

La desensibilización con respecto a la muerte

Otro mecanismo que ofrece al terapeuta una base para afrontar la angustia ante la muerte es la «desensibilización». «La desensibilización con respecto a la muerte» es una expresión común y degradante, porque constituye una yuxtaposición de las más profundas preocupaciones humanas y de las técnicas mecanicistas. No obstante, resulta difícil evitar el empleo de esta expresión cuando se habla de los mecanismos que utiliza el terapeuta para resolver la angustia ante la muerte. Parece que uno se acostumbra a cualquier cosa, hasta a morirse. El terapeuta puede ayudar al paciente a manipular su terror ante la muerte por medio de técnicas similares a las que utiliza para vencer cualquiera de los demás temores. Así, puede exponerle una y otra vez al temor, en dosis pequeñas; ayudarle a manipular el objeto temido y a examinarlo desde todos los ángulos posibles.

Montaigne era muy consciente de este principio cuando escribió:

> Me parece, sin embargo, que existe una manera de familiarizarnos con la muerte y de acostumbrarnos a ella hasta cierto punto. Podemos tener una

experiencia de contacto con ella que, aunque incompleta e imperfecta, nos resulte útil, porque nos fortalezca y asegure. Si no podemos alcanzarla, sí acercarnos y reconocerla; y, aunque no penetremos hasta sus repliegues más profundos, al menos conoceremos las vías de acceso a ella[40].

Después de varios años de trabajo con grupos de pacientes cancerosos, he asistido muchas veces a la desensibilización. El individuo se aproxima a su temor, hasta que va desapareciendo gradualmente por un procedimiento simple de familiarización con él. El modelo que le plantean los otros pacientes y el terapeuta —ya sea de decisión y seguridad, de incómoda aceptación estoica o de ecuanimidad— le ayuda en muchos casos a aliviar la muerte.

Un principio básico del enfoque conductista para reducir la angustia es que se debe exponer al individuo al estímulo temido (en proporciones cuidadosamente calibradas), dentro de un estado psicológico y de un contexto especialmente diseñados para retrasar la aparición de la angustia. En nuestro trabajo empleábamos esta estrategia. El grupo empezaba (y terminaba) generalmente con algún ejercicio destinado a reducir la angustia o una meditación para relajar los músculos. Cada paciente se hallaba rodeado de otras personas que padecían la misma enfermedad; confiaban los unos en los otros y se sentían íntegramente comprendidos. La graduación de la exposición se basaba en que a cada miembro se le permitía avanzar a su propia velocidad, sin que nadie le presionara para confrontar ni más ni menos angustia que la que él deseara.

Otra técnica muy útil es la disección y el análisis. En los temores orgánicos yacen muchos sentimientos catastróficos, cuyos componentes pueden ceder ante un análisis racional. A este respecto, es aconsejable estimular al paciente (tanto al de psicoterapia normal como al moribundo) para que examine su propia muerte y clasifique los distintos componentes de sus temores. Muchos individuos se sienten abrumados por el sentido de desamparo que experimentan ante la muerte; y, sin duda alguna, los grupos de moribundos con los que he trabajado dedicaban gran parte de su tiempo a contrarrestar esta fuente de temor. La medida estratégica más importante es separar los *sentimientos* secundarios del verdadero desamparo que tiene lugar cuando uno se enfrenta a su situación existencial inalterable. He visto cómo algunos moribundos recobraban su fuerza y control, mediante el simple mecanismo de organizar todos aquellos aspectos de su vida susceptibles de control. Por ejemplo, un paciente

puede cambiar su interacción con el médico exigiendo que se le informe íntegramente de todos los detalles de su enfermedad o que se le tome en cuenta para todas las decisiones importantes de su tratamiento. O incluso puede cambiar de médico si no está satisfecho con el que tiene. Algunos pacientes inician algún tipo de acción social; otros refuerzan su libertad de elección, a medida que descubren con alegría que no tienen por qué hacer las cosas que no desean hacer. Hay otros que creen que la manipulación de su *stress* psicológico influye sobre el proceso de su enfermedad cancerosa, y se dedican de lleno a la psicoterapia. Por último, aunque uno no pueda controlar ningún otro factor, siempre estará en su mano la decisión de adoptar una determinada actitud hacia la propia suerte, es decir, fortalecer aquello que no se puede negar.

Existe una gran variedad de temores secundarios: el dolor de morir, la vida después de la muerte, el temor a lo desconocido, la preocupación por la familia, el miedo al daño corporal, la soledad y la regresión. En los países occidentales, orientados hacia la realización y el éxito, la muerte se equipara curiosamente con el fracaso. Cada uno de estos temores secundarios, examinados por separado y en forma racional, resultan menos aterradores que toda la *Gestalt*. Todos revisten un aspecto obviamente desagradable del hecho de morir; sin embargo no tienen, ni por separado ni en conjunto, por qué originar una reacción catastrófica. No obstante, es significativo que muchos pacientes, cuando se les pide que analicen sus temores secundarios hacia la muerte, llegan a la conclusión de que no se trata de ninguno de los mencionados, sino de algo primitivo e intangible. En el inconsciente del adulto mora el terror irracional del niño: la muerte para éste es una fuerza malvada, cruel y mutilante. Recordemos las terroríficas fantasías de los niños con la muerte que relaté en el capítulo III, concepciones de la muerte mucho más horribles que las del adulto maduro. Estas fantasías, igual que los temores edípicos o de castración, son elementos inconscientes y atávicos que merman la capacidad del adulto para reconocer la realidad y responder a ella adecuadamente. El terapeuta se enfrenta a estos temores del mismo modo que con todas las demás distorsiones de la realidad: intenta identificar, iluminar y disipar estos fantasmas del pasado.

Pruebas empíricas de la desensibilización ante la muerte

En la literatura especializada existen varios informes (que forman parte de tesis doctorales sobre psicología) en los que se describen experiencias sobre la conciencia de la muerte utilizando la técnica de la desensibilización, para a continuación medir los cambios cuantitativos en la angustia ante la muerte. Tras una sesión de ocho horas de duración, durante las cuales se habló de la muerte, se pasó una película sobre la muerte y se indujo a cada miembro a fantasear (con ayuda del guía y un estado de relajación muscular profundo) sobre su propia enfermedad mortal, su muerte y su funeral; el informe dio a conocer las conclusiones a que habíamos llegado: los ocho sujetos del experimento (a diferencia de los del grupo de control) «lograron reorganizar sus conceptos acerca de la muerte», emplearon menos mecanismos de negación al confrontar su propia muerte y, en las pruebas de control que se les aplicaron ocho semanas después, obtuvieron menores calificaciones en angustia ante la muerte. En las entrevistas posteriores al «maratón», algunos confesaron espontáneamente que la sesión les había servido de catalizador importante para efectuar otros cambios vitales. Por ejemplo, un alcohólico afirmó que le había producido un enorme impacto: como no deseaba sufrir la degradante muerte de los alcohólicos, había optado por la abstinencia total[41].

Otro programa similar de desensibilización de la muerte, denominado «formación de la propia actitud hacia la muerte», logró reducir el temor a la misma (los resultados se evaluaron por medio de dos escalas de angustia diferentes)[42]. Una experiencia sobre «la muerte y el descubrimiento de uno mismo» arrojó como resultado un incremento de la angustia ante la muerte, pero también produjo un *aumento* del sentido de la vida[43]. Otros programas han logrado una reducción a corto plazo de la angustia y un regreso a los niveles previos en el plazo de cuatro semanas[44]. Finalmente, una experiencia para enfermeras sobre educación para la muerte, que se impartió durante seis semanas, no dio ningún resultado inmediato en lo relativo a la angustia ante la muerte, pero la redujo considerablemente después de cuatro semanas[45].

La muerte es sólo uno de los componentes de la condición existencial del ser humano, y la consideración de la conciencia de la muerte sólo toca uno de los aspectos de la terapia existencial. Para

llegar a un enfoque terapéutico equilibrado, tenemos que examinar las implicaciones de cada una de las preocupaciones esenciales. La muerte ayuda a entender la angustia, proporciona una estructura dinámica para apoyar en ella las interpretaciones y sirve como experiencia limítrofe capaz de generar un cambio fundamental de perspectivas. Las otras preocupaciones esenciales, de las que me ocuparé a continuación, colaboran junto con otros tantos aspectos de un sistema psicoterapéutico más amplio: la *libertad* nos ayuda a comprender la toma de responsabilidades, al planteamiento del cambio, a la decisión y a la acción; el *aislamiento* nos muestra el papel que desempeñan las relaciones y la *falta de un sentido vital* nos permite enfocar la capacidad del ser humano para comprometerse.

PARTE SEGUNDA

LA LIBERTAD

En la parte correspondiente a la muerte desde el punto de vista psicoterapéutico, dije que al clínico le parecería extraña la exposición, pero que también tendría la impresión de algo muy próximo y conocido: «extraño» porque el enfoque existencial hace un corte a través de las categorías tradicionales y agrupa de una manera diferente las observaciones clínicas; pero también «conocido», porque, en lo más íntimo de su ser, el clínico se da cuenta de la importancia que posee la omnipresencia del concepto de la muerte. Esta parte del libro resultará también «extraña, pero conocida». Aunque el término «libertad» no forme parte del léxico del psicoterapeuta, el concepto de la libertad desempeña un papel indispensable en la teoría y en la práctica de todos los sistemas terapéuticos, tanto los tradicionales como los más novedosos. A modo de ilustración, consideremos los siguientes incidentes terapéuticos que me han llamado la atención durante los últimos años.

- A una paciente que insiste en que su conducta está determinada por su inconsciente, el terapeuta le pregunta: «¿De quién es ese inconsciente?»
- El guía de un grupo tiene una campanilla para los «no puedo» y la hace sonar cada vez que un paciente emite la frase. Le pide entonces al paciente que se retracte y diga «no quiero».
- Una paciente, atrapada en una relación muy autodestructiva, declaró: «No puedo decidir qué es lo que voy a hacer; no me atrevo a poner fin a esta relación. Ojalá lo encontrara en la cama con otra mujer, para así poderme decidir o dejar la relación.»
- Mi primer supervisor, un ortodoxo analista freudiano firmemente convencido del punto de vista determinista de la conducta que caracterizaba a Freud, me dijo hace veinte años, en nuestra primera sesión: «La meta de la

psicoterapia es llevar al paciente al punto en el cual pueda hacer una elección libre.» Sin embargo, aunque tuvimos otras cincuenta sesiones de supervisión, no volvió a decirme ni una sola palabra más acerca de la «elección», que según él era *la* meta de la terapia.

- Muchos terapeutas hacen que los pacientes cambien sus expresiones verbales y «se hagan cargo» de lo que les sucede. Que no digan «me fastidia», sino «yo permito que me fastidie». Que no digan «la mente me falla», sino «cuando estoy dolido y tengo ganas de llorar, me defiendo sintiéndome confundido».
- Un terapeuta hizo que un paciente de cuarenta y cinco años tuviera un diálogo con su madre muerta y le dijera repetidas veces lo siguiente: «No cambiaré hasta que me trates de otro modo cuando yo tenía diez años.»
- Otto Will, un terapeuta legendario, solía interrumpir las interminables cavilaciones de un paciente obsesivo sumamente restrictivo, haciéndole observaciones de este tipo: «Oiga, ¿por qué no cambia de nombre y se muda a California?»
- Un compulsivo sexual llega a una ciudad donde tendrá que asistir a una reunión de trabajo al día siguiente. Desde el mismo aeropuerto, empieza a telefonear a una serie de mujeres para preparar un compromiso sexual para esa noche. Pero, ¡qué mala suerte! Todas estaban ya comprometidas con otras personas. (Claro está que él hubiera podido llamarlas con días o semanas de anticipación.) Sin embargo, reacciona con alivio: «Gracias a Dios, ahora podré leer y dormir bien esta noche, *que es lo que realmente quería hacer.*»

A primera vista, estos incidentes forman un batiburrillo de manifestaciones irreflexivas por parte de los pacientes y de tácticas farisaicas y rebuscadas por parte de los terapeutas; no obstante, espero poder demostrar que todos ellos forman un todo integral y están unidos entre sí por el hilo conceptual de la libertad. Además, aunque estos incidentes aparezcan mezclados con anécdotas insustanciales, en el fondo representan preocupaciones trascendentales. Como se verá, si se consideran adecuadamente, contienen implicaciones que llegan hasta la esencia de la existencia. Cada incidente ofrece una perspectiva diferente sobre la libertad, y todos nos brindarán una plataforma para plantear alguno de los aspectos más importantes del tema desde el punto de vista terapéutico.

Para el filósofo, la «libertad» puede enfocarse desde el punto de vista tanto personal, como social, moral y político. Por consiguiente, constituye un tema sumamente amplio y, además, uno de los más controvertidos: desde hace dos mil años no ha cesado el debate acerca de la libertad y la causalidad. A lo largo de los siglos, el concepto de libertad absoluta ha engendrado siempre enconados desacuerdos,

porque choca con las jerarquías que prevalecen en el mundo: en primer lugar, con el concepto de la divina providencia; en segundo término, con las leyes de la causalidad científica, y, en tercer lugar, con el concepto hegeliano de la historia como progresión significativa, o con las teorías deterministas de Marx o Freud. Pero, en esta parte, igual que en el resto del libro, examinaré únicamente aquellos aspectos de la libertad que revisten una importancia cotidiana para el clínico. En el capítulo VI, hablaré de la libertad individual para crear la propia vida; en el siguiente, de la libertad que tiene el individuo para desear, elegir, actuar y, lo que es más importante con fines psicoterapéuticos, para cambiar.

CAPÍTULO VI

RESPONSABILIDAD

La responsabilidad tiene numerosas connotaciones. Decimos que una persona es «responsable» cuando se puede confiar y depender de ella. «Responsabilidad» significa también que se puede contar con alguien desde el punto de vista legal, financiero o moral. En el terreno de la salud mental, el término «responsabilidad» hace referencia a la capacidad del paciente para mantener una conducta racional y al compromiso moral del terapeuta con el paciente. Aunque todas estas connotaciones son importantes para nuestro estudio, emplearé aquí el concepto en un sentido específico, el mismo que le dio Jean-Paul Sartre cuando escribió que ser responsable significa «ser el autor indiscutible de un hecho o cosa»[1]. La responsabilidad implica ser el autor de algo. Y ser consciente de ella es darse cuenta de que uno está creando el propio destino, el propio ser, su predicamento vital, sus sentimientos y, en algunos casos, el propio sufrimiento. En el caso del paciente que no quiere aceptar esta responsabilidad, que insiste en culpar a otros —individuos o fuerzas— de su disforia, no es posible pensar en una ayuda terapéutica.

La responsabilidad como preocupación existencial

Pero ¿en qué sentido es existencial la responsabilidad? El hecho de que la muerte sea existencial resulta evidente en sí mismo. La mortalidad y la finitud son supuestos obvios de la existencia. Mas cuando hablamos de responsabilidad o, como en el siguiente capítulo, de voluntad, la referencia existencial ya no resulta tan clara.

En el nivel más profundo, la responsabilidad confiere sentido a la

existencia. Esto lo comprendí hace muchos años, gracias a una experiencia muy simple que, sin embargo, resultó ser tan importante para mí, que aún permanece intacta en mi memoria. Estaba buceando solo en las aguas cálidas, soleadas y transparentes de una laguna tropical y experimentaba, como me suele ocurrir en el agua, una profunda sensación de placer y bienestar. Me sentía como en mi propia casa. El agua cálida, la belleza del fondo coralino, los destellos plateados de los pececillos, sus tonos brillantes que les hacían parecer de neón, el ángel real, los dedos carnosos de las anémonas, el placer estético que experimentaba al deslizarme y al penetrar en el agua, todo contribuía a imaginarme en un paraíso sumergido. Entonces, por alguna razón que todavía desconozco, cambié radicalmente de perspectiva. Me di cuenta de pronto de que ninguno de mis compañeros acuáticos compartía mi experiencia de bienestar. El ángel real no sabía que era bello, los pececillos ignoraban que produjesen destellos y los peces coralinos no eran conscientes de su propio brillo. Tampoco estaban al corriente de su fealdad los erizos de púas negras ni los despojos que había en el fondo (que yo procuraba no mirar). El sentimiento de estar en mi propia casa, de sentirme a gusto, la sonrisa de felicidad, la belleza, la atracción, el bienestar..., nada de eso existía realmente. ¡Era yo quien había creado toda la experiencia! Podía igualmente estarme deslizando por aguas grasientas y considerarlas bellas o nauseabundas. En el sentido más profundo, la elección y la creación eran mías. En términos de Husserl, mi *noema* («significado») había estallado y yo había adquirido conciencia de mi función configuradora. Era como si hubiera descorrido la cortina de la realidad cotidiana y percibiera una realidad más fundamental y profundamente inquietante.

En su novela *La náusea,* en uno de los fragmentos más significativos de la literatura moderna, Sartre describió ese momento de iluminación que es el descubrimiento de la responsabilidad:

> La raíz del castaño se hundía en la tierra, justo debajo del banco donde me hallaba sentado. Pero yo ya no recordaba que era una raíz. Las palabras se habían desvanecido y, con ellas, también la significación de las cosas, sus usos, las débiles marcas que los hombres han trazado en su superficie. Estaba sentado, un poco encorvado, la cabeza gacha, solo frente a aquella masa negra, enmarañada y enteramente primitiva que me producía miedo. Fue entonces cuando tuve esa revelación.
>
> Me dejó sin aliento. Anteriormente, jamás había presentido lo que quería decir «existir». Era como los demás, como aquéllos que se pasean a la orilla

del mar con sus trajes de primavera. Decía, como ellos, «el mar es verde», «aquel punto blanco que se divisa allá arriba es una gaviota»; pero no sentía que aquello tuviese una existencia, que la gaviota fuese una «gaviota existente».

...Y, de golpe, estaba allí, clara como el día: la existencia se me había revelado de improviso. Había perdido su apariencia inofensiva de categoría abstracta; era la materia misma de las cosas. Aquella raíz amasaba existencia. O, más bien, la raíz, las verjas del jardín, el césped ralo, todo se había desvanecido: la diversidad de las cosas, su individualidad, sólo eran una apariencia, un barniz. Ese barniz se había fundido y quedaban masas monstruosas y endebles, en desorden, desnudas, con una desnudez espantosa y obscena...

Por otra parte, aquella raíz existía de una manera que a mí me era imposible explicar. Nudosa, inerte, sin nombre, me fascinaba, me llenaba los ojos, me conducía sin cesar a su propia existencia. Era inútil que me repitiera «es una raíz». Ya no daba resultado[2].

El protagonista de Sartre se enfrenta así a las «masas monstruosas», a la «materia misma de las cosas», es decir, a una masa informe que no tiene más significado que el que el protagonista le comunique. El conocimiento de su verdadera situación le golpea cuando descubre su responsabilidad ante el mundo, el cual sólo tiene significado por la forma en que lo organiza el ser humano. Es lo que Sartre llama «por sí mismo». No hay en el mundo otro significado que el de «por sí mismo».

Tanto los filósofos occidentales como los orientales han estudiado el problema de la responsabilidad del hombre con respecto a la naturaleza de la realidad. La esencia de la revolución filosófica de Kant está contenida en su postulado de que lo que proporciona a la realidad su forma externa es la conciencia humana, la naturaleza de las estructuras mentales del ser humano. Según Kant, el mismo espacio «no es algo objetivo y real, sino algo subjetivo e ideal; es como un esquema que se deriva de una ley constante de la naturaleza de la mente, para coordinar todos los sentidos externos»[3].

¿Qué sentido tiene esta visión del mundo por parte de la psicología del individuo? Heiddeger y después Sartre exploraron el significado de la responsabilidad del ser individual. Heidegger se refirió al individuo con la palabra *dasein* (no le llamó «yo», ni «uno», ni «ego», ni «ser humano») por una razón específica: quería hacer hincapié en la naturaleza dual de la existencia humana. El individuo está «ahí» *(da),* pero también forma parte de lo que está ahí. El yo es «dos en uno», es un yo *empírico* (un yo objetivo, algo que está «ahí», un objeto

que forma parte del mundo) y un yo *transcendental* que configura, es decir, que es «responsable» de sí mismo y del mundo. La responsabilidad así enfocada va inextricablemente unida a la libertad. A menos que el individuo sea libre para constituir el mundo eligiendo una entre varias posibilidades, el concepto de responsabilidad no tiene ningún sentido. El universo es contingente; todo lo que existe pudo haberse creado de otra manera. La concepción de libertad de Sartre abarca un amplio horizonte: el ser humano no sólo es libre, sino que está condenado a la libertad. Más aún, la libertad se extiende más allá de la responsabilidad ante la creación del mundo (es decir, por haber dotado al mundo de significados): *uno es también íntegramente responsable de la propia vida, no sólo de las propias acciones, sino también de los propios fracasos en la acción.*

Mientras escribo este libro, el mundo padece de desnutrición. Según Sartre, yo soy responsable de esta desnutrición. Naturalmente, yo protesto: sé muy poco de lo que sucede en otros lugares de la tierra y creo que puedo hacer muy poco para aliviar esta situación trágica. Pero Sartre añadiría que es que yo quiero ignorar la situación y que en este instante opto por dedicar mi tiempo a escribir, en lugar de dedicarlo a ocuparme de dicha situación trágica[4]. Después de todo, yo podría organizar una campaña para reunir fondos o difundir el problema a través de los medios competentes, pero prefiero volverle la espalda. Soy responsable de lo que hago y de lo que prefiero ignorar. La posición de Sartre a este respecto no es de tipo moral: él no dice que yo *debería* estar haciendo otra cosa, sino que lo que yo *hago* entra dentro del terreno de mi responsabilidad. Ambos niveles de responsabilidad —la de la atribución de significados y la de la conducta vital— juegan, como veremos, un papel fundamental en psicoterapia.

Tanto para configurarse (ser responsable) a uno mismo y a su mundo, como para ser conscientes de la propia responsabilidad, se necesita un conocimiento de sí mismo aterradoramente profundo. Nada en el mundo tiene significación si no es por la propia creación. No hay reglas, sistemas éticos ni valores; no existe ningún tipo de referencias externas ni grandes designios en el universo. Según Sartre, sólo el individuo es el creador (esto es lo que quiere expresar cuando dice «el hombre es el ser que proyecta convertirse en dios»)[5].

El experimentar de este modo la existencia produce una sensación de vértigo. Nada es como parecía ser. Hasta el suelo sobre el que pisamos, se abre bajo nuestros pies. De hecho, la *carencia de funda-*

mento es una expresión que se emplea frecuentemente para describir la experiencia subjetiva que conduce a darse cuenta de la propia responsabilidad. Muchos filósofos existencialistas han descrito esta angustia con la expresión «angustia primigenia», que es la angustia fundamental, una angustia aún más profunda que la que se experimenta ante la muerte. En realidad, muchos consideran que la angustia ante la muerte es un símbolo de la angustia por la carencia de fundamento. Con frecuencia, los filósofos distinguen entre «mi muerte» y la muerte, es decir, la muerte de los otros. Lo verdaderamente aterrador de «mi muerte» es que significa la disolución de mi mundo. «Mi muerte» lleva consigo también el fin del que otorga significados y del espectador del mundo; así, con lo que nos enfrentamos es con la nada[6].

El desasosiego derivado de la «nada» y de la creación de uno mismo tiene otras connotaciones profundas e inquietantes: la soledad —una soledad existencial—, que, como explicaré en el capítulo VIII, se extiende mucho más allá de la soledad en un sentido social; es la soledad de estar separado no sólo de la gente, sino también del mundo tal como uno lo experimenta. «La responsabilidad del "por sí mismo" (esto es, la conciencia individual) es abrumadora, porque es gracias al "por sí mismo" que el mundo se convierte en mundo»[7].

Respondemos a la angustia de la carencia de fundamento del mismo modo que cuando nos enfrentamos a cualquier otra angustia, es decir, buscando alivio. Hay muchas maneras de protegernos. En primer lugar, a diferencia de la angustia ante la muerte, la derivada de la carencia de fundamento *no* es evidente en la experiencia cotidiana. No es fácil que los adultos la intuyan, y es muy probable que los niños no puedan experimentarla. Algunos individuos, como el personaje Roquentin de *La náusea,* tienen destellos de su actividad configuradora varias veces en la vida, pero generalmente suelen quedar lejos del campo de la conciencia. Uno evita situaciones (por ejemplo, la toma de decisiones, el aislamiento y la acción autónoma) que, si se consideraran profundamente, harían que uno se diera cuenta de la carencia de bases fundamentales. Así, buscamos una estructura, una autoridad, un plan, algo mágico, algo más poderoso que uno mismo. Como nos recuerda Fromm en *El miedo a la libertad,* es preferible un tirano a no tener ningún dirigente[8]. En este sentido, los niños se alteran ante la libertad y exigen que les marquemos unos límites. Los pacientes psicóticos en estado de pánico exigen también una estructura y unos límites. La misma dinámica genera el desarrollo de la

transferencia en el curso de la psicoterapia. Otro tipo de defensas frente a la angustia inherente a la carencia de fundamentos son las que se utilizan comúnmente contra la conciencia plena de «mi muerte», porque la negación de la muerte es aliada de la negación de la carencia de fundamento.

No obstante, es posible que, de todas, la defensa más potente sea la simple percepción de la realidad tal como la vivimos, esto es, la apariencia de las cosas. Contemplarnos a nosotros mismos como configuradores primarios es caminar de cara a la realidad, tal como la vivimos normalmente. Nuestros sentidos nos dicen que el mundo está «ahí» y que nosotros entramos y salimos de él. Pero, como afirman Heidegger y Sartre, las apariencias están al servicio de la negación: *constituimos el mundo de tal manera que parece independiente de nuestra labor como configuradores.* Constituir el mundo en tanto que entidad empírica significa configurarlo como una unidad independiente de nosotros mismos.

El hecho de dejarse engañar por cualquiera de estos mecanismos que nos permiten escapar a nuestra libertad, es vivir de una manera «no auténtica» (Heidegger) o de «mala fe» (Sartre). En este sentido, Sartre consideraba que era necesario liberar a los individuos de su mala fe y ayudarles a asumir sus responsabilidades. Éste es también el proyecto del psicoterapeuta. En el resto de este capítulo se describirán las ramificaciones clínicas derivadas de evitar la responsabilidad y las técnicas con que cuenta el terapeuta para facilitar el proceso de la asunción de la misma.

Manifestaciones clínicas de la evitación de responsabilidad

Hasta la revisión histórica más superficial del campo de la psicoterapia revela cambios radicales en el modo como un terapeuta ofrece ayuda a sus pacientes. La desordenada proliferación de nuevos sistemas terapéuticos que compiten con los anteriores parece desafiar cualquier patrón coherente, incluso, en algunas épocas, ha ido en perjuicio de la confianza que el público en general dispensa a la psicoterapia. Pero, cuando se examinan más cuidadosamente estos nuevos sistemas de terapia —así como las nuevas versiones de los sistemas tradicionales—, se descubre que todos tienen en común un rasgo básico: el énfasis con que el individuo debe asumir su propia responsabilidad.

El hecho de que los enfoques modernos hagan hincapié en la responsabilidad, no es accidental. Los sistemas terapéuticos reflejan y son producto de la patología a la que asisten. La Viena de finales de siglo, donde se incubó y nació la psicología freudiana, presentaba todas las características de la cultura victoriana: represión de los instintos (especialmente sexual), reglas de conducta y costumbres fuertemente estructuradas y claramente definidas, esferas de acción completamente distintas para los hombres y las mujeres, énfasis en la fuerza de voluntad y en la fortaleza moral, así como un optimismo desbordante basado en el positivismo científico, que pretendía explicar todos los aspectos del orden natural, sin excluir la conducta humana.

Freud advirtió, con toda razón, que esa supresión rígida de las inclinaciones naturales era perjudicial para el psiquismo; la energía libidinosa que no podía expresarse abiertamente en la superficie, engendró defensas restrictivas y medios indirectos de expresión. Las defensas y el modo oblicuo de expresión de la libido se aliaron para formar la imagen clínica de la psiconeurosis clásica.

Pero, ¿qué pensaría Freud si viviera en una sociedad estadounidense contemporánea, como, por ejemplo, la de California, donde han nacido tantos de los nuevos enfoques terapéuticos? A las pulsiones instintivas naturales se les da rienda suelta, y la permisividad sexual es un hecho desde comienzos de la adolescencia, tal como han demostrado numerosas investigaciones. Existe toda una generación de jóvenes adultos que se han criado y desarrollado dentro de un sistema obligadamente permisivo. Se han desmantelado una a una las estructuras, los límites, los rituales de todo tipo. En las órdenes religiosas, las monjas católicas desafían al Papa; los sacerdotes se niegan a permanecer célibes; los hombres y mujeres homosexuales exigen a la Iglesia episcopaliana el derecho a que se les ordene como sacerdotes, y hay muchas mujeres rabinas que dirigen los servicios religiosos en muchas sinagogas. Los estudiantes, en fin, tutean a sus profesores. ¿Qué ha sido de las palabrotas prohibidas, de los títulos profesionales, de los manuales de buenos modales y de los códigos de vestimenta? Un amigo mío, crítico de arte, describió la nueva cultura relatando una anécdota de su primer viaje al sur de California. Se le había ocurrido detenerse en uno de esos restaurantes donde sirven comida rápida para los viajeros. Junto con la hamburguesa que había pedido, le llevaron una bolsita de plástico con salsa de tomate. En otros lugares, estas bolsitas tienen una línea punteada y

una inscripción que dice «abra por aquí»; pero en California no tienen línea puntada, sino sólo un simple «abra por donde quiera»[9].

El campo de la psicopatología ha experimentado un cambio equivalente. Los síndromes psiconeuróticos clásicos son ya raros de encontrar. Desde hace ya diez años, el individuo que presenta una imagen clínica de psiconeurosis verdadera se considera como un tesoro tanto para los jóvenes graduados como para sus profesores. El paciente de nuestros días tiene que lidiar más con el exceso de libertad que con las pulsiones reprimidas. Al no verse empujado desde dentro por lo que «tiene» que hacer, ni desde fuera por lo que «debería» hacer, se enfrenta con el problema de elegir y decidir lo que *quiere* hacer. Cada vez son más los pacientes que inician la terapia con quejas vagas y poco definidas. Con mucha frecuencia, después de mi primera sesión de consulta, me encuentro con que no tengo una imagen clara del problema. En esos casos, considero que es precisamente que ni el mismo paciente puede definir su problema. Se queja de que «le falta algo» en la vida, de que se siente escindido en sus sentimientos, de que experimenta un vacío, de que le falta entusiasmo o de que se siente a la deriva. La terapia de estos pacientes resulta también difusa. La palabra «cura» ha desaparecido del vocabulario psicoterapéutico; en su lugar, el terapeuta habla de «crecimiento» o «progreso». Como las metas son confusas, la culminación de la terapia es igualmente indefinida, y muchas veces los procesos terapéuticos continúan en vano año tras año.

La atrofia de las instituciones que organizaban nuestras vidas en estructuras sociales y psicológicas ha servido para enfrentarnos con nuestra libertad. Si no hay reglas, si no hay grandes planes, si no hay nada que *debamos* hacer, entonces somos libres de hacer lo que elijamos. Nuestra naturaleza básica no ha cambiado; podemos decir que con la desaparición de las trabas a nuestra libertad y con el resquebrajamiento de las estructuras impuestas desde fuera, estamos ahora más cerca que nunca de experimentar los hechos existenciales de la vida. Pero nos falta preparación, es demasiado difícil; la angustia pugna por manifestarse. Tanto a nivel social como a nivel individual, nos protegemos de la libertad por todos los medios a nuestro alcance.

Me gustaría examinar ahora los mecanismos psíquicos específicos que protegen al individuo de la conciencia de la responsabilidad. Todos los terapeutas encuentran varios ejemplos en su trabajo diario de defensas destinadas a evitar la responsabilidad. Presentaré las más comunes: compulsión, desplazamiento de la responsabilidad a otra

persona, negación de la misma («víctima inocente», «pérdida de control»), evitación de la conducta autónoma y patología relacionada con la toma de decisiones.

Compulsividad

Una de las defensas dinámicas más comunes contra la conciencia de la responsabilidad es la creación de un mundo psíquico en el cual no se experimenta la libertad, sino que se vive bajo el imperio de una fuerza irresistible que es ajena al yo («no yo»). A esta defensa la conocemos con el nombre de «compulsividad».

Un ejemplo clínico al respecto es el que nos proporciona Bernard, un vendedor de veinticinco años, cuyos problemas primordiales son la culpa y «el sentimiento de ser arrastrado desde fuera». Se sentía arrastrado en su conducta sexual, en su trabajo y hasta en su tiempo libre. Éste era el paciente que (lo mencioné en la introducción de la parte segunda), al no haber podido concretar una cita con fines sexuales (por haber telefoneado demasiado tarde), exclamó con un suspiro de alivio: «Ahora podré leer y descansar toda la noche, que es lo que realmente quería hacer.» En esa expresión puntal —«que es lo que realmente quería hacer»— radica la esencia del problema de Bernard. La pregunta obligada sería: «Bernard, ¿por qué, si eso era lo que *realmente* querías, no lo has hecho directamente?»

Las respuestas fueron vagas: «Yo no sabía que era eso lo que realmente quería, hasta que sentí esa oleada de alivio cuando fui rechazado.» En otra ocasión dijo que, en efecto, no se había dado cuenta de que podía elegir: «Conseguir a una mujer es lo único que cuenta.» Su compulsión era tan fuerte que le resultaba inconcebible no hacer el amor con una mujer que estuviera disponible; aunque quedaba perfectamente claro que el breve disfrute sexual no estaba compensado por todos los elementos de disforia que esto desencadenaba: la ansiedad anticipatoria; los sentimientos de insatisfacción consigo mismo, porque su actividad sexual le restaba eficiencia en el trabajo; la culpa y el miedo de que su esposa descubriera su promiscuidad sexual; el rechazo, en fin, de sí mismo por estar utilizando a las mujeres de mala fe, como si fueran máquinas.

Por consiguiente, Bernard evitaba el problema de la responsabilidad y de la elección, empleando una compulsión que borraba la elección. Su experiencia subjetiva era similar a la de alguien que

confía su vida a algo o a alguien sin ningún control. Solicitó la terapia para aliviar su disforia, pero seguía ciego ante el hecho de que él mismo era responsable de su disforia, de que su compulsividad era la causante de su predicamento vital.

Desplazamiento de la responsabilidad

Muchos individuos evitan la responsabilidad personal desplazándola hacia otra persona. Esta maniobra es muy común en el ámbito psicoterapéutico. Uno de los aspectos principales de mi trabajo con Bernard lo constituían sus esfuerzos continuos por lograr que yo cargara con la responsabilidad de sus actos. No reflexionaba sobre su problema de una sesión a otra; al contrario, acumulaba el material y me lo «echaba encima» en la siguiente sesión. (A estas observaciones contestaba muy sagazmente que si preparaba el material de antemano, las sesiones perderían su espontaneidad.) Rara vez relataba sus sueños, pues no tenía la fuerza de voluntad para anotarlos si despertaba durante la noche; de modo que a la mañana siguiente ya los había olvidado. Si alguna vez anotaba alguno, no miraba lo que había escrito antes de la sesión, de tal manera que rara vez podía volver a descifrar su escritura.

Durante unas vacaciones de verano en que yo me hallaba fuera, Bernard soñó, la noche antes de volver a verme, que estaba jugando al fútbol y que *se encontraba colgado de mis hombros* cuando le pasaban la pelota. Su conducta durante esa primera sesión, después de mi regreso, era una reactualización simbólica de su sueño: me abrumó con los detalles de sus actividades durante el verano, sus angustias, su conducta sexual y el desprecio que sentía por sí mismo. Durante cuatro semanas había dado rienda suelta a su compulsividad y angustia, y había esperado mi regreso para que yo le mostrase cómo enfrentarse a ellas. Aunque en su trabajo estaba acostumbrado a utilizar técnicas para agilizar la mente, parecía anonadado cuando le pedí que hiciera un ejercicio simple (reflexionar acerca de sí mismo durante veinte minutos y después escribir sus observaciones). Después de unas cuantas tentativas (muy positivas), ya «no pudo encontrar tiempo» para el ejercicio. Una noche, tras señalarle una vez más cómo me hacía cargar con la responsabilidad de sus problemas, soñó lo siguiente:

X (individuo parecido a Bernard, que, en realidad, era su doble) me llamaba para concertar una cita. Decía que yo había conocido a su madre y que ahora él deseaba verme. Yo no sentía deseos de hacer lo mismo. No obstante, después pensé que debía sacarle partido, porque trabajaba en el departamento de relaciones públicas. Pero él no podía arreglar su horario para verme y nuestros programas eran incompatibles. Entonces le dije: «Tal vez deberíamos concertar una cita para hablar de su horario.» Desperté riendo.

Bernard debía recorrer ochenta kilómetros cada vez que me visitaba y, sin embargo, nunca se quejó de la distancia. Pero, tal como ilustra el sueño, no podía y no quería encontrar tiempo para una sesión consigo mismo. Es evidente que, en el caso de Bernard y de los demás pacientes que no hacen nada en ausencia de sus terapeutas, no era cuestión de tiempo ni de conveniencia. De lo que se trata es de afrontar la responsabilidad personal ante la propia vida y ante el proceso del cambio. Y, más allá de la conciencia de la responsabilidad, también bulle el temor a quedarse sin fundamentos.

El adquirir la responsabilidad es una condición previa para el cambio terapéutico. Mientras uno piense que la propia situación y disforia se deben a alguien más o a una fuerza externa, ¿qué sentido tiene esforzarse por cambiar? La gente se esfuerza continuamente por eludir la conciencia de la responsabilidad. Por ejemplo, un paciente se quejaba de que, desde hacía mucho tiempo, tenía problemas sexuales graves en su matrimonio. Creo que si se hubiera enfrentado a su responsabilidad en esta situación, hubiera sufrido una escalofriante confrontación con la libertad y hubiera descubierto que se encontraba preso en una cárcel creada por él mismo. En realidad, si el sexo era tan importante, él era libre de dejar a su mujer, de buscarse otra o de *considerar* la posibilidad de dejar a su mujer (la simple idea de la separación era capaz de conducirle a paroxismos de angustia). Era libre para cambiar cualquier aspecto de su vida sexual; y ese hecho era igualmente transcendental, porque significaba que él hubiera tenido que asumir la responsabilidad de efectuar un cambio en los bochornosos sentimientos que había experimentado siempre con respecto a su vida sexual y a algunos otros aspectos de su vida afectiva. En consecuencia, evitaba con obstinación asumir la responsabilidad y atribuía sus problemas sexuales a una serie de factores ajenos a su propia persona: la falta de interés sexual de su esposa y la poca inclinación al cambio que manifestaba ella; los ruidosos resortes de su cama (tan exagerados, que sus hijos oían los ruidos característicos del coito; pero, sin embargo, por mil razones nimias, no podía cambiarse la cama); su edad (tenía cuarenta y cinco) y su carencia innata de fuerza libidinal; sus problemas no resueltos con su propia madre (los cuales, como suele suceder con las explicaciones genéticas, servían más para explicar por qué evitaba la responsabilidad, que para actuar como catalizadores para el cambio).

En la práctica clínica se observan otros modos de desplazar la responsabilidad hacia otros. Es evidente que los pacientes paranoides desplazan constantemente su responsabilidad hacia otros individuos o circunstancias. Atribuyen a otros sus propios sentimientos y deseos, e invariablemente explican su disforia y sus fracasos como resultado de factores externos. La principal tarea terapéutica —a veces imposible— con los paranoides, es ayudarles a aceptar que son los autores de sus propios sentimientos proyectados.

La evitación de responsabilidad es también el principal obstáculo en la psicoterapia de los pacientes que sufren de una enfermedad psicofisiológica. La aceptación de la responsabilidad en estos pacientes se ha suprimido dos veces: sufren, como consecuencia, de síntomas somáticos y no psicológicos. Pero, aunque reconozcan el substrato psíquico de su padecimiento somático, siguen empleando las defensas de exteriorización que les son características, atribuyendo su disforia psicológica a un nerviosismo o a la influencia negativa de condiciones ambientales.

Negación de la responsabilidad: la «víctima inocente»

Existe un tipo especial de evitación de la responsabilidad que se observa a menudo en individuos (considerados de personalidad histérica) que niegan la responsabilidad por creer que son víctimas inocentes de los acontecimientos que ellos mismos (sin querer) han desencadenado.

Por ejemplo, Clarissa, una psicoterapeuta de cuarenta años se incorporó a un grupo terapéutico para superar las dificultades que siempre había tenido para establecer relaciones íntimas con los hombres, los cuales, empezando desde su mismo padre, la habían rechazado y castigado. Durante nuestra sesión inicial, me dijo que había terminado, hacía varios meses, una prolongada terapia psicoanalítica y que intuía que ahora sus problemas se resolverían mejor en el marco de un grupo terapéutico. Al cabo de varios meses, nos

informó que había regresado a su análisis poco después de haber comenzado el grupo, pero que no lo había considerado un hecho bastante importante como para habernos informado a su tiempo. Sin embargo, en ese punto, su analista, que desaprobaba la terapia de grupo, había estimado que su pertenencia al grupo era *acting-out*.

Es evidente que un paciente no puede trabajar en un grupo si su terapeuta personal se opone y decide dificultar de alguna manera el trabajo. Por indicación de Clarissa, decidí telefonear a su analista, pero éste mantuvo una postura psiconalítica de absoluta reserva y —en forma un poco altanera, según me pareció— se negó a conversar conmigo sobre el asunto. Me sentía traicionado por Clarissa, irritado con su analista y muy molesto por el curso de los acontecimientos. Ella, sin embargo, adoptaba una postura de ingenuidad y un tanto de perplejidad por lo que estaba ocurriendo. Los miembros del grupo comenzaron a apreciar en ella una actitud de «hacerse la tonta» y, para ayudarla a sobreponerse, sus comentarios se tornaron cada vez más fuertes y punitivos. Una vez más, Clarissa se situó en el papel de víctima, especialmente con los hombres del grupo, y, «debido a circunstancias que estaban fuera de su control», se vio obligada a abandonar el grupo.

Este incidente era una versión en miniatura del problema esencial de Clarissa: la evitación de responsabilidad, que conseguía desempeñando el papel de víctima inocente. Aunque todavía no estaba preparada para apreciarlo, el incidente aportaba la clave de sus dificultades para establecer relaciones íntimas. Dos hombres importantes en su vida, el analista y el terapeuta de su grupo, se sentían manipulados y —al menos por mi parte— molestos con ella. Los restantes miembros del grupo se sentían igualmente utilizados. Clarissa no se relacionaba con ellos de buena fe; por el contrario, se sentían tratados como peones en un drama que ella estaba escenificando con sus terapeutas.

Recordemos que Clarissa se había incorporado a la terapia debido a sus problemas para establecer relaciones íntimas. El grupo veía con toda claridad la responsabilidad que ella tenía en sus dificultades. Ella nunca estaba *con* una persona. Mientras estaba con los miembros del grupo, estaba realmente conmigo. Mientras estaba conmigo, estaba realmente con su analista; y, sin duda, cuando estaba con él, estaba realmente con su padre. La dinámica de Clarissa de hacer el papel de víctima inocente resultaba especialmente obvia, pues era una psicoterapeuta experimentada que había dirigido sus propios grupos terapéu-

ticos y que conocía muy bien la importancia de la comunicación entre los terapeutas individuales y de grupo.

Negación de la responsabilidad: pérdida del control

Otro modo de evitar la responsabilidad es estar temporalmente «con la mente alterada». Algunos pacientes entran en un estado temporal de irracionalidad, durante el cual actúan de forma irresponsable, porque creen que no tienen que dar cuenta de su conducta ni siquiera a ellos mismos. Éste era el problema en uno de los ejemplos que relaté al principio de la parte segunda, en el que el terapeuta le preguntaba al paciente (quien se lamentaba de que su conducta no era deliberada): «¿De quién es el inconsciente?» Es importante señalar que si se examinan cuidadosamente estos casos, un terapeuta descubriría que la conducta «descontrolada» no es en modo alguno desordenada: tiene un propósito y permite al paciente obtener «beneficios secundarios» y evitar la responsabilidad.

Una paciente que fue primero tratada brutalmente y después rechazada por un amante insensible y sádico, «perdió el control» y «enloqueció», con lo cual se alteró radicalmente el equilibrio de la relación. Le persiguió durante varias semanas, repetidas veces irrumpió en su apartamento destrozándolo todo, le gritaba y le tiraba los platos a la cabeza mientras comía en algún restaurante con un amigo. Su conducta alocada e impredecible acabó por derrotar a su compañero: en una situación de pánico, éste buscó la protección de la policía y, posteriormente, acudió a un servicio psiquiátrico de urgencia. Llegado este punto, y una vez logrado su objetivo, ella —*mirabile dictu*— recuperó el control y en adelante se comportó de forma enteramente racional. En diversos aspectos, esta dinámica es bastante común. Hay muchos individuos que viven bajo la tiranía de la irracionalidad potencial del compañero.

Perder el control produce otro beneficio secundario: recibir atención y cuidados. Algunos pacientes desean tan ardientemente que el terapeuta se ocupe de ellos, los cuide y los atienda que, para conseguirlo, son capaces de «perder el control» hasta el punto de una profunda regresión, en la cual requieren hospitalización.

Evitación de una conducta autónoma

Los casos más sorprendentes son aquéllos en que los pacientes saben perfectamente qué hacer para mejorar y, sin embargo, se niegan inexplicablemente a dar los pasos necesarios. Paul, un paciente deprimido que buscaba un nuevo empleo, viajó a Nueva York para sostener entrevistas de selección de personal. Se sentía desesperadamente solo: las entrevistas propiamente dichas sólo duraron seis horas a lo largo de un período de tres días; el resto del tiempo lo pasó solo y en medio de una espera frenética. Como había vivido muchos años en Nueva York, contaba con muchos amigos en la ciudad que sin duda le hubieran acogido con afecto. Se pasó dos noches pendiente del teléfono, deseando que le llamasen —cosa realmente imposible, porque sus amigos no tenían por qué saber que estaba allí—, pero, por otro lado, fue incapaz de llamarles.

¿Por qué? Analizamos este punto minuciosamente, empezando por sus primeras respuestas: «No tenía valor», «me sentiría humillado si les hubiera pedido compañía», «hubieran pensado que sólo les llamo cuando les necesito». Poco a poco comprendimos que su conducta era un reflejo de su negativa a reconocer que su bienestar y su felicidad dependían de él mismo, y que la ayuda sólo se produciría si él creaba las ocasiones propicias. En un determinado momento, comenté que daba miedo ser el padre de uno mismo; ese comentario tuvo poderosas repercusiones en Paul y, durante el resto de la terapia, con frecuencia hizo referencias a él. La paradoja de su caso (como sucedía con Sam, en el capítulo IV, quien, tras abandonarle su esposa, se negaba a salir con sus amigos por temor a no estar en casa si le llamaban por teléfono) era que, para superar su soledad social, tenía que enfrentarse con una soledad existencial mucho más profunda. En estos ejemplos vemos la confluencia de dos marcos de referencia: el hecho de asumir la responsabilidad trae como consecuencia el abandono de la propia creencia de que, en última instancia, existe un salvador, tarea extraordinariamente difícil para un individuo que ha construido su *Weltanschauung* sobre dicha creencia. Actuando en concierto, estos dos marcos de referencia constituyen la dinámica básica de la dependencia y proporcionan al terapeuta un sistema, poderoso y coherente, que ayuda a comprender el carácter de las personas patológicamente dependientes.

Desórdenes de la voluntad y de la decisión

En el siguiente capítulo analizaremos detalladamente la relación existente entre la asunción de responsabilidades y la voluntad (esto es, entre desear y decidir). Y en este punto quiero hacer una breve pausa para señalar que cuando una persona plenamente consciente desea algo y toma una decisión, se está enfrentando a la responsabilidad. El postulado central de este capítulo es que uno se crea a sí mismo; el del siguiente será demostrar que el desear y decidir son los dos fundamentos básicos de la creación. Como solía decir Sartre, la vida de un individuo está constituida por sus elecciones. La persona se crea a sí misma tal como desea ser. Si uno está aterrorizado por el hecho de su propia creación (y por el hecho de quedarse sin fundamentos al comprender que es su propio arquitecto), entonces puede negarse a desear: o permaneciendo inactivo en el terreno de los deseos o sentimientos, o renunciando a su derecho a elegir, o transfiriendo la propia elección a otros individuos, instituciones o circunstancias externas. En el capítulo VII se considerarán estos mecanismos de evitación de la responsabilidad a través de la negación de la propia voluntad.

La asunción de responsabilidad y la psicoterapia

Para ayudar al paciente a asumir su responsabilidad, el primer paso que tiene que dar el terapeuta no es emplear una técnica, sino adoptar una actitud sobre la cual descansarán las técnicas que se sigan. El terapeuta tiene que trabajar en todo momento dentro del marco de referencia que el paciente ha empleado para crear su propio síntoma. *No* es la suerte, ni la casualidad, ni los genes defectuosos, lo que ha provocado que el paciente se sienta solo, aislado, maltratado por doquier o que no pueda conciliar el sueño. El terapeuta tiene que determinar el papel que desempeña el paciente en su propio dilema y encontrar la manera de comunicarle este conocimiento profundo. Mientras no se comprenda que uno mismo ha creado la disforia, se carece de motivaciones para cambiar. Mientras uno siga creyendo que los trastornos se los está causando otro, la mala suerte, un trabajo inadecuado o cualquier otro agente externo, ¿para qué gastar energía tratando de cambiar? En los casos de este tipo, la estrategia más obvia no es terapéutica, sino activista: cambiar todo el ambiente.

La buena disposición para aceptar la responsabilidad varía considerablemente de un paciente a otro. Para algunos, ésta es una tarea extraordinariamente difícil, por lo que constituye el meollo de la labor terapéutica. Una vez que asumen su responsabilidad, el cambio terapéutico se lleva a cabo de manera casi automática y sin ningún esfuerzo. Hay otros que reconocen su responsabilidad más pronto, pero se estancan, sin embargo, en otras etapas del tratamiento. Por regla general, la conciencia de la responsabilidad no es uniforme: los individuos pueden aceptarla en algunos terrenos y negarla en otros.

Identificación y calificación

La primera tarea del terapeuta es la de permanecer atento para identificar los casos que se produzcan y los métodos empleados para evitar las responsabilidades, con el fin de hacérselos ver a los pacientes. Los terapeutas, según sus preferencias, emplean una gran variedad de técnicas para enfocar la atención del paciente hacia la responsabilidad. Tomemos varios ejemplos que señalé al principio de la parte segunda: si un terapeuta se enfrenta a su paciente, el cual disculpa su conducta diciendo que: «no lo hice a propósito, lo hice inconscientemente», preguntándole, «¿de quién es el inconsciente?», está tratando de crear una conciencia de la responsabilidad. También lo está haciendo si le pide al paciente que se «haga cargo» de lo que le sucede (que no diga «esto me fastidia», sino «yo permito que esto me fastidie»). El hecho de que a algunas personas se les obligue a sustituir el «no puedo» por «no quiero», constituye un mecanismo especialmente concebido para ayudar a despertar el sentido de responsabilidad. Mientras uno mantenga su creencia de que «no puede», seguirá ignorando la contribución activa de cada uno a su situación. El paciente que afirma «Madre, no cambiaré hasta que me trates de otro modo cuando yo tenía diez años» está realmente ponderando la *negativa* de la madre (más que su incapacidad) para efectuar un cambio. Más aún, se la obliga a enfrentarse al absurdo de su situación y al sacrificio inútil y trágico de su vida ante el altar del rencor.

Vera Gatch y Maurice Temerlin, después de analizar las grabaciones de las sesiones psicoterapéuticas de distintos grupos, nos han informado acerca de las más variadas intervenciones destinadas a la confrontación (a veces sin intención) para incrementar la conciencia de la responsabilidad:

Cuando un hombre comenzó a quejarse con amargura y pasividad de que su esposa se negaba a mantener relaciones sexuales con él, el terapeuta le aclaró la situación diciéndole: «A usted debe gustarle eso, pues lleva muchos años casado con ella.» Un ama de casa se quejó de que no sabía qué hacer con su hijo «porque se pasaba todo el día sentado viendo la televisión». El terapeuta le apuntó la elección que ella misma tenía en esta cuestión, diciéndole: «Pues usted debe ser demasiado débil e indefensa como para no apagar la televisión.» Un obsesivo que se dejaba llevar por sus impulsos gritó: «¡Deténgame! Creo que me voy a suicidar.» Y el terapeuta le dijo: «¿Quiere que yo le detenga? Si usted realmente desea matarse —morirse de verdad—, nadie podrá detenerle, excepto usted mismo.» Conversando con un paciente oral-dependiente y pasivo, se quejaba de que la vida ya no tenía ningún atractivo para él porque una mujer, mayor que él, no correspondía a su amor, el terapeuta comenzó a cantar: «El pobre corderillo que se ha extraviado...»[10]

El principio general es evidente: cada vez que el paciente se queja de su situación vital, el terapeuta le pregunta qué ha hecho para crear esa situación.

Es útil y aconsejable que el terapeuta recuerde cuáles son las quejas iniciales del paciente para, en los momentos apropiados del tratamiento, yuxtaponer estas quejas a las actitudes y conducta que observe posteriormente. Por ejemplo, consideremos el caso de un paciente que solicitó ayuda psicoterapéutica empujado por un sentimiento de aislamiento y soledad. Durante el tratamiento, hizo referencia a su sentimiento de superioridad y al encono y desdén que sentía por los demás. Su resistencia a cambiar estas actitudes era notable: eran sentimientos egosintónicos que mantenía con singular terquedad. El terapeuta ayudó al paciente a comprender su responsabilidad por este incómodo predicamento, diciéndole cada vez que aludía a su desdén por los demás: «Y usted se siente solo.»

A un paciente que se lamente de las restricciones que le impone la vida, hay que ayudarle a comprender hasta qué punto ha contribuido él mismo a crear esa situación: por ejemplo, al elegir que desea continuar con su matrimonio, tener dos empleos, poseer tres perros, mantener un jardín muy cuidado, y así sucesivamente. Generalmente, la vida de las personas llega a tal grado de estructuración, que la consideran como una realidad inalterable, como una estructura concreta dentro de la cual necesitan funcionar, en lugar de verla como una tela de araña tejida por ellos mismos y susceptible de volver a tejerse de múltiples maneras. Estoy casi seguro de que ésta debió ser la razón por la cual Otto Will le dijo a su paciente, limitado y obsesivo:

«¿Por qué no cambia de nombre y se muda a California?» De este modo le obligó a enfrentarse de golpe con su libertad, con el hecho de que era libre para cambiar la estructura de su vida y para volver a conformarla de una manera enteramente diferente.

Naturalmente que existe una objeción válida: «Hay muchas cosas que no pueden cambiarse.» Uno tiene que ganarse la vida, desempeñar el papel de padre o de madre con los hijos e incluso responder a las obligaciones morales ya contraídas. Cada uno debe aceptar sus propias limitaciones: un parapléjico no es libre para caminar; un hombre pobre no es libre para retirarse; una viuda ya mayor quizás tenga pocas posibilidades para casarse, y así sucesivamente. Esta objeción —fundamental para el concepto de la libertad humana— puede surgir en cualquier etapa de la terapia; y la considero tan importante, que a ella me referiré detalladamente en una sección aparte (págs. 326-335).

Aunque son muy útiles estas técnicas de identificación y énfasis en la responsabilidad, su eficacia terapéutica es limitada. La sustitución del «no puedo« por «no quiero» y los lemas tales como «¡hazte cargo de tu propia vida!» o «¡conviértete en el dueño de tus propios sentimientos!» suelen ser bastante estimulantes, pero la mayoría de los pacientes requieren algo más que una simple exhortación y los terapeutas deben emplear métodos que produzcan un impacto más profundo. En este sentido, los más contundentes consisten en analizar la conducta terapéutica normal del paciente («aquí y ahora») y demostrar que él recrea en miniatura, en el marco de la situación terapéutica, el mismo tipo de problema al que se enfrenta en la vida. En realidad, tal como señalaré, la psicoterapia puede estructurarse de una manera específica para fortalecer la conciencia que tiene el paciente de su responsabilidad.

La responsabilidad y el «aquí y ahora»

El terapeuta que intenta analizar el relato de un paciente para demostrarle la responsabilidad que tiene ante su situación vital suele caer en terreno movedizo. El paciente dice *sotto voce:* «Todo esto está muy bien. Él se sienta ahí, en su confortable despacho, y me dice que yo me metí en este lío; pero no sabe *realmente* hasta qué punto mi marido es un sádico» (o «el jefe tan imposible que tengo», o «hasta qué punto me siento abrumado por mi compulsión», o «cómo es

realmente el mundo de los negocios», o cualquier otro de los numerosos obstáculos insuperables que existen). No hay límites a su resistencia porque, como todos los terapeutas experimentados saben, el paciente no contempla con objetividad su propio predicamento vital. Por el contrario, puede utilizar mecanismos de externalización de sus defensas o distorsionar, de diversas maneras, los datos que aporta para sostener su opinión del mundo. Así, sólo en raras ocasiones, puede el terapeuta ayudar al paciente a asumir su responsabilidad, basándose únicamente en datos de segunda mano.

La ayuda es mucho más efectiva si se trabaja con material de primera mano que se manifieste «aquí y ahora», es decir, en el curso del tratamiento. Al enfocar las experiencias que han emanado de la situación terapéutica y en las que el paciente ha participado, el terapeuta puede ayudarle a reconocer su responsabilidad con respecto a su conducta «aquí y ahora», antes de que se enmarañe y oscurezca por los mecanismos de defensa. La eficacia terapeútica aumenta considerablemente, si el terapeuta selecciona un incidente o un aspecto de la conducta que guarde relaciones obvias o semejanzas con el problema que empujó al paciente hacia la psicoterapia.

Una paciente llamada Doris nos proporciona un ejemplo muy ilustrativo. Doris acudió a la terapia debido a una grave angustia que tenía que ver con su relación con los individuos del sexo opuesto. Su problema principal, tal como ella lo describió, partía de sus relaciones con hombres acaparadores, de los cuales le era imposible librarse después. Su padre la había maltratado, así como su primer marido, el actual y una larga fila de jefes en el trabajo. Relataba sus dificultades con tal persuasión, que yo mismo me sentía inclinado a establecer con ella una relación de empatía por haber sido tan maltratada y por haber caído una y otra vez en las garras de semejantes tiranos. Llevaba ya varios meses en un grupo de psicoterapia, cuando sufrió un grave ataque de angustia. Incapaz de esperar hasta la siguiente sesión del grupo, me llamó una mañana para pedirme una cita individual urgente. Con gran dificultad, modifiqué mi horario para recibirla a las tres en punto de esa misma tarde. A las tres menos veinte telefoneó y dejó un mensaje cancelando la cita. Más tarde, durante la reunión del grupo, le pregunté lo que había sucedido. Me replicó que se había sentido un poco mejor esa tarde y que, puesto que mi norma era mantener entrevistas individuales sólo una vez durante el transcurso de la terapia, había decidido reservar su hora para algún otro momento en que le fuera aún más necesario.

¡Pero yo nunca había estipulado semejante norma! Nunca me negaría a ver a un paciente en una situación de urgencia. Los restantes miembros del grupo tampoco me habían oído nunca decir semejante cosa. Pero Doris estaba convencida de que yo se lo había dicho. Además, se puso a recordar otros incidentes de nuestra relación con un criterio significativamente selectivo. Por ejemplo, recordó con sorprendente claridad un único comentario que yo había hecho con impaciencia, hacía varios meses, acerca de sus tendencias monopolizadoras, hecho que ella repetía frecuentemente en el grupo. Sin embargo, había olvidado totalmente muchas declaraciones positivas de apoyo que le había hecho en los meses sucesivos.

La relación de Doris conmigo, en el microcosmos del «aquí y ahora», representaba su relación con los hombres y realzaba su papel (esto es, su responsabilidad) en su situación vital. Había distorsionado sus percepciones con respecto a mi persona, de la misma manera que lo había hecho con otros hombres: es decir, viéndolos a todos como figuras autoritarias y desconsideradas. Pero el incidente contenía otra lección. Yo me sentía molesto con Doris por haber cancelado su cita en el último momento, después de haberme esforzado tanto para reservarle la hora. También me sentí irritado por su insistencia de que yo había establecido una «norma» para las sesiones individuales. Haciendo un gran esfuerzo, logré dominar mi irritación y mantener mi objetividad terapéutica, pero pude imaginarme fácilmente lo difícil que debía ser relacionarse con Doris en una situación de la vida real.

Por tanto, lo ocurrido era esencialmente que Doris tenía ciertas creencias acerca de los hombres y esperaba que se comportaran de determinada manera hacia ella. Dichas suposiciones distorsionaban su percepción, y esta distorsión perceptiva traía como consecuencia que se comportara de una manera *que provocaba la conducta que ella tanto temía.* Esta maniobra es bastante común y se conoce como «autorrealización de la profecía»: primero, el individuo espera que ocurra un hecho cualquiera; después empieza a comportarse de manera que la profecía se cumple; finalmente, *relega la conciencia de su conducta al nivel inconsciente.*

Este incidente fue crucial en la terapia de Doris, pues tuvo enormes repercusiones en su problema básico. Si podía entender y aceptar su responsabilidad en la forma de relacionarse conmigo, sólo tendría que dar un paso más, haciendo una generalización mínima, para adquirir conciencia de su responsabilidad en su forma de relacionarse con

otros hombres. Creo que el terapeuta debe guiarse por ese incidente y perseverar tenazmente hasta sacarle el máximo provecho. Lo identifico de una manera explícita y subrayo su importancia: «Doris, yo creo que lo que acaba de suceder entre usted y yo es extremadamente importante, porque nos da la clave del problema que tiene con los hombres que han participado en su vida.» Si el paciente no está preparado todavía para aceptar la interpretación, hay que volver a repetirla en el futuro cuando ocurran otros hechos que corroboren el descubrimiento, o cuando la relación terapeuta-paciente sea más sólida y estable.

La conciencia de sus propios sentimientos constituye el instrumento más importante con que cuenta un terapeuta para identificar la contribución de un paciente a su propio predicamento vital. Por ejemplo, una mujer muy depresiva de cuarenta y ocho años se lamentaba amargamente de la forma como la trataban sus hijos. Rechazaban sus opiniones, se enfrentaban a ella y cuando se trataba de tomar una decisión importante, la discutían con su padre. Traté de descubrir mis sentimientos hacia ella y me di cuenta de que su voz parecía un quejido lastimoso y que, tal vez por eso, uno se sentía tentado a no tomarla en serio y a tratarla como si fuera una niña. El hecho de compartir mis sentimientos con ella le fue de gran utilidad: se dio cuenta de que su conducta era infantil en muchos aspectos. El análisis de su conducta «aquí y ahora» (su voz quejumbrosa) fue extremadamente importante para ayudarla a resolver el rompecabezas de la forma como sus hijos la trataban. Después de todo, éstos seguían sus instrucciones: la trataban como ella pedía que la tratasen (y lo pedía de una manera no verbal, es decir, a través del gimoteo y de sus excusas basadas en su propia debilidad y en su depresión).

Los esfuerzos que hace el paciente para evitar su responsabilidad no sólo se ponen de manifiesto en su relación con el terapeuta, sino también en su postura básica ante la terapia. Los pacientes, a menudo con la confabulación tácita del terapeuta, pueden adoptar frente a la terapia una actitud cómoda y pasiva, esperando que suceda muy poco y que lo poco que ha de suceder venga de aquél.

Cuando un terapeuta siente que un paciente pesa sobre él como una carga y que, durante la sesión, no sucederá nada que no provoque él mismo, quiere decir que ha permitido que el paciente le pase la responsabilidad y la soporte sobre sus hombros. Esta situación puede resolverse de diversos modos. La mayoría prefiere reflexionar sobre el problema. Así, el terapeuta comentará que el paciente está echán-

dole encima toda la responsabilidad y que no parece dispuesto a colaborar activamente en la terapia, o bien que tiene la impresión de estar cargando con todo el peso de la terapia; incluso puede emplear un método más eficaz para galvanizar al paciente, preguntándole simplemente: «¿Por qué viene usted?»

Hay varias resistencias típicas por parte de los pacientes ante estas intervenciones, la mayoría de las cuales se centran en el tema de que «no sé qué debo hacer», o «si supiera lo que debo hacer, no estaría aquí», o «por eso vengo a verle», o «¡dígame lo que debo hacer!» El paciente aparenta hallarse desamparado. Aunque insiste en que no sabe lo que debe hacer, en realidad ha recibido numerosas indicaciones explícitas e implícitas del terapeuta. Pero es incapaz de revelar sus sentimientos; no puede recordar los sueños (o está demasiado cansado para anotarlos, o se le olvida poner papel y lápiz junto a la cama); prefiere discutir temas intelectuales o enfrascarse con el terapeuta en una interminable polémica acerca de los efectos de la terapia. El problema, como muy bien saben los terapeutas experimentados, no es que el paciente ignore lo que debe hacer. Cada una de estas estratagemas refleja el mismo hecho: el paciente se niega a asumir la responsabilidad del cambio, del mismo modo que, fuera de la sesión terapéutica, rehúsa aceptar la responsabilidad de un incómodo predicamento vital.

El caso de Ruth, paciente de una terapia de grupo, nos ayudará a ilustrar este punto. Ruth evitaba las responsabilidades en todas las esferas de su vida. Se encontraba desesperadamente sola, no tenía amigas íntimas y todas sus relaciones con el sexo opuesto habían fracasado porque sus necesidades de dependencia eran excesivas para sus compañeros. Además, los tres años largos de terapia individual no le habían servido para nada. Su terapeuta individual informó que Ruth parecía un «peso muerto» en la terapia: no aportaba ningún material, como no fueran sus interminables cavilaciones acerca de su dilema con los hombres; no relataba ninguna fantasía ni material de transferencia, y nunca, a lo largo de los tres años, había narrado un solo sueño. Desesperado, había decidido enviarla a un grupo de terapia. Pero dentro de éste, Ruth se limitó a asumir su postura de indefensión y pasividad. Al cabo de seis meses, no había trabajado ni progresado nada.

En una sesión crucial, se lamentó de que el grupo no la había ayudado en absoluto y anunció que empezaba a preguntarse si éste era el grupo y la terapia adecuados para ella:

Terapeuta: Ruth, usted se comporta aquí lo mismo que en su vida cotidiana. Espera que algo suceda. ¿Cómo puede el grupo serle útil si usted no colabora con él?

Ruth: No sé qué hacer. Vengo una semana tras otra y nunca sucede nada. No estoy sacando ningún provecho de la terapia.

Terapeuta: Es natural que no obtenga nada de la terapia. ¿Qué puede suceder si no pone los medios necesarios?

Ruth: Ahora siento la mente en blanco. No sé qué decir.

Terapeuta: Parece muy importante para usted no saber nunca qué decir o hacer.

Ruth: *(llorando)* Dígame lo que quiere que haga. No quiero seguir siendo así toda la vida. El pasado fin de semana fui de excursión con unos amigos. Todos estaban muy contentos y el ambiente era francamente agradable; pero yo me sentí todo el tiempo muy desgraciada.

Terapeuta: Lo que quiere es que yo le diga qué hacer, cuando usted misma sabe perfectamente lo que debe hacer para que las cosas vayan mejor dentro del grupo.

Ruth: Si lo supiera, lo haría.

Terapeuta: ¡Al contrario! Le aterra el hecho de pensar sólo en ayudarse a sí misma.

Ruth: (sollozando) Otra vez me encuentro en la misma sitación fastidiosa. Mi mente es como un revoltijo. Parece que está enfadado conmigo. En este grupo, en lugar de sentirme mejor, me siento peor. No sé qué hacer.

Entonces intervino el resto del grupo. Uno de los miembros estuvo de acuerdo con Ruth, y dijo que él se encontraba en la misma situación. Otros dos expresaron su enojo por la eterna indefensión que ella expresaba. Otro comentó, con toda razón, que se habían suscitado interminables discusiones acerca de la forma en que los miembros podían participar más eficazmente. (De hecho, buena parte de la sesión anterior se había dedicado a ese tema.) Otro le dijo a Ruth que tenía numerosas opciones: podía hablar acerca de sus lágrimas, su tristeza y lo dolida que se sentía; o, por ejemplo, de que el terapeuta era un desgraciado; también podía hablar de sus sentimientos con respecto a cualquiera de los otros miembros. Ella sabía, y todos sabían que ella era consciente de ello, que tenía esas opciones. El grupo se preguntaba: «¿Por qué necesita mantener esa postura de desamparo y seudodemencia?»

A Ruth parecía que le habían administrado un choque eléctrico, y dijo que, desde hacía tres semanas, había hecho el propósito de hablar de sus sentimientos hacia los otros miembros, pero que siempre se había echado atrás. Manifestó que quería confesar cuál era la razón

por la que nunca iba a tomar café con sus compañeros del grupo después de la sesión. Había querido participar, pero se había abstenido para no establecer una relación más estrecha con Cynthia (otro miembro del grupo), pues temía que ésta, a quien ella veía como una persona particularmente necesitada, empezara a llamarla por teléfono a medianoche para pedirle ayuda. Después de esta intensa interacción con Cynthia, Ruth mostró claramente sus sentimientos hacia otros dos miembros del grupo; de forma que, al terminar la sesión, había participado más que en los últimos seis meses juntos. Lo que vale la pena subrayar de este ejemplo es que la súplica de Ruth «¡dígame lo que tengo que hacer!», era una declaración de que se estaba negando a aceptar su responsabilidad. Cuando recibió suficiente impulso, demostró que sabía perfectamente bien lo que debía hacer en la terapia. Pero prefería ignorarlo. Quería que la ayuda y el cambio le vinieran desde fuera. Ayudarse a sí misma y ser como su madre, la asustaba muchísimo; la acercaba demasiado al conocimiento aterrador de que era libre, responsable y de que estaba fundamentalmente sola.

La aceptación de la responsabilidad en el grupo de terapia

La tesis de que la terapia constituye un microcosmos social —un escenario en el cual el paciente no sólo habla de su psicopatología, sino que, además, la pone en práctica «aquí y ahora»— es válida para todos los tipos de terapia, ya sea individual, de parejas, de familias o de grupos. Pero es particularmente importante en la situación de grupo. En primer lugar, porque el elevado número de participantes (de ocho a diez, incluyendo al terapeuta) sirve de estímulo para que se pongan de manifiesto la mayor parte de los conflictos del paciente. En la terapia individual, a través de su interacción con el terapeuta, el paciente suele enfrentarse con sus problemas y conflictos relacionados con la autoridad, con los padres o sus representantes en el ejercicio de la autoridad. En el grupo, se encuentra, en cambio, con numerosos individuos que activan diferentes temas interpersonales (rivalidad con los hermanos, heterosexualidad, homosexualidad, competencia con los amigos, intimidad, expresión del yo íntimo, generosidad, intercambio y otros similares), por lo cual es plenamente válido considerar la terapia de grupo como un universo social en miniatura para cada uno de sus miembros.

La interacción «aquí y ahora» de un pequeño grupo terapéutico proporciona las condiciones ideales para trabajar sobre la conciencia de la responsabilidad. Uno de los aspectos más fascinantes de la terapia de grupo es que todos sus miembros nacen simultáneamente: cada uno comienza su participación en el grupo con un mismo márgen de igualdad. Cada uno de ellos, de una manera evidente para los demás miembros y, si el terapeuta hace un buen trabajo, también para sí mismo, se va labrando un espacio vital específico dentro del grupo. Así, cada cual es responsable de la posición interpersonal que se ha forjado en el grupo (y, por analogía, también en la vida real) y de la sucesion de acontecimientos que le ocurren. El grupo tiene muchos ojos. Los miembros no necesitan aceptar las descripciones que les hacen los demás acerca de cómo se convierten en víctimas de las personas o de los hechos externos. Si el grupo funciona en el sentido del «aquí y ahora» (es decir, si el foco primordial es el análisis de las experiencias y relaciones interpersonales entre los miembros), cada uno de éstos podrá observar cómo crea las situaciones en las cuales se convierte en víctima y poco a poco reflejará esas observaciones, comunicándolas a los demás miembros.

Aunque los terapeutas no solemos juzgar los procesos de grupo de esta manera, creo que las principales actividades del grupo, especialmente durante las primeras etapas de la terapia, están dirigidas a lograr que cada miembro se haga cargo de su responsabilidad personal. ¿Por qué estimulamos a los miembros de un grupo para que dentro de él sean directos y sinceros (es decir, para que sean ellos mismos)? ¿Por qué estimulamos el *feedback*? ¿Por qué nos esforzamos para que todos compartan sus impresiones y sentimientos con los restantes miembros? Creo que el terapeuta del grupo —sin ser necesariamente consciente de ello— intenta llevar a cada uno de los pacientes por la siguiente sucesión de pasos:

1. *Primero se ponen al corriente de la forma como los demás contemplan su conducta.* A través del *feedback* y, más adelante, a través de la observación de sí mismos, los pacientes aprenden a contemplarse a través de los ojos de los demás.
2. *Conocen también lo que los demás sienten como consecuencia de su propia conducta.*
3. *Aprenden que su conducta es la creadora de las opiniones que los demás tienen de ellos.* Los miembros del grupo comprenden que, como resultado de su conducta, los demás se forman una opinión de ellos, les

valoran, les rechazan, les encuentran desagradables, les respetan, les evitan, les manipulan, les temen, y así sucesivamente.

4. *Se informan, por último, de que su conducta influye sobre la opinión que tienen de sí mismos.* Basándose en la información reunida en los tres primeros pasos, los pacientes formulan una evaluación de sí mismos; establecen juicios de valor sobre su amabilidad y capacidad para infundir cariño y aprenden que su conducta rige dichos juicios.

Cada paso comienza con la conducta del propio paciente e intenta demostrar las repercusiones de la misma. El punto culminante de esta secuencia es que cada miembro del grupo se percata de que cada uno es responsable de la forma en que los demás le ven, le tratan y le consideran. Más aún, uno es igualmente responsable de la forma en que se ve a sí mismo. Es obvio que la experiencia del grupo constituye un microcosmos de la propia experiencia vital. Según mis observaciones, los pacientes no tienen dificultad para generalizar la aceptación de la responsabilidad individual, trasladándola de las situaciones de grupo a las situaciones vitales. Una vez que se ha llegado a este punto, el paciente ha entrado en el vestíbulo del cambio; el terapeuta se embarca entonces en la aventura de facilitarle el proceso de la voluntad, como expondré en el próximo capítulo.

El grupo terapéutico interactuante realza la aceptación de la responsabilidad, no sólo haciendo que los miembros se hagan responsables de su contribución personal a las situaciones vitales insatisfactorias, sino también acentuando el papel de cada miembro en la conducta del grupo. El principio básico es que los miembros asumen su responsabilidad por su funcionamiento dentro del grupo, para después darse cuenta de que tienen la capacidad (y la obligación) de asumirla en todas las esferas de su vida.

El grupo terapéutico verdaderamente efectivo es aquel en que los miembros son los agentes reales del cambio. Cuando los pacientes recuerdan una experiencia satisfactoria dentro de la terapia de grupo, nunca atribuyen su mejoría directamente al terapeuta, ni a los comentarios específicos de éste ni a la relación general que con él sostienen. En su lugar, los pacientes rememoran siempre algunos aspectos de su relación con otros miembros: el apoyo, el conflicto o la solución que los demás les ofrecieron, o la ayuda que ellos proporcionaron a los demás. El grupo centrado en el líder no puede proporcionar estas experiencias, pues en este caso se considera que toda la ayuda y toda la esperanza emanan del líder. (En mi opinión, estos enfoques centrados en el líder, como los grupos de terapia *Gestalt* o

los grupos de análisis transaccional, fracasan en la tarea de aprovechar todo el potencial terapéutico inherente a la estructura del grupo.)

Por tanto, es importante que el líder del grupo se percate de que su tarea es la de crear un sistema social, un sistema en el cual los miembros del grupo sean los verdaderos agentes del cambio. El líder debe ser muy sensible para percibir en todo momento dónde está ubicada la responsabilidad del grupo. Si el terapeuta piensa con desánimo en las sesiones del grupo o si termina cada sesión agotado y vacío, quiere decir que algo funciona mal en la organización de un ambiente terapéutico óptimo. Si el líder sustenta la creencia de que todo depende de él, de que si él no trabaja nada sucederá en el grupo, de que los miembros son como aficionados al cine que van a ver qué película exhiben esa semana, implica que los miembros del grupo han logrado transferir a los hombros del terapeuta la carga de la responsabilidad.

¿En qué forma contribuye el terapeuta a que el grupo asuma la responsabilidad de su propio funcionamiento? En primer lugar, el líder debe ser consciente de que él es la única persona en el grupo que, basándose en las experiencias del pasado, tiene en su mente una definición relativamente clara de en qué consiste una sesión fructífera y una que no lo sea. Además, tiene que ayudar a los miembros a captar esa definición y estimularlos a actuar en consecuencia. Para ello, dispone de varias técnicas. Puede emplear la técnica de la verificación de procesos: interviniendo periódicamente en la reunión para pedir a los miembros que evalúen en qué forma se ha ido desarrollando la sesión para ellos durante los últimos treinta minutos. Si la reunión ha sido dolorosamente pesada y lenta, el líder puede pedirles que la comparen con alguna otra sesión dinámica que se haya efectuado ya, de tal manera que poco a poco se vayan acostumbrando a diferenciar las sesiones fructuosas de las infructuosas. Si todos están de acuerdo en que la reunión ha sido provechosa y fértil, procurará que los miembros recuerden esa sesión como norma con la que comparar las reuniones sucesivas.

Si, al evaluar la reunión, alguno de los miembros comenta que participó en el desarrollo del grupo sólo durante los primeros quince minutos, pero que después de que Joe o Mary empezaran a hablar, hace media hora, dejó de prestar atención, el líder puede preguntarle, de distintas maneras, la razón por la que permitió que la sesión se desarrollara de un modo que a él personalmente no le compensaba. ¿Cómo podía esa persona haber orientado entonces la reunión? El

líder puede interrogar al resto del grupo y, si encuentra que hay consenso general con respecto a lo poco gratificante que ha sido la reunión, puede preguntar: «Todos parecen estar de acuerdo en este punto. ¿Por qué no lo expresaron para darle entonces una nueva orientación a la reunión? ¿Por qué dejaron que yo hiciera lo que todos ustedes son capaces de hacer?» La técnica, según las preferencias personales del terapeuta, se presta a muchas variaciones. Lo importante es la estrategia subyacente de estimular a los pacientes a responsabilizarse de sus vidas mediante el proceso de asumir sus responsabilidades en la terapia.

Grupo terapéutico numeroso. Este mismo principio funciona en los grupos terapéuticos numerosos. El hecho de facilitar al paciente la tarea de asumir su responsabilidad personal, ha creado un estímulo considerable a la creación de la comunidad terapéutica. El confinamiento en una clínica psiquiátrica ha constituido siempre una experiencia que despoja al paciente de toda su autonomía: pierde su poder, su capacidad para tomar decisiones, su libertad, su vida privada y su dignidad. Maxwell Jones diseñó una comunidad terapéutica con el fin de lograr que la experiencia clínica incrementara la autonomía del paciente en lugar de mermarla. Las salas de las clínicas se reestructuraron ante su tratamiento y ante su propio ambiente. Adquirieron así el derecho a decidir cuáles debían ser las normas de las salas, los permisos de salida, las decisiones del personal de las salas, incluso los regímenes médicos y las altas de los enfermos.

Un sinónimo de la contracción de responsabilidad es el «gobierno de la propia vida». Muchos enfoques terapéuticos indican que es necesario enseñar a las personas a ejercitar sus capacidades para ejercer el gobierno de la propia vida. Las unidades de pacientes internos llevan a cabo grupos a base de «contratos», en los cuales se revisa el «contrato» de cada paciente (un acuerdo para hacerse cargo de la gerencia de su propia vida) y se discuten los diferentes puntos que contiene. Entonces, el grupo puede comentar de una manera sistemática lo que cada persona puede hacer para encargarse de tareas específicas, tales como las finanzas personales, la salud física y la compañía social de los pacientes.

La aceptación de la responsabilidad y el estilo del terapeuta

Actividad y pasividad. El hecho de facilitar la asunción de responsabilidades suele situar al terapeuta en un dilema. Un terapeuta demasiado activo tiende a sustituir al paciente, y uno pasivo le comunica un sentimiento de desamparo. Este problema es aún mayor en la técnica psicoanalítica, donde el estrecho radio de acción del analista y su relativa inactividad tienden a fomentar una prolongada dependencia. Milton Mazer, un analista que se ha ocupado de este problema, advierte que el exceso de pasividad en el terapeuta puede ser contraproducente para que el paciente asuma su responsabilidad.

> la pasividad del analista ante las expresiones de desamparo del paciente, le confirma a éste lo que ya creía, es decir, que no es responsable de sus acciones y que, por tanto, puede seguir sus propios impulsos. Al no recibir ninguna advertencia ni ninguna definición de las posibles consecuencias, ¿acaso no es lógico que piense que es incapaz de ayudarse a sí mismo, especialmente cuando esta conclusión le permite lograr la realización de sus impulsos?

Mazer advierte también que la alternativa —basada en un exceso de actividad, tanto en la forma de guiar como en la de fijar límites— puede ser perjudicial igualmente con la adopción de la responsabilidad: «No se sugiere que el analista intente prohibir el acto inconveniente, porque esto indicaría que al paciente no se le puede considerar responsable y que sólo puede controlarse gracias a una fuerza externa, que es la autoridad del analista.»

¿Cómo hallar un camino intermedio? ¿Qué postura puede adoptar el terapeuta para facilitar el trabajo del paciente? Mazer sugiere que el terapeuta intente ayudar al paciente a reconocer el proceso de la elección:

> ...el trabajo del analista es señalar al paciente que se encuentra en el proceso de decidir si desea o no ejecutar un determinado acto, porque de este modo está trazando claramente la responsabilidad del paciente hacia su futuro. De este modo, el paciente tiene la oportunidad de elegir entre la necesidad neurótica y la libertad responsable. Si es capaz de elegir la libertad responsable, habrá abierto la primera brecha en su estructura neurótica[11].

En otras palabras, el terapeuta debe concentrarse en acrecentar la conciencia del paciente y su convicción de que, le guste o no, tiene que enfrentarse a la elección, porque no puede escapar de la libertad.

Otros terapeutas han buscado formas más activas de estimular la asunción de responsabilidades. Por ejemplo, los analistas transaccionales ponen especialmente énfasis en el «contrato» terapéutico. Las primeras sesiones no las dedican a formular un diagnóstico (que se limitaría a acentuar aún más la relación terapeuta-paciente como curador-suplicante), sino a perfeccionar una forma de contrato. Éste debe emanar del individuo y no de los deseos de los demás, que el paciente ha interiorizado (con respecto a los «padres») como «deberes» u «obligaciones». Más aún, el contrato debe estar orientado hacia la acción: no «para comprenderme mejor», sino porque «quiero adelgazar quince kilos» o «quiero tener una erección en las relaciones con mi esposa, por lo menos, una vez a la semana». Fijando metas concretas y realizables —metas definidas por el paciente— y haciéndole ver en todo momento la relación que existe entre su labor en la terapia y estas metas, los terapeutas transaccionales esperan incrementar el sentido que tiene el paciente de su responsabilidad con respecto al cambio individual.

Las sugerencias activas por parte del terapeuta, cuando se utilizan correctamente, pueden aumentar la conciencia. No quiero decir que el terapeuta se ponga en el lugar del paciente en la toma de decisiones y en la elección de una forma de vida. Pero hay ocasiones en que el terapeuta puede sugerir una acción de conducta obvia, que el paciente nunca se ha puesto a considerar por las restricciones en sus perspectivas. Así, la pregunta «¿por qué no?» puede llegar a ser mucho más útil que la pregunta «¿por qué?» No importa si el paciente sigue o no la sugerencia; el mensaje más importante de todo el procedimiento es que el paciente se percate de que existen ocasiones en las que no se consideran las opciones más obvias. A partir de ese momento, la terapia puede considerar la posibilidad de elección, el hecho de que la imposibilidad para elegir no es tal y los sentimientos que trae consigo el enfrentamiento con la libertad. El siguiente caso puede resultar muy ilustrativo:

George, un dentista muy competente de treinta años, tenía el problema de que evitaba la responsabilidad. Se había casado una vez, pero este matrimonio había fracasado debido a su postura de dependencia con respecto a su esposa y, específicamente, porque se había «encontrado» inmiscuido en una relación con otra mujer. Desde entonces se había sentido muy atormentado e incapaz de decidir si deseaba volver a casarse. Tenía dudas entre varias mujeres que se interesaban por él y se esforzaba muchísimo por inducir a otras

personas —sus amigos, su terapeuta e incluso sus pretendientas— para que tomaran la decisión por él.

Su incapacidad para asumir responsabilidades se puso claramente de manifiesto a propósito de una visita a sus padres, a quienes veía una vez al año. Su padre había sido considerado siempre como la oveja negra de la familia, y las relaciones entre ambos habían sido siempre muy conflictivas e insatisfactorias. Desde hacía más de una década, sus peleas venían provocadas por los coches. Cada vez que George regresaba a la casa, deseaba probar uno de los automóviles de la familia, pero su padre, mecánico, se negaba alegando que lo necesitaba o que funcionaba mal por una avería determinada. George había descrito a su madre como una mujer poderosa que controlaba todos los demás aspectos de la vida de la familia, excepto, claro está, el terreno de los automóviles, único terreno que ella dejaba en manos de su esposo.

George pensaba en su inminente visita a sus padres con considerable temor. Se imaginaba lo que sucedería: él querría utilizar un coche, su padre se opondría, alegando que los frenos o los neumáticos se hallaban en mal estado, y entonces le insultaría y le preguntaría por qué no se portaba como un *Mensch* y alquilaba un coche. George se preguntó: «¿Qué clase de familia tengo? Voy a verles una vez al año y ni siquiera son capaces de ir a buscarme al aeropuerto.»

Entonces, yo le pregunté: «¿Por qué no alquila un coche? ¿Qué tiene de particular esa idea? ¿Por qué nunca la ha considerado? Después de todo, gana cuatro veces más que su padre, no está casado y no tiene gastos extraordinarios. ¿Qué significaría para usted gastar un poco más de dinero?» George estaba muy sorprendido ante mi sugerencia. A pesar de su evidencia, nunca se le había ocurrido seriamente. Lo pensó y, al día siguiente, llamó a su familia para anunciar su llegada. Le dijo a su madre que alquilaría un coche, pero ésta le aseguró que el coche estaba perfectamente arreglado, que su padre le recogería en el aeropuerto, que deseaban muchísimo verle y que no se hablara más de buscar otro medio de transporte.

En el aeropuerto sucedió la inevitable escena. Su padre le recibió con el siguiente comentario: «¿Por qué no alquilaste un coche? Por ocho dólares con noventa y cinco centavos podías haberlo hecho.» Después de esto, mantuvieron una amarga discusión a gritos. George se dirigió a la oficina de alquiler de coches, alquiló uno y, muy enojado, rechazó la oferta que le hacía su padre de pagar el importe. Ambos se encaminaron, pues, a la casa en coches diferentes. Su padre

subió inmediatamente a su dormitorio y, al día siguiente, muy temprano, se fue a trabajar. Como George sólo permanecía un día en su casa, no le volvió a ver.

Comentamos este incidente minuciosamente en la terapia. A George le parecía un ejemplo prototípico de las relaciones con su familia y una buena excusa para su situación actual. «Por mucho que me esfuerce actualmente, piense en lo que significa para mí haber crecido en una familia como esa.» Según George, esto explicaba por qué tenía tantas dudas acerca de su masculinidad: había que considerar el ejemplo que le daba su padre y la imposibilidad de hablar con él.

Por esta razón, le proporcioné una perspectiva enteramente diferente. ¿Cuánto se había esforzado él para hablar con su padre? Consideremos la posición de éste: su esposa, sin consultarle, había ofrecido sus propios servicios, como si se tratara del mayordomo de la familia. Se sentía, por tanto, manejado y enojado e intentaba vengarse en el único terreno que dominaba: el uso del coche. Pero, ¿qué esfuerzos había hecho realmente George para hablar con su padre? Cuando llamó por teléfono y habló con su madre, ¿no podía haberle pedido a ésta que le dejase hablar con aquel? También podía haberle telefoneado para decirle: «Papá, voy a alquilar un coche en el aeropuerto porque lo necesito para el día siguiente. No podré llegar antes de las diez, pero, por favor, espérame para que podamos hablar.» George parecía haberse quedado sin habla. «¡Eso es imposible!», exclamó. «¿Por qué?», añadí yo. «No puedo hablar con mi padre por teléfono. Usted no conoce a mi familia.»

Pero George continuaba sintiendo una vaga sensación de culpabilidad con respecto a su padre, esa figura de pelo gris, ese viejo terco que había sobrevivido a un campo de concentración y que, durante treinta años, había acudido al trabajo todos los días a las seis de la mañana, para que sus cuatro hijos asistieran a la universidad. «Escríbale una carta y dígale lo que siente», sugerí. Una vez más, George se quedó sorprendido y molesto por mi ingenuidad. «¡Eso es imposible!» «¿Por qué?», le pregunté. «Nosotros no escribimos cartas. No he escrito una carta a mi padre en toda mi vida.» «Sin embargo, se queja de que se siente separado de él. Si realmente quiere comunicarse con él, escríbale. Nada se lo impide. Es una responsabilidad que no puede delegar en otra persona.»

Este simple intercambio conmovió profundamente a George y esa misma noche empezó, trémulo y lloroso, a redactar una carta para su

padre, una carta que no empezaría diciendo «Queridos mamá y papá» o «Queridos padres», sino «Querido papá». Por extraña casualidad del destino, el espíritu de libertad y responsabilidad animó a su padre esa misma noche y, antes de que terminara de escribir su carta George, aquél le telefoneó para disculparse. Era la primera vez que lo hacía en toda su vida. George le habló de la carta que le estaba escribiendo, y estaba tan conmovido que se puso a sollozar como un niño. Sobra decir que las cosas no volvieron a ser las mismas entre los dos, y que en el análisis de las renuncias inmediatas de George, alegando que era «imposible» telefonear a su padre o escribir una carta, abrió un vasto panorama en su terapia.

Fritz Perls, la terapia *Gestalt* y la aceptación de la responsabilidad. De entre los que proponen un estilo activo de terapeuta en el enfoque de la responsabilidad, nadie ha actuado de forma más dinámica e imaginativa que Fritz Perls. Su enfoque descansa en el concepto básico de que el evitar la responsabilidad es un hecho que hay que reconocer e impedir.

> Mientras combatas un síntoma, éste se agravará. Cuando asumas la responsabilidad por lo que te estás haciendo a ti mismo, por la forma como provocas tus propios síntomas, por la manera como originas tus propias enfermedades y moldeas tu propia existencia —en cuanto te pongas en contacto contigo mismo—, empezará tu verdadero crecimiento y tu integración[12].

Perls era muy sensible al uso que hacía el paciente del pronombre de la primera persona y de todos los cambios de la voz activa a la voz pasiva:

> Oímos al paciente en primer lugar despersonalizarse en «ello» y después convertirse en el receptor de las vicisitudes de un mundo caprichoso. De «yo hice tal cosa» se pasa a «sucedió». Me encuentro en la necesidad de interrumpir a la gente repetidas veces, para que se haga responsable de lo que dice. No podemos trabajar con lo que ocurre en otra parte o lo que le sucede a uno. Así que les pido que pasen de «es un día muy agitado» a «me mantengo muy ocupado»; que sustituyan «es una larga conversación» por «yo hablo mucho», y así sucesivamente[13].

Una vez que Perls identificaba los modos de evitar la responsabilidad, hacía que el paciente tradujera su sentimiento de desamparo en sentimiento de mala gana, y le exigía que se hiciera responsable de

cada gesto, estado de ánimo y pensamiento. Para ello, Perls utilizaba a menudo un ejercicio estructurado denominado «yo asumo la responsabilidad»:

Después de cada afirmación, le pedimos al paciente que recite la oración: «...y asumo la responsabilidad de esto.» Por ejemplo: «Soy consciente de que muevo mi pierna... y asumo la responsabilidad de esto.» «Mi voz es muy baja... y asumo la responsabilidad de esto.» «Ahora no sé qué decir... y asumo la responsabilidad de esto»[14].

Perls hacía que los pacientes se responsabilizaran de todos sus conflictos internos. Si, mientras exponía un acuciante dilema, el paciente sentía un nudo en el estómago, Perls le pedía que dialogara con el nudo: «Coloque el nudo en la otra silla y háblele. Va a desempeñar ambos papeles, el suyo propio y el del nudo. Hágale hablar. ¿Qué le dice?» Le pedía, pues, que asumiera la responsabilidad por ambos lados de un conflicto, para que se diera cuenta de que nada le «sucede a uno», sino que uno es el autor de todo: de cada gesto, de cada movimiento, de cada pensamiento.

T: ¿Se da cuenta de lo que está haciendo con sus ojos?
P: Pues..., ahora me doy cuenta de que mis ojos se apartan...
T: ¿Se puede responsabilizar de ello?
P: ... De que mis ojos se apartan de usted.
T: ¿Puede convertirse ahora en sus ojos? Mantenga con ellos un diálogo por escrito.
P: Yo soy los ojos de Mary. Me resulta difícil sostener la mirada. Estoy siempre saltando y moviéndome[15].

Perls mantiene la tesis de que elegimos cada uno de nuestros síntomas; los sentimientos «inconclusos» o inexpresados salen a la superficie a través de expresiones autodestructivas e insatisfactorias. (Ésta es la fuente del término *Gestalt* que escogió para su terapia. Perls procuraba ayudar a sus pacientes a completar su *Gestalt,* es decir, sus asuntos inconclusos, su conciencia a medias, su huida de las responsabilidades.)

La descripción de un encuentro terapéutico nos servirá para ilustrar el enfoque de Perls con respecto a la responsabilidad:

Hace dos semanas tuve una experiencia inolvidable, no fue una curación, pero sí el principio. Uno de mis pacientes era tartamudo, y yo le pedí que

redoblara su tartamudez. Mientras lo hacía, le pregunté qué sentía en la garganta: «Siento como si me estuviera estrangulando a mí mismo.» Entonces le tendí mi brazo y le dije: «Ahora, estrangúleme a mí.» El respondió: «Por Dios, ¡podría matarlo!» Estaba realmente en contacto con su ira y la expresó en voz alta, sin ninguna dificultad. Así, pude demostrarle que debía hacer una elección existencial: ser un hombre iracundo o un tartamudo. Y ya sabe usted cómo se las arreglan los tartamudos para torturar a la gente y tenerla sobre ascuas. Toda la ira que no se expresa libremente, se convierte en sadismo, violencia y otros medios de tortura[16].

Este tratamiento de la sintomatología —pedir al paciente que produzca o exagere un síntoma— suele ser efectivo para facilitar la aparición de la conciencia de la responsabilidad. Al producir deliberadamente un síntoma, en este caso la tartamudez, el individuo comprende que es *suyo,* que es su propia creación. Aunque no lo han conceptualizado en términos de la adopción de responsabilidad, otros terapeutas llegaron simultáneamente a la misma técnica. Por ejemplo, Viktor Frankl describe una técnica de «intención paradójica»[17], en la cual se pide al paciente que exagere deliberadamente el síntoma, ya sea un ataque de ansiedad, el juego compulsivo, el miedo a un ataque cardíaco o comer en exceso. Don Jackson, Jay Haley, Milton Erickson y Paul Watzlawick han escrito sobre un mismo enfoque que llaman «síntoma de prescripción»[18].

Perls ideó un método único y original para trabajar con los sueños, un método que facilita el proceso de adopción de responsabilidad por parte del individuo. A lo largo de la historia, los seres humanos han considerado que soñar era un fenómeno que quedaba más allá del campo de la responsabilidad personal. Esto se refleja en el lenguaje común: si una persona quiere rechazar un acto o un pensamiento dice: «No se me ocurriría ni en sueños.» Antes del advenimiento de la psicología dinámica de Freud, los sueños se consideraban generalmente como interferencias divinas o acontecimientos casuales y milagrosos. Por ejemplo, existía una teoría según la cual las células de la corteza «duermen», pero que, a medida que los metabolitos tóxicos de la jornada van depurándose, se «despiertan» en conjuntos y estrictamente al azar. Según esta teoría, los sueños están determinados por el funcionamiento de las células que se despiertan; por tanto, la calidad inconsciente de la mayor parte está en función de la sucesión caprichosa en que despiertan las células. Así, un sueño inteligible está elaborado casualmente de la misma manera que una

horda de monos podría llegar a componer, por casualidad, un párrafo comprensible apretando las teclas de una máquina de escribir.

Freud explicó que los sueños no eran producto ni del azar ni de interferencias externas, sino de los componentes conflictivos e interactuantes de la personalidad: los impulsos de ello, los residuos conocidos del subconsciente diurno, la censura onírica (un maquinista inconsciente del yo) y el yo consciente («revisión secundaria»). Aunque Freud descubrió que el individuo —o, cuando menos, el intercambio de sus partes— era el único autor del sueño, la división del aparato psíquico daba como resultado, según postulaba Perls (creo que con toda razón), la pérdida de la responsabilidad personal en las correspondientes grietas.

Perls, que definió el sueño como "el mensajero existencial»[19], trató de conseguir que el individuo apreciara al máximo su responsabilidad en el sueño. En primer lugar, intentó llevar el sueño a la vida cambiando el tiempo de verbo: hacía que el paciente repitiera el sueño en tiempo presente y que, después, lo dramatizara actuando como director, como auxiliar y como autor. Le pedía que representara todos los papeles de los objetos que intervenían en la representación onírica. Así, en cierta ocasión observé a Perls trabajando con un paciente que había soñado que conducía su coche y que éste comenzaba a fallar, hasta que se paraba totalmente. Siguiendo las instrucciones de Perls, el paciente interpretó los diversos papeles: el conductor, el coche, el tanque vacío de gasolina, las bujías gastadas, y así sucesivamente. Mediante esta estrategia, Perls procuraba que el paciente volviera a reunir en un todo los fragmentos dispersos de su personalidad (esto es, que completara su *Gestalt* individual).

La asunción de responsabilidades significaba para Perls que el individuo tenía que responsabilizarse de sus sentimientos desagradables, que, con frecuencia, proyecta hacia los demás.

No estamos dispuestos a asumir la responsabilidad de aquellos actos que criticamos; en consecuencia, proyectamos la crítica a los demás. Nos negamos a asumir la responsabilidad de los actos discriminatorios, por lo que los proyectamos al exterior y, en adelante, vivimos con el temor de que nos rechacen. Una de las responsabilidades primordiales es la de nuestras propias proyecciones, es decir, convertirnos en lo que proyectamos[20].

Al aceptar todas las partes repudiadas de sí mismo, se enriquece la experiencia del individuo, quien de este modo puede sentirse cómodo dentro de sí y de su mundo.

Es obvio que asumir responsabilidad ante la propia vida y enriquecer la experiencia y la capacidad, son una misma cosa. Lo único que desearía... es hacerles comprender cuánto ganan las personas cuando asumen la responsabilidad de cada una de sus emociones, cada movimiento que efectúan y cada pensamiento que tienen, y cuando dejan de atribuir la responsabilidad a los demás...[21]

El hecho de «asumir la responsabilidad de otro» es vitalmente importante para el psicoterapeuta. Perls era perfectamente consciente de los esfuerzos que hacen los pacientes para manipular a otros, especialmente a los terapeutas, para que se ocupen de ellos.

El terapeuta se enfrenta a tres tareas primordiales: reconocer cómo el paciente se esfuerza por obtener el apoyo de los demás, en lugar de apoyarse en sí mismo; evitar que le absorba mientras se ocupa de él y saber reaccionar ante la conducta manipulativa del paciente[22].

El no «dejarse absorber» es difícil; el terapeuta debe estar acostumbrado a reconocer y a resistirse a los diversos mecanismos que utiliza el paciente para persuadirle.

«No puedo controlar esta situación y usted sí puede. "Necesito" que usted me muestre el camino para continuar viviendo.» Esto no se puede calificar de «vivir», en el sentido estricto del término, sino que más bien habría que hablar de «existir», acción que incluye una serie de proposiciones que el paciente formula a las personas que desea manipular. El terapeuta es simplemente su último intento. Esperemos «que sea el definitivo»[23].

Para resistir las manipulaciones, Perls adoptaba una posición extrema. Solía comenzar sus sesiones de grupo de esta manera:

«Y si quieren enloquecer, suicidarse, mejorar, "oponerse" u obtener una experiencia que cambie sus vidas, es asunto suyo. Yo me ocupo del mío y ustedes del suyo. El que no quiera asumir esta responsabilidad, por favor, retírese de este seminario. Si están aquí es por su propia voluntad. Ignoro hasta qué punto son ustedes maduros, pero la esencia de una persona desarrollada es su capacidad para asumir, por sí misma, responsabilidad frente a sus pensamientos, sentimientos, etc...»[24]

La posición de Perls en este punto es extraordinariamente severa y puede precisar cierta modificación, especialmente con pacientes muy enfermos. En efecto, algunos tienen que trabajar durante varios meses

antes de ser capaces de asumir responsabilidades, por lo cual no es oportuno obligarles a aceptar su responsabilidad plena como requisito previo a la terapia. No obstante, en algunas ocasiones el terapeuta exige con todo derecho cierto grado de responsabilidad al comienzo de la terapia. Muchos exigen que los pacientes con graves tendencias suicidas hagan un pacto de «no suicidarse» durante un período específico de tiempo. Cuando se emplea correctamente, este enfoque puede reducir considerablemente los riesgos de suicidio[25].

Aunque las palabras de Perls dejaban pocas dudas respecto a su agudo planteamiento de la responsabilidad y su creencia de que el terapeuta no debe aceptar la carga de la responsabilidad del paciente, nunca pudo resolver (ni tampoco reconocer plenamente) la paradoja de su enfoque terapéutico. Le decía al paciente: «Asuma su propia responsabilidad.» Pero, ¿cuál era el resto de la experiencia del paciente? Un encuentro con un viejo sabio, poderoso y carismático, que le decía de un modo no verbal: «Y yo le diré exactamente cómo, cuándo y por qué hacerlo.» El estilo personal de Perls, muy dinámico, y su aura de poder y omnisciencia, contradecían sus palabras. El hecho de recibir dos mensajes simultáneos y contradictorios, uno de ellos explícito y el otro implícito, es colocar al individuo en una clásica situación de conflicto. Permítaseme describir otro enfoque terapéutico que trata de salvar ese escollo.

Helmuth Kaiser y la asunción de responsabilidades. De entre los numerosos terapeutas que se han enfrentado al dilema de cómo incrementar la asunción de responsabilidad sin «ocupar el lugar» del paciente, la contribución de Helmuth Kaiser es capital por su minuciosidad y consistencia. Tanto Kaiser como Perls construyeron sus enfoques terapéuticos en torno al eje de la responsabilidad, pero su estilo y estructura eran diametralmente opuestos. Kaiser, que murió en 1961, a pesar de ser un terapeuta muy ingenioso, alcanzó un reconocimiento muy limitado debido a la escasez de sus escritos. En 1965 se publicó un libro con sus obras completas bajo el título de *Psicoterapia efectiva*[26]. Postulaba que los pacientes experimentan un conflicto universal, una «condición mental común a todos los neuróticos»[27], que proviene del hecho de que «la edad adulta y la madurez significan un aislamiento completo, fundamental, eterno e irremediable»[28].

Kaiser relata la historia de un estudiante de medicina llamado Walter, quien, hallándose en la mitad de su carrera, aceptó un papel en una producción dramática de aficionados y se apasionó por el

teatro. Tenía talento dramático, comenzó a plantearse la posibilidad de abandonar sus estudios médicos y consagrar su vida a la carrera de actor. Pero, ¿tenía *suficiente* talento para ello? ¿Llegaría a ser un gran actor? Walter sufría muchísimo tratando de tomar una decisión y solicitaba constantemente la opinión de expertos. Kaiser observó los tormentos de su amigo y, de pronto, se le ocurrió que Walter estaba esperando un imposible. No le bastaba con una opinión. Quería mucho más: quería que otra persona asumiera la responsabilidad de su decisión.

> En el período que siguió, Kaiser pudo observar cómo Walter iba descubriendo poco a poco que ningún juicio ni consejo de otra persona podía repercutir en modo alguno en la decisión que él debía tomar. Al principio, sus amigos se mostraron siempre dispuestos a analizar con él los pros y los contras que podía comportar la decisión. Pero, después de repasar todas las consecuencias posibles —las probabilidades, los indicios y la información— y cuando ya sólo faltaba la conclusión final, se sumergían en un silencio penoso y difícil. Kaiser intuyó que la pregunta no verbalizada de Walter era: «¿Ahora qué piensa?»[29]

A lo que Walter se enfrentaba, y lo que le hacía retroceder, es una profunda paradoja humana: anhelamos la autonomía, pero retrocedemos ante la consecuencia inevitable de la misma, que es el aislamiento. Kaiser denominaba a esta paradoja «el talón de Aquiles congénito de la humanidad», y afirmó que sufriríamos indeciblemente si no nos protegiéramos de ella con algún «truco mágico», es decir, con algún mecanismo para negar el aislamiento. Este «truco mágico» es lo que Kaiser llamó el «síntoma universal», un mecanismo de defensa de negación del aislamiento que consiste en atenuar las fronteras del yo para podernos fundir con otro. En la parte primera mencioné el papel de la fusión como defensa ante la angustia de la muerte, al describir la búsqueda, en última instancia, de un salvador por parte del hombre. Kaiser nos recuerda que el aislamiento y (aunque no lo diga explícitamente) la falta de fundamentos que bajo él subyace, hace que el individuo se esfuerce aún más por fundirse con otro.

¿Qué hechos son los que nos conducen a una confrontación con el aislamiento? Según Kaiser, los que nos hacen caer en la cuenta de que somos enteramente responsables de nuestra vida, especialmente la necesidad de tomar una decisión capaz de alterarla o el desarrollo de una convicción que no se apoye en ninguna autoridad. En tales casos,

anhelamos, como Walter, el amigo de Kaiser, encontrar a otros que asuman la responsabilidad por nosotros. Kaiser se mostraba extraordinariamente sensible ante los esfuerzos de sus pacientes por evitar el aislamiento de la responsabilidad, transfiriéndole los poderes ejecutivos al terapeuta. ¿Cómo puede el terapeuta frustrar estos esfuerzos del paciente? Kaiser se planteó esta pregunta y propuso varios enfoques, pero, finalmente, llegó a la conclusión de que el asunto era tan importante que, para resolverlo, era necesario modificar la estructura misma de la psicoterapia. Para evitar la transferencia de responsabilidad, había que eliminar *totalmente* la estructura de la terapia, *todo* el papel directivo del terapeuta y hacer que el paciente fuese *enteramente* responsable no sólo del *contenido,* sino también del *procedimiento* de la terapia. Kaiser declaró que «no debía haber ninguna regla para el terapeuta». Su descripción de un intercambio entre un terapeuta y un paciente resulta especialmente ilustrativo:

P: ¿Puedo preguntar en qué consiste la terapia? Es decir, ¿cuál es el procedimiento?

T: ¿El procedimiento...? No estoy seguro de haber comprendido lo que quiere decir, pero, en todo caso, yo diría: ¡no existe ningún procedimiento!

P: (sonriendo cortésmente) Por supuesto, sólo quise decir: ¿qué quiere que yo haga?

T: Esto es exactamente lo que pensé que quería decir con la palabra «procedimiento».

P: No comprendo (veinte segundos de silencio). Quiero decir... pues, claro, debe haber algo que yo tenga que hacer, ¿no es así?

T: Parece usted muy seguro de que aquí hay algo que tiene que hacer.

P: Y... ¿no es así?

T: Por lo que a mí respecta, no.

P: Bueno... yo... yo... yo no comprendo.

T: (sonriendo) Creo que lo ha comprendido perfectamente, pero no puede creerlo.

P: Tiene razón. No creo que haya que tomarlo al pie de la letra.

T: (después de una pausa de diez segundos) Pues es precisamente así como hay que entenderlo.

P: (después de un silencio incómodo de unos sesenta segundos) ¿Le parece bien que le cuente algo sobre mis ataques de angustia?

T: Le resulta imposible creer que quise decir lo que dije.

P: Lo siento... no fue mi intención... pero, en realidad, no estoy seguro de que yo realmente... perdóneme, ¿qué dijo?

T: Dije que le resulta a usted imposible creer que quise decir lo que dije.

P: (moviendo la cabeza ligeramente, como si estuviera irritado). No,

quiero decir: por mí, está bien... (levanta la mirada y, cuando sus ojos se encuentran con los del terapeuta, comienza a reírse)[30].

Kaiser creía que «todo aquello que aumenta al paciente el sentido de responsabilidad por sus propias palabras, debe contribuir a curarle», y, tal como lo indica este ejemplo, rechazaba hasta la responsabilidad de instruir al paciente acerca de cómo debía funcionar en la terapia.

Existen limitaciones obvias en una técnica tan extrema. Creo que Perls estaba engañado cuando ofrecía amplio espacio y energía al paciente, y que Kaiser se equivocaba exactamente por la razón contraria. Ningún terapeuta puede ayudar a un paciente que, por confusión, falta de estructura o falta de confianza, abandona prematuramente la psicoterapia. Aunque, en última instancia, lo que se espera es ayudar a asumir responsabilidades, esto no quiere decir necesariamente que deban asumirse en cada etapa, incluyendo el comienzo de la terapia. La situación terapéutica generalmente requiere flexibilidad; para lograr que los pacientes permanezcan en la terapia, es preferible que los terapeutas se muestren activos y dispuestos a brindarles apoyo durante las primeras sesiones. Más adelante, una vez que se ha soldado firmemente la alianza, pueden exponer las condiciones terapéuticas que conducirán a la aceptación de la responsabilidad.

Por otra parte, Kaiser subrayaba la importancia de la relación terapéutica y de la directividad en la comunicación[31]; es indudable que en las situaciones terapéuticas reales llevaba a cabo todas las modificaciones necesarias. Escribió una interesante obra de teatro llamada *Emergency*[32], donde trató con deferencia la flexibilidad terapéutica. Su protagonista, el psiquiatra Dr. Terwin, recibe a la Sra. Porfiri, a su vez esposa de otro psiquiatra, quien le cuenta que su marido se encuentra profundamente trastornado, pero que se niega a buscar ayuda. Terwin finge entonces ser un paciente y como tal, acude a la consulta del Dr. Porfiri. Gradualmente, en forma casi imperceptible y amparado por su identidad de «paciente», comienza a tratar al terapeuta. El Dr. Porfiri era incapaz de asumir responsabilidad, ni siquiera la de solicitar una terapia. Pero Terwin no se lo exigió, sino que obró como todos los buenos terapeutas: modificó la terapia para adaptarse al paciente.

La conciencia de la responsabilidad al estilo estadounidense. O, cómo encargarse de la propia vida, tirar de los propios hilos, ocuparse del número uno y salirse con la suya

La conciencia de la responsabilidad ya ha llegado a su mayoría de edad en los Estados Unidos. Lo que una vez fue el discurso —a menudo oscuro— del filósofo profesional y, después, le *bon mot* de la intelectualidad progresista de la *rive gauche,* se ha convertido ahora en un producto de consumo masivo en nuestra sociedad. Muchos *best-sellers* han versado sobre el tema central de la adopción de la responsabilidad. Por ejemplo, la obra *Your Erroneous Zones* tiene los siguientes títulos en sus capítulos: «Hágase cargo de usted mismo», «elección: su libertad en última instancia», «usted no necesita su aprobación», «libérese del pasado», «rompa las barreras de lo convencional», «declare su independencia»[33]. Se afirma que el mensaje fundamental del libro es: «Examinar su vida a la luz de las elecciones que ha hecho y las que ha dejado de hacer. Esto pone en sus manos la responsabilidad de lo que usted es y de cómo se siente»[34]. Otros libros similares, como, por ejemplo, *Pulling Your Own Strings*[35], y *Self-Creation*[36], han escalado también las listas de *best-sellers.*

El consumismo masivo exige que un producto sea atractivo, que esté bien empacado y, lo más importante de todo, que pueda consumirse fácil y rápidamente. Desgraciadamente, estos requisitos suelen ser incompatibles con los esfuerzos y el cuidado que se requieren para examinar y alterar la propia vida y la perspectiva global del mundo. Por esta razón, se da un fenómeno de «equiparación»: estamos sujetos a las exhortaciones, y las obras más difundidas, tales como *Your Erroneous Zones,* nos cuentan cómo «acabar con nuestra indecisión»:

> Siéntese y empiece algo que haya estado posponiendo. Comience a escribir una carta o un libro. El solo hecho de empezar le ayudará a eliminar la angustia de la tarea... Fíjese un tiempo determinado (como, por ejemplo, los miércoles de las 22 a las 22,15), que dedicará exclusivamente a la labor que ha venido posponiendo... ¡Deje de fumar ahora! ¡Empiece su dieta ya! ¡Abandone la bebida en este momento! ¡Deje este libro y embárquese en el ejercicio que hace tiempo desea realizar! Ésta es la manera de atacar los problemas, actuando inmediatamente. ¡Hágalo! Decídase a no sentir cansancio hasta un minuto antes de meterse en la cama. No se permita a sí mismo

> utilizar el cansancio o la enfermedad como escapatoria o pretexto para posponer la ejecución de algo[37].

También nos hablan de cómo «liberarnos de la dependencia»:

> Fíjese metas de cinco minutos para encontrar la manera de enfrentarse a las personas dominantes en su vida. Pruebe a decir simplemente: «No, no quiero». Observe luego la reacción que produce su determinación en la otra persona... ¡Deje de cumplir órdenes![38]

La «responsabilidad» está de moda; de hecho, son incontables los seminarios que se han llevado a cabo sobre el tema en todos los países. Por ejemplo, durante el período 1977-78 se organizó en varias ciudades de los Estados Unidos un seminario bajo el título de *Cómo ocuparse de su propia vida* (y con el subtítulo de *La psicología del cuidado de la salud. El papel de la responsabilidad individual).* En él intervinieron: Rollo May, con una conferencia fundamental sobre la lucha existencial por la libertad personal y espiritual; Albert Ellis, tratando su enfoque racional-emotivo de la responsabilidad del individuo sobre su desarrollo y cambio en el terreno sexual e íntimo; y Arnold Lazarus, hablando sobre la terapia multimodal, un enfoque a la autocuración que expuso en su libro *I Can If I Want to*[39]. Entre los demás temas del seminario se incluían: un enfoque conductista para el manejo del *stress,* destinado a ayudar al paciente esforzado («(tipo A») a cambiar sus patrones de conducta; el *stress* y la realimentación biológica; cómo sobreponerse a la timidez; enfoques de meditación oriental para lograr el autocontrol; y, finalmente, cómo cambiar los hábitos del «no cambio». Es particularmente interesante observar la gran diversidad de enfoques clínicos que se agruparon en el mismo programa. Antes no hubiéramos advertido el común denominador que existe entre estos diferentes enfoques; ahora sabemos que se pueden agrupar bajo el título de «responsabilidad».

Est

El *est* es la manifestación más representativa del consumismo masivo que ha ido adquiriendo la adopción de la responsabilidad. Sin duda alguna, ha sido el seminario que sobre el desarrollo personal más publicidad y éxito comercial ha obtenido en la década de los setenta.

Debido a este éxito y a su preocupación por el concepto de la responsabilidad, merece un examen particularmente detallado.

El *est* es un enfoque del cambio personal para grandes grupos fundado por Werner Erhard, elegantemente elaborado, producido en masa y capaz de aportar enormes ganancias materiales. En unos cuantos años, ha pasado de ser una operación de un solo hombre, a una organización de masas. En 1978 contaba con más de ciento setenta mil graduados, se apuntaba unas ganancias de más de nueve millones de dólares, después de pagar sus honorarios a trescientos empleados, y computaba un personal voluntario no pagado de siete mil personas. Entre sus consejeros figuran relevantes hombres de negocios, abogados, rectores de universidades, un eminente funcionario de la Escuela de medicina de la Universidad de California, ilustres psiquiatras, funcionarios gubernamentales y personajes del mundo del espectáculo.

El sistema del *est* consiste en un grupo numeroso de individuos (aproximadamente doscientos cincuenta) que pasan dos fines de semana con un instructor, quien les enseña, interactúa con ellos, les insulta, les amedrenta y les guía durante la realización de algunos ejercicios ya estructurados. Pese a ser una mezcolanza de técnicas que se han tomado prestadas de tecnologías destinadas al desarrollo personal, tales como la cienciología, la dinámica mental, los grupos de encuentro, la terapia *Gestalt* y la meditación zen[40], su finalidad primordial es la *toma de responsabilidad.* Tanto los participantes como los instructores expresan este hecho claramente. Así, el instructor se expresó con estas palabras:

Cada uno de nosotros es diferente debido a las elecciones que hacemos. La incapacidad para elegir es lo que nos mantiene estancados en nuestras vidas. Cuando uno hace una elección, su vida avanza, y suele consistir en un simple sí o no. Pero también tenemos otra, la del «no sé», que es la evasión de la responsabilidad[41].

Una de las participantes relató de la siguiente manera lo que recordaba del seminario, unas palabras del instructor:

Cuando eres responsable descubres que no era por un simple azar que estabas allí, tirado en medio de la vía, cuando te pasó el tren por encima. Tú fuiste el imbécil que se colocó en esa situación.

El tema de la responsabilidad estuvo siempre presente en todos los aspectos. De hecho, si tuviera que resumir lo que recuerda de aquellas

jornadas, diría que cada uno de nosotros es la causa de su propia experiencia y el responsable de todo lo que nos ocurre en la vida[42].

El tema de la responsabilidad es uno de los postulados básicos del catecismo *est.* Otro instructor de la técnica *est* argumenta, de forma muy eficaz, que uno es responsable de que le roben:

—Tú eres la única fuente de tu propia experiencia y, por tanto, eres *totalmente responsable de toda tu vida.* Cuando aceptes esto, tendrás que renunciar al noventa por ciento de las excusas que utilizas a diario. ¿De acuerdo, Hank?

—Mira, contesta Hank bastante irritado, comprendo que sea responsable de todo lo que hago. Eso lo acepto. Pero, cuando alguien me roba, no veo la forma de aceptar la responsabilidad de que me roben.

—¿Quién es la fuente de toda tu experiencia, Hank?

—En este caso sería el ladrón.

—¿Se apoderaría él de tu mente?

—¡De mi mente y de mi cartera!

(Risas)

—¿Te haces responsable de haberte levantado esa mañana?

—¡Claro!

—¿Y de hallarte en esa calle?

—Sí.

—¿Y de ver a un hombre con una pistola en la mano?

—¿De verle?

—Sí, de ver al ladrón.

—¿Aceptar la responsabilidad de verle?

—Sí.

—Bueno... Seguramente le vería.

—Si en ese momento no hubieras tenido ni ojos, ni oídos, ni nariz, ni sensaciones táctiles, tampoco habrías tenido ninguna vivencia con el ladrón, ¿verdad?

—En eso estoy de acuerdo.

—¿En que fuiste responsable de estar en esa calle a esa hora, con un dinero que pudieran robarte?

—Bueno... También en eso estoy de acuerdo.

—¿En que tú elegiste no arriesgar tu vida resistiéndote al hombre y en que preferiste entregarle tu cartera?

—Cuando un tipo te dice que le entregues tu dinero con una pistola en la mano, no hay ninguna elección.

—¿Elegiste estar en ese lugar a esa hora?

—Sí, pero no que apareciera ese tipo.

—Le viste, ¿verdad?

—¡Claro!

—Te haces responsable de haberle visto, ¿verdad?

—De haberle visto, sí.

—Entonces escucha esto: *Lo que experimentas sólo existe porque tu lo experimentas.*

Todo lo que experimenta una criatura viva lo crea exclusivamente ella, única fuente de la experiencia. ¡Despierta, Hank![34]

La mayoría de los graduados de la técnica *est,* a la hora de hacer un resumen de los beneficios obtenidos, ponen un énfasis especial en la toma de responsabilidad. Uno de ellos declaró:

La gente se percató de que estaba creando sus propios dolores de espalda, migrañas, asmas, úlceras y otros malestares... La enfermedad no es simplemente algo que nos *sucede.* Era curioso observar cómo todos admitían que eran los únicos responsables de sus enfermedades psíquicas. En cuanto la gente se enfrentaba con honestidad a las experiencias de su vida, sus dolencias desaparecían[44].

Uno de los instructores va todavía más lejos, argumentando que un hombre es responsable de que su esposa padezca de cáncer:

—¿Cómo diablos puedo ser yo responsable de que mi esposa contrajera un cáncer?

—Usted es responsable de crear la experiencia consistente en una conducta manifiesta de su esposa que usted llama, de acuerdo con los demás, una enfermedad conocida con el nombre de cáncer.

—Pero yo no soy la causa del cáncer.

—Escuche, Fred, comprendo que lo que estoy diciendo es difícil de encajar dentro de su sistema de creencias. Usted se ha esforzado, durante cuarenta años, para crear un sistema de creencias. Aunque sé que actualmente está tratando de mostrarse lo más tolerante posible, a lo largo de esos cuarenta años ha creído que las cosas sucedían en el exterior, que usted era un espectador pasivo e inocente al que atropellaban los coches, al que importunaban los desastres de la bolsa, los amigos neuróticos y el cáncer. Todos los que estamos aquí hemos vivido de acuerdo con un sistema de creencias similar. *Yo soy inocente; la realidad exterior es culpable.*

¡Pero ese sistema de creencias no funciona! Esta es una de las razones por las que su vida no funciona. La única realidad que cuenta es su experiencia, y usted es el único creador de ella[45].

«Usted es el único creador de su experiencia.» Esta afirmación es sorprendentemente similar a muchas de las aseveraciones de Sartre

acerca de la libertad y la responsabilidad. La esencia del *est* —lo que se «logra»— consiste en asumir la responsabilidad. Por tanto, podría parecer que la técnica *est* funciona a base de algunos conceptos importantes, originalmente formulados en términos oscuros, y que él reformula en un lenguaje brillante y accesible, convirtiéndose en un Sartre «pop». Si esta ingeniosa aplicación del pensamiento filosófico funciona, quiere decir que los terapeutas profesionales tendrían mucho que aprender de la metodología *est.*

Pero, ¿funciona? Desgraciadamente carecemos de respuestas definitivas. Aún no se ha llevado a cabo una investigación controlada de sus resultados. Aunque los testimonios de sus graduados se cuentan por legiones, no se pueden tomar como patrones de su efectividad. De hecho, cada vez que ha aparecido una técnica de desarrollo personal, se han registrado testimonios similares: los grupos T, los grupos de encuentro, los encuentros nudistas, los maratones, la técnica de conciencia corporal de Esalen, el psicodrama, el *rolfing,* el TA, la terapia *Gestalt,* el «origen de la vida» y el Sinanón. Pero la historia de casi todos estos enfoques (y que, muy probablemente, será también la historia del *est*) incluye un período brillante en su comienzo, seguido de una disminución del interés hasta que, finalmente, llega el relevo de la siguiente técnica terapéutica. Muchos de los participantes en este tipo de experiencias lo han sido también antes en alguna de las otras técnicas. ¿Qué indica esto? ¿Significa que hay que poner en duda los efectos reales y duraderos de cada uno de estos enfoques?

Las investigaciones han señalado que un elevado porcentaje de los graduados en el método *est* califican su experiencia de positiva y constructiva. Pero hay que ser cauto al evaluar los resultados de una investigación que carece de los necesarios controles; la mayor parte de las investigaciones empíricas demuestran que no hay resultados más susceptibles de error que los basados en una compilación de testimonios. Para examinar uno solo de los aspectos de la investigación, consideremos el problema de la autoselección. ¿Quiénes eligen el método *est?* ¿Acaso es posible afirmar que los que lo eligen, gastando una elevada suma de dinero y sometiéndose a un fin de semana agotador, van a cambiar sea como fuere (o a decir que cambian) *independientemente* del contenido del programa?

La respuesta es, ciertamente, afirmativa. Las investigaciones que se han efectuado sobre las reacciones de sujetos con un fuerte componente de expectación, indican que los resultados individuales

están bajo una fuerte influencia de factores que existían *antes* del seminario. Pero, obviamente, esta tendencia dificulta la investigación: el procedimiento común, que consiste en reclutar voluntarios para un ejercicio de desarrollo personal (como, por ejemplo, un grupo de encuentro) y comparar sus resultados con los de un número similar de sujetos de control, que no son voluntarios, es sumamente imperfecto. De hecho, un grupo o un seminario de desarrollo personal, formado por individuos dedicados e interesados en la experiencia, deseosos de lograr un desarrollo personal (con esperanzas creadas en parte por una «introducción» previa suficientemente efectiva), tendrá *siempre* éxito para la mayoría de los participantes. Negar sus beneficios sería crear una incongruencia cognoscitiva. El «elevado» espíritu posterior del grupo tiende a ser ubicuo, según todos los testimonios. Haría falta un líder particularmente inepto para fallar en esas circunstancias.

Si no existen pruebas fiables de los resultados, ¿en qué podemos basarnos? Creo que si examinamos las pruebas internas disponibles sobre el *est,* descubriremos varias incongruencias alarmantes. Además de consagrarse a la meta de que sus miembros asuman sus responsabilidades, el *est* es un sistema *extraordinariamente estructurado y rígido.* En sus jornadas, se imponen reglas básicas obligatorias: ninguna bebida, drogas, tranquilizantes ni relojes. A nadie se le permite ir al baño si no es en las pausas destinadas a ese fin, que tienen lugar cada cuatro horas. Hay que llevar constantemente puesta la tarjeta con el nombre. No se pueden mover las sillas. Se hace hincapié en la puntualidad: a los que llegan tarde, se les castiga no permitiéndoles la entrada o sometiéndoles a la humillación pública[46]. No se permite comer a los participantes, excepto en las pausas, nada frecuentes, destinadas a dicho fin. También se les obliga a entregar la comida que puedan llevar escondida en los bolsillos.

Muchos graduados incluso se brindan como voluntarios para desempeñar, sin ningún tipo de remuneración, el papel de ayudantes. A juzgar por sus descripciones de estas experiencias, se sienten particularmente satisfechos de renunciar a su autonomía y acogerse al manto de una poderosa autoridad. Consideremos a este respecto el comentario de uno de los voluntarios del *est,* psicólogo:

Mi siguiente tarea fue ordenar las tarjetas con los nombres. Tenían que colocarse en filas verticales de diez, sin que se tocaran, y formando columnas perfectamente paralelas. Por mi parte, era consciente de la meticulosa

atención que se presta en el *est* a los detalles. Las instrucciones para cada una de las tareas eran exactas y deliberadas, con una precisión típica de los mejores manuales de instrucciones, y se esperaba que yo realizara la tarea con la misma precisión.

A continuación, tuve que ocuparme de los manteles... Cada uno tenía que ir prendido formando una esquina cuadrada, y debía llegar casi hasta el suelo, pero sin tocarlo... Miré a la persona encargada de supervisar a los ayudantes, que se hallaba parada junto a mí. Dijo: «Toca el suelo»...

Volví a colocar el mantel poniendo toda mi atención. Las esquinas cuadradas resultaron ser perfectas, y el mantel quedó finalmente a la altura adecuada. Había completado el trabajo, lo cual, en términos de *est,* quiere decir que lo había terminado sin haber omitido ningún detalle[47].

«Columnas perfectamente paralelas.» «Atención meticulosa de los detalles.» «La misma precisión que uno espera encontrar en los manuales de instrucciones.» Los manteles que se cuelgan «hasta una determinada altura». Pero, ¿dónde están la libertad y la responsabilidad? Mi sorpresa fue mayúscula cuando en el seminario vi un cuadro de los asistentes del *est,* vestidos todos igual que Werner Erhard (chaqueta azul, camisa blanca abierta y pantalones grises) y con su mismo corte de pelo. También, como Erhard, todos empezaban sus frases diciendo «y...», y hablaban sobre el *est* en voz queda y con inflexiones casi reverenciales. Consideremos los informes de otros voluntarios (que he obtenido, mediante una selección, de los trabajos sobre el *est* de Werner Erhard):

Una joven que se había ofrecido voluntariamente para limpiar el Ayuntamiento de San Francisco, donde Werner tiene su oficina, me dijo que había recibido instrucciones muy detalladas acerca de cómo debía hacer el trabajo. «Tenía que limpiar debajo de cada objeto, como, por ejemplo, los que se encontraban en la mesa del café, y después, volver a colocarlo exactamente donde lo había encontrado, sin apartarme ni un milímetro»[48].

La persona encargada de limpiar los servicios en las oficinas centrales, informó que sólo había una manera de hacer este trabajo al estilo *est.* Confesó que se había quedado asombrado al descubrir cuánta concentración y esfuerzo se requería para limpiar los servicios a la manera *est,* es decir, completamente[49].

Nos dieron instrucciones de que sonriéramos para «dar la bienvenida»... Pero en otras ocasiones nos dijeron que teníamos que permanecer con una expresión impenetrable. Cuando le hice esta observación a mi supervisor, me dijo simplemente: «La tarea del asistente es asistir. Haga lo que está haciendo ahora. Y haga cosas *humorísticas* a la hora requerida»[50].

Una psicóloga de profesión nos hizo la siguiente descripción de su trabajo como voluntaria:

El punto culminante del fin de semana fue cuando el hombre encargado de la logística me dijo, tras haber confeccionado yo un mapa de la ruta más corta para llegar a los baños: «Gracias, Adelaide. Ha hecho usted un excelente trabajo escribiendo estas instrucciones.» ¡Eso me animó durante varias horas![51]

Hacer las cosas del modo «correcto». Limpiar los servicios al estilo *est.* Volver a colocar los objetos, en la mesa del café, exactamente donde estaban, sin desviarse ni un milímetro. Reírse a la «hora de reírse». «Animarse durante varias horas», después de haber recibido un cumplido por haber trazado el camino más corto para llegar hasta el baño. Todas estas palabras reflejan una satisfacción evidente por la pérdida de la propia libertad, una alegría por rendir la propia autonomía y por asumir las tareas de una bestia de carga.

Las declaraciones de muchos de los graduados del *est* no reflejan un sentido de autoridad personal, sino la entrega de uno mismo a un ser superior. Se otorga el juicio y la capacidad de decisión; nada hay tan importante como recibir una sonrisa de una providencia divina. Un voluntario del *est* declara ingenuamente:

Werner puede enfadarse seriamente cuando alguien deja una tarea incompleta. Aunque me asusto, sé que me quiere bien. ¿No es esto una insensatez? Pues ésta es la realidad, y por este motivo uno hace el trabajo como Werner quiere que se haga[52].

Erhard se convierte así en una figura más poderosa que la vida, sus defectos son «retoques», sus limitaciones se tornan virtudes y sus talentos se convierten en cualidades sobrehumanas. Una psicóloga nos comunicó sus impresiones de la primera vez que conoció a Werner Erhard:

Nunca había visto a Werner. Un amigo me había dicho de él que «te hace sentir como si tú fueras el mundo entero, como si nada más existiese». De pronto, las luces disminuyeron de intensidad a las ocho en punto y Werner apareció... Aparentaba mucho menos de cuarenta años, su piel y sus ojos eran increíblemente claros; vestía una chaqueta clara impecablemente cortada, una camisa blanca abierta en el cuello y pantalones oscuros. Los asistentes se pusieron de pie y aplaudieron. Werner había llegado para estar con ellos[53].

Los participantes se habían quedado paralizados y se sentían intensamente atraídos por este hombre magnético (aunque no atractivo), que tenía el cuerpo de un jugador de tenis y los ojos de un profeta[54].

«Ojos increíblemente claros.» «Los ojos de un profeta.» «Werner había llegado para estar con ellos.» Se trata de confesiones que indican la pérdida del juicio y de la libertad personales, tal y como escribe otra psicóloga, también graduada en el *est:* «Cuanto más contemplo a los dirigentes de la organización *est,* "marchando con paso de ganso", más descubro las virtudes de la anarquía»[55]. De este modo, la crítica fundamental que puede dirigirse contra el *est* no es que se trate de un sistema simplista (esto pudiera ser positivo), ni tampoco que sea un producto de masas (todo gran sistema de pensamiento debe tener quien lo propague), sino que es básicamente inconsistente. El autoritarismo no lleva a la autonomía personal, sino que, por el contrario, obstaculiza siempre la libertad. Es un sofisma asegurar, como probablemente lo afirma el *est,* que un procedimiento de autoritarismo puede tener como resultado la toma de una responsabilidad personal. ¿Cuál sería el procedimiento y cuál sería el producto? Tal como Fromm nos ha enseñado, el deseo de escapar de la libertad está profundamente arraigado. Hacemos cualquier cosa con tal de eludir la responsabilidad y congraciarnos con la autoridad, *hasta, en caso necesario, aparentar que hemos aceptado la responsabilidad.* ¿Es posible que el procedimiento autoritario se haya convertido en el producto? Tal vez lo fue desde el principio. ¡Nunca lo sabremos!

La responsabilidad y la psicoterapia

La conexión entre la responsabilidad y la psicoterapia descansa en dos proposiciones relacionadas entre sí: evitar la responsabilidad no conduce a la salud mental, y la aceptación de la responsabilidad, en psicoterapia, conduce al éxito terapéutico. Examinemos las investigaciones existentes para ver si existe una base empírica sobre la cual apoyar estas proposiciones.

En primer lugar, es importante reconocer que estas proposiciones simplifican exageradamente la cuestión. Consideremos, por ejemplo, la naturaleza de los mecanismos de defensa, algunos de los cuales

llevan a eludir la responsabilidad (tales como hacerse la víctima inocente, la exteriorización y la pérdida del control) y son producto de una desadaptación, mientras otros (que cuentan con un gran refuerzo social, como el creer en la gracia o en la divina providencia) pueden mantenerlo a uno en una buena posición. Por otra parte, algunos individuos pueden enfrentarse a la responsabilidad en forma demasiado plena y abierta y sin los recursos internos para resistir la angustia. Se requiere un cierto nivel de energía en el yo para enfrentarse con la propia situación existencial y con la angustia inherente a la misma.

¿Es desaconsejable para la salud mental evitar la responsabilidad?

No es fácil encontrar pruebas de que evitar la responsabilidad sea nocivo para la salud mental, puesto que los investigadores no han estudiado de una manera explícita ni la «responsabilidad», ni la «libertad», ni la «voluntad». Un estudio mediante ordenador reveló que no existen estudios empíricos. El término «responsabilidad» no se encuentra entre las categorías nosológicas formales, ni tampoco, en los estudios de psicoterapia, el concepto de aceptación o rechazo de la misma. En consecuencia, decidí acercarme al tema de una manera oblicua, preguntando previamente si había estudios que pudieran relacionarse de alguna forma con la responsabilidad. El tema más cercano, al que ya me referí en el capítulo IV, era la localización del control[1*]. Su localización externa puede considerarse como falta de aceptación de la responsabilidad. Si evitarla es nocivo para la propia salud, lo lógico sería justificar que la localización externa del control se relaciona de alguna manera con el funcionamiento personal anormal. Encontré algunas investigaciones en las que se demuestran que los sujetos de control externo, cuando se comparan con los del control interno, presentan más síntomas de inadaptación[56]; tienen más trastornos de estado de ánimo[57] y más tensiones, son más ansiosos, hostiles y confusos[58]; sus realizaciones resultan ser menores; se muestran menos activos desde el punto de vista político y más sugestionables[59], menos imaginativos, más frustrados y más aprensivos[60]. Los individuos esquizofrénicos presentan una mayor tendencia a la localización del control externo[61]. Lo mismo sucede en el caso de los pacientes psiquiátricos graves, en los que se manifiesta más claramente que en los que sufren trastornos moderados[62].

1*. Recordemos que la localización del control mide, en un nivel superficial, si un individuo acepta la responsabilidad personal por su conducta y por sus experiencias vitales, o si el individuo cree que lo que le sucede no guarda ninguna relación con la conducta personal y está, por tanto, fuera del control personal. Los individuos que aceptan la responsabilidad tienen una localización «interna» del control, y aquellos que la rechazan tienen una localización «externa» del control.

La depresión es el trastorno que ha sido objeto de más estudios en lo referente a la localización del control, puesto que el sentimiento fatalista y claramente irremediable de los deprimidos hace pensar, hasta al observador lego, que estos pacientes ya no creen poseer la capacidad para actuar por sí mismos ni para influir sobre el mundo circundante de su experiencia. Se ha demostrado que los individuos deprimidos tienen un control externo y que, como resultado del choque de las relaciones que percibe entre su conducta y los acontecimientos, desarrollan un profundo sentido de desamparo y desesperanza[63].

Una importante teoría de la depresión la constituye el modelo del «desamparo aprendido», formulado por Martin Seligman, quien postula que los diferentes componentes de la depresión (afectivos, cognoscitivos y conductuales) son consecuencia del aprendizaje que se lleva a cabo en las primeras etapas de la vida. Así, los resultados (esto es, los premios y los castigos) quedan fuera del control de la persona[64]. El individuo que aprende que no existe ninguna relación causal entre su conducta y el resultado, no sólo deja de actuar de una manera efectiva, sino que también empieza a dar muestras de depresión. Traduciéndolo en términos existenciales, este modelo postula simplemente que aquellos que creen no ser responsables de lo que les sucede en el mundo, pueden pagar un precio muy alto. Aunque evitan pagar el precio de la angustia existencial, asociada con la conciencia de la responsabilidad, según afirma Seligman, pueden desarrollar un sentimiento fatalista y depresivo.

El modelo del desamparo aprendido para explicar la depresión se basa en resultados experimentales y en las observaciones de los animales de laboratorio sometidos a un *stress* inevitable, hasta que se vuelven menos adaptables y menos capaces de evitar el *stress* posterior, al cual podrían hacer frente mediante ciertas manipulaciones. Por ejemplo, los perros sometidos a un *shock* inevitable pierden capacidad para escapar a otro evitable en mayor medida que los sometidos siempre a uno evitable o los que nunca lo han recibido[65]. Se ha intentado llevar a cabo estudios de laboratorio comparables con el

hombre. Así, tras haber sido sometidos algunos sujetos a un ruido inevitable, se han mostrado menos capaces de escapar a otros cuando se les sitúa en un equivalente humano de una lanzadera para animales[66]. También han alcanzado un menor rendimiento en ciertas pruebas psicológicas de resolución de problemas[67].

Estos resultados demuestran que si a los individuos se les «enseña» en el laboratorio que su conducta no les sirve para nada en ciertas situaciones, su conducta posterior se vuelve defectuosa. Más aún, David Klein y Martin Seligman encontraron que los individuos deprimidos (que no habían recibido un tratamiento previo con un ruido ineludible) obtuvieron resultados comparables a los de los no depresivos sometidos a un ruido inevitable[68]. William Miller y Seligman obtuvieron resultados similares en los experimentos de resolución de problemas[69]. En otras pruebas se ha observado que los sujetos depresivos (a diferencia de los no depresivos) tienen pocas esperanzas de obtener resultados positivos en los experimentados de laboratorio, y que estas esperanzas no se modifican con algún tipo de refuerzo[2* 70].

Resumiendo, la localización del control, que es un instrumento de medición psicológica muy generalizado, comparable conceptualmente a la aceptación o rechazo de la responsabilidad (localización externa del control), está asociada con algunas formas de psicopatología, especialmente con la depresión. El paradigma experimental del desamparo derivado de la depresión, nos ofrece pruebas que corroboran este hecho.

¿Qué nos indican las investigaciones acerca de las causas de la actitud del individuo hacia el control o la responsabilidad? Existen algunos indicios de que los antecedentes de la internalidad o externalidad radican en el ambiente familiar de los primeros años: un medio consistente, cálido, cuidadoso y responsable es el precursor de un desarrollo que llevará a la locaclización interna del control; del

2*. Existe una interesante paradoja conceptual entre el modelo de depresión que adquiere la forma de un desamparo aprendido, y el modelo cognoscitivo de depresión descrito por Aaron Beck[71], según el cual un paciente depresivo se caracteriza por sus expectaciones negativas y por su poderosa tendencia a asumir la responsabilidad personal por los acontecimientos. Así, los pacientes deprimidos suelen culparse a sí mismos por hechos que están claramente fuera de su control (por ejemplo, los pacientes psicóticos deprimidos suelen culparse por una guerra o por una catástrofe natural). Lynn Abramson y Harold Sackeim presentaron esta paradoja irreconciliable en un excelente trabajo[72].

mismo modo que un medio inseguro e inarmónico (que se encuentra con mucha más frecuencia entre las clases socioeconómicas más bajas) produce un sentimiento de desamparo personal y una localización externa del control[73]. El orden de nacimiento entre los hermanos también parece influir: los mayores suelen tener control interno (posiblemente porque se les asignan con mayor frecuencia posiciones de responsabilidad en el hogar, y también porque se hacen cargo de los hermanos menores)[74].

¿Ayuda la psicoterapia a incrementar la conciencia de la responsabilidad?

Varios proyectos de investigación han estudiado la relación existente entre el resultado de la psicoterapia y las modificaciones en la localización del control. John Gillis y Richard Jessor demostraron que los pacientes hospitalizados que mostraron una mejoría, cambiaron la localización de su control de externa a interna[75]. P.S. Dua redactó un informe sobre un programa de terapia conductista que llevó a cabo en una población de adolescentes delincuentes, como resultado del cual aumentó la localización interna del control en los adolescentes[76]. Stephen Nowick y Jarvis Bernes lograron un ascenso de la internalización del control mediante un entrenamiento encaminado a «destacar y causar un efecto», aplicándolo a un grupo de adolescentes urbanos y de pocos recursos, en un campo de vacaciones veraniegas[77]. Varios estudios realizados sobre los grupos de encuentros demostraron que los participantes cambiaban su localización del control, volviéndose internalistas[78]. Desgraciadamente, todos estos estudios poseen escaso valor, pues carecen de rigor y no están realizados con grupos de control; en todo caso, si el grupo de control sí ha sido utilizado, no está en tratamiento, y por tanto no sirve para medir los efectos Hawthorne. Además, los resultados son correlativos y no nos indican si el paciente mejora debido al cambio de localización del control o si éste es debido a la mejoría.

Otro enfoque empleado para las investigaciones ha sido el estudio de los informes subjetivos de los pacientes que han concluido su terapia. Si se les pregunta cuáles fueron los aspectos de la terapia que encontraron de mayor utilidad, suelen citar el descubrimiento y la aceptación de la responsabilidad personal. En un estudio de veinte pacientes de terapia de grupo, que habían alcanzado excelentes

resultados, mis colegas y yo les sometimos a una prueba de clasificación Q, consistente en sesenta ítems[3*] destinados a comprobar los «mecanismos de cambio» en la psicoterapia[79]. Estos sesenta ítems estaban divididos en doce categorías o «factores curativos» (cada una de ellas comprendía cinco ítems): 1) catarsis; 2) comprensión de uno mismo; 3) identificación con otros miembros, aparte del terapeuta; 4) readaptación a la familia; 5) inyección de esperanza; 6) universalidad, es decir, comprender que otros tienen problemas similares; 7) cohesión de grupo y aceptación de los demás; 8) altruismo, esto es, ser útil a los demás; 9) sugerencias y consejos; 10) aprendizaje a base de «realimentación» interpersonal, es decir, conocernos partiendo de cómo nos perciben los demás; 11) aprendizaje a base de una «producción» de conducta interpersonal, mejorando nuestras aptitudes para la relación interpersonal y 12) factores existenciales.

La categoría «existencial» consistía en estos cinco ítems:

1. Reconocer que, a veces, la vida es injusta y traicionera.
2. Reconocer que, en última instancia, no es posible escapar de algunas de las penas de la vida y de la muerte.
3. Reconocer que, aunque lleguemos a estar muy cerca de otras personas, necesitamos enfrentarnos solos a la vida.
4. Enfrentarnos a los hechos básicos de nuestra vida y muerte para, de este modo, vivir la vida más honestamente y menos inmersos en trivialidades.
5. Aprender que debemos hacernos responsables de la forma en que vivimos nuestra vida, por mucha guía y apoyo que recibamos de los demás.

Los terapeutas que efectuaron este estudio no eran existencialistas, sino que dirigían grupos de corte tradicional, basados en la interacción; la categoría de «factores existenciales» se incluyó en el último momento. Sin embargo, al examinar los resultados nos dimos cuenta, con gran sorpresa, de que muchos pacientes concedían una gran importancia a estos ítems, los cuales no formaban parte del programa terapéutico tradicional. La categoría de factores existenciales ocupó el sexto lugar de importancia dentro de un total de doce (a lo cual se llegó sumándolas todas y calculando el promedio, para determinar el orden de clasificación de cada uno de los ítems). El ítem n.° 5:

3*. Se les presentaron a los pacientes los sesenta ítems (en una tarjeta separada cada una) y se les pidió clasificarlos en siete categorías (desde «el más útil» hasta «el menos útil»).

Aprender que tengo que hacerme responsable de la forma en que vivo mi vida, por mucha guía y apoyo que reciba de los demás, tuvo una calificación bastante alta, pues *ocupó el quinto lugar* entre los sesenta ítems.

D. York y C. Eisman repitieron este experimento con dieciocho drogadictos y alcohólicos, que formaron parte de un grupo intensivo de psicoterapia con reuniones de seis días a la semana durante seis meses (en las que se ponía de relieve, de una manera muy especial, el método de grupo). También realizó esta experiencia con los padres de catorce drogadictos, también en un programa de tratamiento intensivo. Estos investigadores encontraron, igualmente, que el ítem de la «responsabilidad» era uno de los más elegidos *(ocupó el primer lugar, entre los sesenta, en uno de los grupos, y el segundo en el otro)*[80].

J. Dreyer realizó una prueba a varios pacientes, que acababan de ingresar en un hospital psiquiátrico, para medir el «factor curativo», y ocho días más tarde la repitió. De esta manera, demostró que la mayoría de los pacientes que ingresan en un hospital para enfermedades psiquiátricas agudas, esperan que la ayuda principal para sus problemas vitales se la presten otras personas en forma de consejos concretos o sugerencias. Cumplidos unos ocho días de tratamiento, la mayoría había cambiado de idea: en lugar de creer que la ayuda les llegaría de una fuente ajena a ellos mismos, habían aprendido que debían asumir una mayor responsabilidad personal[81].

En un extenso estudio aplicado a varios grupos para medir los efectos de los movimientos encaminados a despertar una mayor conciencia con respecto a los problemas de las mujeres, Morton Lieberman y colaboradores informaron que «las entrevistas con los miembros del grupo revelaron repetidas veces un gran interés por el pensamiento de que "yo soy el único responsable de mi propia felicidad"»[82].

Leonard Horowitz estudió tres entrevistas en *video* con cuarenta pacientes. (El primer *video* se grabó antes de la terapia; el segundo, transcurridos ocho meses de la misma; el tercero, al cabo de doce meses.) Contó sistemáticamente el número de afirmaciones encabezadas por «no puedo...» o «tengo que...», o algunos otros sinónimos (como, por ejemplo, «no soy capaz de...», «tengo que...», «necesito...», y así sucesivamente.) Los resultados revelaron una disminución significativa de dichas expresiones a medida que iba avanzando la terapia, como si hubiera menguado el sentido de

desamparo y, en cambio, hubiera ido aumentando gradualmente la toma de responsabilidad[83].

Todos estos datos demuestran que el paciente que completa con éxito una psicoterapia adquiere una mayor conciencia de su responsabilidad personal en la vida. Parece que uno de los resultados de la terapia efectiva es que uno no solamente aprende a relacionarse con intimidad —esto es, lo que uno puede obtener en su relación con los demás—, sino que también descubre los límites de la misma, es decir, lo que uno no *puede* obtener de los demás, ni en la terapia ni en la vida.

El estilo del terapeuta: pruebas e investigaciones. Los pacientes, especialmente los que tratan de evitar la responsabilidad, prefieren a los terapeutas activos y enérgicos y con un sentido organizador de las sesiones (tal como hacen, después de todo, los buenos guías). Existen tres proyectos destinados a medir la localización del control, que demuestran experimentalmente esta preferencia.

G.C. Helweg hizo que varios pacientes psiquiátricos y estudiantes universitarios vieran películas de dos terapeutas efectuando una entrevista —uno, Carl Rogers, no es especialmente enérgico; el otro, Albert Ellis, es, en cambio, bastante enérgico y muy activo—, para que después calificaran sus actuaciones. Los sujetos que tenían el control localizado en el exterior (es decir, los que eludían la responsabilidad), prefirieron mayoritariamente al terapeuta activo y enérgico[84].

R.A. Jacobsen pidió a varios terapeutas conductistas y psicoanalíticos que expusieran someramente sus enfoques terapéuticos. Después pidió a los pacientes que eligieran al terapeuta que prefiriesen. En los resultados, descubrió que los individuos con una localización externa del control preferían a los terapeutas conductistas, más firmes, mientras que los de localización interna preferían a los terapeutas analíticos, menos enérgicos[85]. K.G. Wilson, empleando una técnica similar, encontró que la variable crítica era la posición del terapeuta (tal como la percibe el paciente) con respecto al control y a la participación. Los internalistas seleccionan terapeutas que, según ellos, les van a permitir una mayor participación y control sobre el proceso terapéutico[86].

El problema de los pacientes que evitan la responsabilidad (esto es, con una localización externa del control), es que la elección de un terapeuta activo y enérgico puede serles contraproducente: el control que solicitan no es el que se requiere. *Cuanto más activo y firme sea el terapeuta (aunque sea para ayudar al paciente a asumir su*

responsabilidad), mayor será el grado de infantilización del paciente.

Un experimento que realizamos mis colegas y yo sirvió para demostrarlo[87]. Estudiamos dieciocho grupos de encuentro, que se habían reunido durante treinta horas a lo largo de un período de diez semanas, bajo la dirección de guías pertenecientes a las más variadas corrientes metodológicas. Los observadores evaluaron pormenorizadamente la conducta de los guías: el nivel total de actividad, el contenido de los comentarios, el grado de su función ejecutiva (fijando límites, reglas, normas y metas; administrando el tiempo; fijando el ritmo y evitando las exhortaciones) y el número de ejercicios estructurados (es decir, las tareas que el terapeuta encomienda al grupo, tales como actividades de realimentación, cambios de asiento o psicodrama). Todos los guías se sirvieron de ejercicios estructurados y, algunos de ellos, diferentes en cada sesión. Cuando analizamos la relación entre la conducta del líder y el resultado de la terapia (autoestimación, capacidad para emplear mecanismos de adaptación, estilo interpersonal, evaluación de los compañeros, valores vitales, etc.), observamos algunas interesantes correlaciones.

1. Existía una relación entre el nivel de función ejecutiva del terapeuta y el resultado de la terapia. En otras palabras: *la excesiva o escasa autoridad, se correlacionaban con los resultados más deficientes.* El exceso de función ejecutiva producía un grupo demasiado estructurado y autoritario, en el que los miembros no podían desarrollar un sentido de autonomía. La escasez de autoritarismo —el estilo *laissez-faire*— arrojaba como resultado un grupo confuso y vacilante.
2. Cuantos más ejercicios estructurados empleaba el guía, *más competente le consideraban los miembros del grupo* al final de las sesiones; pero *menor era el éxito* que alcanzaban los participantes (según la evaluación efectuada seis meses después).

La moraleja de este último hallazgo es obvia: si quieres que los pacientes se sientan seguros de tu actuación, tienes que ser un guía activo, vigoroso y ordenado. Sin embargo, debes estar preparado para aceptar el hecho de que esta estrategia obstaculiza el desarrollo de los pacientes y, probablemente, impide que asuman la responsabilidad.

Los límites de la responsabilidad

El concepto de responsabilidad es crucial para la psicoterapia y, como tal, «funciona»: su aceptación permite al individuo alcanzar la autonomía y desarrollar su potencial.

Pero, ¿hasta qué punto es esto cierto? Muchos terapeutas son abogados profesionales de la responsabilidad; pero, en su intimidad, en lo más profundo de sus corazones y en su tabla de valores, son deterministas ambientales. Durante muchos años he tratado psicoterapeutas, tanto individualmente como en grupos, y he descubierto que con mucha frecuencia mantenemos una norma doble: los pacientes conforman y son responsables de sus respectivos mundos; por nuestra parte, los terapeutas vivimos en un mundo objetivo, sensato y estructurado, haciendo lo posible para adaptarnos a lo que «realmente» existe.

Tanto unos como otros pagamos un precio por la inconsistencia de nuestras tablas de valores. Los terapeutas intentamos que se asuma la responsabilidad, pero la duda secreta trasciende: no podemos convencer a los pacientes de algo en lo que ellos mismos no creen. Inconscientemente, se siente simpatía por ellos y, por tanto, caemos en la trampa de su resistencia. Por ejemplo, en el tratamiento de una mujer divorciada y depresiva, que está buscando desesperadamente otra pareja, el terapeuta puede empezar a flaquear en sus esfuerzos por lograr que la paciente asuma su responsabilidad. Su resistencia puede tocar una fibra sensible del terapeuta, quien podrá pensar: «La paciente es agradable y atractiva, pero las normas culturales *no están* a favor de una mujer soltera de cuarenta y ocho años, el ambiente de los solteros *no es* nada propicio y en San Francisco *no existen* muchos hombres solteros y adecuados. Su empleo, necesario para sobrevivir, no le proporciona muchas oportunidades de conocer a otras personas. Tal vez ella tenga razón: si apareciera la persona idónea, el noventa por ciento de sus problemas se evaporarían. Esta paciente es una víctima del destino.» Así, el terapeuta se confabula con la resistencia de su paciente y, probablemente, su papel se reduce a sugerirle estrategias para encontrar hombres: clubs de solteros, citas por ordenador, padres sin parejas, y así sucesivamnte (como si la paciente no fuera capaz de planificar todo esto por ella misma).

La verdadera educación del terapeuta tiene lugar cuando aparece «el señor idóneo»; pero, a partir de ese momento, las cosas «no marchan bien». «El señor idóneo» no es suficientemente inteligente,

o es demasiado dependiente o demasiado independiente, o demasiado pobre o demasiado rico, o demasiado frío. O él ya no quiere renunciar a su libertad, o ella se agarra a él con tal desesperación que le agobia y la abandona, o ella está tan ansiosa que su espontaneidad se congela, por lo que su elegido la encuentra vacía y aburrida. Con el tiempo, el terapeuta aprenderá que hay un sinfín de mecanismos por los que un individuo conflictivo en su intimidad se las ingenia para cortar una relación.

Es evidente que las normas dobles, tanto en la relación terapéutica como en cualquiera otra, no funcionan; el terapeuta tiene que examinar sus propias creencias acerca de la responsabilidad y llegar a una posición sólida. La relación entre el ambiente y la libertad personal es extraordinariamente compleja. Los individuos labran sus propios destinos o, según afirman deterministas como B.F. Skinner, están enteramente delimitados por las contingencias ambientales («La persona no actúa sobre el mundo, sino que el mundo actúa sobre ella»[88]).

Generalmente, en los debates que se suscitan entre un determinista y un libertario (el que cree en la libertad de la voluntad), se observa que la lógica y la realidad parecen estar del lado del determinista; el libertario es más flexible y apela a argumentos emocionales y amorfos. Los psicoterapeutas se encuentran, por tanto, en un dilema. Para ser eficaces, tienen que ser libertarios; pero muchos de ellos, con una intensa y rigurosa preparación en psicología experimental y social o en las ciencias biológicas o médicas, quisieran estar capacitados para introducir una perspectiva de libre elección, aunque estén secretamente convencidos de que el argumento determinista es inexpugnable.

Hay muchos argumentos importantes a favor de la responsabilidad personal, muchos de ellos basados en experimentos empíricos, que pueden ofrecer a los terapeutas una salida para su dilema. En primer lugar, debemos reconocer que el determinismo ambiental absoluto es una posición extrema, que no puede obtener el apoyo exclusivo de la investigación empírica «seria». Skinner afirma que, al estar determinados por nuestro ambiente, cada uno de nosotros puede manipular la conducta, manipulando al ambiente; pero esta afirmación carece de consistencia interna. ¿Quién es, después de todo, el que manipula el ambiente? Ni aún los más fanáticos deterministas pueden pretender que estemos determinados por nuestro ambiente para alterarlo; semejante posición conduciría obviamente a una infinita regresión. Si

manipulamos nuestro ambiente, quiere decir que ya no estamos determinados por él; por el contrario, el ambiente está determinado por nosotros. Binswanger, en un ensayo redactado en 1936, subrayó este punto, señalando que la altura humana de Freud y sus contribuciones eran un ejemplo patente de las limitaciones de su teoría determinista:

> El hecho de que nuestras vidas estén determinadas por las fuerzas vitales, constituye sólo parte de la verdad; la otra, es que determinamos esas fuerzas y las llamamos nuestro destino. Sólo el conjunto de ambas puede explicar el problema global de la salud y la enfermedad mental. Aquellos que, como Freud, han forjado sus destinos con su propio esfuerzo —la obra de arte que ha creado, en el aspecto literario, constituye una prueba fehaciente— son los menos indicados para negar este hecho[89].

En su discurso presidencial ante la American Psychological Association, en 1974, Albert Bandura se refirió a este punto de vista denominándole «determinismo recíproco», y distinguió entre los ambientes potencial y real: aunque todos los individuos pueden tener el mismo ambiente *potencial,* cada uno regula en la *realidad* el suyo[90].

> En una ocasión, un investigador estudió a un grupo de niños esquizofrénicos y normales, en un ambiente que contenía una extraordinaria variedad de medios, incluyendo aparatos de televisión, fonógrafos, trenes eléctricos, proyectores de diapositivas y órganos eléctricos. Para activar estos juguetes, todo lo que tenían que hacer los niños era depositar las monedas que se les entregaban, pero sólo cuando la luz de la máquina estaba encendida; las monedas que se introducían cuando la máquina estaba apagada, alargaba el período durante el cual la máquina permanecería inmóvil. Los niños normales aprendieron rápidamente a sacar provecho de lo que les ofrecía el ambiente, creando incluso condiciones muy gratificantes durante el juego. En contraste, los niños esquizofrénicos, que no pudieron dominar el simple mecanismo de control, experimentaron ese mismo potencial de gratificación del ambiente como una experiencia desagradable y de privación[90].

Así, existe una relación recíproca entre la conducta y el ambiente: la propia conducta puede influir sobre el propio ambiente. Bandura señaló: «Todos conocemos a esos individuos propensos a crear problemas y, debido a su conducta nociva, a conformar un clima social negativo dondequiera que van. Otros, por el contrario, se muestran hábiles para hacer que aflore la mejor parte de las personas

con quienes interactúan.» A su vez, el ambiente que cada individuo crea influye sobre su conducta futura. Ambos conceptos son interdependientes: los ambientes no son supuestos fijos, sino que, como la conducta, tienen sus cauces. Bandura señaló que «en el regreso a las causas anteriores, por cada polluelo que descubre un ambientalista sin orientación direccional, un teórico del aprendizaje social puede identificar un huevo anterior».

Existe un vasto volumen de investigaciones empíricas que respaldan la posición del determinismo recíproco. Este material se ha resumido ya, brillantemente, en otras obras[91], y no me referiré a él excepto pra subrayar su carácter exhaustivo y riguroso y para señalar que incluye aspectos tales como la interacción humana en las comunicaciones, la determinación de las expectativas, las relaciones recíprocas entre las preferencias personales y el contenido de los medios de comunicación social, las funciones cognoscitivas y perceptivas, las funciones autorreguladoras del autosistema (esto es, un modelo psicocibernético del yo) y la realimentación biológica.

Aunque muchos libertarios se sienten complacidos por el apoyo empírico inesperado que les ha ofrecido la teoría del determinismo recíproco, gran parte de ellos afirman que ésta no va suficientemente lejos. Aducen que existe una falla inherente a los métodos experimentales de la psicología social y conductista: esta falla consiste en que la variable dependiente es la «conducta». Al exponer la relación entre la libertad y el determinismo, Bandura comenzó con el siguiente argumento, evidente por sí mismo (desde el punto de vista de los conductistas):

> Al decidir qué película va a ver, de entre las numerosas opciones que ofrece una ciudad grande, actúan pocas restricciones en el individuo, de tal manera que sus preferencias personales surgen como determinantes. En contraste, si la persona está sumergida en una piscina profunda, su conducta será notablemente similar a la de las demás personas que están también en la piscina, por muy especiales y características que sean sus funciones cognoscitivas y sus hábitos de conducta[92].

La frase que crea más problemas al libertario es que la *conducta* de la gente sumergida en el agua es «notablemente similar». El punto importante es la palabra «conducta». ¿Cómo se llegó a determinar que la conducta debía ser la base para medir la elección y la libertad? Si se miden las sacudidas de los miembros, la actividad corporal o los índices fisiológicos, entonces es cierto que el radio de acción física de

los humanos y sus opciones de conducta están tan limitados como los de todas las demás criaturas. Pero, aunque esté sumergido en el agua hasta el cuello, el ser humano tiene libertad: elige lo que experimenta en cada una de las situaciones, las actitudes que adopta, si va a mostrarse valiente, estoico, fatalista, astuto o miedoso. No hay límites para el número de opciones psicológicas que tiene. Hace unos dos mil años, Epicteto declaró:

> Tengo que morir. Tengo que ser encarcelado. Tengo que sufrir el exilio. Pero, ¿tengo que morir quejándome? ¿También estoy obligado a gimotear? ¿Alguien puede impedirme que vaya sonriendo al exilio? El amo amenaza con encadenarme. ¿Qué digo? ¿Encadenarme? Puede encadenar mi pierna, sí, pero no mi voluntad; ni siquiera Zeus puede hacerlo[93].

Esta no es ninguna bagatela. Aunque la imagen de un hombre hundido que conserva la libertad nos parezca ridícula, el principio en que se basa posee una gran significación. La propia actitud del ser humano hacia su situación constituye su cruz, y las conclusiones acerca de la naturaleza humana que se basan solamente en una conducta mensurable son una distorsión de aquélla. Resulta innegable que el ambiente, la genética y la casualidad desempeñan un papel en la vida del individuo. Las circunstancias limitantes son evidentes: Sartre habla de un «coeficiente de adversidad»[94]. Todos nosotros podemos enfrentarnos a la adversidad natural que influye sobre nuestras vidas. En este sentido, las circunstancias pueden impedirnos encontrar un trabajo o una pareja —por ejemplo, un impedimento físico, la falta de educación o la mala salud—, pero no por ello carecemos de responsabilidad (o elección) en la situación. Somos responsables hasta de lo que hacemos con nuestros impedimentos físicos, de nuestras actitudes hacia ellos, de la amargura, ira o depresión que actúan orquestadamente con el «coeficiente de adversidad» original para garantizar que el impedimento derrote al individuo. Así, a pesar del prestigio con que cuenta en nuestra sociedad el atractivo físico, muchas personas poseen un estilo y una simpatía personales que compensan los rasgos físicos poco agraciados. (Creo que fue Abraham Lincoln quien afirmó que, después de los cuarenta, todos somos responsables de nuestro rostro.) Cuando falla todo lo demás, cuando el coeficiente de adversidad es elevadísimo, todavía continúa siendo uno responsable de la actitud que adopta hacia la adversidad: llevar una vida de amarguras o encontrar el modo

de trascender el impedimento y planificar una vida interesante y al margen de éste.

Una paciente mía, con pocas posibilidades de encontrar pareja por causa de una grave deformidad física, se atormentaba y procuraba convencerse de que la vida basada en una relación sexual normal con un hombre no merecía la pena vivirla. Cerró la puerta a varias opciones, incluyendo el profundo placer de una relación íntima con otra mujer o una relación sin sexo con un hombre. El meollo de la labor terapéutica con esta paciente consistió en eliminar el supuesto básico de que, si se carece de pareja, no se es nada (un punto de vista que siempre ha tenido un considerable respaldo social, especialmente en el caso de las mujeres). Con el tiempo, llegó a darse cuenta de que, aunque no era responsable de su deformidad, sí lo era de su actitud hacia ella y de su decisión de elegir un sistema de creencias que la conducía a un sentimiento profundo de autodesprecio.

El reconocimiento y la aceptación de los «supuestos» externos (el coeficiente de adversidad) no implica que uno se muestre pasivo con respecto al ambiente externo. En realidad, los neomarxistas y los que propugnan una psiquiatría radical siempre han formulado esta objeción al movimiento de la salud mental: es decir, que desdeña las circunstancias materiales adversas del individuo, exigiéndole, sin embargo, que acepte sin chistar su suerte en la vida (impuesta por los capitalistas).

Pero una auténtica aceptación de la responsabilidad implica no sólo que uno confiere un significado al mundo, sino también que se tiene libertad y la responsabilidad de cambiar el ambiente externo siempre que éste sea posible. Lo importante es identificar el coeficiente de adversidad que uno posee realmente. La tarea de la psicoterapia consiste, en última instancia, en ayudar a los pacientes a que reconstruyan aquello que no pueden alterar.

La enfermedad física

La responsabilidad personal se extiende hasta más allá de la simple responsabilidad por el propio estado psicológico. Muchas pruebas médicas demuestran que los padecimientos físicos están bajo la influencia del estado psicológico del individuo. El campo de la interdependencia entre cuerpo y mente, en cuanto al aspecto somático, es tan vasto, que sólo podremos hacer una breve referencia y una

exposición rápida de los más recientes descubrimientos relativos a la responsabilidad en una enfermedad concreta: el cáncer.

Freud inauguró el campo de los vínculos entre el *stress* y la enfermedad en 1901, en su *Psicopatología de la vida cotidiana,* donde insinuó que las heridas accidentales no son tales, sino que constituyen una manifestación de un conflicto psíquico. Así, describió al individuo «propenso a los accidentes» que sufre numerosas lesiones accidentales[95]. Después de Freud, dos generaciones de analistas desarrollaron el área de la medicina psicosomática, descubriendo que numerosos padecimientos físicos (como la artritis, las úlceras, el asma, la colitis ulcerosa) recibían una poderosa influencia del estado psicológico del paciente. La tecnología moderna de la realimentación biológica, la meditación y una gran variedad de mecanismos de autorregulación, han renovado el interés por el control y la responsabilidad que el individuo tiene sobre el funcionamiento de aquellos aspectos somáticos que están bajo el control de su sistema nervioso autónomo (una división del sistema nervioso denominada desde hace mucho tiempo «sistema nervioso involuntario»).

El concepto de la responsabilidad personal se está aplicando actualmente en el tratamiento de algunas enfermedades como el cáncer, que antes se consideraba lejos del alcance del control individual. El cáncer se ha estimado siempre como el prototipo de la enfermedad basada en factores externos: se manifiesta sin aviso previo y el paciente no puede hacer nada por modificar su aparición y desarrollo. Recientemente se han registrado varios intentos, que han gozado de gran difusión publicitaria, de cambiar esa actitud hacia el cáncer. Ahora se les pide a los pacientes que examinen los papeles que ellos mismos han desempeñado en la aparición de la enfermedad. O. Carl Simonton, un oncólogo especialista en radiaciones, se ha adelantado a todos los demás proponiendo una terapia basada en la psicología para el cáncer[96]. Su exposición se basa en la teoría actual sobre esta enfermedad: el individuo se halla constantemente expuesto a las células cancerosas; pero el cuerpo les ofrece resistencia, a menos que hayan disminuido las defensas como consecuencia de otros factores. Existen numerosas pruebas de que el *stress* merma la resistencia a la enfermedad, afectando tanto al sistema inmunológico como al equilibrio hormonal. Simonton afirma, después de examinar estas pruebas, que pueden emplearse las fuerzas psicológicas para influir sobre el curso del cáncer.

El tratamiento de Simonton consiste en visualizar mentalmente una serie de imágenes. El paciente comienza concentrándose en una metáfora visual acerca de cómo se imagina que surge el cáncer; después trata de visualizar a sus defensas corporales venciendo a la enfermedad. Por ejemplo, un paciente visualizó el cáncer como un montón de carne cruda de hamburguesa, y las defensas corporales —las células de los glóbulos blancos— como una jauría de perros salvajes devorando la hamburguesa. Simonton sugiere al paciente que examine los medios con que cuenta para combatir el *stress.* A un individuo cuyo cáncer se propaga gradualmente, la primera pregunta que le formula es: «¿Qué hizo usted para causarse esto?»

Por lo que he observado, no existen pruebas fehacientes de que este enfoque aumente el tiempo que les resta de vida a los cancerosos. Hay que contemplar con escepticismo un sistema que promete mucho, pero que no se ocupa de llevar a cabo una investigación relativamente simple para confirmar (o disipar) sus afirmaciones. En todo caso, el enfoque de Simonton nos enseña algo importante con respecto al papel de la responsabilidad en la manipulación de las enfermedades graves, pues los pacientes que emplean la visualización mental, aunque no mejoren en el plano físico, reciben una gran ayuda psicológica, asumiendo una actitud más activa y responsable hacia su enfermedad. Esto es muy importante, porque la indefensión y la profunda desmoralización suelen constituir grandes problemas en el tratamiento de los cancerosos. El cáncer, más que ninguna otra enfermedad, fomenta un sentimiento de desamparo, pues los pacientes se sienten incapaces de ejercer un control personal sobre él. Los individuos que sufren otras enfermedades (como las cardiopatías o diabetes) pueden participar de múltiples formas en su propio tratamiento: siguiendo dietas, regímenes médicos, guardando reposo, cumpliendo un programa de ejercicios físicos, etc. Pero los aquejados de cáncer sienten que lo único que pueden hacer es esperar, esperar a que la siguiente célula cancerosa brote en su cuerpo. Este sentimiento de desamparo suele agravarse por las actitudes de los médicos, los cuales no tienen en cuenta al paciente a la hora de decidir el curso de la terapia. Muchos médicos se muestran renuentes a proporcionar información a los pacientes, consultando a los familiares los puntos importantes y las decisiones en materia de tratamiento.

Pero si el método de Simonton carece de base y no alarga el tiempo de vida de los pacientes, ¿es porque está fundamentado en una mentira y destinado al olvido? Y, en tal caso, ¿qué métodos

terapéuticos existen para ayudar a los pacientes que no pueden aceptar el sistema de Simonton? En mi opinión, la aceptación de la responsabilidad ofrece una ayuda terapéutica a cualquier paciente canceroso, por muy avanzada que esté su enfermedad[97]. En primer lugar, hay que señalar que, independientemente de las circunstancias físicas de una persona (esto es, su coeficiente de adversidad), es responsable siempre de la actitud que asume ante su problema. En mi trabajo con pacientes con cáncer metastásico (cáncer que se ha extendido a otras partes del cuerpo y que ya no tiene curación médica ni quirúrgica), me han impresionado particularmente las diferencias existentes entre las diversas actitudes de los individuos hacia su enfermedad. Algunos se entregan a la desesperación y experimentan una muerte psicológica prematura y, como afirman algunos[98], sufren también una muerte física prematura. Otros, como expliqué en el capítulo v. trascienden su enfermedad y utilizan su muerte inminente como catalizador para mejorar la calidad de su vida. La responsabilidad ante las propias actitudes no quiere decir necesariamente responsabilidad ante los propios *sentimientos* (aunque Sartre afirmara lo contrario), sino ante la *posición* desde la cual se contemplan los propios sentimientos. Una anécdota relatada por Viktor Frankl nos sirve de ilustración:

> Durante la primera guerra mundial, un médico judío se hallaba sentado en una trinchera con un amigo, coronel y aristócrata, cuando surgió un ataque de la artillería. En son de burla, el coronel le dijo: «Tienes miedo, ¿verdad? Esa es otra prueba de que la raza aria es superior a la semítica.» «Claro que tengo miedo», le respondió el médico. «Pero, ¿quién es aquí el superior? Si tú, mi querido coronel, tuvieras tanto miedo como yo, hace tiempo que hubieras salido corriendo»[99].

El terapeuta que trabaja con el paciente canceroso, puede ofrecerle una gran ayuda concentrándose en su sentimiento de desamparo. En nuestro trabajo de terapia de apoyo para grupos de cancerosos, mis colegas y yo[100] hemos diseñado varios sistemas para fomentar un sentimiento de poder y de control. Por ejemplo, estos pacientes suelen sentirse indefensos e infantiles en relación con sus médicos. Nosotros hemos meditado mucho esta característica y hemos logrado ayudar a muchos pacientes a asumir la responsabilidad ante sus relaciones con los médicos. Cuando describían sus relaciones con ellos, los otros miembros del grupo les sugerían otros métodos. Mediante la técnica de desempeñar papeles, los pacientes practicaban nuevas maneras de fortalecer su confianza en sí mismos. Aprendían a exigir tiempo a sus médicos, información (si la deseaban) sobre sus dolencias; algunos aprendieron a exigir que les mostraran sus resultados médicos o sus radiografías; y otros, por considerarlo más sensato, asumieron la responsabilidad suprema de rechazar toda la medicación.

Muchos pacientes del grupo desarrollaron un sentimiento de poder a través de la acción social. Varios dieron conferencias sobre los derechos de los cancerosos y llevaron a cabo campañas para defender algunas cuestiones políticas que les afectaban (por ejemplo, la deducción de impuestos para las prótesis de pecho). Finalmente, en la forma ya descrita, el terapeuta de grupo les ayudaba a desarrollar un sentido de poder impulsándoles a asumir responsabilidad en el desenvolvimiento del grupo. Al crearles una conciencia de que pueden intervenir en el grupo para satisfacer sus necesidades —y que tienen la *responsabilidad* de constituir el grupo—, el terapeuta puede hacer que el individuo asuma mayor responsabilidad en otras esferas de su vida.

La responsabilidad y la culpa existencial

Al tratar de facilitar la tarea del paciente de asumir su responsabilidad, el terapeuta descubre la presencia de un elemento inesperado: la culpa, la sombra oscura de la responsabilidad, que tan frecuentemente se inmiscuye en el proceso de la psicoterapia existencial.

En la terapia existencial, la «culpa» posee un significado diferente del que tiene en la terapia tradicional, donde alude a un sentimiento relacionado con la creencia de que uno está obrando mal: un estado agudo y bastante incómodo que ha sido definido como una mezcla de angustia y sentimiendo de maldad. (Freud comentaba que, desde el punto de vista subjetivo, «el sentimiento de culpa y el de inferioridad son difíciles de distinguir»)[101].

Se puede establecer una distinción entre la culpa neurótica y la culpa «real» o, en términos de Buber, entre «culpa» y «sentimientos de culpa»[102].

La culpa neurótica emana de transgresiones *imaginarias* (o transgresiones menores a las que se responde de una manera desproporcionadamente enérgica) en contra de otro individuo, en contra de los tabúes tradicionales y actuales o en contra de los

tribunales paternales o sociales. La culpa «real» emana de una transgresión *verdadera* en contra de otro. Aunque la experiencia disfórica subjetiva es similar, el significado y la manipulación terapéutica de estas formas de culpa son muy diferentes: la neurótica debe enfocarse en el sentido de una per-elaboración del sentido de la maldad, de la agresividad inconsciente y del deseo de recibir castigo; por su parte, la culpa «real» hay que enfocarla como una reparación práctica o simbólicamente equivalente.

La perspectiva existencial en psicoterapia abre dimensiones importantes al concepto de culpa. En primer lugar, la aceptación plena de la responsabilidad por las propias acciones amplía el radio de acción de la culpa, disminuyendo las posibilidades de escapar. El individuo ya no puede seguir confiando cómodamente en excusas tales como: «no fue mi intención», «fue un accidente», «no lo pude remediar», «tuve un impulso irresistible». Así, la culpa real y su papel en la relación interpersonal forman parte a menudo del diálogo terapéutico existencial.

Pero el concepto existencial de culpa añade algo todavía más importante que la ampliación del radio de acción de la responsabilidad. En pocas palabras: se experimenta culpa no sólo por las transgresiones en contra de otro o de algún código moral o social, sino que *se puede ser culpable de una transgresión en contra de uno mismo.* De todos los filósofos existencialistas, Kierkegaard y Heidegger han sido los que más han profundizado en este tema. Es importante subrayar que Heidegger utiliza el mismo término *(schuldig)* para referirse tanto a la culpa como a la responsabilidad. Tras exponer los usos tradicionales del concepto «culpable», señala: «Ser culpable significa también "ser responsable de", es decir, ser la causa o el autor o la ocasión de algo»[103].

Así, uno es culpable en la misma medida en que se es responsable de uno mismo y de su propio mundo. La culpa es una parte fundamental del *Dasein* (del ser humano): «Ser culpable no es el resultado de una deuda, sino que, por el contrario, ésta sólo es posible a partir de un sentimiento primordial de culpa»[104]. A continuación, Heidegger desarrolla la idea de que «en el concepto de culpa radica el carácter del "no"». *Dasein* es un elemento constituyente, pero «siempre permanece rezagado con respecto a sus posibilidades»[105]. De este modo, *la culpa está íntimamente relacionada con sus posibilidades y potencialidades.* Cuando se escucha «la voz de la conciencia» (es decir, la voz que nos obliga a enfrentarnos con

nuestro modo de ser «auténtico»), uno siempre es «culpable» *en la medida en que no ha desarrollado sus auténticas posibilidades.*

Este concepto extraordinariamente importante fue estudiado hasta sus últimas consecuencias por otros investigadores (a veces también con más claridad). Las contribuciones de Paul Tillich son particularmente interesantes para la psicoterapia. En *El coraje de existir,* alude a la angustia del hombre ante la idea de no ser y distingue tres fuentes de angustia, tres medios principales por los que el no ser amenaza al ser. A dos de ellos (la amenaza a la existencia objetiva o *la muerte,* y la amenaza a la existencia espiritual, que es la *carencia de sentido vital)* me referiré en otros capítulos. El tercero está relacionado con el tema que estamos tratando. El no ser amenaza al ser presentándose como un peligro para nuestra autoafirmación moral, lo que nos lleva a experimentar culpa y angustia por la propia condenación. Tillich lo expresa diáfanamente:

> El ser es algo que no sólo se le da al hombre, sino que también se le exige. Es responsable de él; literalmente se le exige que responda de *qué ha hecho de sí mismo.* El que le pide cuentas es su juez, es decir, él mismo. Esta situación produce una angustia que, en términos relativos, encierra culpa y, en términos absolutos, el rechazo de uno mismo o la condenación. Al hombre se le pide que se convierta en aquello que está destinado a ser, que cumpla su destino. En todo acto moral, busca afirmarse a sí mismo, y contribuye al cumplimiento de su destino, a la realización de sus capacidades potenciales[106].

El pensamiento de Tillich de que «al hombre se le pide que se convierta en aquello que está destinado a ser, que cumpla su destino», se deriva de la teoría de Kierkegaard de que una especie de desesperación emana del no ser, que trata de convertirse en ser. El reflejo de uno mismo (conciencia de la culpa) atenúa la desesperación, en tanto que la forma más profunda de la desesperación consiste en ignorar que uno se halla desesperado[107]. Esto mismo es lo que quiso decir el rabino hasídico Susya, quien, poco antes de morir, expresó lo siguiente: «Cuando llegue al cielo no me pedirán cuentas de por qué no he sido Moisés, sino de por qué no he sido Susya, de por qué no me he convertido en lo que sólo yo podía ser»[108]. Otto Rank era perfectamente consciente de esta realidad al escribir que cuando nos restringimos y vivimos por debajo de nuestras posibilidades, *nos sentimos culpables de la vida que no estamos aprovechando, de la vida no vivida que hay en nosotros*[109].

Rollo May señaló que el concepto de represión debía entenderse

desde la perspectiva de la relación de uno mismo con el propio potencial, y que el ámbito del inconsciente debía ampliarse para incluir en él el potencial reprimido o no realizado que posee el individuo:

> Por tanto, tenemos que formular la siguiente pregunta, si queremos entender las represiones de una determinada persona: *¿Cuál es la relación de esta persona con sus propias potencialidades?* ¿Qué es lo que sucede para que elija, o se vea forzado a elegir, el bloqueo de su conciencia, para ignorar que sabe y que, en otro nivel, *sabe que sabe?*... En este sentido, no es cierto que el inconsciente sea un receptáculo de impulsos, pensamientos y deseos culturalmente inaceptables. Más bien debemos definirlo como el conjunto de potencialidades con que el individuo cuenta para saber y experimentar, pero que no puede o no quiere poner en práctica[110].

En otro apartado, May describe la culpa (la existencial) como «una emoción positiva y constructiva..., una percepción de la diferencia entre lo que algo es y lo que debería ser»[111]. Por tanto, la culpa existencial (así como la angustia) es necesaria para la salud mental y compatible con ella. «Cuando la persona niega sus potencialidades y fracasa en la tarea de cumplirlas, se sumerge en un estado de culpabilidad»[112].

Desde épocas remotas, se ha venido considerando al ser humano como un conjunto único de potencialidades que esperan su realización. La «entelequia» de Aristóteles se refería a la realización plena de estas potencialidades. El cuarto pecado capital, la pereza o desidia, ha sido interpretado por muchos pensadores como «el pecado de no hacer con la propia vida todo lo que uno sabe que podría hacer»[113]. Este concepto es sumamente familiar en la psicología moderna; aparece en los escritos de casi todos los humanistas actuales y teóricos de la terapia existencial[4*]. Aunque se le han dado muchos nombres (a saber, «autorrealización», «desarrollo de uno mismo», «desarrollo del potencial», «crecimiento», «autonomía», etc.), la idea básica es muy simple: cada ser humano posee un conjunto innato de capacidades y potencialidades y, además, un conocimiento primordial de estas potencialidades. El que fracasa en la tarea de vivir con la mayor plenitud posible, experimenta un

4*. Especialmente Buber[114], Murphy[115], Fromm[116], Buhler[117], Allport[118], Rogers[119], Jung[120], Maslow[121], y Horney[122].

sentimiento profundo y poderoso al que yo llamo aquí «culpa existencial».

Así, los mejores trabajos de Karen Horney se apoyan en la base de que, en condiciones favorables, el ser humano desarrolla su potencial intrínseco del mismo modo que una bellota se convierte espontáneamente en un roble[123]. La obra principal de Horney, *La neurosis y el desarrollo humano,* lleva como subtítulo *La lucha por la autorrealización.* En su opinión, la psicopatología tiene lugar cuando las circunstancias adversas inhiben al niño y no le permiten continuar realizando sus posibilidades. En esa situación, pierde la noción de su ser potencial y desarrolla otra imagen de sí mismo: un «yo idealizado» hacia el cual dirige sus energías vitales. Aunque Horney no utiliza el término «culpa», está claro que tiene plena conciencia del precio que paga el individuo por no cumplir plenamente con su propio destino. En su lugar, habla del sentimiento de alienación, de encontrarse escindido de lo que uno es realmente, lo cual conduce a una anulación de los sentimientos, deseos y pensamientos genuinos. Uno percibe la existencia del yo potencial y, a nivel inconsciente, lo compara continuamente con el yo «real» (esto es, el yo que vive realmente en el mundo). La discrepancia entre lo que uno es y lo que uno podría ser, produce un sentimiento de disgusto con uno mismo, al cual el individuo tiene que hacer frente a lo largo de toda su existencia.

Creo que fue Abraham Maslow, influido por Horney, el primero que utilizó el término «autorrealización». Maslow también creía que los individuos se realizan de forma natural, a menos que las circunstancias de su desarrollo sean tan adversas que tengan que luchar por conseguir una seguridad, en lugar de procurar su desarrollo (es decir, que tengan que adoptar una «motivación de deficiencia» en lugar de una «motivación de desarrollo»).

> Si se niega o se suprime la parte esencial de la persona (sus supuestos intrínsecos), ésta experimenta un malestar, unas veces de una manera evidente y otras de un modo tenue... Esta esencia interna es delicada y sutil, y se deja dominar fácilmente por el hábito y las presiones culturales... Aunque se niegue, persiste en el interior, presionando siempre por llegar a realizarse... Cada falla (en relación con nuestra esencia), cada crimen contra nuestra naturaleza, queda registrado en nuestro inconsciente y nos conduce a despreciarnos[124].

Pero, ¿cómo descubrir nuestra propia potencialidad? ¿Cómo reconocerla cuando se la encuentra? ¿Cómo sabe uno que se ha

extraviado en el camino? Heidegger, Tillich, Maslow y May contestarían al unísono: «¡Mediante la culpa! ¡A través de la angustia! ¡Mediante la voz de la conciencia!» Existe entre ellos un consenso general en lo relativo a que la culpa existencial es una fuerza positiva y constructiva, una guía que nos conduce por el camino correcto. Cuando los pacientes le confesaban que ignoraban lo que querían, Horney solía contestarles simplemente: «¿Se le ha ocurrido alguna vez preguntárselo?» En su parte esencial, uno se conoce. John Stuart Mill, al describir esta multiplicidad de aspectos en uno mismo, habló de un yo fundamental y permanente al que llamó el «yo duradero»[125]. Pero quien mejor lo describió fue san Agustín: «Dentro de mí hay uno, que es más yo mismo que mi yo»[126].

Un ejemplo clínico nos sirve para ilustrar el papel de guía que desempeña la culpa existencial. Una paciente vino a verme debido a una grave depresión y sentimientos de poca valía. Contaba entonces cincuenta años, y llevaba casada treinta y dos con un hombre rencoroso y muy inquieto. Varias veces en la vida se había planteado acudir a una terapia, pero la había rechazado porque temía que el análisis de sí misma produjera la ruptura de su matrimonio; por otra parte, no podía soportar la idea de enfrentarse al aislamiento, dolor, sentimiento de desgracia, penuria económica y reconocimiento de su fracaso. Pero, finalmente, se vio obligada a buscar ayuda. No obstante, al principio se negaba a entrar de lleno en la terapia, por lo que hicimos pocos progresos. Cierto día se produjo un incidente dramático al hablar de su miedo a envejecer y morir. Le pedí que se imaginara a sí misma muy cerca de la muerte, que contemplara restrospectivamente su vida y me describiera sus sentimientos. Sin vacilar, confesó: «¡Siento arrepentimiento!» «Arrepentimiento ¿de qué?», le pregunté yo. «Arrepentimiento por haber desperdiciado mi vida, por no haber sabido nunca lo que podía haber hecho.» En su caso específico, la clave para la psicoterapia era el término «arrepentimiento», con el cual quería expresar la culpa existencial. A partir de ese momento, este término pasó a ser nuestro guía en todo momento. Aunque la esperaban largos meses de trabajo penoso, ya no tuvimos ninguna duda acerca de cuál sería el resultado. Se examinó a sí misma (dio por terminado su matrimonio) y fue capaz, al concluir la terapia, de experimentar su vida con un sentido de posibilidad, en lugar de arrepentimiento.

La relación entre la culpa, el desprecio por uno mismo y la autorrealización queda claramente ilustrada por el tratamiento de

Bruce, el paciente a quien me referí en el capítulo v. Desde su adolescencia, le preocupaba el sexo, especialmente los senos de las mujeres; por otra parte, siempre había sentido desprecio por sí mismo. Lo que Bruce buscaba en la terapia era «alivio», un alivio de la angustia, del odio a sí mismo y del eterno sentimiento de culpa que le roía las entrañas. No bastaría con decir que no se sentía a sí mismo como el autor de su propia vida. La indicación de que tenía una responsabilidad personal por su situación vital era para él como hablarle en chino; se sentía tan constreñido, perseguido y atemorizado, que, como Kafka, se consideraba «afortunado de poderse sentar en un rincón y respirar»[127].

A lo largo de varios meses, examinamos su culpa y odio a sí mismo. ¿Por qué era culpable? ¿qué transgresiones había cometido? Confesó pequeños crímenes, los cuales, aunque banales y ridículos, los recordaba de una manera obsesiva: de niño había robado a su padre unas cuantas monedas, había alterado las cifras en las reclamaciones a los seguros, había robado el periódico a su vecino, alterado sus declaraciones de impuestos y, lo más importante, había abusado sexualmente de las mujeres. Investigamos detalladamente cada una de estas culpas y, en todos los casos, llegamos a la conclusión de que el castigo superaba al crimen. Por ejemplo, cuando hablamos de su promiscuidad sexual, comprendió que no había hecho daño a nadie: trataba bien a sus amigas, no las engañaba y era considerado con sus sentimientos. Logró efectuar una per-elaboración de cada uno de estos «crímenes», en un nivel racional, y llegó a la conclusión de que era «inocente» e injustamente cruel consigo mismo. Sin embargo, el odio hacia sí mismo permaneció inalterable.

El primer indicio de responsabilidad apareció una vez que hablábamos de su miedo a autoafirmarse y expresar agresividad. Aunque su trabajo se lo exigía, no era capaz de representar adecuadamente a su compañía en conversaciones de negocios. Le resultaba particularmente difícil mostrarse en desacuerdo o censurar a otra persona en público; nada le aterrorizaba tanto como un debate público. «¿Qué es lo que peor podría pasarle en esa situación?», le pregunté. Bruce me respondió sin titubear: «Que me desenmascaren.» Temía que su adversario descubriera todos los vergonzosos episodios sexuales de su vida. Se identificaba con la pesadilla que tuvo Leopold Bloom en el *Ulises,* de James Joyce, el cual, al verse sometido a juicio por sus secretos deseos, siente una gran humillación cuando pasa revista a sus pequeños yerros. Como yo me preguntara si

tenía más temor de que quedaran al descubierto sus aventuras sexuales pasadas o las presentes, Bruce me aclaró que «las presentes. Las pasadas las puedo manipular. Podría decirme a mí mismo: "Eso ya pasó; así eras tú anteriormente. Ahora has cambiado. Eres una persona diferente"».

Poco a poco, Bruce comenzó a escuchar a su conciencia, que le decía: «Mi conducta actual, lo que estoy haciendo *ahora mismo,* es la fuente de mi miedo a expresar agresividad y también la de mi desprecio por mí mismo y de mi culpa.» Con el tiempo, comprendió que *él mismo era íntegra y directamente la fuente de su odio hacia sí mismo.* Si quería sentirse mejor consigo mismo y llegar a amarse, tenía que dejar de hacer las cosas de las cuales se avergonzaba.

Pero después ocurrió algo aún más importante. Una vez que empezó a tomar posiciones (que describí en el capítulo V) y a decidir por primera vez que era preferible renunciar a una conquista sexual, comenzó a mejorar a pasos agigantados. En los meses que siguieron, se efectuaron en él grandes cambios (incluyendo el período, perfectamente previsible, de impotencia) y, poco a poco, su compulsividad dio paso a una mayor selectividad. A medida que cambiaba su conducta, la imagen de sí mismo cambió también de una manera dramática, aumentando considerablemente la confianza en sí mismo y el amor que debía sentir por él mismo. Por lo demás, hacia el final de su psicoterapia, Bruce descubrió dos fuentes de culpabilidad. Una de ellas se derivaba de la manera como había degradado sus relaciones con otras personas (sobre ello me extenderé más en el capítulo VIII); la otra se basaba en el crimen contra sí mismo. Durante casi toda su vida, su atención había estado centrada exclusivamente en una tendencia animalizada hacia el sexo, los senos, los genitales, la cópula, la seducción y las distintas variantes morbosas del acto sexual. Hasta que no se efectuó su cambio en la psicoterapia, nunca había dado rienda suelta a sus pensamientos, nunca había leído (como no fuera para impresionar a las mujeres), nunca había escuchado música (a no ser como preludio para su actividad sexual) y rara vez había tenido un verdadero encuentro con otra persona. Con una locuacidad que le caracterizaba, confesó «que había vivido como un animal, constantemente impulsado por los tirones que recibía a través de un tubo de carne que le colgaba entre las piernas». Otro día dijo: «Supongamos que tuviéramos los medios para estudiar de cerca la vida de una especie de insectos. Imaginemos que descubrimos que los insectos machos están deslumbrados por dos protuberancias del tórax

de las hembras, y que lo único que desean es palparlas. ¿Qué pensaríamos? ¡Qué manera tan extraña de pasar el tiempo! Debe haber otras cosas que hacer en la vida además de tocar protuberancias. Sin embargo, yo era como esos insectos.» No resulta extraño que Bruce se sintiera culpable. Como bien sabía Tillich, su culpa emanaba de la negación y restricción de su propia vida, de la inmolación de sí mismo y de su negativa a transformarse en aquello para lo cual estaban destinadas sus potencialidades inexplotadas.

Nadie ha descrito la culpa existencial de una manera tan ingeniosa e impresionante como Franz Kafka. La negativa a reconocer y confrontar la culpa existencial es un tema recurrente en toda su obra. En *El proceso,* empieza diciendo: «Alguien debe haber ejercido una influencia maligna en la vida de José K., porque, sin haber hecho nada malo, lo arrestaron una hermosa mañana.» A José K. se le pide que confiese, pero él se declara «completamente libre de toda culpa». Toda la novela es un recuento de los esfuerzos de José K. por liberarse del tribunal. Busca ayuda de todas las fuentes imaginables; pero no le sirve de nada, porque no se está enfrentando a un tribunal ordinario. El lector se va dando cuenta poco a poco de que José K. se enfrenta a un tribunal interno, que reside en su propia intimidad[128]. Julius Heuscher repara en el poder sobre los miembros del tribunal de los instintos más primarios: por ejemplo, sus escritorios están llenos de libros pornográficos y se hallan alojados en un local gris y deslucido de los suburbios[129].

Cuando José K. entra en una catedral, un sacerdote intenta ayudarle diciéndole que debe mirar en su interior para hallar la culpa. José K. responde en un principio que se trata de un error, pero después piensa: «Y llegados a este punto, ¿cómo se puede decir que un hombre es culpable? Todos somos simplemente hombres, tanto los unos como los otros.» El sacerdote insiste: «Pero es así como hablan todos los hombres culpables»; y, una vez más, le aconseja que mire en su interior, en lugar de tratar de disolver sus culpas en una culpa colectiva. Cuando José K. expresa que va a ir en busca de más ayuda, el sacerdote le recrimina: «Cuentas demasiado con la ayuda exterior.» Finalmente, le grita desde el púlpito: «¿Es que no ves nada delante de tus ojos?»

José K. espera obtener del sacerdote un método para replicar al tribunal, «un medio de vivir al margen de la jurisdicción del tribunal», es decir, un medio de vivir fuera de la jurisdicción de su propia conciencia. Se cuestiona, en efecto, si existe una manera de enfrentar-

se a la culpa existencial. El sacerdote le dice que la esperanza de escapar es una «ilusión», y le narra una parábola contenida en los escritos que sirven de prefacio a la ley», en la cual se describe «esa ilusión particular». Esta parábola es el manido relato del hombre y el portero. Un hombre pide ser admitido ante la ley. Un portero situado ante una de las innumerables puertas, le comunica que en ese momento no puede entrar. Cuando el hombre intenta franquear la entrada, el portero le advierte: «Intente entrar sin mi permiso; pero tenga en cuenta que yo soy poderoso. De una sala a otra, hay porteros delante de cada puerta, cada uno más poderoso que los demás, y el tercero es con mucho superior a mí.»

El hombre decide que es preferible esperar hasta conseguir el permiso para entrar, y así lo hace durante días, semanas y años. Espera junto a la puerta durante toda su vida. Envejece; su vista se vuelve cada vez más borrosa. Cuando ya está a punto de morir, le plantea una última pregunta al portero, una cuestión que nunca le había formulado: «Todo el mundo trata de alcanzar la ley. Entonces, ¿cómo es posible que durante todos estos años nadie más que yo haya tratado de entrar?» El portero le susurra en el oído (porque también se ha ido quedando sordo): «Nadie más que usted podía ser admitido a atravesar esta puerta, porque fue hecha sólo para usted. Ahora voy a cerrarla.»

José K. no entiende la parábola: hasta el momento en que muere «como un perro», continúa buscando ayuda de factores externos[130]. El propio Kafka, tal como lo narra en su diario, tuvo dificultades para comprender su significado[131]. Más adelante, como señala Buber[132], describió su significación en sus cuadernos de notas: «La confesión de la culpa, la confesión incondicional de la culpa, era lo único capaz de hacer que se abriera la puerta. Aparece en el interior de la casa del mundo, cuyo reflejo turbio queda detrás de los muros.» El personaje de Kafka era culpable: culpable no sólo de vivir una vida incompleta, de esperar que otra persona le diera permiso, de no asumir su propia vida, de no traspasar la puerta que le estaba destinada sólo a él, sino también de no aceptar su culpa, de no emplearla como guía para penetrar en su interior, de no confesar «incondicionalmente» un acto, lo que hubiera hecho que la puerta «se abriera de par en par».

Poco es lo que se nos comunica acerca de la vida anterior de José K., de cómo vivía antes de sentirse culpable; por tanto, no podemos trazar con precisión las razones de su culpa existencial. Sin embargo, Heuscher, al hablar de una experiencia suya, nos proporciona un caso

muy similar al de José K. Se trata de un paciente llamado T., cuyos crímenes contra sí mismo son evidentes:

El Sr. T. vino a mi consulta porque ya no podía ingerir alimentos. Durante varias semanas, se había limitado a tomar pequeñas cantidades de líquido y, en consecuencia, había perdido más de veinte kilos de peso. Antes de enfermar, se pasaba el día o en la fábrica, desempeñando unas funciones interesantes, pero demasiado encasilladas, o bien en el hogar, donde una esposa inteligente pero bastante neurótica, deprimida y alcohólica, le entorpecía toda actividad social. Hacía años que no mantenían, por mutuo acuerdo, relaciones sexuales, y las actividades en el hogar se reducían a leer, ver la televisión, conversar sobre temas impersonales con su esposa, cuando ésta estaba serena, y algunas visitas esporádicas a parientes lejanos. Aunque era una persona que agradaba a los demás y un excelente conversador, no tenía amigos íntimos, ni jamás se aventuró a entablar alguna relación social en la que su esposa no participara. Preso en este mundo rígido y restringido, contrarrestaba inteligentemente todas las sugerencias del terapeuta para que desarrollara determinadas cualidades potenciales y para que decidiera entre diferentes opciones[133].

Aunque la sintomatología del Sr. T. mejoró, dos años de terapia no lograron alterar su estilo general de vida. Al igual que José K., el Sr. T. no se escuchaba a sí mismo y, en la terapia, procuraba evitar todo examen profundo de su propia vida. Sin embargo, insistía en continuar la psicoterapia, lo que era interpretado por el terapeuta como un indicio de que en su interior percibía la posibilidad de llegar a vivir una vida más rica.

Un día, relató un sueño, que le sorprendió por su extremada claridad. Aunque nunca había leído a Kafka, tenía una extraña similitud con *El proceso,* que, como muchas otras obras del autor, tuvo su origen en un sueño. Es demasiado largo para reproducirlo en su totalidad, pero comienza así:

Me arrestó la policía y me condujo a la comisaría. No me decían por qué me habían arrestado, pero murmuraban algo acerca de que yo debía declararme culpable por «mala conducta». Cuando me negué, me amenazaron con acusarme de felonía. Pero yo insistí: «¡Acúsenme de lo que quieran!» Como resultado, fui condenado, siendo confinado en una granja que, según uno de los policías, era el lugar adecuado para los «felones no violentos». En un primer momento, sentí pánico cuando me pidieron que me declarase culpable; después, experimenté enfado y confusión. Nunca llegué a saber de qué me acusaban, pero el oficial que me arrestó me había dicho que era estúpido que

me negara a declararme culpable, ya que la pena por mala conducta sería de sólo seis meses, mientras que la condena por felonía era, por lo menos, de cinco años. ¡Me sentenciaron de cinco a treinta años![134]

Tanto el Sr. T. como José K. han recibido una llamada de la culpa existencial, pero ambos desatienden la advertencia, interpretando la culpa en su sentido más tradicional. Ambos proclaman su inocencia. Después de todo, ninguno de los dos ha cometido un crimen. «Debe haber algún error», razonan, y se dedican a convencer a las autoridades de que ha habido una denegación de justicia. Pero la culpa existencial no es el resultado de algún acto criminal que el individuo haya cometido. ¡Todo lo contrario! La culpa existencial (cualquiera que sea el nombre que utilicemos para ella: «autocondenación», «arrepentimiento», «remordimiento», etc.) emana de la *omisión*. José K. y el Sr. T. son culpables de lo que *no* han hecho con sus vidas.

Las experiencias de José K. y del Sr. T. encierran puntos muy interesantes para el psicoterapeuta. «La culpa» es un estado subjetivo disfórico, que el individuo experimenta como «una maldad angustiosa». Pero existen muchas interpretaciones diferentes de la culpa subjetiva. El terapeuta debe ayudar al paciente a distinguir entre la culpa real, la culpa neurótica y la culpa existencial. Esta última es algo más que un estado afectivo de disforia, se trata de un síntoma que es necesario eliminar mediante una per-elaboración. El terapeuta debe considerarla como una llamada de atención desde el interior que puede funcionar como guía para la realización personal. Una persona que experimenta culpa existencial, como José K. o como el Sr. T., es la que ha transgredido su propio destino. La víctima es el propio yo potencial. La redención se alcanza sumergiéndose en la «verdadera» vocación del ser humano, que, según Kierkegaard, es «el deseo de ser uno mismo»[135].

CAPÍTULO VII

VOLUNTAD

Responsabilidad, voluntad y acción

Cierto proverbio japonés sentencia: «Saber y no actuar es no saber absolutamente nada.» La conciencia de la responsabilidad no es, en sí misma, sinónimo del cambio; es únicamente el primer paso en el proceso del cambio. Es esto precisamente lo que quería decir en el último capítulo, cuando expresé que el paciente que adquiere conciencia de su responsabilidad penetra en el vestíbulo del cambio. El presente capítulo estudiará el resto del camino: el paso de la conciencia a la acción.

Para cambiar, primero hay que asumir la responsabilidad: uno tiene que comprometerse a una determinada acción. La misma palabra «responsabilidad» denota esa capacidad: es «respuesta»+ «habilidad», es decir, la habilidad para responder. El cambio es la finalidad de la psicoterapia, y el cambio terapéutico tiene que traducirse en una acción, no en un conocimiento, ni en un ensayo, ni en un sueño.

Esto parece evidente; sin embargo, el campo de la psicoterapia se ha oscurecido casi siempre ante este hecho obvio. Los primeros analistas estaban tan convencidos de que el conocimiento de uno mismo era equivalente al cambio, que pensaban que dicho conocimiento era la meta de la terapia. Si el cambio no se producía, pensaban que se debía a que el paciente no había adquirido suficiente conocimiento interno. En un famoso artículo que publicó en una de las principales revistas psiquiátricas, en 1950, Allen Wheelis,se consideraba necesario recordar a los psicoterapeutas que: «La terapia sólo produce cambios en la personalidad, en la medida en que

lleva al paciente a adoptar un nuevo estilo de conducta. Un cambio verdadero que no vaya acompañado de acción, es una imposibilidad práctica y teórica»[1].

¿Qué es la acción desde el punto de vista psicoterapéutico? ¿Es acción el pensamiento? Después de todo, se puede demostrar que el pensamiento consume energía. Wheelis argumentó que el hecho de ampliar el concepto de acción para incluir en él al pensamiento, sería como robarle su significado. *Por sí mismo,* el pensamiento no tiene consecuencias externas, aunque puede ser un preludio indispensable para la acción. Por ejemplo, uno puede planificar, ensayar o reunir los elementos para la acción. Ésta amplía el propio yo más allá de sus límites, y significa un intercambio entre el yo, el medio ambiente físico y el mundo interpersonal. No requiere un movimiento evidente, ni siquiera observable; un gesto leve o una mirada dirigida a otro puede constituir una acción de suma importancia. La acción presenta dos caras: su anverso, es decir, la *falta* de acción —como, por ejemplo, *no* actuar del modo habitual, *no* comer demasiado, *no* aprovecharse de los demás o *no* ser deshonesto— puede llegar a constituir una acción de la máxima importancia.

El terapeuta tiene que promover la acción. Puede aparentar que persigue otras metas, como aumentar el conocimiento interno del paciente, su autorrealización y su bienestar, pero, en última instancia, el cambio (es decir, la acción) constituye su arma más secreta. Desgraciadamente, al terapeuta nunca se le enseña a manejar los mecanismos del cambio y de la acción; sólo aprende a redactar la historia clínica, a interpretar los datos y a establecer una relación, con la íntima esperanza de que la ejecución de esta serie de actividades ayude a generar el cambio.

Pero, ¿y si su fe resulta infundada? Entonces, en medio de una gran confusión, cala un poco más en el conocimiento profundo del paciente, presionando para que éste se analice más a fondo. De este modo, el análisis y la terapia se prolongan a lo largo de tres, cuatro o cinco años. En realidad, muchos cursos de psicoanálisis duran siete u ocho años, y el hecho de tener que someterse a una segunda experiencia es ya tan frecuente, que no constituye ningún signo de anomalía. El terapeuta pierde toda noción de cómo ha de provocarse el cambio, pero espera que, a través de un proceso de mutuo cansancio —para utilizar la feliz expresión de Wheelis[2]—, la estructura neurótica del paciente se derrumbe.

Pero, ¿y si tampoco se produce entonces el cambio? Perdida la

paciencia, decide atacar directamente la volición del paciente y su capacidad de acción, en lugar de contentarse con exhortaciones indirectas, que es lo que aprendió a hacer en la universidad. En palabras de Wheelis:

> ... El terapeuta empieza a desear que el paciente experimente un mayor «empuje», más «determinación», una mejor disposición para «sacar partido del tratamiento». Suele expresar estos deseos haciendo comentarios de este tipo al paciente: «Uno tiene que ayudarse a sí mismo»; «todo lo que vale la pena, cuesta siempre un poco de esfuerzo»; «tiene que intentarlo». Casi nunca se incluyen estas intervenciones en los informes de los casos, porque se da por sentado que no poseen ni la dignidad ni la efectividad de la interpretación. El analista suele sentirse incómodo al tener que hacer estas llamadas a la volición, como si estuviera haciendo algo en lo que no cree o como si esto hubiera sido innecesario si hubiera sido más eficiente en el análisis[3].

«Tiene que intentarlo.» «Uno tiene que ayudarse a sí mismo.» Wheelis señala que estas intervenciones no aparecen casi nunca en la historia de los casos. Es cierto; constituyen elementos «al margen de todos los registros». Sin embargo, son muy comunes; cada terapeuta emplea diferentes métodos para hacer llegar al paciente este tipo de mensajes. Cuando el terapeuta dice, *sotto voce:* «Tiene que hacer un mayor esfuerzo», o «tiene que intentarlo», ¿a quién se está dirigiendo? El problema más común se basa en que *en el modelo analítico de la mente (o en el conductista) no existe una entidad psíquica a la cual se pueda hacer este tipo de exhortación.* El modelo freudiano de la mente, que describí en el capítulo II, estaba fundado en los principios helmholtcianos, es decir, se trataba de un modelo determinista y antivitalista, según el cual los seres humanos se hallan empujados y controlados por fuerzas «fisicoquímicas», que pueden reducirse a la fuerza de atracción y repulsión[4]. Freud era implacable con respecto a este punto. «El hombre», afirmó, «es una vivencia del inconsciente... La creencia profundamente arraigada de la libertad psíquica y de la elección es completamente contraria a la ciencia, y debe ceder ante el determinismo que gobierna la vida mental»[5]. El hombre de Freud, como ha señalado May, ya «no es quien conduce, sino quien se deja conducir»[6]. La conducta es un vector, una resultante de la interacción de las fuerzas internas. Pero si esto es cierto, si está ya determinada toda la actividad mental y física del ser humano, si ya no hay un conductor, ¿quién debe «esforzarse más», o mostrar «resolución» o «valor»?

El terapeuta que adopta una posición «científica» determinista en su trabajo clínico, se encuentra de inmediato con serios problemas: en el modelo del hombre subdividido en fracciones interrelacionadas, pero conflictivas, tales como el yo, el super yo y el ello, ¿dónde radica en última instancia la responsabilidad? Esta cuestión la expresaba claramente mi supervisor, a quien ya me referí al comenzar la parte segunda: «*La* meta de la psicoterapia es llevar al paciente hasta el punto en el que pueda hacer una libre elección.» Pero, ¿dónde está situado el «agente selectivo» dentro de un modelo determinista? No tiene nada de extraño que, en nuestras cincuenta sesiones de psicoterapia, no hayamos vuelto a hablar más de la «meta de la psicoterapia».

Freud nunca pudo reconcilar la contradicción existente entre su modelo determinista y sus esfuerzos terapéuticos. En su obra *El yo y el ello,* escrita cuando contaba sesenta y siete años, señaló que la tarea del terapeuta es «proporcionar al paciente la suficiente libertad del yo para que elija entre distintas alternativas»[7]. Esta declaración, tantas veces repetida, es una prueba suprema de la inaceptabilidad de su modelo determinista del hombre. Aunque el pensamiento analítico tradicional afirma que la conducta humana está completamente determinada, aunque divide al psiquismo humano en fragmentos que entran en conflicto (el yo, el super yo y el ello; o el preconsciente, el inconsciente y el consciente), todavía debemos pensar en algún núcleo que no esté determinado. Los analistas de épocas más recientes, quienes han formulado el concepto del «yo autónomo», continúan planteándose la misma pregunta. Es como si un homúnculo dotado de libre elección estuviera colocado dentro de una de las partes. Pero, obviamente, esto carece de sentido, porque, como ha replicado May, «¿cómo puede ser libre una de las partes, sin que sea libre el todo?»[8]

Algunos terapeutas han intentado solucionar este dilema afirmando que, aunque los humanos experimentan un sentido subjetivo de libertad y elección (sentido que el terapeuta procura incrementar), en todo caso ese estado es una ilusión, tan determinada como cualquiera de los otros estados subjetivos. Éste es precisamente el argumento expuesto por racionalistas como Hobbes y Spinoza. Hobbes se refirió al sentido de libertad del hombre como un fantasma de la conciencia. «Si un trompo de madera lanzado por un niño... fuera sensible a su propio movimiento, (el trompo) pensaría que actuaba por su propia voluntad»[9]. Por su parte, Spinoza escribió que una piedra sensible

que tuviera conciencia de sí misma, que empezara a moverse como consecuencia de alguna fuerza externa (desconocida), «pensaría que era completamente libre y que continuaba en movimiento por una decisión de su propia voluntad»[10]. No obstante, los psicoterapeutas que defienden que la libertad es un estado subjetivo e ilusorio, se encierran en sí mismos: al afirmar que la psicoterapia ha tenido éxito cuando logran producir en el paciente un mayor *sentimiento* de elección, lo que en realidad están proclamando es que el propósito de la terapia es crear (o restaurar) una ilusión. Esta visión del proceso terapéutico, tal como May señala, es absolutamente incompatible con una de las metas cardinales de la psicoterapia: la búsqueda de la verdad y del conocimiento de sí mismo[11].

El modelo analítico del psiquismo omite algo vital, un elemento fundamental que desempeña un papel principal en el curso de todo proceso terapéutico. Antes de ponerle nombre, me gustaría revisar sus características y funciones. Es el agente mental que transforma la conciencia y el conocimiento en acción; el puente entre el deseo y el acto. Es el estado mental que precede a la acción (Aristóteles)[12]; el «órgano del futuro», igual que la memoria es el órgano mental del pasado (Arendt)[13]. Es el poder de comenzar *espontáneamente* una serie de cosas sucesivas (Kant)[14]. Es el asiento de la volición, el «agente responsable» que llevamos dentro (Farber)[15]. Es el «factor decisivo para introducir equilibrio en el proceso de cambio..., un acto que tiene lugar entre el conocimiento profundo y la acción, y que se vive como un esfuerzo o una determinación (Wheelis)[16]. Es el acto de asumir responsabilidad, opuesto a la conciencia de la responsabilidad. Es la parte de la estructura psíquica que tiene la «capacidad de efectuar y poner en práctica las elecciones» (Arieti)[17]. Es una fuerza, en fin, compuesta de poder y de deseo, el «gatillo del esfuerzo»[18] y la «fuente de donde brota la acción»[19].

A este elemento le podemos asignar la denominación de «voluntad», y a su función la llamaremos «voluntariedad». Para ser franco, diré que hubiera preferido una palabra más simple, menos controvertida y menos incrustada en dos mil años de polémica teológica y filosófica. La «voluntad» tiene la desventaja de las definiciones múltiples y, a menudo, conflictivas. Por ejemplo, Schopenhauer, en su obra capital *El mundo como voluntad y como representación,* considera a la voluntad como una fuerza vital, una «fuerza no racional, un poder ciego que impulsa al ser humano, cuyas operaciones no tienen propósito ni designios»[20]. Nietzsche, por su parte, en su

Voluntad de poder, establece una equivalencia entre la «voluntad», el poder y el mando: «La voluntad es el mando; el pensamiento de mando es inherente a la voluntad»[21].

Una de las principales fuentes de controversia radica en el hecho de que la voluntad va inextricablemente unida a la libertad, puesto que no tiene ningún sentido hablar de una voluntad que no sea libre, a menos que hagamos lo que Spinoza o Hobbes: cambiar el significado de la voluntad, de tal manera que se convierta en un estado subjetivo e ilusorio, en lugar de considerarla el asiento real de la volición. A lo largo de toda la historia, la voluntad libre siempre se las ha arreglado para ofender a la opinión prevaleciente en cada época. Aunque la controversia sobre la voluntad libre no ha cesado de manifestarse, los contrarios a la misma han ido cambiando a lo largo de los siglos. Los filósofos griegos no tenían ningún término para designarla. El concepto propiamente dicho era incompatible con la creencia generalizada entonces de la eterna recurrencia. Aristóteles sostenía que «el hecho de nacer implica la existencia previa de algo que es potencial, pero no real»[22]. Los fatalistas estoicos, que creían que todo aquello que es o que será, es porque «iba a ser», rechazaron la idea de un agente de libre voluntad en el hombre. La teología cristiana no pudo reconciliar la creencia en la divina providencia y en un dios omnisciente y omnipotente, con el concepto de la voluntad libre. Más adelante, el libre albedrío chocó contra el positivismo científico, con las teorías de Isaac Newton y de Pierre Laplace de que el universo era explicable y predecible. Todavía después, la idea hegeliana de la historia como progreso necesario del espíritu del mundo chocó contra la de la voluntad libre, que, por su naturaleza misma, rechaza la obligatoriedad y sostiene que todo aquello que se *hace* o que se *hizo,* pudo igualmente *no haberse hecho.* En último término, la libertad volitiva se opone a los sistemas deterministas, ya estén basados en principios económicos, conductistas o psicoanalíticos.

El término «voluntad» presenta un problema al psicoterapeuta. Hace tanto tiempo que se eliminó del léxico de la psicoterapia, que, cuando se invoca hoy en día, el profesional tiene dificultad para reconocerla, como si se tratara de una antigua conocida que regresa del exilio. También puede ser que no quiera reconocerla. Hace muchos años que el concepto de «voluntad» se reemplazó por el de «motivación»; así, los terapeutas han aprendido a explicar las acciones del ser humano basándose en sus motivaciones. Por esta razón, la conducta paranoide se «explica» (es decir tiene como

«causa») por la motivación inconsciente de los impulsos homosexuales; el exhibicionismo genital se «explica» por una angustia de castración inconsciente. Sin embargo, al explicar la conducta partiendo de la base de la motivación, se absuelve a uno de la responsabilidad última por las propias acciones. La motivación puede influir, pero no puede reemplazar a la voluntad; independientemente de cuáles sean sus motivos, el individuo tiene la opción de comportarse o no comportarse de una determinada manera.

A pesar de todos estos problemas, la mejor palabra que podemos utilizar para nuestros fines es la de «voluntad». Las definiciones de voluntad que cité anteriormente («el gatillo del esfuerzo», «el agente responsable», «la fuente de donde brota la acción» y «el asiento de la volición») describen bastante bien su significación y funciones. Muchos han reparado en las múltiples connotaciones del concepto[23]. Expresa determinación y compromiso: «*Lo haré.*» El tiempo de futuro tiene una connotación de volición. La acertada frase de Hannah Arendt, «el órgano del futuro», resulta particularmente interesante para el terapeuta, pues el tiempo futuro es el adecuado para el cambio psicoterapéutico. La memoria («el órgano del pasado») se ocupa de los *objetos;* en cambio, la voluntad se ocupa de los *proyectos.* Espero demostrar que la psicoterapia efectiva debe centrarse tanto en las *relaciones proyectadas* de los pacientes, como en sus *relaciones objetales.*

El terapeuta y la voluntad

Si la voluntad es «el agente responsable» (particularmente pienso que ésta es una definición particularmente útil) y la terapia requiere movimiento y cambio, tenemos que llegar a la conclusión de que el terapeuta, independientemente de su marco de referencia, debe tratar de influir sobre la voluntad.

Regresando por un momento al capítulo anterior, referido a la responsabilidad, ¿qué sucede una vez que el terapeuta ha logrado ayudar al paciente a ser consciente de que el individuo es responsable de toda la desdicha que experimenta en su vida? El enfoque terapéutico más simple es el de la exhortación: «Usted es responsable de lo que le sucede en su vida. Su conducta, como bien sabe, es la que le sitúa en esa tesitura. Si no le conviene; si no es lo que usted quiere para sí mismo: ¡Cambie!»

Las esperanzas ingenuas de que un individuo va a cambiar como resultado de este enfoque, emanan directamente de la creencia filosófica y moral de que si se conoce el bien a fondo (es decir, lo que más conviene), uno actuará en consecuencia. («El hombre, en la medida en que actúa de una manera deliberada, obra de acuerdo con un bien imaginado», como dijo Tomás de Aquino.) Sólo raramente, este enfoque, a base de exhortaciones, puede dar resultado. Los individuos que experimentan un cambio como resultado de una terapia individual a corto plazo o de una experiencia de grupo (que generalmente se centran en la conciencia de la responsabilidad), suelen cambiar como resultado de esta petición formulada a su voluntad consciente.

Sin embargo, como demostraré, la «fuerza de voluntad» constituye sólo la primera capa, bastante frágil por cierto, de la «voluntad». Pocos son los cambios que se efectúan como resultado del «esfuerzo deliberado, lento y pesado, de la voluntad», como lo expresó William James[24]. La psicopatología bien estructurada no recurre a las exhortaciones: se requiere un arma mucho más poderosa. Algunos terapeutas hacen hincapié en la responsabilidad *exclusiva* del individuo; ayuda al paciente a darse cuenta no sólo de que es responsable de todo lo que le ocurre, sino también de que es el *único* responsable. El corolario de este conocimiento es que también es el único responsable de la trasmutación de su mundo. En otras palabras, nadie puede cambiar el mundo de otra persona. Cada cual tiene que cambiarlo (activamente), si se desea efectuar el cambio.

Esta llamada a la voluntad puede originar una cierta distorsión o un despertar en el paciente, pero, generalmente, resulta insuficiente para generar un movimiento permanente o sostenido, por lo cual el terapeuta se embarca en la parte más dura y difícil de la psicoterapia. Aunque las tácticas, estrategias, mecanismos y metas dependen de la escuela ideológica del terapeuta y de su estilo personal, yo sostengo que la terapia es efectiva en la medida en que influye sobre la voluntad del paciente. El terapeuta puede concentrarse específicamente en la interpretación, en el conocimiento interno del individuo, en la confrontación interpersonal, en el desarrollo de una relación de confianza y de mutua preocupación o en el análisis de los rasgos inadecuados de conducta, pero cada una de estas metas puede considerarse como una aventura que repercute sobre la voluntad. (Yo empleo deliberadamente el término «influir», en lugar de «crear» o «generar». El terapeuta no puede crear la voluntad ni infundírsela a

un paciente. Lo que sí puede hacer es liberarla, eliminar los obstáculos de la voluntad del paciente.)

Pero todo esto continúa siendo vago. En mi experiencia diaria, pienso a menudo en la voluntad, en ese agente responsable que actúa dentro del paciente como una turbina colocada en el interior de numerosas cubiertas metálicas. Sé que la parte vital está alojada en la parte más profunda de la máquina. Doy vueltas a su alrededor; trato de llegar hasta ella mediante exhortaciones, penetrando poco a poco, golpeando o conjurando y llevando a cabo todos los ritos que se me antojan oportunos. La aplicación de estos ritos requiere una gran dosis de paciencia y fe, más de la que pueden aportar la mayor parte de los terapeutas contemporáneos librepensadores. Lo que se requiere es un enfoque más expeditivo y racional de la voluntad. En el resto de este capítulo, intentaré desmontar la turbina y examinar sistemáticamente la voluntad desnuda, separando las mutaciones que sufre en el transcurso de la psicoterapia de los ritos y detalles.

Debido a que la voluntad ha estado proscrita durante tanto tiempo de la literatura psicológica y psicoterapéutica, empezaré por delinear los contornos de una psicología de la voluntad. Examinaré las observaciones clínicas más relevantes sobre la voluntad, hechas por tres notables teóricos de la psicoterapia: Otto Rank, Leslie Farber y Rollo May. Después, tomando sus conocimientos como guía, plantearé las estrategias clínicas y las tácticas adecuadas para una psicoterapia destinada a influir sobre la voluntad.

Hacia una comprensión clínica de la voluntad: Rank, Farber y May

Otto Rank: terapia de la voluntad

En el planteamiento de la voluntad, como parte de la labor clínica, es necesario incluir las contribuciones de Otto Rank, pues fue él quien introdujo el concepto en la psicoterapia moderna. Rank se unió a Freud en 1905, a partir de entonces se convirtió en uno de sus primeros discípulos y en uno de sus más estrechos colaboradores hasta 1929, cuando sus diferencias ideológicas crearon un abismo infranqueable entre ambos. Analista dotado de amplios y profundos intereses y conocimientos humanísticos, la intensidad intelectual de Rank, combinada con unos ojos fieros y penetrantes, impresionaba

tanto a los estudiantes como a los pacientes. Su posición como editor de la más importante revista psicoanalítica y como fundador y director del renombrado Instituto psicoanalítico de Viena, le convirtió en una figura particularmente influyente durante la primera etapa del psicoanálisis. Pero, en los Estados Unidos, el destino y las desafortunadas traducciones de sus obras principales sobre psicoterapia, que, en nuestros días (afortunadamente) están agotadas, no nos han permitido conocer su pensamiento en su justa medida. Su influencia intelectual ha sido muy fuerte en la Escuela de trabajo social de Pensilvania, después, y hasta la labor reciente de Ernest Becker[25], nadie más ha hablado en su favor. Becker le considera como el genio escondido siempre en espera de que le descubran. Lo cierto es que yo me quedé asombrado cuando leí sus obras *Terapia de la voluntad* y *Verdad y realidad*[26].

El sistema de Rank de la conducta y de la terapia se elaboró en torno al concepto de la voluntad; pero es tan extenso, que en un espacio tan reducido no podríamos ofrecer más que un breve resumen de sus experiencias clínicas más relevantes. Su alejamiento de Freud ocurrió a raíz de su desacuerdo con el determinismo psíquico de éste. A pesar de la creencia de Freud de que la conducta es un vector de fuerzas y contrafuerzas que se oponen entre sí, existe un homúnculo dotado de la capacidad de libre elección que se ha logrado colar en el interior del yo. Rank eligió como punto de partida a ese homúnculo dotado de funciones ejecutivas y le llamó «voluntad». Continuó empleando el concepto de las pulsiones instintivas, pero las puso bajo la jurisdicción de la voluntad: «Por voluntad, entiendo una organización positiva y orientadora que, al mismo tiempo, utiliza creativamente y controla las pulsiones instintivas»[27]. Le interesaban más los resultados terapéuticos que la elaboración de un modelo de la mente, y estaba convencido de que un determinismo psíquico estricto es incompatible con la psicoterapia efectiva. Un procedimiento terapéutico encaminado a descubrir las influencias que se ejercen sobre el paciente (tanto históricas como inconscientes), sólo podía traer como resultado, según Rank, que el paciente *evite* la responsabilidad y pierda cada vez más capacidad para la acción: «Es sorprendente descubrir cuánto sabe el paciente y hasta qué punto llega su conciencia, si no se le proporciona una cómoda excusa para que rechace la responsabilidad»[28]. Según él, la teoría de Freud elevó al inconsciente a una función disolvente de la responsabilidad, como solían hacerlo las deidades en sistemas anteriores:

El inconsciente, tal como lo demuestra el sentido original de la palabra, es un concepto puramente negativo que designa algo que momentáneamente no es consciente, aunque la teoría freudiana lo considere el factor más poderoso de la vida psíquica. No obstante, la base de esta idea no es la experiencia psicológica, sino una necesidad moral, esto es, la de encontrar un sustituto aceptable para el concepto de Dios que libere al individuo de su responsabilidad[29].

El desarrollo de la voluntad: Rank creía que, en el desarrollo del individuo, la voluntad surge en relación con los impulsos instintivos. La configuración de la voluntad depende de la manera como los padres manejen la educación de los impulsos del niño. En un primer momento, responde a las restricciones paternales mediante una contrafuerza: la *Anlage* de la voluntad o, en palabras de Rank, la «voluntad negativa»[30]. Gradualmente, el niño empieza a ejercer un control personal sobre sus impulsos y decide, por ejemplo, controlar sus impulsos agresivos sobre la base del amor a sus padres. Así, la función de la voluntad se halla al principio inextricablemente unida al impulso: ya sea controlándolo o resistiéndose ante los esfuerzos que debe desplegar para conseguirlo. La vida emocional del niño, según Rank, se desarrolla también en relación con los impulsos. Las emociones son diferentes de los impulsos: éstos los procuramos descargar, pero las emociones intentamos prolongarlas y canalizarlas. (En este punto, Rank se refería a las emociones placenteras, pero no a las disfóricas.) Por consiguiente, «la vida emocional corresponde, por así decirlo, a una vida instintiva completamente inhibida o canalizada»[31].

De este modo, Rank postuló que la vida emocional es una imagen en el espejo de la vida impulsiva, en tanto que la voluntad es una entidad separada, con iguales poderes que el sistema impulsivo. «La voluntad es un impulso puesto positiva y activamente al servicio del yo, y no un impulso bloqueado como es la emoción»[32]. Más adelante, refirió a la voluntad como un «impulso del yo»[33]. Rank luchaba por alejarse de Freud, pero, en realidad, no pudo escapar de la teoría freudiana de los impulsos. Al continuar empleando la «compartimentación» psíquica, se creó dificultades cada vez mayores: así, describió la voluntad, que es un agente de elección libre, diciendo que era un «impulso del yo», expresión que originó una gran confusión.

Rank consideraba la relación entre padres e hijos junto con todo el proceso asimilativo y la relación terapéutica como una lucha de voluntades, por lo que recomendaba a aquéllos que manejaran esta

situación con extremo cuidado. No es necesario aplastar a la voluntad negativa, por el contrario, hay que aceptarla de manera que se transforme en una voluntad positiva o «creativa».

Al mismo tiempo, subordinó otros hechos importantes de los primeros años de la vida a la lucha básica por la voluntad. «El complejo de Edipo no tiene otro significado que el de un gran conflicto volitivo entre el individuo que se desarrolla y una fuerza contraria a la voluntad, representada por los padres y consistente en mil años de códigos morales.» Continuó diciendo irónicamente: «El niño tiene que someterse, no para permitir que su padre viva y no tener así que casarse con su madre, sino para que no crea que puede hacer todo lo que desea ni confiar en su propia capacidad volitiva»[34].

Señaló tres etapas en el desarrollo de la voluntad: *a*) la contravoluntad u oposición a la voluntad de otro; *b*) la voluntad positiva, que consiste en desear lo que uno debe, y *c*) la voluntad creativa, que es desear lo que uno desea. La meta de la educación infantil y de la terapia es transformar las primeras dos etapas en voluntad creativa. Según Rank, el error principal en la educación de un niño es aplastar su impulso vital y sus primeros signos de voluntad (ya sea una voluntad «contraria» o «negativa»). Si los padres le enseñan que la expresión libre de cualquier impulso es indeseable y que toda la voluntad contraria es mala, el niño sufre dos consecuencias: la supresión de toda su vida emocional y la atrofia de voluntad con propensión a la culpa. Así, el niño se convierte en un adulto que suprime sus emociones y considera que cualquier acto volitivo es malo y está prohibido. Estas consecuencias son de la máxima importancia para el terapeuta, pues a menudo tiene que tratar a pacientes incapaces de sentir y desear, debido a sus sentimientos de culpa.

El sistema nosológico de Rank estaba basado en las extravagancias y caprichos que suelen producirse en el desarrollo de la voluntad. Describió tres tipos básicos de carácter: creativo, neurótico y antisocial. El primero tiene acceso a las emociones y deseos de la persona. El carácter neurótico se define por una voluntad coloreada de culpa y una vida emocional inhibida. El antisocial tiene suprimida la voluntad y está dominado por el impulso.

La voluntad y la psicoterapia. Rank estaba convencido de que tanto Freud como Alfred Adler habían aniquilado a la voluntad. Freud la interpretaba como un anhelo sexual sublimado y Adler como una tendencia compensatoria del sentido que tiene el niño de su

propia pequeñez e inferioridad. Ambos la «descartaron» por considerarla como una función derivativa. En contraste, Rank la colocó en una posición «a priori», y subrayó su papel central tanto en el desarrollo del niño como en la terapia (que, según él, siempre se ha llevado a cabo estando ella siempre como telón de fondo).

Explicaba la interacción entre el terapeuta y el paciente como una experiencia similar a la relación padre-hijo. En la terapia, «hay dos voluntades que chocan; como consecuencia, una de ellas derrota a la otra o ambas continúan luchando por la supremacía»[35]. La meta de la terapia para el neurótico es aprender a ejercer su voluntad y, especialmente, a ejercerla sin culpa[36]. Rank observó que la voluntad entra a formar parte de la situación terapéutica desde las primeras sesiones. Éstas constituyen «únicamente la iniciación de un gran duelo de voluntades, en el cual la primera victoria fácil sobre la voluntad aparentemente débil del paciente se paga amargamente en muchos casos»[37]. El paciente se entrega a un conflicto de voluntades con el terapeuta, deseando al mismo tiempo resistir y someterse. Según Rank, Freud cometió un grave error al pasar por alto este conflicto volitivo: «La batalla por la supremacía (entre el analista y el paciente) es tan clara, que el hecho de que no la viera sólo puede explicarse si se piensa en una decisión deliberada»[38]. En lugar de fortalecer la voluntad, Rank opinaba que la técnica freudiana la socava de dos maneras diferentes: a través de sus procedimientos básicos y a través de su manipulación de la «resistencia».

Consideraba que el procedimiento psicoanalítico básico —un procedimiento que requiere un estado de «falta de voluntad o abulia», tanto en el paciente como en el terapeuta— contribuye a debilitar la voluntad. «La regla analítica básica de la asociación libre acaba eliminando totalmente el pequeño resto de voluntad que le queda al individuo, quien se entrega a la guía del inconsciente...»[39] (Este comentario es un antecedente de las críticas que habría de sufrir el psicoanálisis varias décadas más tarde. Por ejemplo, Sylvan Tomkins lo definió como un «entrenamiento sistemático en indecisión»[40]. Allen Wheelis señaló que «los inteligentes de nuestro tiempo apoyan la espalda en el diván, pero, al hacerlo, algunos olvidan arrimar el hombro a la rueda»[41].)

En el curso de la terapia, el paciente se opone a lo que percibe como la voluntad del terapeuta. Freud llamó «resistencia» a esta oposición, la consideró un obstáculo y sugirió varias técnicas (paciencia, guía, interpretación) para superarla. Para Rank, en cambio, este concepto

de la resistencia caía en un error grave. Según su teoría, la protesta del paciente es una manifestación válida e importante de la voluntad contraria y, en cuanto tal, no se la debería eliminar, sino que, por el contrario, debe ser apoyada para transformarla en voluntad creativa. «La tarea del terapeuta es funcionar de tal manera que la voluntad del paciente no se fragmente, sino que se fortalezca»[42]. Si le fuerza a hacer lo que es «bueno», el paciente se resistirá y la terapia será un fracaso. (En esta afirmación radica el germen de las tácticas actuales de la «paradoja» en psicoterapia.) Por tanto, Rank respalda sistemáticamente todas las manifestaciones de la voluntad: si el paciente se resistía o sugería dar por terminada la terapia, Rank tenía mucho cuidado en señalar que él consideraba esta posición como un progreso. Solía decir: «El neurótico no puede desear sin culpa. Pero esta situación no puede cambiarla él mismo si no es con la ayuda de un terapeuta que acepte su voluntad, que la justifique, que se someta a ella y que la haga valer»[43].

Una etapa en la que suelen chocar las voluntades del paciente y del terapeuta es al final de la terapia. Algunos pacientes quieren conducirla de una manera precipitada; otros, por el contrario, rehúsan hacerlo, aferrándose, si fuera necesario, a sus síntomas. Según Rank, este choque de voluntades contiene un potencial terapéutico tan elevado que es lamentable que se presente siempre al final de la terapia o, incluso, fuera ya de ella.

¿No sería más sensato trasladar este conflicto de voluntades al centro de la arena terapéutica o, incluso, a su etapa inicial? Rank luchó por conseguir precisamente ésto, fijando desde el comienzo de la terapia un «límite de tiempo» preciso. De esta manera, la «fijación de una fecha de terminación» proyecta la fase final de la terapia a la fase inicial del tratamiento.

Estas estrategias terapéuticas que se relacionan con la voluntad representan tan sólo un aspecto del enfoque terapéutico de Rank. Más adelante expondré sus ideas acerca de la «experiencia», de la importancia que tienen los tiempos presente y futuro y de la naturaleza de la relación terapéutica.

Leslie Farber: dos reinos de la voluntad

En su esfuerzo por contrarrestar lo que percibía en Freud y en Adler como elementos que debilitaban la voluntad y la responsabilidad, Rank exageró el papel de la fuerza de voluntad y de la voluntariedad. Es evidente que los pacientes no cambian en la terapia como resultado de un acto de la voluntad consciente. De hecho, lo que deja siempre perplejo al terapeuta (y también al investigador) es que el cambio ocurre en un nivel subterráneo, fuera de su alcance y también del paciente.

¿Es un acto de la voluntad el cambio subterráneo y no volitivo? Es precisamente esta cuestión, esta conexión entre los actos voluntarios y el cambio basado en factores inconscientes, la que ha creado tantas dificultades a los psicólogos a la hora de definir la voluntad de forma sucinta y funcional. La contribución de Leslie Farber a la psicología de la voluntad ofrece un correctivo vital al énfasis exagerado en la voluntad consciente[44]. Según su teoría, los esfuerzos por definir la voluntad han fracasado porque existen dos reinos diferentes de la voluntad, cada uno de ellos tan distinto del otro que resulta muy difícil definirla de manera que estén incluidas todas sus partes.

El primer reino de la voluntad en Farber —que constituye su principal contribución— *no* se experimenta de una manera consciente durante un acto, sino que se infiere después del *acontecimiento*. Puede decirse que este reino es inconsciente. Como ilustración, cita a W.H. Auden:

> Cuando contemplo retrospectivamente las tres o cuatro elecciones que han sido decisivas en mi vida, me apercibo de que, en el momento en que las tomé, tenía muy poca idea de la gravedad de lo que estaba haciendo. Sólo mucho después descubrí que lo que había parecido un arroyo sin importancia, había sido, en realidad, un Rubicón[45].

Farber viene a decir que las elecciones importantes que uno hace en la vida (y en la terapia) no se experimentan de una manera consciente como tales. Este reino de la voluntad es como una corriente de vida subterránea que tiene una dirección, pero no unos objetivos o unas metas definidos. Proporcionan un impulso al individuo, pero escapan al escrutinio inmediato y directo.

El segundo reino de la voluntad es el componente consciente, que se experimenta durante el hecho. Sin ninguna dificultad, uno puede describir su presencia, forma y magnitud. Este segundo reino de la voluntad empuja hacia un objeto específico (a diferenciar del primero, que es un puro impulso) y tiene un carácter utilitario: «Hago esto para conseguir aquello.» Las metas que se incluyen en él se saben desde

un primer momento (por ejemplo, adelgazar, cambiar el estilo interpersonal o graduarse en la universidad).

Estos dos reinos de la voluntad deben enfocarse de manera diferente en la psicoterapia. El segundo (el consciente) es accesible a través de las exhortaciones a la fuerza de voluntad, al esfuerzo y a la determinación. El primero, en cambio, es impermeable a estos preceptos, y hay que acercarse a él de una manera oblicua. Así, a la hora de aplicar técnicas persuasivas del segundo reino a las actividades del primero, se presenta un problema grave. Farber ofrece algunos ejemplos:

> Puedo desear el saber, pero no la sabiduría; acostarme, pero no dormir; comer, pero no sentir hambre; la mansedumbre, pero no la humildad; la escrupulosidad, pero no la virtud; la autoafirmación, pero no el valor; la lujuria, pero no el amor; la conmiseración, pero no la simpatía; la felicitación, pero no la admiración; la religiosidad, pero no la fe; la lectura, pero no la comprensión[46].

Con esto, Farber proporciona un conocimiento extraordinariamente importante al terapeuta, al cual me referiré muchas veces en este capítulo. Sin embargo, a juzgar por los acontecimientos más recientes en el campo de la psicoterapia, se diría que no se ha hecho caso de las advertencias de Farber. Son muchos los psicoterapeutas que cometen el error de utilizar la voluntad del segundo reino (consciente) como sustituto de la voluntad del primero.

Rollo May: el deseo y la voluntad

El excelente libro *Amor y voluntad,* de Rollo May, nos proporciona una gran riqueza de datos clínicos, entre los cuales se encuentra la incorporación del «deseo» en la psicología de la voluntad[47]. May nos recuerda que el deseo es anterior a la voluntad, y que no puede haber ninguna acción significativa sin un deseo previo[48]. La voluntariedad no es sólo un poder y una decisión, sino un potencial íntimamente relacionado con el futuro[49]. A través de la voluntad nos proyectamos hacia el futuro, y es el deseo el punto de partida de este proceso. El deseo es «una aceptación de que queremos que el futuro sea de tal o cual manera; la capacidad de penetrar profundamente dentro de nosotros y de preocuparnos por un anhelo de cambiar el futuro»[50].

Es importante distinguir el «deseo» de May del deseo que se

define de una manera diferente y que desempeña un papel importante en el modelo analítico del funcionamiento mental. Freud, en su metapsicología, lo definió como «la representación mental de una punción». «Sólo un deseo puede poner en movimiento el aparato mental», y consiste en «el anhelo de aliviar la tensión», solía decir Freud[51].

La explicación más completa de esta exposición aparece en el capítulo VII de la *Interpretación de los sueños*[52], donde Freud declara que el hombre funciona de acuerdo con el principio de la constancia, lo que quiere decir que el hombre intenta mantener el nivel de excitación cortical en un equilibrio constante. Cuando se produce un desequilibrio (como, por ejemplo, cuando el niño siente hambre), el organismo experimenta un «deseo» de alimentarse y actúa en consecuencia (así, grita o demuestra malestar de alguna forma) para restaurar el equilibrio. Gradualmente, a medida que el hambre va seguida repetitivamente del acto de comer, el pequeño adquiere una representación visual (una imagen o una «alucinación») del acto de comer. Más adelante, bajo la presión del principio de la realidad, el niño aprende a posponer la gratificación evocando la representación visual de la experiencia alimenticia. Este proceso del deseo, seguido de su gratificación interna y temporal, según Freud, constituye el *Anlage* de todo el pensamiento. Un deseo puede existir en los distintos niveles de conciencia. Un deseo inconsciente es la representación mental de un impulso del ello. Los conscientes son generalmente creaciones de compromiso, esto es, deseos inconscientes atemperados y moldeados por el super yo y por las partes inconscientes del yo. Por tanto, para Freud, el deseo es una fuerza cautiva parecida a un tropismo.

Sartre criticaba la teoría de la represión de Freud porque prescindía del yo. «¿Cómo puede haber una mentira sin un mentiroso?», preguntaba Sartre; ¿o un engaño sin un engañoso? ¿O una negativa sin un negador? Se le pueden hacer las mismas críticas a su interpretación del deseo: ¿Cómo puede haber deseo sin alguien que desee?

May aclara que los deseos difieren de las necesidades, fuerzas o tropismos, en un aspecto importante: están llenos de significado. Un individuo no desea a ciegas. Por ejemplo, un hombre no desea simplemente tener una relación sexual con una mujer: algunas mujeres le parecen atractivas, y otras, repugnantes. El deseo es selectivo y altamente individualizado. Si, de una manera indiscriminada, un hombre desea tener relaciones sexuales con todas las

mujeres, implica que se halla gravemente trastornado. Este estado se produce como consecuencia de presiones ambientales excepcionales, tal es en el caso de los soldados que permanecen durante largos meses en una estación aislada del Ártico[53], o como resultado de la psicopatología: uno renuncia a su libertad y deja de ser el conductor para que otros le conduzcan. Es precisamente este estado de «desear» sin que haya una persona que desee, al que llamamos «neurosis». Esto es lo que quiso expresar May cuando afirmó: «Lo que falla en la neurosis no son los impulsos del ello, sino los significados simbólicos»[54].

Para él, el deseo es «el juego imaginativo de la posibilidad de que ocurra algún acto o estado»[55], y éste es el primer paso en el acto de la voluntad. Sólo después de que se produce el deseo, el individuo puede tirar del «gatillo del esfuerzo» e iniciar el resto del acto volitivo, constituido por el compromiso y la elección, con los cuales culmina la acción.

El «deseo» proporciona el calor, el contenido, la imaginación, el juego infantil, la frescura y la riqueza a la «voluntad». Ésta le aporta la orientación y la madurez. Sin el «deseo», la «voluntad» pierde su vitalidad, su viabilidad, y tiende a morir ahogada en las propias contradicciones. Si se posee «voluntad» y ningún «deseo», el resultado es un individuo árido, victoriano y puritano. Si se tiene «deseo» y ninguna «voluntad», el resultado es la persona impulsiva, infantil y poco libre, la cual, como adulto que continúa en la infancia, puede llegar a convertirse en un hombre robot[56].

La voluntad y la práctica clínica

La voluntad es un concepto que forma parte del curso del tratamiento de cualquier tipo de paciente. Son frecuentes los casos en que éstos acuden a terapia por trastornos de la voluntad. Como no hay un lugar específico para la voluntad en la nosología normal, se alude al problema con otro nombre. Por ejemplo, se dice que la persona es obsesivo-compulsiva y que sus presiones internas la obligan a actuar en contra de su propia voluntad. O puede ser indecisa, incapaz de desear algo o de actuar. O se puede debatir en la angustia de una decisión particularmente difícil. O puede ser tímida, insegura o impregnarse de sentimientos de culpa en cuanto quiere realizar un acto volitivo. Como ha señalado Rank, el individuo puede haber aprendido en los primeros años de su vida que la expresión de sus

impulsos es mala, extendiendo después el calificativo de maldad a todo el reino volitivo.

Aunque no existan pruebas evidentes de un trastorno volitivo en un determinado cuadro clínico, el problema de la voluntad siempre surge de forma inexorable en el transcurso de la psicoterapia; es inherente al proceso mismo del cambio. En un momento dado, el paciente define lo que verdaderamente desea, se compromete a una determinada conducta, adopta una posición, elige determinadas cosas, accede a algunas y se niega a otras. La voluntad también está presente en todas las relaciones entre terapeutas y pacientes. Aunque Rank exageró su importancia, caracterizando la terapia como un «duelo entre dos voluntades»[57], efectuó una valiosa contribución al señalar la importancia de este aspecto en el proceso terapéutico. Algunos pacientes y terapeutas miden sus fuerzas por patrones de dominio; en estos casos, las observaciones de Rank son muy oportunas. La resistencia o la obstinación del paciente no siempre constituye un impedimento para la psicoterapia, ni tampoco es necesario analizarla inmediatamente. Por el contrario, Rank afirma que se trata de una actitud que el paciente adopta; por su parte, el terapeuta, al aceptar y reforzar dicha actitud, puede facilitarle la tarea de desear algo sin sentir culpa.

Uno de los principales problemas que pueden planteársele al terapeuta a la hora de aceptar una teoría de la voluntad, parte de la creencia errónea de que «voluntad» es sinónimo de «fuerza de voluntad». Pero, tal como expresa el pensamiento de Farber de los «dos reinos», la voluntad implica mucho más que la sola toma de una resolución consciente. De hecho, como explicaré más adelante, una consideración exhaustiva del significado y raíces de la «voluntad» nos lleva al terreno de las más profundas preocupaciones inconscientes. Pero ni siquiera la voluntad inconsciente tiene lugar sin determinación y compromiso. El cambio sin esfuerzo no es posible. El paciente tiene que trasladarse hasta el lugar donde se efectúa la terapia, tiene que pagar dinero, tiene que cargar con la responsabilidad y experimentar el conflicto y la angustia que, inevitablemente, acompañan a la labor terapéutica. En otras palabras, el vehículo terapéutico no tiene una transmisión automática silenciosa; se requiere un esfuerzo, y la voluntad es «el gatillo» que lo arroja.

El concepto de voluntad es tan amplio e intrincado, que sobre él, como entidad, sólo pueden hacerse algunos comentarios generales y triviales. Con fines prácticos, debemos considerar sus partes com-

ponentes por separado. El tratado filosófico de Hannah Arendt sobre el tema, proporciona una división natural:

> Dos son las interpretaciones que pueden derivarse del concepto de la facultad volitiva: una, como la facultad de elegir entre objetos o metas, es decir, como libre albedrío, que actúa como árbitro de objetivos específicos y decide libremente entre los distintos caminos para alcanzarlos; la otra, como nuestra «facultad para iniciar espontáneamente una serie en el tiempo (Kant) o el *initium ut esset homo creatus est* de san Agustín», es decir, la capacidad que tiene el hombre para iniciar algo porque él es, a su vez, un comienzo[58].

Estas dos maneras de entender la voluntad —«el comienzo espontáneo de una serie en el tiempo», y la capacidad para decidir entre determinados fines y para elegir el camino para llegar a ellos— constituyen referencias clínicas valiosas y evidentes. Uno inicia la acción *deseándola,* y la pone en práctica mediante la *elección.*

La meta del terapeuta es el cambio (acción); la acción responsable empieza con el *deseo.* Uno sólo puede actuar por sí mismo si tiene acceso a los propios deseos. Si no se tiene ese acceso ni la capacidad para desear, uno no puede proyectarse hacia el futuro, y la volición responsable muere antes de nacer. Una vez materializado el deseo, se desencadena el proceso volitivo y, finalmente, se transforma en acción. ¿Cómo llamaremos a este proceso de transformación? El proceso entre el deseo y la acción requiere un compromiso; es necesario «que la persona se comprometa y se empeñe en una realización»[59]. En mi opinión, el término más adecuado es «decisión» o «elección»[1*], utilizados tanto por los terapeutas como por los científicos sociales. Decidir implica que la acción se efectuará de inmediato. Si no se produce ninguna acción, significa que no se ha efectuado una verdadera decisión. Si un acto volitivo no se traduce en acción, no ha habido un acto volitivo auténtico. (Si se produce una acción sin deseo, tampoco se trata de «voluntariedad», sino sólo de una actividad impulsiva.)

Ambas fases de la voluntariedad —el deseo y la decisión— pueden manifestarse de distintas formas, cada una con una imagen clínica y un enfoque terapéutico diferentes.

1*. Emplearé las palabras «decisión» y «elección» como si fueran intercambiables. Son sinónimas pero cada una de ellas proviene de una tradición diferente: la «elección» es un término fundamentalmente filosófico y la «decisión» es más empleado en las ciencias sociopsicológicas. Empleadas indistintamente, reflejan mi deseo de extender el radio de acción de ambas disciplinas.

El deseo

—¿Qué puedo hacer?
—¿Qué te impide hacer lo que deseas?
—Si no sé siquiera lo que quiero. Si lo supiera, no estaría aquí.

¿Cuántas veces asiste un terapeuta a una conversación como ésta? A menudo, su trabajo se realiza con pacientes que saben lo que deberían hacer, pero que no tienen ninguna experiencia de *saber* lo que desean hacer. El trabajo con individuos que presentan una profunda incapacidad para desear, constituye una experiencia particularmente frustrante. En estos casos, son pocos los terapeutas que no han sentido alguna vez la tentación de gritarle al paciente, como May: «¿Pero es que usted nunca *desea* nada?»[60] El individuo con un bloqueo en sus deseos presenta serias dificultades sociales: carece de opiniones, de inclinaciones y de apetencias personales. Se convierte en parásito de los deseos de otros, los cuales, finalmente, se aburren o se cansan de tener que estarle suministrando deseos e imaginación.

La «incapacidad» para desear constituye una expresión demasiado fuerte. Es más frecuente que los individuos desconfíen o supriman sus propios deseos. Muchos de ellos, en un intento de aparentar fortaleza, deciden que es mejor no desear nada: el deseo le coloca a uno en una posición vulnerable y comprometida: «Si no deseo nada, nunca seré débil.» Otras personas, desmoralizadas, se aíslan de su propia experiencia interna: «No deseando nada, nunca me desilusionaré ni me veré rechazado.» Algunos arrinconan sus deseos en la esperanza infantil de que siempre contarán con un guardián que los descubra. Realmente resulta reconfortante el hecho de tener a alguien que satisfaga los deseos inexpresados de uno mismo. En estos casos, algunos tienen tal temor de que les abandonen sus guardianes, que reprimen la expresión directa de sus deseos personales. No se permiten a sí mismos el derecho a desear, como si sus deseos fueran a irritar, a amenazar o a ahuyentar a otros.

La incapacidad de sentir

La incapacidad de desear o de experimentar los propios deseos, no ha sido contemplada de manera exhaustiva y directa por los profesionales e investigadores; antes bien, generalmente se ha tratado

como parte integrante de un trastorno global, el de la incapacidad para sentir. Son frecuentes los pacientes que se muestran incapaces de sentir o de expresar sus sentimientos, de diferenciar entre los distintos afectos, y parecen experimentar alegría, ira, tristeza, nerviosismo, etc., como si se tratara de un mismo sentimiento. Por otra parte, son incapaces de localizar éstos dentro de sí mismos, y presentan una notable carencia de fantasías con relación a sus pulsiones y afectos internos. En 1967, Peter Sifenos sugirió el término *alexitimia* (voz griega que significa «que no hay palabras para los sentimientos») para designar este cuadro clínico; desde entonces, su empleo se ha ido extendiendo universalmente[61]. El paciente psicosomático es probablemente alexitímico, aunque hay muchos individuos alexitímicos que presentan otros cuadros clínicos.

La expresión del afecto ha constituido siempre una parte importante de la psicoterapia. Freud, en 1895, en su obra *Estudios sobre la histeria,* lanzó por primera vez la hipótesis de que la histeria estaba causada por un fuerte afecto (derivado, por ejemplo, de un incidente traumático) en el individuo[62]. A diferencia de la mayor parte de las reacciones emocionales que se eliminan a través del «desgaste normal surgido como consecuencia del proceso de abreación», este afecto persiste hasta que se reprime en el inconsciente. Una vez que esto se produce, se viola el «principio de constancia»[2*]: El nivel de «excitación intracerebral» aumenta, y el individuo, para restaurar el equilibrio, desarrolla un síntoma que simbólicamente le permite descargar la tensión. Así, la sintomatología psiquiátrica se inicia con el «afecto estrangulado», y su tratamiento psiquiátrico debe apuntar a su liberación, de manera que se le permita entrar en la conciencia y ser descargado a través de la catarsis.

A pesar de ser ésta la primera formulación de Freud del mecanismo terapéutico, y aunque pronto se dio cuenta de que la catarsis *per se* constituía un medio terapéutico insuficiente, su simplicidad resulta tan atractiva, que su aceptación se ha generalizado. Actualmente se cree que la catarsis, si bien por sí misma no produce un cambio, desempeña un papel ineludible en el proceso terapéutico. Son muchas las investigaciones que lo confirman. Por ejemplo, mis colegas y yo estudiamos una serie de pacientes que habían obtenido resultados muy satisfactorios en la psicoterapia[63]. En un esfuerzo por delinear los mecanismos terapéuticos efectivos, elaboramos una lista de

2*. Es decir, la necesidad del organismo de mantener un nivel óptimo de tensión.

sesenta ítems (véase el capítulo VI) y pedimos a los pacientes que los clasificaran en el orden de la importancia que habían tenido en su cambio personal. De todo el conjunto, los que expresaban «catarsis» ocuparon el segundo y cuarto lugar.

Recientemente, se ha registrado una explosión de nuevas terapias (por ejemplo, *Gestalt,* terapia de sentimientos intensos[64], terapia implosiva[65], bioenergética[66], inundación emocional[67], psicodrama y terapia de grito primario[68]) con el común denominador de que conceden una gran importancia a la conciencia y a la expresión de los sentimientos. En efecto, todas ellas sostienen que ambas entidades son útiles al individuo por dos razones principales: porque le facilitan las relaciones interpersonales y porque aumentan su capacidad para desear.

El sentimiento y las relaciones interpersonales

La importancia de la expresión afectiva en las relaciones interpersonales es evidente. Los individuos alexitímicos encuentran graves problemas en sus relaciones: los que le rodean nunca saben cuál es su estado de ánimo, pues se muestran poco espontáneos, pétreos, pesados, amorfos y aburridos. Como se ven obligados a provocar todo el afecto de la relación, es común que se cuestionen si realmente les interesa la relación con una persona tan bloqueada, cuyos movimientos son tan deliberados y poco espontáneos, que parecen forzados o falsos. No hay juego ni diversión, sólo una calculada y cuidadosa conciencia de sí mismo. Los alexitímicos no se sienten buscados por los demás, por el contrario, viven en un estado de soledad, separados de sus propios sentimientos y de los ajenos.

Sentimiento y deseo

La capacidad para desear se fortalece automáticamente si se ayuda al individuo a que sienta. Los deseos necesitan de los sentimientos; si no se apoyan en ellos —si, por el contrario, responden a imperativos morales o racionales—, dejan de ser deseos para convertirse en «obligaciones», por lo cual la persona queda bloqueada de toda comunicación con su verdadero ser.

Cierto paciente de un grupo terapéutico no podía comprender que

una de sus compañeras experimentara una gran alteración porque el terapeuta iba a tomarse un mes de vacaciones. «¿Qué ganas con meterte en semejante situación, si no puedes hacer nada al respecto?» En otras palabras, para él, el sentimiento y los deseos eran secundarios con relación a un objetivo productivo. «Si no vas a sacar ningún provecho, alegó, ¿qué objeto tiene desear y sentir?» Este tipo de individuos actúan y poseen un sentido interno de orientación, pero carecen de deseos. Los suyos emanan de fuera, no de dentro. Las exigencias del ambiente y los dictados de la razón determinan su sentido interno del deseo y del sentimiento; para el observador, este individuo es mecánico, calculador y carente de vida.

Algunos —en las terapias de grupo es fácilmente observable— tratan de adivinar primero los deseos de los *otros,* para después adaptar los suyos en consecuencia. Estas personas no son espontáneas; su conducta es particularmente pronosticable, por lo que resultan invariablemente aburridas para los demás.

El deseo es más que el pensamiento o la imaginación sin sentido; comporta un afecto y una fuerza. Si está bloqueado, el individuo, al no poder experimentar los propios deseos, ve atrofiado todo el proceso de su voluntad. Sartre, en *La edad de la razón,* nos ofrece una impresionante descripción de un hombre que no podía ni actuar ni desear, pues se mostraba incapaz de llegar hasta sus sentimientos:

> Cerró el periódico y centró su atención en el editorial del corresponsal especial que aparecía en la primera página. Se habían contado ya cincuenta muertos y trescientos heridos; pero ése no era el balance definitivo, pues, con toda probabilidad, se encontrarían muchos otros cadáveres bajo los escombros... Serían miles los hombres en Francia que, al leer el periódico aquella mañana, no habrían podido reprimir la ira que se concentraba en sus gargantas; miles de hombres que habrían apretado los puños y murmurado: «¡Cerdo!» Matías apretó los puños y bramó: «¡Cerdo!», y se sintió aún más culpable. Si al menos hubiera podido descubrir en sí mismo, aunque exigua y limitada, una pizca de emoción verdadera... Pero no: estaba vacío, se enfrentaba a una terrible ira, a una ira desesperada; la veía, casi hubiera podido tocarla. Pero estaba inerte..., para que viviera y tuviera una expresión y un sufrimiento, tenía que prestarle su propio cuerpo. Era la ira de los demás. «¡Cerdo!» Apretó los puños y echó a andar, aunque nada sucedió: la ira continuaba afuera... Algo se vislumbraba en el umbral de la existencia, un tímido comienzo de enfado. ¡Por fin! Pero se fue haciendo cada vez más débil, hasta desvanecerse. Se quedó solitario, andando con el paso mesurado y lento de un hombre que asiste a una procesión fúnebre en París... Mientras se secaba con el pañuelo el sudor de la frente, pensó: «Uno no puede forzar sus más íntimos sentimientos.» Allí afuera tenía lugar una sucesión de hechos terribles y trágicos que deberían despertar las más profundas emociones... «Es inútil, no llegará el momento...»[69]

El sentimiento es un requisito previo del deseo, pero no son la misma cosa. Uno puede sentir sin desear sin que, en consecuencia, ocurra un acto volitivo. Algunos de los más conocidos personajes «incapaces de desear» de la literatura actual —como, por ejemplo, Meursault, en *El extranjero* de Albert Camus, y Michel, en *El inmoralista* de André Gide— estaban dotados de una aguda sensualidad, pero aislada de sus propios deseos, especialmente los pertenecientes al círculo de las relaciones interpersonales. Sus acciones eran impulsivamente explosivas y profundamente destructivas para los demás y para sí mismos.

El bloqueo de los afectos y la psicoterapia

La psicoterapia de los pacientes que tienen bloqueado el afecto (es decir, bloqueados los sentimientos) es lenta y agotadora. Pero, por encima de todo, el terapeuta debe perseverar. Una y otra vez ha de preguntar al paciente: «¿Qué siente?», «¿Qué desea», y explorar la fuente y la naturaleza del bloqueo y de los sentimientos entumecidos que hay tras él. El bloqueo es tan evidente, hasta para los profanos, que es fácil predecir que, de romperse, de desintegrarse la presa que contiene los afectos del paciente, su salud y su integridad fluirían como una cascada a través de la brecha. Varias son las técnicas modernas que ayudan a abrir esa brecha con el fin de romper el bloqueo afectivo del paciente: entre otras, la terapia *Gestalt,* el psicodrama, la bioenergética y, en general, los encuentros para generar afecto.

Pero, ¿funciona esa estrategia de ruptura? ¿Puede el terapeuta dinamitar el obstáculo y abrirse un camino a través de las emociones bloqueadas del paciente y de sus defensas, para que puedan escapar las emociones? Mis colegas y yo intentamos comprobarlo a través del estudio de treinta y cinco pacientes que se encontraban en la mitad de una psicoterapia de larga duración (muchos de ellos con bloqueo afectivo e inmovilización dentro de la terapia), así como de determinar si, como resultado de una experiencia de desahogo afectivo, se modificaba el curso posterior de la terapia individual[70]. Los reparti-

mos en tres grupos de terapia diferentes de un fin de semana de duración. Dos de ellos empleaban un método muy fuerte de encuentro y técnicas *Gestalt* para despertar los afectos; el tercero, un grupo de meditación y despertar de la conciencia corporal, sirvió como control experimental, por lo que no facilitó ni despertar de afectos ni interacción interpersonal durante el fin de semana. Los resultados indicaron que, si bien algunos pacientes experimentaron en esos días una intensa ruptura emocional, estas experiencias no fueron duraderas: en consecuencia, no se registraron efectos discernibles en el curso posterior de la terapia individual.

Así, aunque es muy importante generar afecto en la terapia, no existen pruebas de que un despertar rápido e intenso del mismo tenga un resultado terapéutico *per se.* En contra de nuestros deseos, la psicoterapia es «cicloterapia»[71], un proceso largo y pesado durante el cual a veces insistimos sobre un mismo punto con relación al ambiente terapéutico, para después comprobar, las veces que sea necesario, los descubrimientos en el ambiente vital del paciente. Si bien es cierto que la ruptura emocional no es un modelo terapéutico efectivo, tampoco lo es el enfoque opuesto: la aproximación a la terapia a través de un camino estéril, demasiado intelectualizado y sumamente racional. El compromiso afectivo —al que Franz Alexander llamaba «la experiencia emocional correctiva»[72]— es un componente necesario de toda terapia eficaz. Aunque muchos de los terapeutas de la primera época (tales como Sandor Ferenczi, Otto Rank, Wilhelm Reich y Julius Moreno) reconocieron la necesidad del compromiso afectivo e introdujeron técnicas para hacer que el encuentro terapéutico fuera más real y lleno de afecto. Pero es a Fritz Perls a quien más tenemos que agradecerle el desarrollo de un enfoque destinado a aumentar la conciencia que el individuo tiene del afecto.

Fritz Perls: «Pierde la cabeza y después recupera el control». Perls se centraba de forma obstinada en la conciencia. Su sistema terapéutico es «una terapia de experiencias y no de verbalizaciones o interpretaciones»[73], y se basa únicamente en el presente, pues estaba convencido de que los neuróticos viven demasiado en el pasado:

> La terapia *Gestalt* es una terapia de «aquí y ahora» en la cual hacemos que el paciente concentre toda su atención en lo que hace en el presente, durante la sesión, aquí y ahora; que se mantenga consciente de sus gestos, de su respiración, de sus emociones y de sus gestos faciales, y no sólo de sus pensamientos más apremiantes[74].

Perls solía comenzar con la conciencia de las impresiones sensoriales y cinestésicas. Así, si un paciente se quejaba de un dolor de cabeza, le pedía, por ejemplo, que se concentrara en el dolor de cabeza, hasta descubrir que estaba asociado con algunas contracciones de los músculos faciales. También le pedía que exagerase las contracciones y que hablara, en cada etapa, de sus sensaciones. Gradualmente, el paciente iba pasando de las sensaciones cinestésicas al efecto. Por ejemplo, una paciente podía describir de este modo sus sensaciones faciales: «Siento que la cara se me pone tan rígida como para llorar». Entonces el terapeuta podría estimular la aparición de emociones, preguntándole: «¿Le apetece llorar?»[75]

Perls comenzaba a trabajar con la conciencia, para después, de forma gradual, pasar a los «deseos»:

> Estoy convencido de que la técnica de concienciación, por sí sola, sería capaz de aportar valiosos resultados terapéuticos. Si el terapeuta se limitara en su trabajo a formular tres preguntas, acabaría por curar a todos sus pacientes, salvo los más graves. Estas tres preguntas son: «¿Qué está haciendo?», «¿Qué siente?» y «¿Qué quiere?»[76].

Trataba de ayudar a sus pacientes a sentir las cosas, a «poseer» los sentimientos y, después, a adquirir una conciencia de sus deseos. Por ejemplo, si un paciente intelectualizaba o formulaba repetidas preguntas, le hacía verbalizar la aseveración y el deseo que estaba latente por detrás de la pregunta:

> Paciente: ¿Qué quiere usted decir con «apoyo»?
> Terapeuta: ¿Puede traducir esa pregunta en una aseveración?
> Paciente: Me gustaría saber qué significado tiene para usted el apoyo.
> Terapeuta: Esa sigue siendo una pregunta. Inténtelo de nuevo.
> Paciente: Como siga así, voy a acordarme de toda su familia[77].

Es entonces cuando el paciente tiene más acceso a sus afectos y deseos.

El propósito de despertar las emociones no es lograr una simple catarsis, sino ayudar a los pacientes a descubrir una vez más sus deseos. Un problema importante que presenta la terapia *Gestalt* es que muchos terapeutas están tan preocupados con las técnicas destinadas a despertar las emociones, que pierden de vista la finalidad profunda de la técnica. Hasta cierto punto, éste es el resultado del esfuerzo que despliegan por acercarse al modelo de Perls, un hombre

espectacular que provocaba encuentros cortos y dramáticos con los pacientes y delante de un público numeroso. Pero, en sus momentos de reflexión, se mostraba desanimado por la tendencia de los terapeutas a conceder una excesiva importancia a la técnica:

> Tras conseguir, por fin, desmantelar todo el edificio freudiano, entramos ahora en una nueva fase, más peligrosa aún. Estamos entrando en la fase de los «equilibristas»: sintonice su aparato con una cura instantánea, con la dicha momentánea, con el despertar repentino de los sentidos. Estamos entrando en la fase de los charlatanes, que piensan que, tras una explosión emocional, todo está solucionado... Debo confesar que estoy *muy* preocupado por lo que está pasando actualmente.
>
> ...Una técnica es un «trasto» que sólo debe usarse en casos extremos. Son muchos los que se dedican a coleccionarlos y a abusar de ellos. Estas técnicas, estos instrumentos, resultan muy útiles en los seminarios sobre conciencia sensorial o disfrute de las emociones... Pero es triste comprobar que todo este batiburrillo pasa a convertirse en simple sustituto, en otra de esas tantas terapias engañosas que *evitan* el desarrollo de la persona[78].

Otros enfoques terapéuticos. Perls no fue el único que se enfrentó al bloqueo de los afectos. El psicodrama, los grupos de encuentro, la terapia hipnótica y la bioenergética han desarrollado técnicas destinadas a despertar el afecto y a aumentar la conciencia que el individuo tiene de sus deseos. En realidad, la proliferación de escuelas es de tal magnitud, que ya no es posible averiguar su genealogía. No obstante, todas descansan en el supuesto de que, en un nivel profundo, uno conoce los propios deseos y sentimientos y de que el terapeuta, a través de una guía adecuada, puede incrementar la experiencia consciente que tiene el paciente de estos estados internos.

Las expresiones no verbales, gestos, posturas, etc., pueden proporcionar información valiosa sobre los sentimientos y deseos subyacentes y disociados. Los terapeutas deben prestar atención a indicios tales como apretar los puños, golpear la palma de la otra mano o la posición del cuerpo (con los brazos y las piernas cruzadas, por ejemplo). Todos son manifestaciones de un sentimiento o deseo subyacente. En este sentido, Perls facilitaba la aparición de los sentimientos reprimidos pidiendo al paciente que examinase su conducta, para que después la exagerase (por ejemplo, que se golpeara la palma de la mano con el puño con una mayor energía). En realidad, algunos individuos tienen sus afectos tan bloqueados, que los datos físicos o fisiológicos constituyen su único contacto con el

mundo interno; de ahí que «debo estar triste, porque mis ojos están llorosos» o bien «debo tener vergüenza, porque me he sonrojado».

La pregunta «¿qué desea?» suele sorprender a los pacientes, pues rara es la vez que ellos se la formulan. Erving y Miriam Pohlster nos proporcionan un buen ejemplo:

> Un profesor de universidad se sentía abrumado por tener que enfrentarse, día tras día, a la necesidad de escribir, leer y enseñar. Una vez concluido el recuento de todas las tareas de su agitada vida, le pregunté: «¿Qué es lo que desea?» Hizo una pausa... y un gesto con las manos: éstas se ajustaban entre sí, pero dejando entre ellos *suficiente espacio* y holgura. Después, afirmó: «¡Quiero *descansar* un poco!» Estas confesiones son muy simples, pero muy pocas personas tienen acceso a ellas. No es posible dirigir la acción mientras estos deseos no se reconozcan[79].

Si los pacientes presentan una esquizofrenia aguda y se encuentran profundamente aislados de sus deseos, puede ser muy útil investigar las interacciones que llevan a cabo en «el aquí y el ahora». En una sesión de grupo un joven se lamentaba de que no tenía sentimientos ni deseos, alegando que sólo podía sentir cuando sabía lo que *tenía* que sentir. Los restantes miembros del grupo continuaron con el tema, preguntándole cómo se sentía con respecto a determinadas cuestiones (tales como la soledad, los tranquilizantes fuertes, etc.), lo que provocó que se sintiera aún más confuso y desanimado. La cosa mejoró cuando dirigimos la investigación hacia sus procesos más inmediatos: «¿Cómo se siente porque le preguntemos por sus sentimientos?» A este nivel pudo experimentar algunos sentimientos genuinos y algunos deseos. Aunque se sentía abrumado por toda la atención que se le estaba prestando, también se mostraba complacido y agradecido, incluso pidió al grupo que continuara presionándole. Después se sintió egoísta, a la vez que temeroso de que los demás se resintieran por estarles robando tanto tiempo al hablar de sí mismo. Gradualmente, partiendo de esta base de afectos inmediatos, el joven fue sintiéndose más satisfecho de su capacidad para *experimentar* sentimientos e identificarlos.

Otra paciente acostumbraba a desconfiar y a devaluar sus propios sentimientos. Los consideraba un fraude, porque, cada vez que tenía conciencia de uno específico, podía provocar inmediatamente otro opuesto de la misma magnitud. Se empleó mucho tiempo tratando de quebrar esta defensa, pero sólo progresó cuando se la ayudó a identificar algunos sentimientos (y deseos) relacionados con «el aquí

y el ahora» inmediatos. Formaba parte de un grupo de terapia que se reunía en el hospital, bajo observación del personal de la sala. Después de las sesiones, éste comentaba sus impresiones y, posteriormente, los pacientes observaban a los observadores. Cuando se le pidió que hablara de su reacción ante las observaciones del personal, confesó que se sentía muy molesta por el hecho de que se hubiera hablado tan poco de ella. Cuando investigamos un poco más a fondo su disgusto (que parecía bastante profundo), éste se transformó en dolor —dolor porque no le habían hecho suficiente caso— y después en temor, temor de que el terapeuta la clasificara, según ella, en el apartado «C» de los crónicos. A continuación le pedimos que expresara lo que deseaba que dijera o hiciera el terapeuta. De ese modo, poco a poco aprendió a experimentar deseos genuinos, como, por ejemplo, que el terapeuta la meciera y consolara.

Freud señaló en su día que las fantasías no son sino deseos, y que la investigación de la fantasía —ya fantasía espontánea u orientada— suele ser una técnica muy eficaz para el descubrimiento y asimilación de los mismos. Un paciente no podía decidirse entre continuar viendo a su novia o romper la relación. Sus respuestas a todas las preguntas que se le formulaban, tales como «¿qué es lo que usted desea?» o «¿la ama?», se traducían invariablemente en un confuso y frustrado «no sé». El terapeuta le pidió entonces que fantaseara acerca de que recibía una llamada telefónica de ella, para comunicarle que deseaba terminar la relación. El paciente lo visualizó claramente, suspiró con alivio y se percató del sentimiento de liberación que experimentaba después de la llamada telefónica. Gracias a esta fantasía, no tardó en comprender sus verdaderos deseos con respecto a su relación y en eliminar los factores que le habían impedido reconocerlos antes.

Impulsividad

La alteración de los deseos no conduce necesariamente a un estado de inhibición y parálisis. Algunos individuos evitan discriminar sus diferentes deseos, actuando de forma rápida e impulsiva con respecto a cada uno de ellos. El que actúa inmediatamente, llevado por sus impulsos o caprichos, evita desear del mismo modo que el que reprime sus deseos. En este sentido, elude tener que elegir entre los distintos deseos, los cuales, si se viven simultáneamente, pueden resultar contradictorios. Como ha señalado Rollo May, Peer Gynt

constituye un excelente ejemplo de la persona que no puede discriminar sus deseos y que, al intentar cumplirlos todos, pierde su verdadero yo, el yo que desea una determinada cosa más profundamente que otras[80]. Un deseo siempre lleva implícito un sentido espacial y temporal. Desear es proyectarse hacia el futuro, por lo que el individuo debe considerar las implicaciones y consecuencias futuras de actuar movido por un deseo. Esto se advierte mejor en los deseos que implican a otras personas. La representación impulsiva que efectúa Peer Gynt de todos sus deseos interpersonales, le lleva a la violación o al rapto de la otra persona, en lugar de a un verdadero encuentro. Lo verdaderamente importante es la discriminación interna de los deseos y la asignación de prioridades a cada uno de ellos. Si dos deseos se excluyen mutuamente, tenemos que renunciar a uno de ellos. Si, por ejemplo, se experimenta el deseo de una relación amorosa profunda, es necesario rechazar toda una constelación de deseos interpersonales conflictivos, tales como la conquista, el poder, la seducción o el avasallamiento. Si el deseo primordial de un escritor es comunicarse, tiene que renunciar a otros que se lo impidan (por ejemplo, al de parecer ingenioso). La realización impulsiva e indiscriminada de todos los deseos es síntoma de trastornos de la voluntad, y denota una incapacidad o renuencia a proyectarse hacia el futuro.

Otra manera de describir la alteración básica de los deseos subyacentes en la conducta impulsiva, es considerar dos formas de ambivalencia: la consecutiva y la simultánea[81]. En la «ambivalencia consecutiva», el individuo experimenta primero un deseo y después otro. Cuando uno de ellos es dominante, actúa para realizarlo y no tiene acceso pleno al otro deseo. En la «ambivalencia simultánea», uno se enfrenta a ambos deseos de una manera plena y directa. James Bugental describe el caso de un paciente que se debatía en la lucha de una ambivalencia consecutiva:

> Mabel, de cuarenta y dos años de edad, llevaba casada diecisiete con un hombre a quien amaba profundamente y con quien mantenía una relación muy profunda y satisfactoria. Un día, a través de una serie de circunstancias que no vienen al caso, descubrió que se había enamorado de otro hombre, Hal, un viudo que correspondía a sus sentimientos. Mabel no había dejado de amar a su marido, Greg, pero tampoco deseaba un simple «coqueteo» con Hal.
>
> Así, Mabel, cuando estaba en casa con Greg, se daba cuenta de lo maravillosa que era su vida con él, y se preguntaba cómo era posible que tuviera la tentación de abandonarle con todo el dolor, culpa y conmoción que

esta decisión le produciría. Pero cuando estaba con Hal, o simplemente lejos de Greg, experimentaba una gran angustia al reconocer que sentía un profundo deseo de estar con Hal y de vivir a su lado[82].

La tarea del terapeuta es ayudar al paciente impulsivo a que transforme la ambivalencia consecutiva en simultánea. La experiencia de vivir consecutivamente dos deseos conflictivos, es un recurso para defenderse de la angustia. Cuando uno experimenta plenamente dos deseos conflictivos en forma *simultánea,* tiene que enfrentarse a la responsabilidad de elegir uno y renunciar al otro. La ambivalencia simultánea tiene como resultado un estado de malestar extremo y, como ha señalado Bugental, es fundamental que el terapeuta se abstenga de diluir el dolor o la autonomía del paciente. El terapeuta tiende siempre a aconsejar, socorrer y (como afirma Heidegger) «a correr delante del otro»[83]; cuando, si es capaz de enfrentarse plena y profundamente a todos sus deseos importantes, es el individuo el autor de una solución creativa e innovadora, una solución que no podría habérsele ocurrido a nadie más.

En el caso anterior, Mabel empleó su conflicto para llegar a un conocimiento verdaderamente creativo: «Se dio cuenta de que, hasta entonces, había estado utilizando sutilmente a su marido para definir su propio ser, y de que había estado a punto de hacer lo mismo con Hal.» Empezó a reconocer su propia identidad como una identidad separada de la de Hal o Greg. Esto no significaba que hubiera dejado de amar a su marido, con quien eligió permanecer, pero sí que empezaba a amarle de una manera diferente: significaba amarle *a él;* no amarse a sí misma y a él como una entidad fundida. Significaba ser capaz de enfrentarse sola a la vida sin un sentimiento de pérdida de sí misma y sin un sentido de soledad destructivo.

Compulsividad

La compulsividad, una defensa frente a la conciencia de la responsabilidad, constituye también un trastorno de la voluntariedad, un trastorno más organizado y menos caprichoso que la impulsividad. El individuo compulsivo actúa de acuerdo con demandas internas que *no* experimenta como deseos; está dirigido por un elemento «ajeno al yo». Se ve impulsado a actuar, a menudo en contra de sus propios deseos, y se siente sumamente incómodo si no actúa. Aunque no

actúe de una determinada manera, tiene grandes dificultades para no seguir los dictados de la compulsión. Camus lo describió perfectamente, haciendo decir al protagonista de *La caída:* «El no tomar algo que uno no desea es la cosa más difícil del mundo»[84]. El individuo compulsivo no suele reconocer su incapacidad para desear, puesto que no se siente vacío ni desorientado. Por el contrario, suele ser activo, fuerte y aparentemente lleno de metas y propósitos. Pero con frecuencia le sobrevienen oleadas de dudas, y es entonces cuando se da cuenta de que, aunque le anima un propósito, éste no es su propio propósito; de que, aunque tiene deseos y metas, no son sus propios deseos ni sus propias metas. Está tan ocupado y presionado, que siente que no tiene tiempo ni derecho a preguntarse a sí mismo lo que realmente desea hacer. Es sólo cuando se quiebran sus defensas (por ejemplo, cuando pierden toda su importancia las metas «impuestas desde fuera» debido a alguna alteración ambiental, a la pérdida de algún trabajo, a la ruptura de la familia o por haber conseguido dinero, prestigio o poder), cuando se percata de que su verdadero yo se encuentra ahogado.

Decisión y elección

Una vez que el individuo experimenta plenamente el deseo, se enfrenta a la decisión o elección. La decisión es el puente entre el deseo y la acción[3*]. Decidir significa comprometerse a una determinada acción. Si no tiene lugar ninguna acción, no se ha producido una verdadera decisión, sino simplemente un coqueteo con ella, una resolución fallida. La obra *Esperando a Godot,* de Samuel Beckett, es un monumento a la decisión abortada. Los personajes piensan, planean, posponen y resuelven, pero no deciden. La obra termina con el siguiente diálogo:

Vladimir: ¿Nos vamos?
Estragón: ¡Vámonos!
(Director de escena): Nadie se mueve[85].

3*. No empleo la palabra «acción» en un sentido energético, sino terapéutico. El más leve movimiento o alteración de una acción habitual prevista, puede constituir una acción terapéutica transcendental.

La decisión y el contrato terapéutico

La terapia y una decisión específica. El concepto de la decisión entra en el campo de la psicoterapia de múltiples formas. Algunos pacientes acuden a la terapia porque se sienten atrapados por la necesidad de llegar a una decisión específica, a menudo relacionada con su carrera o su vida interpersonal. En consecuencia, ha de centrarse en torno a esta decisión. Si la terapia es corta y está bien enfocada y orientada, el terapeuta permitirá al paciente tomar la decisión. Le ayudará a considerar sus pros y sus contras y a definir las implicaciones conscientes e inconscientes de cada elección. Si, por el contrario, es más intensivo y las metas son más amplias, el terapeuta empleará la decisión específica como núcleo central desde el cual se proyectarán otros temas a medida que la terapia avanza. El terapeuta ayuda al paciente a comprender el significado inconsciente de la angustia que le provoca la decisión, revisa otras crisis anteriores en las que el paciente ha tenido que tomar otras decisiones y, aunque la meta del tratamiento no sea ayudar a tomar una determinada decisión, espera resolver las áreas conflictivas para que el paciente decida todas sus dudas y alcance una conducta adaptativa.

La terapia y la decisión inconsciente. Muchos terapeutas se centran directamente en la decisión, aunque el paciente no haya acudido a la terapia por una crisis de indecisión. En su esfuerzo por aumentar el sentido que el paciente tiene de su responsabilidad personal, estos terapeutas hacen hincapié en el hecho de que cada acto (incluyendo el cambio personal) va precedido de una decisión. Los que enfocan la decisión de esta manera, saben que las decisiones suelen estar asociadas a otros elementos de la conducta. Así, enfocan la decisión del paciente de fracasar, posponer la acción, alejarse de los demás, evitar la cercanía en la relación, o mostrarse pasivo, deprimido o angustiado. Es evidente que estas decisiones nunca las ha tomado el paciente de una manera consciente; sin embargo, el terapeuta da por sentado que, puesto que los individuos son responsables de su conducta, cada quien «elige» ser como es. ¿Qué clase de elección es ésta? En realidad, son muy pocas las decisiones importantes que se toman con un sentido pleno, deliberado y consciente. William James, quien meditó profundamente acerca de la génesis de las decisiones, definió cinco tipos de decisión, de las cuales sólo la primera y la segunda comportan un «esfuerzo deliberado»:

1) Decisión razonable. Consideramos los argumentos en pro y en contra de una determinada conducta y elegimos una alternativa. Efectuamos un balance racional de los datos y tomamos una decisión con un sentido perfecto de nuestra propia libertad.

2) Decisión deliberada. Esta decisión implica un sentido de «esfuerzo interno». Una «elevación agotadora y lenta de la voluntad». Es, en general, rara, pues la mayoría de las decisiones humanas se toman sin esfuerzo.

3) Decisión flotante. Aquí no existe una razón predominante para decidir entre dos alternativas. Ambas parecen buenas y nos sentimos agotados y frustrados por tener que decidir. Llegamos a una decisión dejándonos flotar en una dirección accidentalmente determinada *desde fuera.*

4) Decisión impulsiva. Nos sentimos incapaces de decidir, y la determinación parece tan accidental como en el tercer tipo. Pero, en realidad, surge desde ***dentro*** y no desde fuera. Nos encontramos actuando de forma automática e impulsiva.

5) Decisión basada en un cambio de perspectiva. Esta decisión tiene lugar siempre de un modo repentino y como consecuencia de alguna experiencia externa o interna (como sufrimiento o miedo) que nos conduce a un cambio importante de perspectiva o de «modo de sentir». (De este tipo eran las decisiones de muchos cancerosos a los que me referí en el capítulo V)[86].

Por tanto, tal como señala James, la «decisión» integra un amplio conjunto de actividades que tienen distintas experiencias subjetivas y grados variables de esfuerzo, racionalidad, conciencia, impulsividad y sentido de la responsabilidad.

La terapia, la decisión y la estructura del carácter. Algunos terapeutas, por ejemplo los de la escuela de análisis transaccional, emplean la «decisión» en un sentido inconsciente aún más radical. Postulan que los individuos toman decisiones «arcaicas» en sus primeros años y que, de esta manera, conforman sus vidas de una manera crítica. Una formulación típica del desarrollo psicopatológico de un terapeuta transaccional afirma que: «El individuo recibe un mandato de sus padres, el cual se le impone mediante golpes (refuerzos), toma una decisión con respecto a él y, después, concibe un guión que le sirva de apoyo»[87]. Así, según Eric Berne, el individuo «decide» un «guión para su vida», una copia cianográfica inconsciente para el curso de la propia vida, que comprende todas las variantes de la personalidad y la actividad interpersonal repetitiva. El «guión vital» de Berne no es muy diferente de la «ficción orientadora» de Adler o del sistema de imagen idealizada de Horney. Aunque está basado en mayor número de elementos interpersonales, equivale más o menos al concepto freudiano de la estructura caracterológica.

Según el enfoque transaccional, el niño toma una decisión que determina la estructura de su carácter y se convierte así en su responsable. Pero surgen problemas cuando la «decisión» se emplea sólo en un sentido consciente y voluntario. La definición que aporta el análisis transaccional refleja la confusión existente con respecto al término: «La decisión es el momento en que el niño, aplicando todos los recursos adaptativos de su yo, modifica sus expectaciones y trata de ajustarlas a las realidades de la situación familiar»[88]. Obsérvese que la definición empieza diciendo: «La decisión es el momento...», como si hubiera un momento específico para decidir; como si, entre el estado original y el modificado, tuviera que producirse una decisión consciente.

El terapeuta que toma en serio la idea de que el niño ha hecho decisiones arcaicas concretas, de gran importancia, corre el peligro de llegar a un enfoque simplista del cambio terapéutico. Y esto es, en realidad, lo que ha sucedido. Por ejemplo, los textos del análisis transaccional indican que la tarea del terapeuta es ayudar al paciente a regresar a la «decisión original», a la «experiencia del primer acto»[89], (en un sentido que recuerda al trauma original de la primera teoría freudiana), para que puedan volver a vivirla y tomar «una nueva decisión». El problema que plantea esta formulación es que tal vez se pida al paciente que tome una decisión racional para neutralizar otra previa y enteramente diferente. Era esto lo que quería decir Farber cuando señaló la importancia de no forzar a la voluntad del segundo reino (consciente) para que haga las veces de la del primer reino (inconsciente).

Lo que se pierde con esta concepción radical de la toma de decisiones es la sutileza del proceso de desarrollo. La estructura del carácter de un individuo no es el resultado de una sola decisión importante cuyo origen pueda descubrirse y borrarse, sino que está constituida por toda una vida de múltiples elecciones y alternativas a las cuales ha renunciado. Aunque el niño no tiene, obviamente, ninguna conciencia de las opciones caracterológicas del adulto, sí posee un mínimo de capacidad para afirmar o rechazar lo que se le plantea, para someterse o rebelarse, para identificarse positivamente o, como nos ha enseñado Erik Erikson, para formar una identificación negativa con ciertos modelos o papeles[90]. Tal como dije en el último capítulo, en el proceso del tratamiento es necesario que el paciente acepte la responsabilidad por lo que es, así como por aquello en lo que se convertirá. Sólo así podrá experimentar el poder (y la esperanza)

necesario para el proceso del cambio. Pero el cambio psicoterapéutico no consiste en una sola decisión voluntaria e importante, sino que se trata, más bien, de un proceso gradual de decisiones múltiples, cada una de las cuales prepara el terreno a la siguiente.

¿Por qué son difíciles las decisiones?

«¿Nos vamos? Vámonos. Nadie se mueve.» ¿Qué sucede entre la decisión y el compromiso a actuar? ¿Por qué es tan difícil decidir para la mayoría de los pacientes? Cuando pienso en ellos, me parece que todos están debatiéndose en la lucha por llegar a tomar alguna decisión. Algunos tienen que decidir algún aspecto crucial en sus vidas: qué hacer con una determinada relación, seguir casados o separarse, regresar a la escuela, tener un hijo. Otros aseguran que saben lo que tienen que hacer: dejar de beber o de fumar, adelgazar, hacer amistades, establecer una relación íntima, etc., pero no pueden decidirse —es decir, comprometerse— a cumplir sus decisiones. Otros, en fin, alegan que saben muy bien lo que hay de malo en ellos —por ejemplo, son demasiado arrogantes, trabajomaníacos o egoístas—; pero no saben cómo decidirse a cambiar y, por consiguiente, no se comprometen al trabajo terapéutico.

El hecho de no tomar decisiones puede llegar a ser muy doloroso. Cuando trabajo con mis pacientes tratando de analizar el significado (y la amenaza) de esa determinada decisión, me sorprende la gran diversidad de respuestas. Las decisiones son difíciles de tomar por muchas razones: algunas de ellas son evidentes, otras inconscientes y, como veremos, otras están arraigadas en el fondo más profundo del ser.

Las alternativas se excluyen. El progatonista de *Grendel,* una novela de John Gardner, hizo una peregrinación para ver a un anciano sacerdote, quien debía revelarle los misterios de la vida. El sabio le dijo: «Lo malo es, en última instancia, que el tiempo está constantemente pereciendo, y que, para ser real, hace falta eliminar.» Resumió sus meditaciones sobre la vida formulando dos proposiciones simples y al mismo tiempo terribles, en unas pocas palabras devastadoras: «Las cosas se desvanecen: las alternativas se excluyen»[91]. El mensaje de este sacerdote me parece sumamente profundo. El hecho de que «las cosas se desvanecen» fue el tema subyacente de toda la primera parte de este libro, y el hecho de que «las alternativas se excluyen»

constituye una de las razones fundamentales por las que es tan difícil tomar decisiones.

Por cada «sí», tiene que haber un «no». Decidir una cosa significa siempre renunciar a otra. Como le decía un terapeuta a un paciente indeciso: «Las decisiones son costosas; nos cuestan todo lo demás»[92]. La renuncia acompaña invariablemente a la decisión. Uno tiene que renunciar a las opciones, algunas de las cuales no volverán a presentarse jamás. Las decisiones son dolorosas porque significan la limitación de las posibilidades; y, cuanto más se limiten, más cerca llega a estar uno de la muerte. De hecho, Heidegger definió la muerte como «la imposibilidad de toda otra posibilidad futura»[93]. La realidad de la limitación es una amenaza a uno de los principales medios que empleamos para contrarrestar la angustia existencial: la ilusión de que somos especiales; de que, aunque los demás estén sujetos a distintas limitaciones, nosotros estamos exentos, como seres especiales que somos, más allá de las leyes naturales.

Naturalmente, uno puede evitar la conciencia de la renuncia evitando antes la conciencia de las propias decisiones. Wheelis plantea la cuestión de una manera bellísima mediante una metáfora: la decisión es un cruce de caminos, y la renuncia un camino que no se ha tomado:

> Algunas personas pueden continuar impertérritas y ciegas por su camino, creyendo que han transitado por la ruta principal y que todas las intersecciones no han sido sino cruces secundarios. Pero proceder con conciencia e imaginación es recordar los caminos que nunca más volverán a cruzarse. Algunas se sientan en el cruce, sin tomar ninguno de los caminos, porque no pueden tomar los dos a la vez, alimentando la ilusión de que, si se sientan allí durante un tiempo suficientemente largo, los dos caminos terminarán por fundirse en uno solo, y así no tendrán que elegir. Una buena parte de la madurez y de la valentía se traduce en la capacidad para hacer este tipo de renuncias, del mismo modo que una buena parte de la sabiduría reside en la capacidad para ingeniárselas de tal manera que uno renuncie al menor número posible de alternativas[94].

El sentarse «en el cruce de caminos y no decidirse por ninguno de ellos, porque no pueden tomarse ambos» constituye una imagen particularmente acertada para definir la incapacidad del ser humano para renunciar a alguna de sus posibilidades. Las antiguas metáforas filosóficas ilustran el mismo dilema: el ejemplo de Aristóteles del perro hambriento que es incapaz de elegir entre dos porciones

igualmente atractivas de comida; o el conocido problema del asno de Buridán, una pobre bestia que muere de hambre en medio de dos haces de heno igualmente apetecibles[95]. En cada uno de estos casos, el animal no habría muerto si hubiera renunciado a alguna de las porciones; la salvación de cada uno de ellos consistía en confiar en su propio deseo y apoderarse del alimento que estaba a su alcance.

Esta metáfora es aplicable a aquellos pacientes que sufren parálisis de la voluntad, no sólo porque no pueden decir que sí, sino también porque no pueden decir que no. En un nivel inconsciente, rehúsan aceptar las implicaciones existenciales de la renuncia.

La decisión como experiencia límite. Para ser plenamente conscientes de la propia situación existencial, es necesario darse cuenta de la creación de uno mismo. El hecho de reparar en que uno se constituye a sí mismo, de que no hay absolutamente ninguna referencia externa y de que uno asigna al mundo un significado arbitrario, significa adquirir la conciencia de que uno carece de bases fundamentales.

La decisión lo sumerge a uno en este tipo de conciencia. La decisión, especialmente si es irreversible, constituye una situación límite de la misma forma en que lo es la conciencia de «mi muerte». Ambas actúan como catalizadores para desviar a la persona de sus actitudes cotidianas y enfrentarla a una actitud «ontológica», es decir, a un modo de ser en el que uno cuida de sí mismo. Aunque, tal como nos dice Heidegger, esta acción catalizadora y esta desviación son, en última instancia, benéficas y constituyen los prerrequisitos de una existencia auténtica, también pueden generar angustia. Si uno no está preparado, acaba por reprimir la decisión, igual que lo hace con la muerte.

Una decisión fundamental no sólo le enfrenta a uno a la angustia derivada de la carencia de bases, sino que también amenaza las propias defensas contra la angustia ante la muerte. Al enfrentarle a uno con la limitación de sus posibilidades, la decisión constituye un reto al mito que se tiene con respecto a la propia especialidad personal. La decisión, en la medida en que lo fuerza a uno a aceptar la responsabilidad personal y el aislamiento existencial, amenaza la propia creencia de que existe un salvador.

Una decisión importante también nos enfrenta al aislamiento existencial. Una decisión es un acto solitario y es *nuestro* propio acto, puesto que nadie más puede decidir por nosotros. Por tanto, muchos individuos sufren graves alteraciones como consecuencia de las

decisiones y, como veremos pronto, tratan de evitarlas obligando o persuadiendo a los demás para que decidan por ellos.

La decisión y la culpa. Algunos individuos tienen dificultades para decidir debido a la culpa, la cual, como señaló Rank, es perfectamente capaz de paralizar el proceso volitivo. La voluntad nace en un redaño de culpa. Según Rank, surge en un primer momento como contravoluntad. Los impulsos del niño topan con la oposición del mundo de los adultos, por lo que, originariamente, su voluntad surge para oponerse a esa oposición. Si tiene la mala suerte de que sus padres aplastan todas sus expresiones impulsivas, se llenará de culpa y experimentará todas las decisiones como acciones malas y prohibidas. Este individuo es incapaz de decidir porque siente que no tiene *derecho* a decidir.

Los caracteres masoquistas que están encerrados en una relación simbiótica con alguno de sus progenitores, tienen problemas especialmente agudos con la culpa y la decisión. Ester Menaker dijo que cada uno de estos pacientes tiene un progenitor que le dice: «No te atrevas a ser tú mismo, no tienes capacidad para ser tú mismo; necesitas de mi presencia para existir»[96]. Durante su desarrollo, estos individuos viven cualquier elección libre como un hecho prohibido, porque representa una violación del mandato del progenitor. En la edad adulta, las decisiones importantes le producen disforia, que emana del temor de la separación y de la culpa que siente por la transgresión de los deseos de la figura dominante.

La culpa existencial va más allá de la culpa tradicional, en la que el individuo se arrepiente de una transgresión, real o fantaseada, contra otro. En el capítulo VI afirmé que la culpa existencial proviene de las transgresiones en contra de uno mismo, y que emana del arrepentimiento y de la conciencia de que no se ha vivido plenamente la vida, de que no se han explotado todas las posibilidades que se tenían. También puede constituir un poderoso factor en el bloqueo de las decisiones, ya que una decisión importante de cambiar produce en el individuo un reflejo del desperdicio y del sacrificio que ha hecho de sí mismo y de toda su vida. La responsabilidad es una espada de dos filos: si uno la acepta con la propia situación vital y se decide a cambiar, quiere decir que uno es el único responsable de los fracasos anteriores y que, en realidad, *pudo* haber cambiado desde hacía mucho tiempo.

El caso de Bonnie, una mujer de cuarenta y ocho años a la que ya me referí brevemente en el capítulo IV, nos sirve de ilustración. Desde hacía muchos años, Bonnie padecía la enfermedad de Buerger, que

resulta de la oclusión de pequeños vasos sanguíneos en las extremidades. Existen pruebas médicas bien fundamentadas de que la nicotina es extremadamente tóxica para dicha enfermedad de Buerger: los pacientes que fuman aceleran el curso de la enfermedad y, generalmente, se hace incluso necesario amputarles uno o más miembros. Bonnie había fumado siempre y no podía —no quería— dejar de hacerlo. Varios tratamientos hipnóticos y conductistas habían fracasado: se mostraba incapaz —y muy poco deseosa— de tomar la decisión de dejar de fumar. En muchos sentidos, estaba convencida de que se había arruinado la vida por el hábito de fumar. Había estado casada con un hombre bastante despiadado y autoritario, quien hacía diez años la había dejado debido a su salud física. Era un destacado deportista, y llegó a la conclusión de que sería mucho más feliz con una pareja que compartiera sus actividades al aire libre. Acusaba a Bonnie de causar su propia enfermedad con su «sucio hábito» (como él lo llamaba) y le echaba en cara su falta de voluntad. En un momento dado, le planteó a Bonnie un ultimátum: «Escoge entre seguir fumando o seguir casada.» Como ella continuó fumando, él la dejó.

Cuando Bonnie y yo consideramos las razones por las cuales le era tan difícil dejar de fumar, uno de los puntos importantes que surgieron fue su convencimiento de que, si dejaba de fumar entonces, hubiera significado *que podía haber dejado de fumar mucho antes.* Este descubrimiento resultó ser de suma importancia. Siempre se había considerado a sí misma como una víctima: una víctima de la enfermedad de Buerger, de su hábito de fumar, y de un marido cruel e insensible. Pero, en realidad, su suerte estuvo siempre bajo su control, y tuvo que enfrentarse con el hecho de que era completamente responsable de su enfermedad, del fracaso de su matrimonio y del naufragio (como solía llamarlo) de su vida adulta. El decidirse a cambiar hubiera significado aceptar la culpa existencial, la culpa por la atrocidad que había cometido contra sí misma. A lo largo de la terapia, fue necesario ayudarla a comprender los presupuestos de tomar una decisión por sí misma, es decir, de no basar su decisión en los deseos de nadie más, ni de su marido, ni de sus padres, ni de su terapeuta. Tuvo que aceptar la culpa (y la consiguiente depresión) por haber obstaculizado su propio desarrollo, y la aplastante responsabilidad por sus acciones pasadas y por su futuro. La mejor manera —tal vez la única— de enfrentarse a la culpa, a la culpa por haber violado los deseos de otros o los deseos propios, es la expiación. Uno no puede retroceder; pero puede expiar el pasado alterando el futuro.

Métodos para evitar la decisión: manifestaciones clínicas

Como las decisiones son extraordinariamente difíciles y dolorosas para muchos individuos, no es extraño que se desarrollen mecanismos para evitarlas. El mecanismo más simple para evitar una decisión es retrasarla: todos los terapeutas tienen pacientes que se pasean, en medio de grandes tormentos, por delante de la puerta de la decisión. Pero existen muchos otros mecanismos, más sutiles, de evitar el dolor intrínseco de la decisión, los cuales permiten a la persona decidir, al mismo tiempo que esconde ante sí misma el hecho de estar decidiendo. Después de todo, lo que es doloroso es el *proceso,* no el contenido; y si uno puede decidir sin darse cuenta de que lo está haciendo, *tant mieux.* A la pregunta de «¿por qué son tan difíciles las decisiones?», respondí diciendo que por la renuncia, la angustia y la culpa que las acompañan. Para atenuar la conciencia del dolor de la decisión, es necesario construir defensas en contra de esas amenazas: una manera de evitar el sentido de la renuncia consiste en distorsionar las alternativas y/o evitar la angustia existencial y la culpa, con el fin de que otra persona tome la decisión.

Cómo evitar la renuncia

Negociar. Si la decisión es difícil debido a que la persona tiene que renunciar a una posibilidad al mismo tiempo que elige otra, la cuestión puede simplificarse arreglando la situación para renunciar a las menos cosas posibles. Por ejemplo, mi paciente Alice no podía tomar la decisión de divorciarse de su marido. Él, decidido a dejarla, se había mudado de la casa hacía un año; pero, de vez en cuando, regresaba para mantener relaciones sexuales con ella. Alice le echaba muchísimo de menos y algunas veces fantaseaba que volvía a conquistarle. Se las arreglaba para encontrarle en distintos sitios y se humillaba suplicándole que volvieran a probar la convivencia. Su raciocinio le hizo comprender que su matrimonio nunca había funcionado bien ni lo haría en el futuro, por lo que era preferible permanecer sola. No obstante, continuó otorgando al marido la preponderancia en la relación y se negó a considerar que también ella tenía derecho a opinar sobre el asunto. Tal como ella la contemplaba, su decisión consistía en elegir entre una relación cómoda de dependencia con su marido y un aislamiento doloroso.

Con la ayuda de algunas sesiones de consejo y apoyo, Alice pudo finalmente enfrentarse a su dilema relacionándose con otro hombre. Usándolo como apoyo, fue capaz de liberarse completamente de su marido. (Incluso, muy pronto, tomó la decisión culminante de demandarle ante los tribunales por negarse a pagar la pensión para su hijo.) Alice fue capaz de tomar estas decisiones sacando a flote los presupuestos profundos del asunto. Evitó la conciencia de la renuncia alterando la fórmula de la decisión: ya no tendría que escoger entre un marido (que no estaba disponible y que, en realidad, le daba motivos para despreciarle) y una situación de soledad; en su lugar, pudo elegir entre su marido y un hombre a quien amaba, decisión nada difícil de tomar.

En un sentido, la breve terapia de apoyo la ayudó, pues la liberó de la agonía de la indecisión. Pero, en otro, desperdició una oportunidad para crecer, evitando las implicaciones más profundas de su decisión. Por ejemplo, si hubiera estado dispuesta a enfrentarse a ellas, hubiera también podido enfrentarse al miedo a la soledad, a su incapacidad para vivir la vida de una manera autónoma y a su propensión a entregarse ante una figura masculina dominante. Lo cierto es que Alice aprendió muy poco con esta experiencia: unos cuantos meses después, volvió a hallarse en la misma situación. La relación con su amigo se había vuelto amarga y ella no podía terminarla, por lo que, una vez más, acudió a la terapia para sobreponerse a la crisis de decisión.

Devaluar la alternativa que no se escogió. A lo que tememos es a la libertad; y el sentido común, la experiencia clínica y la investigación psicológica indican que el sentido de la libertad (y el malestar) aumentan, cuando se perciben las distintas alternativas de una decisión como aproximadamente equivalentes. Por tanto, una estrategia cómoda para la toma de decisiones exige que la alternativa elegida se considere muy positiva y que la rechazada se contemple con muy pocos atractivos. El procedimiento consiste en magnificar, en un nivel inconsciente, las diferencias sutiles entre dos opciones más o menos equivalentes, de tal manera que la decisión entre ellas sea obvia y no represente ningún dolor. Así, las decisiones pueden tomarse sin esfuerzo, y la confrontación dolorosa con la libertad se puede evitar en gran medida.

Un paciente esquizoide, que tenía los afectos congelados, llevaba varios años con la «decisión» de no cambiar. Por razones ajenas a esta exposición, la posibilidad de cambio era para él monstruosa; en

consecuencia, se negaba a comprometerse con el trabajo terapéutico y se había elaborado una vida callada y aislada de todos. Vista de una manera objetiva, su elección era entre un aislamiento intra e interpersonal y una vida afectiva más expresiva y espontánea. Para continuar firme en su decisión de no cambiar, el paciente distorsionó sus opciones posibles y devaluó las alternativas a las que había renunciado, al mismo tiempo que sobrevaloraba la elegida. Contemplaba la supresión de los afectos como algo «digno» y «decoroso», y consideraba la espontaneidad como una «pérdida animal del control» en la que podía verse expuesto a sufrir un ataque de ira o de llanto. Otra de mis pacientes decidió mantener un matrimonio muy insatisfactorio porque la alternativa (que ella veía como una situación distorsionada y devaluada) era integrarse a la horda de las solteras, de las abandonadas y de las desadaptadas.

La investigación llevada a cabo por la psicología social confirma que la devaluación de la alternativa rechazada es un fenómeno psicológico común[97]. Cuando una persona toma una decisión, en la cual la alternativa elegida no tiene una clara ventaja sobre la rechazada, posteriormente experimenta un arrepentimiento. En la medida en que la alternativa le resulta atractiva, la persona experimenta una sensación incómoda («¿qué he hecho?») que con frecuencia se ha llamado «disonancia cognoscitiva»: esto es, la elección de la persona parece incongruente —«disonante»— con respecto al resto de sus valores. La teoría de la disonancia cognoscitiva sostiene que la tensión por ella producida es particularmente desagradable, por lo que la persona se enfrasca (aunque no de una manera consciente) en algún tipo de actividad que le permita reducirla[98]. Las investigaciones llevadas a cabo indican que son varios los mecanismos utilizados para aliviar el dolor de la renuncia. Un método bastante común es la distorsión de la información: uno está abierto a la información que aumenta el valor de la alternativa seleccionada y que resta valor a la rechazada; consiguientemente, uno se cierra ante la información que aumenta el atractivo de la alternativa rechazada y que se lo resta a la elegida[99].

Delegar la decisión en otra persona. Como ya he señalado antes, la decisión es también dolorosa porque, si se considera en profundidad, nos enfrenta, además de con la libertad, con el aislamiento fundamental, con el hecho de que cada uno de nosotros somos los únicos responsables de nuestra situación vital individual. Uno puede decidir, en última instancia, y evitar el dolor del aislamiento, si puede hallar y

persuadir a otra persona para que tome sus decisiones. Erich Fromm ha subrayado repetidas veces que los seres humanos han mostrado siempre una actitud especialmente ambivalente hacia la libertad. Aunque luchan denodadamente por ésta, rápidamente se someten ante cualquier régimen totalitario que les promete quitarles de encima el peso de ella y de la decisión. En este sentido, el líder carismático —aquél que toma decisiones de una manera rápida y confiada— no tiene problemas para reclutar súbditos.

En la terapia, los pacientes luchan por engatusar o persuadir al terapeuta para que tome las decisiones por ellos; por lo que una de las principales tareas de éste es resistirse a dichas manipulaciones. Para manipular al terapeuta, el paciente puede exagerar su desamparo y ocultar las manifestaciones de su propia fortaleza. Muchos pacientes que se debaten en medio de una crisis de decisión, escrudiñan cada sílaba, gesto o cambio de posición del terapeuta, como si cada uno de estos indicios fuera la expresión de un oráculo; lo analizan todo, en las evocaciones que llevan a cabo después de las sesiones, para interpretar cada palabra como una posible pista para llegar a una decisión apropiada. Independientemente de su nivel de preparación, los pacientes anhelan en secreto contar con un terapeuta que les proporcione apoyo y guía. La ira y la frustración que experimentan en todos los procesos terapéuticos, surgen particularmente cuando empiezan a comprender que el terapeuta no va a librarle del peso de la decisión.

Existen incontables estrategias para lograr que otra persona decida por uno. Un matrimonio amigo mío se divorció recientemente, estando los dos convencidos de que era el otro el que había tomado la decisión. Ella no pidió el divorcio, pero le comunicó a su marido que se había enamorado de otro hombre. Tal como se esperaba y de acuerdo con sus propios patrones personales, el marido llegó automáticamente a la conclusión de que debían divorciarse, y así lo hicieron. Ambos trataban de aliviar el dolor de tener que decidirse (y el dolor del arrepentimiento posterior a la decisión), por lo que llegaron a la conclusión de que la decisión la había tomado el otro. La esposa sólo había confesado que amaba a otro hombre; no había pedido el divorcio. El marido creía que ella, por su declaración, había tomado una decisión *de facto*.

Uno puede evitar una decisión posponiéndola hasta que alguien la tome o se resuelva gracias a un agente externo o circunstancia. Aunque el individuo puede no darse cuenta de que está tomando una

decisión —por ejemplo, suspender una asignatura—, en realidad va posponiendo la decisión de fracasar y colocándola en manos de su profesor. De forma similar, podría parecer que el jefe ha decidido despedir a un empleado, cuando, en realidad, es este mismo quien, trabajando inadecuadamente, ha tomado la decisión encubierta de dejar el empleo. Un individuo puede ser incapaz de decidir el fin de una relación, pero fuerza al otro a tomar la decisión mostrándose frío, indiferente o esquivo.

En un caso ya mencionado, una mujer expresaba su deseo de descubrir a su marido en la cama con otra mujer, para así poder dejarle. Es evidente que deseaba abandonar a su marido, pero que no podía transformar el deseo en acción: el dolor de la decisión (o la anticipación de un arrepentimiento posterior) era demasiado grande. Por tanto, tenía la esperanza de que él, desatendiendo una regla básica de la relación, se decidiera por ella. No obstante, no se limitaba a esperar y desear. Descubrió muchas otras maneras de acelerar la decisión, pero ocultándose a sí misma el hecho de que era ella quien estaba decidiendo. Por ejemplo, aumentó sutilmente la distancia que ya existía entre ambos y se negó a mantener relaciones sexuales; incluso llegó a decirle, de una manera encubierta, que podía buscar otra mujer.

Otro paciente, llamado George, presentaba un problema similar: era incapaz de asumir la responsabilidad de una decisión abierta. Tenía conflictos especialmente graves por su relación con una amiga: se sentía plenamente satisfecho de su relación sexual con ella, pero le disgustaba en muchos otros aspectos. Se negaba a tomar una decisión al respecto: a decir no y terminar la relación, o a decir sí y comprometerse a mejorarla. En consecuencia, se vio forzado a «encontrar» una decisión, sin tener que «tomarla». Inconscientemente, decidió forzar a la mujer para que ella decidiera. Se ausentaba de su casa lo más posible, de manera que ella no pudiera telefonearle; o, «accidentalmente», olvidaba limpiar su coche, de forma que siempre quedaban objetos de otra mujer (colillas de cigarrillos, horquillas para el pelo, etc.). Sin embargo, si durante ese período alguien le hubiera dicho que era él quien había decidido terminar la relación, lo hubiera negado rotundamente.

Su amiga no tomó la decisión de terminar la relación; por el contrario, le presionaba cada vez con más insistencia para que iniciaran una convivencia. En ese punto, George trató de que otras personas decidieran por él. Perseguía a todos sus amigos solicitando

sus consejos y, en múltiples ocasiones, persuadió al terapeuta para que tomara las riendas de la cuestión. Cuando, finalmente, éste logró que examinara a fondo su conducta, George hizo un comentario interesante: «Si alguien más toma la decisión, no me veré comprometido en el esfuerzo que implica una decisión.» (Un grupo de investigadores en psicología social concluye que un individuo que participa en una decisión —como, por ejemplo, un proceso democrático—, asume la responsabilidad de llevar a cabo el trabajo que ella implica, en contraste con la postura relativamente apática o de resistencia que uno adopta ante la decisión que otra persona le obliga a uno a tomar.)

George sabía que era conveniente para él terminar la relación. (También lo era para su amiga; pero, durante largo tiempo, él se aferró a la idea de que no quería hacerle daño, como si fuera menos dañino el proceso largo y doloroso de su rechazo.) Sin embargo, no podía decidirse y se atormentaba a sí mismo porque no podía encontrar a otra persona que decidiera por él.

Muchos pacientes llevan a cabo un *acting-out* durante la terapia para persuadir a los terapeutas a que decidan por ellos. Uno de ellos, llamado Ted, también psicoterapeuta, estuvo luchando durante meses con sus profundas necesidades de dependencia. Su terapeuta pudo comprobar en una ocasión las dificultades de ser el propio padre y la propia madre. (Esta cuestión, expresada en múltiples formas, tiene que plantearse en toda investigación terapéutica existencial acerca de la libertad.) En la siguiente sesión, mostrándose extraordinariamente alterado, anunció que había «perdido el control» y que había estado a punto de tener una relación sexual con una de sus pacientes; en consecuencia, expresó que necesitaba que alguien le «tocara el silbato». Esta situación se traducía en una fuerte tentación para que el terapeuta tomara las decisiones por Ted. Después de todo, ¿cómo puede un terapeuta responsable permanecer pasivo y permitir que un paciente le haga daño a otro y, de paso, arruine su propia carrera profesional?

Como terapeuta, decidió examinar todos los aspectos del *acting-out,* resultando evidente que Ted no había perdido totalmente el control, sino que había tomado varias decisiones que indicaban que estaba asumiendo un cierto grado de responsabilidad. En lugar de relacionarse con una paciente psicótica en situación limítrofe, había «escogido» a una paciente madura e íntegra a punto de terminar una terapia de tres años. Más aún, aunque había violado el código ético

profesional, en realidad había ejercido sobre sí mismo un control antes de llegar a un acto sexual completo, y había preferido analizar la situación en su terapia personal. A la postre, como individuo, le resultó más rentable que el terapeuta se negara a dejarse manipular y a tomar la decisión por Ted («tocar el silbato»), y que insistiera en demostrarle a éste que, aunque resultara espantoso tomar sus propias decisiones, estaba perfectamente capacitado para hacerlo.

Delegar la decisión en un agente externo. Una manera muy antigua de decidir era consultar la suerte, ya sea a través de la cartomancia, las hojas de té, el *I Ching,* los cambios meteorológicos o cualquier otro método de predicción. Lo importante era que, al transferir la decisión a un agente externo, el individuo se ahorraba el dolor existencial inherente a la misma. Una versión moderna de la absoluta confianza en la suerte se encuentra en la novela *The Dice Man,* de Luke Rhinehart, en la cual el protagonista toma una decisión fundamental: dejar todas las otras decisiones al azar de un dado[100]. A partir de entonces, se limita a confeccionar una lista de opciones y a dejar que los dados decidan. Es cierto que algunas decisiones tienen que hacerse con relación a cuáles son las opciones que van a formar parte de la lista, pero se trata de decisiones menores que no implican ningún compromiso, ya que cada opción tiene muchas posibilidades en su contra. La explicación racional de la conducta de este individuo es que muchos aspectos de su personalidad sufren constantemente alteraciones como consecuencia del «gobierno de la mayoría» que ejercen sus otros rasgos. Al delegar la decisión en el dado, está dando oportunidad a cada una de sus partes para que exista. No obstante, Rhinehart le presenta como un héroe existencial —un individuo que se entrega a la libertad total, al azar y a la contingencia, aunque también pueda contemplarse en la forma exactamente opuesta— que se ha sometido a la libertad y a la responsabilidad. En realidad, cada vez que se le pide que dé cuenta de algún acto particularmente decisivo, sólo tiene una respuesta: «Los dados me dijeron que lo hiciese.»

Las normas constituyen otro medio útil para tomar decisiones; el hombre siempre ha buscado la comodidad que éstas ofrecen para que le alivien del dolor de tener que decidir. Los judíos ortodoxos que siguen las quinientas trece leyes judáicas, tienen que tomar muy pocas decisiones, pues casi toda su conducta se halla prescrita en ellas, incluyendo los rituales diarios que acompañan a las pequeñas acciones cotidianas y también a las crisis vitales importantes. Las

normas de las sociedades tradicionales suelen coartar la iniciativa y limitan la ambición y la elección, pero ofrecen un alivio reconfortante ante decisiones tales como: ¿Con quién me voy a casar? ¿Debo divorciarme? ¿Qué carrera debo seguir? ¿Cómo debo emplear mi tiempo libre? ¿A quién debo favorecer?, y así sucesivamente.

Bugental, al describir el tratamiento de una paciente que ocupaba el cargo de decana en una universidad, proporciona un hermoso ejemplo de cómo las «reglas» le ayudan a uno a evitar una decisión:

> La decana Stoddert sonrió comprensivamente, pero con un cierto dejo de tristeza, a la muchacha, mientras le decía: «Ahora comprendo por qué te has comportado de la forma que lo hiciste, pero tú también tienes que comprender que yo no tengo elección en este asunto. Si hiciera una excepción contigo, debería hacer lo mismo con todas las demás muchachas que presenten una buena excusa por haber quebrantado las normas. Así, éstas dejarían de tener ningún sentido, ¿no te parece? En consecuencia, aunque lo siento muchísimo, debo castigarte obligándote a permanecer en el recinto de la escuela durante un mes.»
>
> La estudiante observó a la decana con sumo aprecio a través de sus lágrimas: «Me alegra saber que usted me comprende; pero su decisión no me parece justa, considerando las circunstancias. Su castigo hará que pierda mi empleo, y no sé si mi papá podrá mantenerme con sus medios en la escuela.» La decana se mostró una vez más comprensiva, pero le hizo comprender que no tenía elección.
>
> Cuando la muchacha se fue, Margaret Stoddert quedó sumida en un mundo de sentimientos contradictorios. Por un lado, sentía una cierta satisfacción al ver que, finalmente, había dominado sus sentimientos y equilibrado su juicio, hasta el punto de haber podido permanecer firme como los reglamentos indicaban. Durante tantos años se había dejado llevar por su simpatía, que casi nunca había podido combinar la comprensión con la aplicación justa de las reglas...
>
> Margaret reflexionó sobre el tremendo conflicto que le había supuesto encarar la situación como acababa de hacerlo. Sin embargo, por muy extraño que le pareciera, no se sentía satisfecha. Aunque continuara repitiéndose que había obrado correctamente, sentía un vago malestar. Más tarde, ese mismo día, en mi consulta, comentaba: «No sé qué es lo que me sigue inquietando cuando pienso en esta entrevista, me siento molesta al recordarla. Y no puedo olvidarla. Es como si se me hubiera escapado algo, pero no puedo descubrir de qué se trata...»[101]

Tal como señala Bugental, Margaret, en lugar de administrar las reglas, se había dejado administrar *por* ellas. En su decisión, había considerado que «las reglas tienen una significación en sí mismas»,

que las reglas y la ecuanimidad trascienden la comprensión y las necesidades humanas. En pocas palabras, consideraba peligroso ejercer su capacidad de elección. Su explicación racional era que «si hago una excepción con usted, debería hacer lo mismo con todas las demás muchachas que presenten una buena excusa por haber quebrantado las normas».

Pero, ¿por qué? ¿Por qué debe prevalecer la ecuanimidad sobre todas las demás consideraciones? No; había otras razones más urgentes para que Margaret acatara las reglas, aunque estas razones no aparecen explícitamente en el informe clínico: es evidente que, al evitar la decisión, Margaret evitaba desempeñar un papel de «persona que toma decisiones». Acariciaba la cómoda ilusión de que existe una referencia externa absoluta, de que existen el bien y el mal tal como alguien los ha prescrito. Con esto, evitaba el aislamiento existencial inherente a su situación «real», a saber, el hecho de que ella misma había formado su mundo y le había otorgado una estructura y un significado.

La decisión: estrategia y técnicas clínicas

La decisión desempeña un papel fundamental en toda terapia eficaz. Aunque el terapeuta no la enfoque directamente o haga caso omiso de ella, e incluso si cree que el cambio lo promueve la exhortación, o la interpretación, o la relación terapéutica, es siempre la decisión la que pone en marcha la maquinaria del cambio. Ningún cambio tiene lugar sin esfuerzo, y la decisión es el gatillo que lo dispara.

Consideraré a continuación varios enfoques terapéuticos sobre el problema de la decisión, tanto consciente como inconsciente. Algunos pacientes acuden a la terapia en el doloroso proceso de tomar una decisión; otros, en el transcurso de la misma, experimentan varias crisis por verse obligados también a tomar alguna decisión; y otros, en fin, ante los problemas que se les presentan en el futuro, se muestran incapaces de tomarlas. Aunque el terapeuta no formule la dinámica del paciente con relación a sus problemas para decidir, su objetivo es, tal como mencioné al principio de la parte segunda, «llevar al paciente hasta el punto en el que pueda efectuar una elección libre».

Enfoques terapéuticos sobre la decisión: niveles conscientes. Beatrice, integrante de una terapia de grupo, me pidió una sesión

urgente debido a que se encontraba en una aguda crisis por no poder tomar una decisión. Hacía tres meses que había invitado a su novio a vivir con ella; aunque, cuando se lo sugirió, se sobrentendía que sería por unos pocos días, pues él, italiano, debía regresar a su país al mes siguiente. Sin embargo, retrasó la fecha de su partida, y la relación entre ambos se deterioró rápidamente. Él se pasaba el día bebiendo, la insultaba e, incluso, le pidió prestadas grandes sumas de dinero, además de su coche y apartamento. Beatrice experimentó una gran angustia y malestar por su incapacidad para actuar. Finalmente, después de varias semanas de lucha con su problema, le pidió que se marchara; pero él se negó, alegando que no tenía ni casa ni dinero. Más aún, puesto que ella no había firmado un contrato por el apartamento, arguyó que tenía tanto derecho como ella a quedarse. Lo primero que pensó Beatrice fue llamar a la policía, pero se dio cuenta de que no lograría nada precisamente por no tener el contrato. Por otra parte, temía que él se enfadase y no controlara sus impulsos, pues tenía un genio muy fuerte.

¿Qué hacer? Si le pedía que se marchara, era capaz de agredirla o de destruir sus muebles o su coche. Además, ella deseaba terminar la relación de manera que él continuara queriéndola. ¿Qué hacer?

Beatrice se mostraba como paralizada. Su alteración era de tal magnitud cuando la recibí, que lo primero que pensé fue hospitalizarla. Intenté enfrentarla directamente con el pánico que experimentaba ante la decisión, preguntándole repetidas veces: «¿Con qué alternativas cuenta?» Al principio ella creía que no tenía ninguna; pero, como yo insistiera, acabó por enumerar varias opciones: podía enfrentarse a él de una manera más abierta, sincera y enérgica de lo que lo había hecho hasta entonces. Podía decirle que ésta había sido una experiencia devastadora para ella y que estaba decidida a no pasar otro día más con él. Podía insistir en que él se marchara y buscar consejo legal y protección policíaca. Podía procurarse la ayuda de varios de sus amigos para enfrentarse a él. Podía también mudarse del apartamento y marcharse, por ejemplo, a vivir con su hermana, y así sucesivamente. Una vez que hubo terminado de enumerar sus opciones, Beatrice dejó de sentirse atrapada, su parálisis disminuyó y fue incluso capaz de planear su actuación.

El análisis de esta sesión nos lleva a consideraciones que no están directamente relacionadas con el tema que estamos tratando, pero sirven de gran ayuda para clarificar los problemas clínicos que intervienen en la toma de una decisión. Lo cierto es que, como dije,

Beatrice experimentó una gran mejoría. Examinó todas las opciones y eligió enfrentarse a su novio. Se armó de valor y, aunque con gran pánico, le dijo que no podía soportar más la situación, que se marchase. A pesar de que ya se lo había pedido otras veces, es evidente que el mensaje no le había llegado antes, porque esta vez accedió inmediatamente. Recogió todas sus pertenencias, encontró otro apartamento y le dijo que se iría al día siguiente.

Esa noche ella aceptó cenar con él por última vez y, en el transcurso de una conversación que mantuvieron él comentó en tono muy conmovedor que era una lástima que dos personas maduras, que se sentían tan atraídas mutuamente, no pudieran encontrar la manera de vivir juntas en armonía y amistad. A lo que Beatrice respondió: «A mí también me gustaría que así fuera.» En consecuencia, deshicieron las maletas y él se volvió a instalar en el apartamento.

Durante la siguiente sesión de la terapia de grupo, cuatro días más tarde, Beatrice hizo un breve relato del incidente. Habló de una pequeña discusión, de una entrevista decisiva que había tenido conmigo, de una decisión de pedir a su novio que se marchase, de una reconciliación y de la mejoría que había experimentado la relación entre ambos. No dijo ni una sola palabra acerca de su profunda angustia, de los abusos de que había sido objeto, de la bebida, de su explotación financiera y de las amenazas que había recibido. Yo me quedé boquiabierto con su relato: cuando ella terminó, comuniqué al grupo que yo también había tenido una importante experiencia la pasada semana y que deseaba compartirla con ellos. Comencé a describirla con estas palabras: «Vino a verme una joven extraordinariamente angustiada...», y continué narrando mi propia versión de la sesión. Nuestros relatos resultaron tan diferentes que el grupo tardó varios minutos en darse cuenta de que Beatrice y yo habíamos descrito el mismo incidente.

¿Por qué distorsionó Beatrice la información? Inconscientemente, debía pensar que si proporcionaba al grupo y *a sí misma* una imagen verídica de la relación, los demás miembros llegarían a la conclusión de que debía terminar la relación. (En realidad, todos sus amigos se lo habían aconsejado. Entre los comentarios más moderados, escuchó los siguientes: «¡Echa de tu casa a ese desgraciado!», «¡Deshazte de esa basura!», «¿Por qué aguantas a esa piltrafa humana?») En un nivel profundo, se daba cuenta de que había tomado una decisión irracional, que no le convenía. Pero *había tomado* una decisión, y quería evitar la angustia de la disonancia cognoscitiva. Como

consideraba valiosas las opiniones de los restantes miembros del grupo, para su propia comodidad les había ocultado los hechos que seguramente les inducirían a pensar que había tomado una decisión errónea.

Como se recordará, durante la sesión individual urgente que mantuvimos, había logrado aliviar su pánico ayudándola a considerar las opciones posibles. Esta técnica suele ser efectiva para combatir el miedo a la decisión, pero es importante que el terapeuta recuerde que es *el paciente,* y no él, quien tiene que enumerar las opciones y elegir entre ellas. Al ayudar a los pacientes a comunicarse de una manera efectiva, una de las primeras cosas que les enseñan los psicoterapeutas es que uno «posee» sus propios sentimientos. Lo mismo puede decirse de las decisiones: *uno posee sus propias decisiones.* Una decisión hecha por otra persona, no es ninguna decisión: uno no se ha comprometido con ella; y si se ha comprometido, no ha tenido lugar ningún cambio en el proceso de la toma de decisiones, es decir, que este cambio no se extenderá a la siguiente decisión. El terapeuta debe resistirse ante las súplicas del paciente para que decida por él: este hecho es muy frecuente en el caso de los terapeutas principiantes. Cuando esto sucede, terminan por sentirse desilusionados, además de traicionados, al ver que el paciente no se compromete a la decisión. Si el terapeuta asume en nombre del paciente el cargo de tomar las decisiones, todo el enfoque de la terapia se desvía, del área crucial de la responsabilidad y de la decisión, a la de la obediencia y reto a la autoridad.

Es importante recordar que la decisión no concluye simplemente con el hecho de elegir una opción o con la incapacidad para elegirla. El individuo tiene que volver a decidir una y otra vez. El fracaso en la tarea de cumplir una decisión no es «definitivo», no tiene por qué tener consecuencias en la siguiente decisión; aparte de que es mucho lo que hay que aprender con cada fracaso. A veces el paciente no está preparado o no es capaz de tomar una decisión: o las alternativas son demasiado similares, o su angustia y anticipación del arrepentimiento son desmedidas, o su conciencia del «significado» de una decisión es demasiado limitada (como veremos dentro de poco). En tales casos, el terapeuta puede proporcionar un gran alivio a su paciente desaconsejándole que decida en ese momento.

La capacidad de muchos pacientes para decidir se paraliza como consecuencia de los siguientes planteamientos: ¿Y si dejo este trabajo y no puedo encontrar otro? ¿Y si dejo solos a mis hijos y les sucede

algo? ¿Y si mi médico descubre que he acudido a la consulta de otro? Un análisis racional y sistemático de las posibilidades suele servir de mucha ayuda en estos casos. El terapeuta puede, por ejemplo, pedirle al paciente que considere, uno por uno, el escenario de sus planteamientos, sus posibles consecuencias y ramificaciones, y que, después, experimente y analice los sentimientos que vaya experimentando.

Aunque estos enfoques conscientes son muy útiles, tienen bastantes limitaciones: en el nivel subterráneo, el individuo tiene un dilema con respecto a la toma de una decisión, por consiguiente es inmune a un enfoque racional. Creo que fue Aristóteles quien dijo, hace dos mil años, que la suma total es mayor que el simple agregado de sus partes. La sabiduría popular ha reflejado siempre este conocimiento; un buen ejemplo es el chiste de los judíos alemanes sobre el muchacho al que le repugnaba el *kreplach,* un pastel relleno de carne. La madre, tratando de quitarle al chico su repugnancia, con gran esmero, se puso un día a preparar un *kreplach,* mientras él la observaba en la cocina. Con gran paciencia, le fue mostrando y comentando cada uno de los ingredientes: «¿Ves? Le pongo la harina, los huevos y la carne» y así sucesivamente. Como el muchacho le diera entonces su aprobación al pastel, su madre añadió: «Bueno, entonces se acabó el problema: ya sabes qué ingredientes lleva el *kreplach.*» Pero en cuanto escuchó la palabra *kreplach,* el chico sintió enseguida ganas de vomitar.

Enfoques terapéuticos sobre la decisión: niveles inconscientes. ¿Cómo puede el terapeuta enfocar los aspectos inconscientes de la toma de decisiones, es decir, aquello que Farber denominaba «el primer reino de la voluntad»? La respuesta es: de una manera indirecta. Por mucho que lo deseen, los terapeutas no pueden crear la voluntad ni el compromiso, no pueden mover el interruptor de la decisión ni inspirar resolución a los pacientes; pero sí pueden influir sobre los factores que condicionan la voluntad. Nadie padece de una carencia congénita de voluntad. Una parte de la herencia constitucional, como han señalado sabiamente Robert White[102] y Karen Horney[103], lo constituye el impulso a hacer cosas, a dominar el medio ambiente, a convertirse en aquello de que uno es capaz. La voluntad está bloqueada por diversos obstáculos que surgen en el proceso del desarrollo infantil; más adelante, estos obstáculos se interiorizan y el individuo se muestra incapaz de actuar, aunque no exista ningún obstáculo objetivo en su camino. La tarea del terapeuta es ayudarle a eliminar esos obstáculos. Una vez logrado esto, el individuo se desarrollará de forma natural, igual que una bellota se transformará

en un roble[104]. *De este modo, la tarea del terapeuta no es crear la voluntad, sino barrer los obstáculos que le impiden desarrollarse.*

Referiré las diferentes maneras de enfocar esta tarea. El terapeuta tiene que ayudar primero al paciente a caer en la cuenta de la inevitabilidad y omnipresencia de la decisión. Debe ayudarle a «enmarcar» o contemplar una determinada decisión y, después, a considerar las implicaciones más profundas (el «significado») de la decisión. Finalmente, mediante el conocimiento interno, intentará despertar su voluntad adormecida.

La inevitabilidad y la omnipresencia de la decisión. Uno no puede evitar la toma de decisiones. Aunque nos gustaría que fuera de otro modo, éstas son inevitables. Es cierto que uno se forma a sí mismo, y de ello se desprende que las decisiones son átomos del ser que uno crea. La aceptación de las propias decisiones es un primer paso en la tarea de la aceptación de la responsabilidad. En etapas posteriores, el trabajo terapéutico consistirá en afinar y profundizar en el conocimiento interno. Se ayuda al paciente no sólo a asumir la responsabilidad, sino a descubrir, una por una, todas las tácticas que emplea para evitarla.

Si uno acepta plenamente la ubicuidad de las propias decisiones, se está enfrentando a la propia situación existencial de una manera auténtica. El retraso es una decisión, como lo son el fracaso, la bebida, el dejarse seducir, explotar o atrapar. Uno decide incluso el hecho de permanecer vivo. Nietszche dijo que, sólo después de haber considerando realmente la posibilidad de suicidarse, el ser humano toma la vida con seriedad. Muchas pacientes cancerosas con las que he trabajado han pasado por adrenalectomías (lo cual forma parte del programa de tratamiento para el carcinoma metastásico de los senos) y deben tomar diariamente una dosis de cortisona. Muchas de ellas la toman de modo tan automático como quien se cepilla los dientes; otras, en cambio, son muy conscientes de que todos los días están tomando la decisión de mantenerse vivas. Mi impresión es que la conciencia de esta decisión enriquece la vida y estimula a uno a comprometerse en la tarea de vivir lo más plenamente posible.

Algunos terapeutas refuerzan la conciencia que tienen los pacientes de la omnipresencia de las decisiones, recordándoles las decisiones que es necesario tomar con relación a la terapia. Tal como hemos visto, Kaiser recomienda un esquema terapéutico «sin condiciones» de ninguna especie, y Greenwald insiste en que los pacientes deben en todo momento tomar decisiones sobre el esquema terapéutico; por

ejemplo, si desea o no analizar sus sueños, cuántas sesiones quiere a la semana, y así sucesivamente[105].

Los terapeutas deben ayudar a sus pacientes a adquirir una conciencia de las metadecisiones (esto es, las decisiones acerca de las decisiones), pues algunos tratan de restarles importancia creyendo que han decidido no tomar ninguna. En realidad, lo que han decidido es no tomar ninguna decisión *activa.* Uno no puede evitar por completo las decisiones, pero sí puede decidir tomar únicamente las *pasivas,* como, por ejemplo, dejar que otro decida por uno. Creo que la manera de tomar decisiones es de suma importancia. Un enfoque activo de la decisión suele ir acompañado de una aceptación activa de las propias capacidades y recursos.

Muchos de los pacientes a los que me he referido anteriormente, sirven para ilustrar este principio. Por ejemplo, Beatrice, cuyo novio se negaba a abandonar su apartamento, tenía muy pocas dudas acerca de cuál era la decisión que más le convenía. Cuando le pedí que imaginara cómo se sentiría un mes después de que, finalmente, su novio abandonara el país, me respondió con toda sinceridad: «¡Sumamente feliz!» La paciente que deseaba encontrar a su marido en la cama con otra mujer, tampoco tenía dudas acerca de lo que realmente quería. Sin embargo, cada una de estas mujeres se resistía a tomar una decisión activa para dejar al hombre de su vida: logrando que otra persona tomara la decisión por ellas, habían tomado la decisión de decidir de forma pasiva. No obstante, ambas tuvieron que pagar un precio por la decisión. Las dos tenían muy poca estimación de sí mismas, y su manera de evitar las decisiones aumentaba aún más este autodesprecio. Para sentir aprecio por sí mismo, uno tiene que comportarse de una forma que le inspire cierta admiración.

Mi paciente Bill padeció grandes tormentos durante el año que precedió a la ruptura de su relación con una mujer llamada Jean. Yo había insistido mucho en que era muy importante la *forma* de tomar la decisión, pero él negaba que estuviera tomando alguna. Argumentaba que no podía decidirse a romper la relación porque Jean le aliviaba considerablemente de su agotador empleo. Si yo le recordaba entonces que era él quien la había invitado a ayudarle por las noches en su oficina, añadía que Jean era un apoyo maravilloso en épocas de crisis. Pero yo le insistía: era él quien había elegido entrar en una crisis (por ejemplo, dejando vencer innecesariamente el plazo de entrega de un trabajo, como consecuencia de lo cual había tenido un enfrentamiento muy humillante con su jefe) y también quien había elegido

libremente contarle a Jean que estaba en una crisis y, en consecuencia, pedirle ayuda.

Finalmente, Bill decidió terminar la relación, pero continuó ocultándose a sí mismo la decisión, la cual consistía en decidir de forma pasiva, en persuadir a Jean de que terminara la relación. Eligió un plan de separación sutil y gradual: acabó por ofrecerle tan pocas satisfacciones, que ésta le dejó por otro hombre. Ya había pasado por este proceso en muchas otras ocasiones, sintiéndose siempre rechazado y despreciado. El problema primordial de Bill era que sentía un gran desprecio por sí mismo; uno de los objetivos más importantes de su proceso terapéutico consistió en ayudarle a comprender que su manera cobarde de tomar las decisiones contribuía a su autodesprecio.

Cómo enmarcar una decisión. Al señalar la diferencia entre los dos reinos de la voluntad (el consciente y el inconsciente), Farber refiere que uno puede decidir «irse a la cama, pero no dormirse»[106]. En algunas ocasiones, el terapeuta puede influir sobre los niveles más profundos de la voluntad cambiando el marco de una decisión, proporcionando al paciente una perspectiva diferente sobre la decisión. Ilustraré este punto relatando una experiencia propia.

Hace muchos años sufrí una crisis de insomnio bastante grave. Al estar relacionado con la tensión, se exacerbaba espantosamente cada vez que tenía que viajar para pronunciar una conferencia. Así, me sentía especialmente inquieto por un viaje que debía efectuar a Cleveland, pues, en una ocasión, pasé en ella una larga y dolorosa noche sin pegar un ojo. Esta aprensión, como es obvio, dibujaba un círculo vicioso: la angustia por no dormir produce insomnio.

Como siempre he aprovechado los episodios psíquicos de mi vida personal para experimentar los distintos enfoques terapéuticos, decidí consultar en esta ocasión a un terapeuta conductista. En las cuatro o cinco sesiones que tuvimos, empleamos un enfoque sistemático de desensibilización y una técnica de relajación muscular con ayuda de cintas grabadas; pero todo resultó inútil. Un día, al terminar la sesión, mi terapeuta hizo un comentario que resultó ser decisivo. Apuntó: «Cuando haga la maleta para ir a Cleveland, no se olvide de meter un revólver.» «¿Por qué?», le pregunté. «Bueno», respondió indiferente, «Si no puede dormir, siempre podrá pegarse un tiro». Este comentario tuvo en mí una profunda repercusión; incluso ahora, después de varios años, sigo considerándolo como una maniobra terapéutica sumamente acertada.

¿Por qué resultó tan eficaz? Es difícil explicarlo con exactitud, pero

fue como ponerle un marco nuevo a la situación y colocarla en una perspectiva existencial primordial. Esto mismo lo he observado en los pacientes que tienen un encuentro importante con la muerte. En el capítulo II, me referí a una paciente que padecía de cáncer avanzado y me comentaba que su confrontación con la muerte le había permitido «tomar a la ligera las cosas triviales de la vida» y dejar de hacer las cosas que no deseaba hacer. Como resultado de un encuentro con la muerte, estos pacientes han podido quitar el marco que rodeaba a su vida cotidiana y experimentar la escasa importancia que tienen, desde la perspectiva de un único ciclo vital, las decisiones cotidianas.

Si sólo queda a la vista una parte pequeña de un enorme tapiz, los detalles de esa parte quedan realzados y adquieren una expresión más vívida; pero después, en cuanto queda al descubierto el resto del tapiz, se empequeñecen de nuevo. De modo similar, la técnica del «cambio de perspectiva» constituye un proceso que obliga a quitar el marco y a investigar. Pero, *¿de qué forma* quita el marco el terapeuta para dejar al descubierto el tapiz de la existencia? Algunos recurren directamente a la razón. Por ejemplo, Viktor Frankl, un terapeuta existencial, pidió a éste que meditara acerca de la parte medular de su ser y que trazara un círculo alrededor de ella; después de lo cual le hizo comprender que las decisiones que le atormentaban estaban situadas fuera de este núcleo central y que, por tanto, pertenecían a una parte secundaria de su propio ser.

No obstante, estas llamadas a la razón suelen resultar poco efectivas para el cambio de perspectiva. Lo que se requiere generalmente es una confrontación inmediata con una situación limítrofe, la cual impulse al individuo a conocer su situación existencial. Por consiguiente, muchas de las técnicas a las que me referí en el capítulo V, destinadas a confrontar la propia mortalidad, influyen también en el proceso de la toma de decisiones.

El significado de la decisión. Toda decisión tiene un componente consciente y visible y uno subterráneo, sólido e inconsciente. Cada una posee su propio dinamismo y constituye una elección entre varios factores, algunos de los cuales quedan más allá del campo de la conciencia. Para ayudar a un paciente atormentado por la necesidad de tomar una decisión, el terapeuta tendrá que investigar sus significados subterráneos e inconscientes. Nos servirá de ilustración el caso de Emma, una paciente viuda de sesenta y seis años.

Emma acudió a la terapia debido a la angustia que sentía por tener que decidir si vendía o no su casa de verano, una lujosa residencia

campestre situada a doscientos cuarenta kilómetros de su domicilio habitual. La casa en cuestión requería una atención constante en materia de jardinería, mantenimiento, protección policial y sirvientes, así como un gasto considerable para conservarla en buen estado. Todo esto resultaba excesivo para una anciana frágil y de escasa salud. Pero, por otra parte, había que tener en cuenta el asunto financiero. ¿Se encontraba el mercado en su mejor momento para realizar una venta? ¿Continuaría aumentando el valor de la casa? ¿Podría invertir el dinero en algo más rentable? Emma meditaba incesantemente estas cuestiones. Pero, por muy importantes y complejas que éstas fuesen, a mí me parecía que no eran suficientes para explicar su profunda confusión. Por consiguiente, decidí explorar el significado profundo de su decisión.

Su marido había muerto un año antes y ella continuaba en duelo. Habían pasado juntos muchos veranos en la casa y todas las habitaciones conservaban huellas de la presencia del marido. Pocos eran los cambios que se habían realizado, en todos los rincones y armarios había objetos, incluso prendas de vestir, que le recordaban al marido. Se estaba aferrando, pues, a la casa igual que se había aferrado a su memoria. Por tanto, la decisión de vender la casa era para Emma mucho más profunda: era reconciliarse con su pérdida y con el hecho de que el marido nunca volvería.

Acogía a tantos amigos en la casa, que solía llamarla «mi hotel». Aunque detestaba tener que conducir durante tres horas para llegar hasta ella y se resentía mucho del gasto que sus invitados le suponían, se hallaba tan extremadamente sola que agradecía su compañía. Siempre había sentido que, en su interior, tenía muy poco para ofrecer a sus amigos; en particular desde la muerte de su esposo, se sentía especialmente vacía y superflua. Pensaba: «¿Quién va a venir a verme *a mí?*» La casa constituía su único atractivo. Por esta razón, su venta significaba poner a prueba a los amigos y arriesgarse a la soledad y al aislamiento.

Su padre había diseñado y construido la casa, y los terrenos que la rodeaban habían pertenecido a su familia desde hacía varias generaciones. La gran tragedia de su vida había sido el hecho de no haber tenido hijos. Había soñado siempre con que sus hijos, y después sus nietos, heredarían la casa. Pero ella era la única que quedaba de la familia: era el último eslabón de la cadena. La decisión de vender la casa era la decisión de reconocer su fracaso en uno de sus principales proyectos simbólicos de inmortalidad.

Por consiguiente, su decisión era particularmente especial. Cuando exploramos su *significado,* comprendimos que, por la magnitud de su alcance, no era extraño que sintiera vértigo. Lo que estaba decidiendo realmente era llevar hasta sus últimas consecuencias la pérdida de su marido, enfrentarse al aislamiento y a la posible soledad y aceptar el hecho de su propia finitud. Si me hubiera contentado con ayudarla a decidir sobre la base de la conveniencia, o de su mala salud o de los factores financieros, hubiera dejado al punto principal extraviarse en el torbellino en el que vivía Emma y hubiera perdido una oportunidad de ayudarla en su problema fundamental. Utilicé la decisión de vender la casa como punto de partida para estas cuestiones más profundas y ayudé a Emma a vivir el duelo por el marido, por ella misma y por los hijos que nunca tuvo. Una vez que se comprenden los significados profundos de una decisión, ésta suele tomarse sin ninguna dificultad. Así, después de unas doce sesiones, Emma tomó sin ningún problema la decisión de vender la casa.

En la actualidad, muchos son los terapeutas que investigan el «significado» de la decisión cuando exploran sus «beneficios secundarios». Greenwald, quien basa en la toma de decisiones todo su enfoque psicoterapéutico —él mismo lo denomina «terapia de decisiones»—, concede gran importancia a la investigación de las ventajas que éstas otorgan[107]. En cada decisión hay ventajas, unas conscientes y otras inconscientes. Si el paciente es incapaz de mantener una decisión, el terapeuta debe dar por sentado que ha tomado otra, la cual tiene sus propias ventajas. Si el paciente desea cambiar, pero no puede decidirse al cambio, el terapeuta deberá enfocar no su negativa a decidir, sino la decisión que en realidad *tomó,* es decir, la de quedarse como estaba o como era. Seguir enfermo constituye una decisión que invariablemente lleva consigo beneficios tangibles o simbólicos: por ejemplo, el paciente puede obtener una pensión, los cuidados de un amigo o los del terapeuta.

Una decisión no se mantiene a menos que la persona «sea su dueño», la reconozca y renuncie a los beneficios de las demás. En este sentido, al paciente que expresa el deseo de dejar el hábito de tomar estupefacientes, Greenwald le pregunta: «¿Por qué?», y explora con él todas las ventajas que obtiene con ellos: ansiedad, alivio, euforia o la absolución de la responsabilidad[108]. Resulta más fácil «adueñarse» de una decisión si uno descubre los límites de cada uno de los beneficios opuestos. Dos pacientes, un hombre y una mujer, de uno de los grupos que yo he dirigido, querían tener relaciones sexuales, pero

decidieron no hacerlo debido a mis «normas». Yo señalé que jamás había establecido normas, y después les pedí que analizaran los «beneficios» de su decisión. Ambos llegaron a la conclusión de que, como eran conscientes de que el grupo significaba mucho para ellos, si llevaban a cabo esas relaciones de alguna manera lo dañarían. Así, llegaron a una decisión *propia,* mucho más firme que si yo, el terapeuta, la hubiera tomado por ellos.

El término «beneficio» es nuevo, pero el concepto es muy antiguo. Ya sea hablando de explorar «el significado», o «el beneficio», o la «gratificación secundaria», nos estaremos refiriendo al hecho de que cada decisión que toma el individuo le aporta determinadas ganancias. Si la decisión es autodestructiva, descubriremos invariablemente que tiene un sentido en el mundo de las experiencias del paciente y que, de una manera personalizada o simbólica, está destinada a la autopreservación de la persona. No obstante, hay muchas decisiones cuyo significado pleno le resulta difícil alcanzar a un terapeuta, porque tienen profundas raíces en el inconsciente.

El conocimiento interno («insight») y la decisión

La relación precisa entre el conocimiento interno y la decisión de cambiar ha sido siempre difícil de captar. Aunque los textos psicoanalíticos suelen equiparar el conocimiento interno y el cambio, emplean un tipo de lógica circular según la cual la razón de que un paciente no cambie es que no ha adquirido suficiente conocimiento interno. El asunto se vuelve aún más problemático por el hecho de que no existe una definición precisa de *insight* o «conocimiento interno». En su sentido clínico más amplio, el *insight* se refiere al descubrimiento de sí mismo, a «escudriñar en el interior de uno mismo». Pero los clínicos difieren notablemente en su planteamiento de cuál es el *tipo* de descubrimiento interno que promueve el cambio. ¿Se trata del conocimiento de la forma en que uno se comporta con los demás? ¿O de conocer la motivación real que hay detrás de la propia conducta? ¿Se trata del conocimiento de las fuentes infantiles de la conducta, generalmente consideradas como las «causas» genéticas? Freud consideraba que el conocimiento interno que conduce al cambio es aquél que se asoma a las primitivas fuentes de la conducta, y pensaba que la terapia eficaz tenía que pasar por un proceso de excavación de las capas más antiguas de la memoria vital. Otros terapeutas aseguran

que el conocimiento interno más eficaz es el descubrimiento de la dinámica activa del individuo en un momento dado. Por ejemplo, Emma, la viuda que se enfrentaba con la decisión de vender o no su casa de verano, mejoró su conocimiento de su dinámica activa, sin tener que considerar la cuestión genética de: «¿Cómo llegaste a este punto?»

¿Se requiere siempre el conocimiento interno? No siempre. Todos hemos trabajado con pacientes que han pasado por un proceso fundamental de cambio, sin necesidad de un conocimiento interno. Antes me he referido a las personas que cambian como resultado de una modificación radical en la perspectiva, modificación que puede describirse de la siguiente manera: «He aprendido a reconocer los beneficios de que disfruto en la vida», o «He decidido vivir mi vida ahora, en lugar de posponerla», comentarios que difícilmente necesitan de un conocimiento interno. Cada paciente concluye su terapia con resultados diferentes: algunos adquieren un mayor conocimiento interno; otros sacan partido de otros mecanismos de cambio; y otros pueden aumentar su conocimiento interno como *resultado* del cambio, y no al revés. May afirma: «No puedo percibir aquello que no puedo concebir»[109]. A menudo sólo se pueden percibir las verdades de uno mismo, después de haber adoptado un papel definido hacia el cambio. Una vez tomada una decisión, una vez comprometida la persona, habrá empezado a constituir un mundo diferente y a captar las verdades que anteriormente ocultaba de sí misma.

Aunque existen muchas dudas y controversias acerca del *tipo* de conocimiento interno capaz de producir un cambio, la investigación existente no dice mucho acerca de *cómo* se genera éste a partir de aquél. Muchas de las explicaciones tradicionales —por ejemplo, de cómo hacer que el inconsciente aflore a la conciencia, de cómo socavar la resistencia, de cómo elaborar el pasado, de cómo reintegrar el material disociado y de cómo logar una experiencia emocional correctiva— analizan el problema, pero no logran precisar con exactitud la influencia que ejerce el conocimiento interno.

La elaboración psicológica de la voluntad y, en especial, del concepto de la decisión —el proceso que existe desde el deseo hasta la acción— sirve de modelo para explicar la forma en que el conocimiento interno sirve de catalizador para el cambio. La tarea del terapeuta es desentrañar la voluntad, y el conocimiento interno constituye uno de los instrumentos más importantes que el terapeuta puede utilizar para cumplir dicha tarea.

En la siguiente sección demostraré que el conocimiento interno conduce al cambio: *a)* facilitando el desarrollo de la relación entre el terapeuta y paciente, y *b)* propiciando una serie de maniobras que ayudan al terapeuta a liberar la voluntad paralizada del paciente. Estas maniobras están destinadas a crear en éste la conciencia de que *sólo* él puede cambiar el mundo que ha creado; de que no hay ningún peligro en el cambio; de que, para conseguir lo que *realmente* desea, tiene que cambiar; y de que cada individuo tiene poder para cambiar.

Modo de facilitar la relación entre el paciente y el terapeuta

La existencia de una relación entre el paciente y el terapeuta basada en la aceptación y confianza mutuas, es crucial para el proceso del cambio. Como resultado del malestar que el paciente comunica al terapeuta y de la consideración incondicional que siente por él, aumentan progresivamente su amor por sí mismo y su autoestimación. Este último sentimiento conduce a la creencia de que uno tiene derecho a desear y a actuar. Su voluntad se ejerce en primer lugar en el terreno terapéutico, que es donde recibe aceptación y respaldo por parte del terapeuta. Una vez que se invalida la creencia del paciente de que su voluntad es destructiva, lo cual se lleva a cabo en el marco de la situación terapéutica, empieza a proyectarla a otros terrenos de forma gradual y cada vez más efectiva.

¿De qué forma el conocimiento interno sirve de catalizador para la relación terapéutica? De forma indirecta. El conocimiento interno es un epifenómeno, es decir, un medio hacia un medio que conduce a un fin; y actúa como fertilizante de la relación. La búsqueda de comprensión crea una base para la formación de la relación adecuada entre el terapeuta y el paciente; es el ligamento que los mantiene unidos; o bien, lo que reúne sus esfuerzos para alcanzar una meta mutuamente satisfactoria. (El paciente se siente gratificado por estar analizando su mundo interno de una manera tan minuciosa, y el terapeuta por el reto intelectual a que se ve sometido.) Entre tanto, el *verdadero* agente del cambio, que es la relación terapéutica, germina silenciosamente.

El conocimiento interno como palanca

Además de la función que desempeña en el desarrollo de la relación entre el terapeuta y el paciente, el conocimiento interno puede servir de catalizador para la voluntad de una manera más precisa. El terapeuta ayuda al paciente a fortalecer su voluntad aplicando la palanca del conocimiento interno. A continuación presentaré cuatro de los *insights* más comunes que suelen emplear los terapeutas como palanca para el paciente que tiene paralizada la voluntad.

«Sólo yo puedo cambiar el mundo que yo he creado.» En el capítulo anterior, me referí a las numerosas técnicas que pueden emplearse para lograr que el paciente adquiera una mayor conciencia de su responsabilidad por sus predicamentos vitales. Una vez que éste ha logrado captar el alcance de su responsabilidad, el terapeuta debe ayudarle a comprender que ésta es continua: uno no crea una situación vital definitiva, más bien está creándose una sucesión continua de situaciones vitales. De este modo, la responsabilidad por la situación creada en el pasado implica responsabilidad por el cambio futuro. A continuación le ayudará a comprender también que, así como uno es el *único* responsable de ser lo que uno es, uno es el *único* responsable de cambiar lo que uno es. Para cambiar, un paciente tiene que llegar al *insight* de que: «Si sólo yo he creado mi mundo, *sólo* yo puedo cambiarlo.» El cambio constituye un proceso activo: sólo se producirá si lo provocamos de una manera activa. Nadie más puede cambiarlo ni cambiar por nosotros.

Este conocimiento es al mismo tiempo simple y profundo. Aunque se expresa fácilmente y su mecanismo fundamental parece más bien una exhortación, su alcance es infinito.

«El cambio no encierra ningún peligro.» Muchos pacientes son incapaces de tomar la decisión crucial de cambiar, debido a una creencia poderosa, y a menudo inconsciente, de que les va a ocurrir algo nocivo en cuanto cambien. La naturaleza de esta supuesta calamidad varía de una persona a otra: algunos temen que los absorban si se comprometen con otra persona; otros temen el rechazo o la humillación, si se muestran espontáneos o comunicativos; otros, que ocurra alguna catástrofe si actúan con seguridad en sí mismos, o que se queden abandonados o aislados como resultado de una conducta autónoma.

Estas calamidades fantasiosas actúan como obstáculos para la voluntad, por lo que el terapeuta tiene que hallar los métodos para

eliminarlas. El proceso de identificar y enumerar las calamidades fantasiosas puede ayudar al paciente a comprender hasta qué punto sus temores son infundados. Otro enfoque consiste en hacer que el paciente represente, de forma gradual, los distintos aspectos de su conducta cuyas consecuencias teme. Como no ocurre ninguna de las calamidades que había fantaseado, el temor se extingue poco a poco. Por ejemplo, un paciente puede evitar la conducta agresiva porque teme que en su interior exista una furia homicida que requiera vigilancia continua para evitar que ataque a otras personas. El terapeuta puede en este caso ayudarle a expresar una agresión dosificada dentro de la terapia: bien mostrándose resentido si se le interrumpe, bien expresando irritación cuando el terapeuta se equivoque, etc. De este modo, el paciente aprende paulatinamente a desechar su idea de que es un ser extraño y homicida.

«Para conseguir lo que realmente deseo, debo cambiar.» ¿Qué es lo que impide a los individuos tomar las decisiones que más convienen a sus intereses? Una respuesta evidente sería decir que el paciente que aparentemente sabotea sus necesidades y metas más maduras, está dando satisfacción a *otro* conjunto de necesidades, generalmente inconscientes, que son incompatibles con las primeras. En otras palabras, el paciente tiene motivaciones conflictivas que no puede satisfacer simultáneamente. Por ejemplo, puede desear de un modo consciente establecer relaciones heterosexuales maduras, pero inconscientemente desear que le protejan, que le acunen y que le cobijen de la libertad aterradora del adulto; o bien —y esto sólo atañe al varón— aliviar la angustia de castración mediante una identificación maternal. Es evidente que el paciente no puede satisfacer ambos conjuntos de necesidades: no puede establecer relaciones adultas heterosexuales con una mujer, al mismo tiempo que está diciendo *sotto voce;* «¡Cuídenme, protéjanme, aliméntenme y déjenme integrarme en otros!»

El terapeuta utiliza el conocimiento interno para derribar este obstáculo que se opone al funcionamiento de la voluntad; así ayuda al paciente a darse cuenta de que tiene necesidades y metas conflictivas, y de que cada decisión, incluso la de no tomar ninguna, satisface algún tipo de necesidad, es decir, que produce «beneficios». Cuando el paciente comprende plenamente la naturaleza de sus necesidades conflictivas, el terapeuta le ayudará a aceptar que, ante la imposibilidad de satisfacer todas sus necesidades al mismo tiempo, debe escoger entre ellas y renunciar a aquellas que no puede satisfacer,

como no sea a costa de su integridad y autonomía. Una vez que percibe lo que «realmente» desea, como adulto, y que su conducta se ha diseñado para satisfacer necesidades opuestas, tendientes unas al desarrollo y otras al retraso del mismo, paulatinamente irá comprendiendo que «para conseguir lo que realmente deseo, tengo que cambiar».

«Tengo capacidad para cambiar.» Muchos individuos se percatan de que no toman las decisiones que más convienen a sus intereses. Su experiencia interna es de confusión e impotencia, y se sienten víctimas en lugar de percibirse a sí mismos como dueños de su propia conducta. Mientras prevalezca este estado subjetivo, el paciente tendrá pocas posibilidades de llevar a cabo una acción constructiva con su voluntad.

El terapeuta intenta contrarrestar la confusión y la impotencia del paciente dándole explicaciones, como: «Usted se comporta de esta manera porque...» La cláusula del «porque...» generalmente está formada por factores motivacionales a los cuales el paciente se muestra ajeno. ¿Cómo le ayuda a cambiar esta estrategia?

La explicación es un enemigo poderoso de la impotencia que se deriva de la ignorancia. La explicación y la identificación forman parte de la sucesión natural que tiene lugar en el desarrollo de un *sentido* de dominio, el cual, posteriormente, genera una conducta eficaz. El ser humano ha aborrecido siempre la incertidumbre y, a lo largo de todas las épocas, ha procurado ordenar el universo mediante explicaciones, primordialmente religiosas o científicas. La explicación de un fenómeno es el primer paso hacia el control de ese fenómeno. Si, por ejemplo, los habitantes de un lugar viven aterrorizados por las erupciones inesperadas de un volcán cercano, el primer paso que dan para conseguir el dominio de la situación se basa en la explicación del fenómeno. Pueden explicar dichas erupciones argumentando, por ejemplo, que el dios del volcán expresa de ese modo su irritación. Aunque sus circunstancias externas sigan siendo enteramente iguales, su mundo fenomenológico ha quedado modificado por la explicación. Más aún —y esto es muy importante—, de la explicación se desprende un proceso de acción que aumenta el sentido de dominio: si el volcán estalla porque el dios se halla irritado, debe haber métodos para aplacarle e incluso para dominarle.

Jerome Frank, en un estudio que llevó a cabo de las reacciones de los estadounidenses ante una enfermedad desconocida de la costa sur del Pacífico (esquistosomiasis), demostró que la angustia secundaria

que se deriva de la incertidumbre causa peores estragos que la enfermedad primaria[110]. Lo mismo sucede con los pacientes psiquiátricos: el temor y la angustia causados por la incertidumbre con respecto a la fuente, el significado y la gravedad de los síntomas psiquiátricos, pueden complicar tanto la disforia total que el sujeto experimenta, que la exploración eficaz resulta mucho más difícil. El terapeuta puede intervenir de un modo efectivo proporcionando al paciente una explicación que le permita contemplar su disforia dentro de un contexto coherente y pronosticable. Así, le ayuda a ordenar los fenómenos que antes no conocía y a vivirlos como experiencias que él puede controlar. En otras palabras, el *insight* permite al paciente sentir: «*Soy fuerte, tengo poder para cambiar.*»

Lo que se desprende de todo esto es que lo importante es el *proceso* (es decir, la adquisición de *insight),* y no el *contenido* preciso de este conocimiento interno. El objetivo de la interpretación es proporcionar al paciente un sentido de dominio; por tanto, su valor debe medirse de acuerdo con este criterio. En la medida en que ofrece un sentido de potencia, el conocimiento interno es válido, correcto o «cierto». Esta definición de la verdad es íntegramente relativista y pragmática. Quiere decir que ningún sistema explicativo posee una hegemonía o derechos exclusivos, que ningún sistema es el correcto, el fundamental o el «más profundo», es decir, que ninguno es mejor que los demás.

En un estudio sobre grupos de encuentro, mis colegas y yo descubrimos que existía una estrecha relación entre los resultados positivos y el *insight*[111]. Los sujetos que obtenían un mayor *insight* y que podían organizar su experiencia de acuerdo con un patrón más coherente, lograban resultados más positivos. Más aún, los guías de grupo que tenían más éxito eran los que proporcionaban a sus miembros algún tipo de marco de referencia cognoscitivo. El tipo de *insight* que obtenían los que mejores resultados lograron con la terapia y el contenido específico de la escuela ideológica de los guías, no tenían nada que ver con los resultados positivos. El hecho importante no era lo que hubieran aprendido, sino que hubieran aprendido.

Los terapeutas pueden ofrecer al paciente todas las explicaciones que deseen para aclararle un determinado hecho, y cada una de ellas puede hacerse dentro de un marco de referencia diferente (por ejemplo, de las escuelas de Freud, Jung, Horney, Sullivan, Adler o del análisis transaccional); por otra parte, todas pueden ser «ciertas», en el sentido de que proporcionan al sujeto un sentido de poder; pero

ninguna, a pesar de las vehementes afirmaciones de lo contrario, tiene el derecho exclusivo a la verdad. Después de todo todas están basadas en estructuras imaginarias que podríamos reunir en la expresión «como si». Todas expresan: «Usted se comporta (o siente) como si tal o cual cosa fuera cierta.»

El super yo, el ello y el yo; los arquetipos, el yo idealizado y el yo real, el sistema de prestigio; el autosistema y el sistema disociado, la protesta masculina; el padre, el hijo y los estados del yo adulto, ninguna de estas cosas existe realmente. Todas son ficciones, elaboraciones psicológicas creadas por conveniencia semántica, y sólo justifican su existencia en virtud de su capacidad explicativa. El concepto de la voluntad proporciona una base central de organización para esos distintos sistemas explicativos.

Todos actúan de acuerdo con el mismo mecanismo: son efectivos en la medida en que permiten la adquisición de un sentido de dominio personal, y en que estimulan la voluntad adormecida.

¿Significa esto que los psicoterapeutas deben evitar la formulación de interpretaciones precisas y razonadas? De ninguna manera, pero deben reconocer el propósito y la función de cada una de ellas. Algunas interpretaciones pueden ser superiores a otras, no porque sean «más profundas», sino porque poseen una mayor capacidad explicativa, porque son más creíbles, dan un mayor dominio y, en consecuencia, catalizan mejor la voluntad. Para ser eficaces, deben hacerse a la medida del que las recibe; en general, suelen ser mucho más efectivas si son lógicas, si son consistentes, si tienen el apoyo de argumentos sólidos, si se confirman mediante las observaciones empíricas, si forman consonancia con el marco de referencia del paciente, si éste «siente» que son reales, si «encajan» en su experiencia interna y si pueden aplicarse a muchas otras situaciones análogas de su vida. Las interpretaciones globales, generalmente, ofrecen una explicación nueva al paciente para comprender los patrones importantes de su conducta (y no únicamente un rasgo o un acto aislado). La novedad de la explicación del terapeuta radica en que se basa en un marco de referencia fuera de lo común, en que le permite unificar los datos que posee del paciente de una manera original. En muchos casos, estos datos están fuera del campo de la conciencia del paciente.

Cuando les planteo esta tesis relativista a mis estudiantes, suelen preguntarme: «¿Quiere usted decir que una explicación astrológica es también válida en psicoterapia?» A pesar de mis reservas sobre la

cuestión, tengo que responder afirmativamente. Si una explicación astrológica, o chamanística, o mágica, contribuye a realzar el sentido de dominio de la persona y la ayuda a efectuar un cambio personal interno, entonces es válida (sin olvidar la condición de que debe aconsonantar con el marco de referencia de la persona). Son muchas las pruebas aportadas por la investigación psiquiátrica multidisciplinaria en favor de mi posición; en las culturas primitivas *sólo* son aceptables las explicaciones mágicas o religiosas y, por tanto, son las únicas válidas o efectivas.

Una interpretación, por muy elegante que ésta sea, no produce ningún beneficio si el paciente no la comprende. El terapeuta tiene que tomarse el trabajo de explicársela claramente y de darle la mayor cantidad posible de pruebas. (Si no es capaz de hacerlo, es porque no entiende la explicación; no se trata, como algunos pretenden, de que el terapeuta esté hablando directamente al inconsciente del paciente.) Tal vez no pueda aceptar una interpretación la primera vez que el terapeuta se la plantea, pero, si escucha la misma muchas veces, un día encajará en su sitio. ¿Por qué encaja precisamente ese día? Lo importante es que el terapeuta reconozca que, aunque parezca que la decisión de cambiar puede tomarse en un momento, la infraestructura necesaria para ese cambio puede llevar meses y hasta años. Muchos terapeutas quedan perplejos ante el caso de un individuo que asegura haber sufrido una transformación vital, dramática y repentina, como resultado de un sólo encuentro terapéutico o de una participación breve en un seminario de desarrollo personal. Resulta extremadamente difícil evaluar esta clase de informes. Richard Nisbett y Tim Wilson han demostrado que los individuos que toman decisiones, no suelen ser capaces de describir con precisión los antecedentes de las mismas[112]. A juzgar por mis entrevistas con pacientes que han sufrido transformaciones dramáticas, estas transformaciones vitales no han sido, de ninguna manera, repentinas, sino que se han basado en una labor de varias semanas, meses o años. Cuando muchas personas acuden a la terapia o a algún otro sistema de desarrollo personal, ya han llegado, en un nivel profundo, a la antesala del cambio dramático. En estos casos, la terapia —o, mejor dicho, la decisión de iniciar la terapia— es la *manifestación* y no la *causa* del cambio.

Las decisiones de cambiar suelen requerir un tiempo considerable y una gran paciencia por parte del terapeuta. Las interpretaciones tienen que programarse en el tiempo con sumo cuidado. El terapeuta experimentado sabe que una interpretación aportada en un momento

prematuro, tiene muy poco impacto terapéutico. Un buen ejemplo clínico lo constituye una paciente de un grupo de terapia que, desde hacía varios años, se sentía profundamente insatisfecha de su matrimonio. Habían fracasado todos los intentos de mejorar la convivencia; pero ella, aunque se daba cuenta de que la estaba destruyendo, se aferraba a él porque la aterrorizaba el hecho de enfrentarse sola a la vida. No percibía al marido como una persona real, sino como una figura que la protegía de su soledad. Por muy insatisfactoria que fuera la relación, tenía tanto miedo de perderla, que se negaba a comprometerse con un plan de cambio; y, sin éste, había pocas posibilidades de que el matrimonio se salvara. Para mí estaba claro que tenía que enfrentarse con la separación y con la autonomía, antes de que pudiera lograr un encuentro humano genuino y sin distorsiones. En consecuencia, me aventuré a expresarle la opinión de que: «*Usted sólo puede salvar su matrimonio si está dispuesta a renunciar a él.*» Esta interpretación tuvo un profundo significado para ella —«la había herido como un rayo», fueron sus palabras— y la ayudó, a partir de ese momento, a conseguir un cambio considerable.

El aspecto más fascinante de esta situación era que esta paciente pertenecía a un grupo terapéutico sobre el cual, después de cada sesión, yo estuve escribiendo durante años un sumario que enviaba por correo a sus miembros antes de la siguiente sesión (ver mi libro sobre terapia de grupo[113] para hallar la explicación racional de este procedimiento). Así pues, existía una historia escrita de grupo terapéutico, una crónica que los pacientes leían después de cada sesión. Esta paciente en particular era una lectora asidua de mis observaciones, lo que le permitía formarse una idea del desarrollo del grupo. Poco después de que le hiciera la mencionada interpretación, revisé los sumarios del grupo de los últimos dos años y, tras cotejarlos con los escritos que en ese momento estaba redactando, descubrí, para mi asombro, que, hacía exactamente un año, le había hecho la misma interpretación. Aunque se la había expresado con las mismas palabras y había intentado explicársela, no la había comprendido antes porque no estaba preparada para ello.

El pasado versus el futuro en psicoterapia

Un hecho bastante significativo lo constituye el que la palabra «voluntad»[4*] tenga un doble significado: por un lado indica resolución y determinación, y por otro denota el tiempo futuro: «Lo haré no en este momento, sino en el futuro.» Como todo terapeuta sabe, la psicoterapia tiene éxito en la medida en que permite al paciente alterar su futuro. Sin embargo, no es el tiempo futuro, sino el pasado, el que domina en la literatura psicoterapéutica. En gran parte, este dominio del pasado es la resultante de una confusión que existe entre explicación y «originología». El psicoterapeuta, especialmente los freudianos, suelen creer que para explicar algo —esto es, para proporcionar conocimiento interno— es necesario desentrañar sus orígenes o, cuando menos, relacionar el hecho presente con una situación del pasado. Dentro de este marco de referencia, las causas de la conducta individual se buscan siempre en circunstancias anteriores de la vida de la persona.

Pero, como señalé en otra ocasión, existen muchos modos de explicación y sistemas de causalidad que no se basan en el pasado. Por ejemplo, el futuro (nuestra idea actual del futuro) es, no menos que el pasado, un poderoso determinante de la conducta; en este sentido, se puede hablar perfectamente de un concepto de determinismo futuro. Los «no todavía» influyen sobre nuestra conducta de múltiples formas. En nuestro interior, tanto en un nivel consciente como inconsciente, llevamos un sentido de finalidad, un yo idealizado, una serie de metas por las cuales luchamos, una conciencia del destino y de la muerte final. Todas estas estructuras se proyectan hacia el futuro, pero influyen poderosamente sobre nuestra experiencia interna y nuestra conducta.

Existe otro tipo de explicación que utiliza el concepto de causalidad de Galileo, quien hace hincapié en los campos de fuerza magnética que se ejercen sobre el individuo. A medida que avanzamos en el espacio, la trayectoria de nuestra conducta sufre la influencia no sólo de la naturaleza y dirección del empuje original y de la meta que perseguimos, sino también de todas las fuerzas magnéticas que se ejercen en el campo que nos rodea. Así, el terapeuta puede

4*. Este doble significado resulta de que en inglés la palabra *will* no sólo significa «voluntad», sino que también es el auxiliar del tiempo futuro. En español no es aplicable el razonamiento (N. del T.).

«explicar» la conducta de un paciente examinando los anillos concéntricos que forman las corrientes de motivación, conscientes e inconscientes, que rodean al individuo. Consideremos, por ejemplo, el caso de una persona con fuerte propensión a agredir a los demás. La exploración de esta conducta puede revelar que la agresividad del paciente es una formación reactiva que esconde una capa de fuertes deseos de dependencia, los cuales el paciente no expresa porque teme ser rechazado. Esta explicación no requiere que uno se plantee la pregunta: «¿Cómo llegó el paciente hasta este punto?»

No obstante, la tendencia natural de los terapeutas es a enfocar el pasado. Muchos de los tratamientos intensivos a largo plazo dedican gran parte de su tiempo al análisis del mismo. Se reúnen largas historias sobre el desarrollo (recuerdos de las más remotas relaciones con los padres y hermanos, memorias primitivas y raíces infantiles de los sueños) y se estudian minuciosa y exhaustivamente. Freud fue el autor de los fundamentos de este enfoque. Como psicoarqueólogo convencido que era, hasta el final de su vida siguió creyendo que la excavación del pasado era esencial e indispensable para el éxito de la terapia. En uno de sus últimos escritos, estableció una larga comparación entre el trabajo del analista y el del arqueólogo profesional, y definió la tarea del terapeuta como una «construcción del pasado»:

> Todos sabemos que es necesario inducir al paciente a que recuerde las experiencias que ha vivido en el pasado y que ha reprimido. El analista no ha experimentado ni ha reprimido nada de este material; por tanto, su tarea no puede ser la de recordar. ¿Cuál *es* entonces? Su tarea es reconstruir lo que se ha olvidado a partir de los indicios que se van quedando atrás, o, más correctamente, *construir*... Su trabajo de construción o, si se prefiere, de reconstrucción, recuerda muchísimo las excavaciones de los arqueólogos en lugares que han sido destruidos y enterrados. Ambas labores son, en realidad, idénticas, si no es por el hecho de que el analista trabaja en mejores condiciones y dispone de una mayor cantidad de material en que basarse[114].

Freud prosigue con su teoría argumentando que el terapeuta, como el arqueólogo, debe reconstruir los fragmentos disponibles (que le proporcionan los pacientes) y, después, ofrecer esta construcción al paciente. Freud sugirió que la palabra «construcción» es más apropiada que la de «interpretación» para designar la actividad del terapeuta. Según él, aunque un analista no logre ayudar al paciente a recordar el pasado, de todas maneras tendrá que ofrecer al paciente

una construcción del pasado, tal como el analista lo ve. Y es que pensaba que esta construcción producía los mismos beneficios terapéuticos que el recuerdo verdadero o real del material del pasado:

> Muchas veces no conseguimos que el paciente recuerde lo que ha reprimido. En su lugar, si el análisis se lleva a cabo correctamente, *le proporcionamos la convicción de la veracidad de la construcción, de esta manera logramos el mismo resultado terapéutico que con un recuerdo real*[115].

Este último comentario encaja perfectamente con el punto que yo señalaba anteriormente, es decir, que lo importante no es el contenido, sino el proceso de interpretación o explicación.

El énfasis que pone Freud en la reconstrucción del pasado, dentro de su sistema explicativo, está íntimamente relacionado con su doctrina determinista: toda la conducta y la experiencia vital son el resultado de hechos previos, ya sean de naturaleza ambiental o instintual. El problema que plantea este sistema explicativo es que contiene, en su interior, las semillas de la desesperación terapéutica. Si estamos determinados por el pasado, ¿de dónde viene la capacidad para cambiar? Es evidente, a juzgar por sus últimas obras, especialmente su *Análisis terminable e interminable,* que esta concepción determinista del hombre le llevó a una posición de nihilismo terapéutico.

Cualquier sistema que explique la conducta y la experiencia mental sobre la base de los fenómenos (por ejemplo, los hechos ambientales pasados o presentes, las pulsiones instintivas) y al margen del dominio de la responsabilidad individual, conduce a una posición engañosa para el terapeuta. Como ha expresado Rank: «El principio de causalidad significa la negación del principio de la voluntad, porque hace depender los sentimientos, pensamientos y acciones del individuo de fuerzas externas a sí mismo, liberándose así de toda responsabilidad y culpa»[116].

Obviamente, siempre resulta útil liberarse de la culpa por los hechos y acciones pasados. El terapeuta que se adhiere a la doctrina determinista, puede examinar el pasado para demostrar al paciente que fue una víctima de los hechos ambientales y que, dadas las circunstancias, no podía haber actuado de otra manera. En este sentido, la exploración del mismo sirve para absolverle de la culpa,

pero al terapeuta le plantea el problema de qué hacer con el pasado desde un marco de referencia (para ofrecer absolución) y con el futuro desde otro diferente (para invocar la responsabilidad).

Gatch y Temerlin examinaron el trabajo de veinte terapeutas —diez freudianos y diez existenciales— para determinar de qué manera resolvían esta paradoja[117]. Tal como se esperaba, encontraron que los terapeutas existenciales hacían muchos más comentarios destinados a subrayar la elección, la libertad y la responsabilidad de los pacientes; y que, de los veinte, ninguno se refería jamás a sus pacientes como si fueran víctimas de circunstancias ajenas a su control. Para lograr que un paciente se planteara la posibilidad de cambio, todos hacían hincapié en las alternativas para él disponibles. Más aún, cuando un paciente hablaba de su infancia, todos los terapeutas parecían adoptar una posición determinista: las circunstancias habían estado fuera del control del paciente durante su infancia.

Resulta evidente, por tanto, que los terapeutas suelen situarse en esta posición incongruente. Pero pueden mejorarla cambiando la doctrina determinista por un enfoque de determinismo recíproco: dando por sentado que, en el pasado, el coeficiente de adversidad del paciente era demasiado alto, y que dada su juventud e inexperiencia y el poder de los adultos que influían sobre él, no podía haber actuado de otra manera.

La mayor parte de los terapeutas existenciales se centran menos en el pasado que los de otras escuelas; por el contrario, hacen mucho más hincapié en el tiempo futuro, en las decisiones por tomar y en las metas que ante sí tiene el paciente. Cuando estos terapeutas se enfrentan con la culpa, ésta no se refiere a las elecciones incorrectas, sino a la negativa a decidirse. Es extraordinariamente difícil absolver a un paciente por la culpa de su pasado, en presencia de una conducta que continúa provocando culpas. Uno tiene que aprender, ante todo, a perdonarse a sí mismo por el presente y el futuro. Mientras uno continúe en el presente teniendo hacia su propio yo la misma actitud que tenía en el pasado, no podrá perdonarse por éste. Pero, aun trabajando con el pasado, es importante que el individuo no asuma una responsabilidad desproporcionada. Una de las cuestiones más importantes es el imperativo categórico de la responsabilidad: en materia de responsabilidad, lo que es cierto para uno lo es también para todos. Muchos individuos asumen una excesiva responsabilidad y culpa por las acciones y sentimientos de otros. Aunque el paciente

haya cometido realmente una transgresión contra otro, lo cierto es que también hubo un campo de responsabilidad del otro que le permitió herirle, insultarle o maltratarle de alguna forma. Por tanto, el terapeuta tiene que ayudar al paciente a situar los límites de la responsabilidad.

Existen serias dudas acerca de la eficacia terapéutica de un sistema explicativo causal basado en el pasado, y existe, también, un serio problema metodológico: la realidad psicológica no es idéntica a la histórica. Tal como señaló Rank, la ideología naturalista de Freud le llevó a reconstruir el pasado histórico, tomando como base los recuerdos del paciente. Pero, «la reconstrucción del pasado no depende de los hechos, sino de la actitud o reacción del individuo ante ellos... El problema del pasado es un problema de memoria y, por tanto, de conciencia»[118]. En otras palabras, el pasado se reconstruye a partir del presente. Incluso durante la anamnesis, uno recuerda sólo una fracción de segundo de la experiencia de su pasado, y puede recordarlo en forma selectiva y sintetizarlo para que éste sea congruente con el concepto que uno tiene de sí mismo en el presente. (Goffman, por esta razón, sugiere el término «apología» para esta reconstrucción del pasado)[119]. Puesto que, a través de la terapia, se cambia la imagen presente que se tiene de sí mismo, uno es capaz de reconstruir o reintegrar el propio pasado: por ejemplo, se pueden recordar experiencias positivas con los padres, durante tanto tiempo olvidadas. Uno puede humanizarles en el recuerdo, en lugar de vivirles de una manera solipsística (como figuras que existieron sólo en virtud del servicio que nos prestaban); puede también empezar a comprenderles como individuos atormentados, pero bien intencionados, que se debatían en medio de los mismos hechos abrumadores de la condición humana que pesan sobre cualquier persona. El epítome de este proceso es un comentario que se atribuye a Mark Twain: «Cuando tenía diecisiete años, estaba convencido de que mi padre era un tonto redomado. Cuando cumplí los veintiuno, me quedé sorprendido de ver cuánto había aprendido el viejo en cuatro años.»

El enfoque hermenéutico de la interpretación considera la relación que existe entre la comprensión y los antecedentes: postula que, para captar un cierto conocimiento, hacen falta determinados antecedentes, pero que el nuevo conocimiento altera la percepción que el individuo tiene de los mismos. En consecuencia, la interpretación es un proceso orgánico en el que los antecedentes y la comprensión se reconstruyen mutuamente. Este mismo principio se aplica en la

relación entre el pasado y el presente: el pasado de un ser humano, a diferencia de las ruinas de un templo antiguo, no está fijo ni es finito; está constituido por el presente y, en su inmanencia simbólica siempre cambiante, influye sobre el presente.

Si el pasado como sistema explicativo tiene un valor limitado, ¿qué papel desempeña en el proceso psicoterapéutico? Antes mencioné el papel de la búsqueda de una comprensión genética en el desarrollo de la relación terapéutica. Esta aventura intelectual, que Freud comparaba con las excavaciones arqueológicas, proporciona una acción de suma importancia compartida por el terapeuta y el paciente, a medida que actúa el *verdadero* agente de cambio, que es la relación terapéutica. Pero el pasado facilita la relación de otra manera importante: la comprensión explícita de los comienzos del desarrollo de una determinada etapa interpersonal, aumenta las posibilidades de comprometerse. Por ejemplo, una mujer con aspecto regio, que procura conservar en todo momento una posición de altura y condescendencia, puede adoptar repentinamente un aire comprensivo, y hasta desenfadado, cuando el terapeuta la interroga sobre sus padres inmigrantes y sobre los esfuerzos de su familia por trascender la degradación de su infancia en los barrios bajos. Conocer el proceso a través del cual una persona se ha vuelto como es, suele constituir un complemento indispensable para conocer a la persona. Lo importante a este respecto es dónde colocar el acento. El pasado se explora para facilitar y profundizar la relación presente. Es precisamente el reverso de la fórmula de Freud, donde la relación presente sirve para profundizar la comprensión del pasado. Charles Rycroft lo ha expresado de una manera excepcionalmente clara:

> Es más lógico afirmar que el analista hace excursiones en la investigación histórica para comprender algún punto que dificulta la comunicación presente con el paciente (de la misma manera que un traductor puede recurrir a la historia para dilucidar un texto oscuro), que decir que se pone en contacto con el paciente para tener acceso a sus datos biográficos[120].

PARTE TERCERA

EL AISLAMIENTO

CAPÍTULO VIII

EL AISLAMIENTO EXISTENCIAL

El proceso de la investigación más profunda —proceso al que Heidegger denominaba «desencubrimiento»[1]— nos lleva a reconocer que somos finitos, que debemos morir, que somos libres y que no podemos escapar de nuestra libertad. También descubrimos que el individuo está inexorablemente solo.

Como la libertad y la muerte son conceptos tradicionalmente ajenos al dominio del psicoterapeuta, en capítulos anteriores sentí la necesidad de presentar razonadamente su importancia específica dentro de la psicoterapia. La situación es diferente tratándose del aislamiento, ya que éste es un concepto muy conocido que surge con frecuencia en la terapia cotidiana. De hecho, resulta tan conocido y se utiliza tanto y de tan diversas maneras, que lo primero que se debe hacer es definirlo dentro de un contexto existencial. Me parece que el clínico encuentra tres tipos diferentes de aislamiento: interpersonal, intrapersonal y existencial.

El aislamiento *interpersonal,* que generalmente se experimenta como soledad, se refiere al aislamiento de otros individuos. Es una conjunción de numerosos factores: el aislamiento geográfico, la falta de habilidades sociales apropiadas, los sentimientos conflictivos acerca de la intimidad o un determinado estilo de personalidad (como, por ejemplo, esquizoide, narcisista, explotadora o enjuiciadora) que imposibilita la existencia de una interacción social gratificante. Los factores culturales también desempeñan un papel importante en el aislamiento interpersonal. La declinación de las instituciones que fomentan la intimidad —una familia numerosa, un barrio residencial estable, la iglesia, los comercios de la vecindad o el médico de cabecera permanente— ha conducido inexorablemente, al menos en

los Estados Unidos, a una separación interpersonal cada vez mayor.

El aislamiento *intrapersonal* constituye un proceso a través del cual la persona se separa de algunas partes de sí misma. Freud empleaba el término «aislamiento» para describir un mecanismo de defensa, especialmente evidente en las neurosis obsesivas, en el cual una experiencia desagradable es despojada de su efecto concomitante y se interrumpen sus conexiones asociativas, de tal manera que queda aislada del proceso ordinario del pensamiento[2]. Harry Stack Sullivan estaba particularmente interesado en el fenómeno por el cual uno excluye ciertas experiencias del campo de la conciencia y convierte algunas partes del aparato psíquico en inaccesibles para el yo. Este proceso lo llamó «disociación» (abandonando así el término «represión») y lo elevó a una categoría central en su esquema psicopatológico[3]. En el escenario psicoterapéutico contemporáneo, el «aislamiento» se utiliza, además de para aludir a un mecanismo de defensa formal, para indicar cualquier tipo de fragmentación del yo. Así, el aislamiento intrapersonal tiene lugar cada vez que uno suprime los propios sentimientos o deseos, cada vez que uno acepta los «deberes» o «mandatos» como si fueran los propios deseos, cada vez, en fin, que uno desconfía de sus propios juicios o entierra su propia capacidad potencial.

El aislamiento intrapersonal constituye un paradigma muy empleado en la psicopatología. Los teóricos modernos, tales como Horney, Fromm, Sullivan, Maslow, Rogers y May, postulan que la patología es el resultado de obstrucciones que tienen lugar en la primera época de la vida y que, más adelante, actúan como cortapisas del desarrollo natural del individuo. Carl Rogers, refiriéndose al famoso caso de Ellen West, presentado por Ludwig Binswanger, describe así el aislamiento intrapersonal: «Aunque de niña era completamente independiente de las opiniones de los demás, ahora le ocurre justamente lo contrario. Ya no sabe lo que realmente siente ni cuál es su opinión. Éste es el estado más solitario de todos, porque hay una separación casi completa entre el individuo y su organismo autónomo»[4].

Uno de los objetivos más importantes de los terapeutas contemporáneos consiste en ayudar a los pacientes a reintegrar las partes que se hallan separadas de sí mismos. En un estudio ya referido en el capítulo VI, a los pacientes que habían alcanzado un mayor éxito terapéutico se les pidió que clasificaran seis factores de la terapia, en orden de su mayor a menor utilidad terapéutica[5]. El ítem más elegido

de todos fue: «descubrir y aceptar partes de mí mismo que anteriormente desconocía o que me parecían inaceptables». El volver a integrarse uno mismo en todas sus partes es la meta de muchas psicoterapias (excluyendo las orientadas a la eliminación de síntomas). En este sentido, Perls llamó a su enfoque terapéutico *Gestalt* para subrayar que está dedicado a la tarea de lograr la «integridad».

En el resto de este capítulo trataré el tercer tipo de aislamiento: el existencial; pero esto no quiere decir que el aislamiento *inter*personal e *intra*personal carezcan de importancia en la labor clínica. Para no alargar innecesariamente este estudio, deberé contentarme con recomendar al lector los libros más importantes sobre estos dos modelos de aislamiento[6]. No obstante, en varias ocasiones me referiré a ellos, ya que ambos se encuentran muy relacionados con el existencial (el aislamiento interpersonal e intrapersonal comparten especialmente una frontera común). Los tres tipos de aislamiento son similares desde el punto de vista subjetivo; es decir, se viven como si se tratara del mismo sentimiento. Los mismos terapeutas incurren con frecuencia en este error. Las fronteras que separan a los tres son parcialmente permeables: por ejemplo, el existencial se mantiene dentro de límites tolerables gracias a la afiliación interpersonal. Todas estas cuestiones las trataremos a su debido tiempo, pero antes debemos definir el aislamiento existencial.

¿En qué consiste el aislamiento existencial?

A menudo los individuos se encuentran aislados de los demás e incluso de alguna parte de sí mismos; pero, por debajo de estas separaciones, subyace un aislamiento básico que pertenece a la existencia, un aislamiento que persiste aunque se establezcan relaciones muy gratificantes con otros individuos y a pesar del conocimiento de sí mismo y de la integración que uno haya alcanzado. El aislamiento existencial es un golfo intransitable que separa a uno de todos los demás seres. También lleva implícita una separación aún más fundamental: la del individuo con el mundo. «La separación del mundo», constituye una buena definición, pero continúa siendo vaga. Una de mis pacientes me proporcionó una definición aún más precisa. Solía atravesar períodos de ataques de pánico cada vez que su relación con una figura dominante corría peligro. Cierto día, durante una sesión, manifestó: «¿Recuerda la película *West Side Story*,

cuando se encuentran los dos amantes y, de pronto, todo el resto del mundo se desvanece místicamente y ellos se encuentran absolutamente solos en el mundo? Pues esto mismo es lo que me sucede en algunos momentos; con la única diferencia de que yo estoy completamente sola.»

Otro paciente, desde su más tierna infancia, tenía una pesadilla que, en la edad adulta, se tradujo en un insomnio bastante grave; aunque, en realidad, éste no era sino una fobia al sueño, es decir, tenía terror a dormirse. La pesadilla era bastante especial, y él no sufría ningún daño. Simplemente, su mundo se derretía, dejándole expuesto a la nada:

> Estoy despierto en mi habitación. De pronto, me doy cuenta de que todo está cambiando: el marco de la ventana se estira y, después, se curva; las estanterías se comprimen; el pomo de la puerta desaparece y en ella surge un agujero que se hace cada vez mayor. Todo pierde su forma y comienza a derretirse, hasta que ya no queda nada y yo empiezo a gritar.

A Thomas Wolfe lo persiguió durante toda su vida su sentido particularmente agudo del aislamiento existencial. En su libro autobiográfico *Look Homeward,* Ángel, el protagonista, medita sobre el aislamiento desde su misma cuna:

> Una insondable soledad y tristeza recorrió su cuerpo: vio su vida, en medio de un panorama solemne, como un sendero que atraviesa el bosque, y comprendió que siempre estaría triste. Encerrado en esa pequeña calavera, aprisionado en el latido secreto de su corazón, sabía que él, perdido, recorrería siempre solitarios pasadizos. Comprendió que el hombre es siempre un extraño para los demás, que nadie llega a conocer a nadie; que, encerrados en el vientre oscuro de nuestra madre, llegamos a la vida sin haber visto nunca su rostro, que nos toma en sus brazos como si fuéramos un extraño y que, atrapados en la infranqueable prisión del ser, nunca podremos escapar, aunque muchos brazos nos acojan, muchas bocas nos besen y muchos corazones nos calienten. Nunca, nunca, nunca, nunca, nunca[7].

El aislamiento existencial es un valle de soledad, al cual se puede acceder por múltiples avenidas. La confrontación con la muerte y con la libertad, por ejemplo, conducirán al individuo de una manera inevitable hasta ese valle.

La muerte y el aislamiento existencial

Es mi conocimiento de «mi muerte» lo que me lleva a comprender que nadie morirá conmigo o por mí. Heidegger afirmó que «aunque alguno pueda morir por otro, ese "morir por" nunca podrá significar que el otro se haya salvado de su propia muerte. *Nadie puede quitarle a otro la muerte de encima*»[8]. Aunque estemos rodeados de amigos, aunque otros mueran por la misma causa o al mismo tiempo (como en el antiguo Egipto, donde se acostumbraba a matar y enterrar a los sirvientes junto con el faraón, o en los pactos de suicidio), el acto de morir sigue siendo la experiencia humana más solitaria.

Everyman, la mejor obra de teatro moralista de la época medieval, presenta de una manera simple y brillante la soledad del encuentro del ser humano con la muerte[9]. Everyman recibe la visita de la Muerte, quien le informa que debe hacer su último viaje. Aunque solicita misericordia, no le sirve de nada. La Muerte insiste en que tiene que prepararse para el día en que «ningún hombre vivo podrá escaparse». Desesperado, busca ayuda. Aterrado y, sobre todo, aislado, suplica a otros que le acompañen en su viaje. El personaje llamado Kindred se niega a acompañarle:

> Sé un hombre alegre:
> anima el corazón y no gimas.
> Pero una cosa te advierto, por santa Ana,
> por lo que a mí respecta, irás solo.

La misma negativa le ofrece su prima, quien se excusa por hallarse indispuesta:

> No, ¡por nuestra Señora!, me ha dado un calambre en el dedo gordo.
> No confíes en mí. No puedo moverme con presteza,
> y te abandonaré cuando más me necesites.

Con similares palabras, le rechazan todos los demás personajes alegóricos de la obra: La Hermandad, los Bienes materiales y la Sabiduría. Hasta estos atributos le abandonan:

> Belleza, fuerza y discreción,
> Cuando la muerte golpee,
> Todas me abandonarán corriendo.

Everyman se salva finalmente del terror del aislamiento existencial porque uno de los personajes, Buenas acciones, está dispuesto a acompañarle a la muerte. Ésta es, en realidad, la moraleja cristiana de la obra: las buenas acciones, dentro del contexto de la religión, sirven de sostén frente al aislamiento postrero. En nuestros días, los Everyman que no se acogen a una fe religiosa, tienen que hacer el viaje solos.

La libertad y el aislamiento existencial

La soledad de actuar como padre de uno mismo. En la medida en que uno es responsable de la propia vida, uno está solo. La responsabilidad implica paternidad; el tener conciencia de la propia paternidad significa abandonar la creencia de que hay otro que crea y protege a uno. Existe una profunda soledad inherente al acto de la propia creación: uno se da cuenta de la indiferencia cósmica del universo. Tal vez los animales tienen algún sentido de la protección de un pastor y de un refugio, pero el hombre, condenado a la conciencia de sí mismo, tiene que continuar expuesto a la existencia.

Eric Fromm postulaba que el aislamiento es la fuente primaria de angustia, y hacia hincapié en el sentido del desamparo inherente a la separación básica de los seres humanos.

> La conciencia de su soledad y separación, de su desamparo ante las fuerzas de la naturaleza y de la soledad, hace que su existencia segregada se convierta para el hombre en una prisión intolerable. La experiencia de separación genera angustia, en realidad es la fuente de toda angustia. El estar separado significa estar segregado, sin ninguna capacidad para emplear los poderes humanos. Estar separado significa estar indefenso, ser incapaz de captar activamente el mundo, las cosas y la gente; significa que el mundo nos puede invadir, sin que nosotros tengamos capacidad para reaccionar[10].

Esta fusión de los sentimientos de soledad y desamparo es una respuesta emocional comprensible por el hecho de haber descubierto que nos hallamos, sin nuestro consentimiento, sumergidos en una existencia que no hemos elegido. Heidegger emplea el término «arrojabilidad» para referirse a este estado. Aunque uno se crea a sí mismo, el proyecto que traza para estructurarse se ve limitado por el hecho de verse arrojado a la marejada de la existencia.

Extrañeza. Nos configuramos a nosotros mismos y constituimos

un mundo estructurado de tal manera, que escondemos ante nosotros mismos el hecho de haberlo constituido. El aislamiento existencial impregna la «materia prima» de las cosas, la roca fundamental del mundo. Pero está tan escondida por capas y capas de artefactos mundanos, cada uno de ellos lleno de significados personales y colectivos, que lo único que experimentamos es un mundo de cotidianeidad, de actividades rutinarias, de «ellos». Estamos rodeados, «instalados en casa», en un mundo estable de objetos e instituciones familiares, en un mundo en el que todos los objetos y seres están conectados e interconectados de forma casi constante. Nos dejamos arrullar por un sentido de pertenencia a lo cómodo y conocido; el mundo primordial del inmenso vacío y el aislamiento está enterrado y silenciado, y sólo aflora en breves segundos durante las pesadillas y las visiones místicas.

Pero hay momentos en que la cortina de la realidad se descorre momentáneamente y aparece ante nuestros ojos una instantánea de la parte trasera de la maquinaria. En estos momentos, que yo considero experiencias individuales autorreflexivas, tiene lugar un sentimiento instantáneo de extrañeza, en el que los significados se separan de los objetos, los símbolos se desintegran y uno se siente arrancado de su propia morada y de su sentimiento de «estar en casa». Albert Camus, en una obra de sus primeros años, describió uno de estos momentos, mientras se hallaba en un hotel y en un país extranjero:

> Heme aquí, indefenso, en una ciudad cuyos letreros no puedo leer... sin amigos con quienes hablar y, en pocas palabras, sin ninguna diversión. En este cuarto, adonde penetran los sonidos de la ciudad extraña, sé que nada guiará mis pasos hasta la delicada luz de un hogar o algún lugar amado. ¿Llamaré? ¿Gritaré? Sólo aparecerían caras extrañas... y, entonces, la cortina del hábito, la gasa cómoda de gestos y palabras, dentro de la cual el corazón se siente reconfortado, se levanta poco a poco y deja al descubierto, finalmente, la cara pálida de la angustia. El hombre está frente a frente consigo mismo: yo le reto a que sea feliz...[11]

En estos momentos de angustia existencial profunda, la relación que uno mantiene con su mundo sufre un estremecimiento profundo. Uno de mis pacientes, un ejecutivo dinámico y con mucho éxito, me describió un incidente parecido. Aunque duró sólo unos cuantos minutos, fue tal su intensidad, que se había grabado fieramente en su memoria. Así, después de cuarenta años, todavía lo recordaba todo con detalle. Contando doce años y estando durmiendo al aire libre, de

repente se sintió separado de la madre naturaleza y flotando entre las estrellas. ¿Dónde estaba? ¿De dónde había llegado? ¿De dónde había venido Dios? ¿De dónde venía algo (lo contrario de nada)? Se sentía sobrecogido por la soledad, el desamparo y la falta de base en que apoyarse. Aunque me resulta difícil creer que las decisiones que duran toda una vida puedan hacerse en un instante, este paciente insistía en que, en ese mismo momento, tomó la decisión de hacerse famoso y poderoso para nunca más volver a experimentar ese sentimiento.

Esta experiencia intranquilizadora de vacío y soledad no sucede, obviamente, «allí afuera»: sucede dentro de nosotros, y no es necesario ningún estímulo externo para producirla; todo lo que se requiere es una laboriosa búsqueda interior. Robert Frost lo expresa con estas bellas palabras:

> No podrán atemorizarme con sus espacios vacíos.
> Entre las estrellas, en estrellas donde no habita la raza humana.
> Lo tengo mucho más cerca, dentro de mí.
> Puedo atemorizarme con mis propios desiertos[12].

Cuando uno cae en sus propios «desiertos», el mundo aparece de pronto como un lugar extraño. Sobre esta experiencia, escribió Kurt Reinhardt:

> Algo terriblemente misterioso se interpone entre él y los objetos familiares de su mundo, entre él y sus semejantes, entre él y todos sus «valores». Todo lo que había considerado suyo, se apaga y se hunde, hasta que ya no le queda nada a lo cual aferrarse. Lo que le amenaza es «la nada» (ninguna cosa), y se encuentra solo y perdido en el vacío. Pero, una vez que ha pasado esta noche oscura y terrible de angustia, el hombre respira con alivio y se dice a sí mismo: Después de todo, no fue «nada». Ha experimentado el sentimiento de la «nada»[13].

Heidegger utiliza el término «extrañeza del mundo», («no hallarse como en casa») para referirse al estado en el que uno pierde el sentido de la familiaridad con el mundo que le rodea. Según él, cuando uno *(Dasein)* se halla completamente inmerso en el mundo conocido de las apariencias y ha perdido todo contacto con la propia situación existencial, se encuentra en el modo «cotidiano», «caído». La angustia sirve de guía para hacer que la persona regrese, a través del sentimiento de extrañeza, a la conciencia del aislamiento y de la nada.

Cuando cae el *Dasein,* la angustia lo hace regresar de su absorción en el «mundo». Se destruye la familiaridad cotidiana... El «ser en» entra dentro del «modo» existencial del «no estar en casa». Esto es todo lo que significa «la extrañeza del mundo»[14].

En otro pasaje, manifiesta que cuando se regresa de la «absorción en el mundo» y los objetos se despojan de su significado, uno experimenta angustia por la confrontación con la soledad, con la inclemencia y con la nada que existen en el mundo[1*]. Así, para escapar de la extrañeza, empleamos el mundo como si fuera un instrumento y nos dejamos absorber por las diversiones que nos proporciona Maya, es decir, el mundo de las apariencias. El temor definitivo tiene lugar cuando nos enfrentamos con la nada. Frente a ella, ninguna cosa ni ningún ser pueden ayudarnos; es en este momento cuando experimentamos el aislamiento existencial en toda su plenitud. Tanto Kierkegaard como Heidegger eran muy aficionados a los juegos de palabras en los que interviniera la palabra «nada». «¿De qué tiene miedo el hombre?» «¡De la nada!»

El cineasta italiano Antonioni es un maestro en la representación del sentimiento de extrañeza del mundo. En muchas de sus películas (por ejemplo, *El eclipse),* los objetos se ven con una deslumbrante claridad y con una especie de misterio glacial; quedan completamente separados de su significado. El protagonista simplemente pasa por ellos, sin poder actuar, al mismo tiempo que los personajes secundarios los utilizan[16].

El sentimiento de extrañeza se refiere a algo más que a los objetos que hay en el mundo. Existen otras entidades que se han inventado para proporcionar estructura y estabilidad —como papeles, valores, guías, reglas, ética— y que, de pronto, pueden quedar despojadas de

---

1*. Heidegger se refería a los objetos que hay en el mundo llamándoles «listo para manipular» o «presente en mano», dependiendo de si el objeto podía considerarse una pieza de «equipo» o si se consideraba en su esencia más pura:

La amenaza no proviene de lo que está «listo para manipular» ni de lo que está «presente en mano», sino del hecho de que *ninguna de estas cosas tiene ya ningún significado.* El mundo en el que vivo, se ha hundido en la insignificancia. Estamos ansiosos de cara a la «nada» de este mundo, pero esto no quiere decir que en la ansiedad experimentemos algo parecido a la ausencia de lo que está «presente en mano y dentro del mundo». Lo «presente en mano» tiene que encontrarse de tal manera que *no tenga ningún tipo de compromiso,* pero que se muestre en toda su despiadada desnudez. Esto implica, sin embargo, que nuestra ansiosa espera no encuentra nada que pudiera servirle para comprenderse a sí misma; sólo se aferra a la «nada» del mundo[15].

su significación. En el capítulo V me referí a un ejercicio simple de «desidentificación», en el cual los individuos clasifican las respuestas a la pregunta: «¿Quién soy?», las anotan en tarjetas y, después, meditan sobre la experiencia de renunciar a cada uno de esos papeles (por ejemplo, un hombre, un padre, un hijo, un dentista, un corredor, un lector de libros, un marido, un católico o Juan). Al concluir el ejercicio, el individuo se ha desprendido de todos los papeles y ha cobrado la conciencia de que el ser es independiente de los accesorios y equipajes, que uno persiste, como dijo Nietzsche, aun después de «los últimos vestigios de la evaporación de la realidad»[17]. A propósito de este ejercicio, algunos pacientes informaron que habían tenido fantasías tales como la de «un espíritu desentrañado deslizándose en el vacío», lo cual sugiere claramente que, al desprendernos de nuestros papeles, nos enfrentamos a la experiencia del aislamiento existencial.

Las experiencias en las que uno se encuentra solo y en las que las guías cotidianas se desvanecen, tienen la capacidad de provocar un sentido de extrañeza, de no estar en el mundo como en nuestra propia casa. El caminante que se extravía, el esquiador que de pronto se encuentra fuera del sendero, el conductor que ya no puede ver la carretera en medio de una espesa niebla, son individuos que viven de pronto una ola de terror, un terror independiente de la amenaza física real; un terror solitario como un viento que sopla desde el propio desierto de cada uno, desde la nada que está en el centro del ser.

Sentimientos de extrañeza son las explosiones sociales y los estallidos repentinos de los valores, de la ética y de los principios que uno había creído que existían independientemente de uno mismo. El «holocausto», la violencia de las masas, el suicidio colectivo de Jonestown y el caos de la guerra, son hechos que nos llenan de horror porque son diabólicos, pero también nos estremecen porque nos recuerdan que nada es como solíamos creer que era, que reina la contingencia, que todo podía ser diferente de como es; que todo lo que consideramos fijo, precioso y bueno, puede evaporarse repentinamente; que no existe un fundamento sólido; que no estamos «en nuestra casa», ni aquí, ni allá, ni en ninguna parte del mundo.

El desarrollo y el aislamiento existencial

La palabra «existir» significa diferenciación («existir» = «destacar»). El proceso del desarrollo, como señala Rank, es un proceso de separación, de convertirse en un ser separado. Las palabras que a él hacen referencia implican separación: autonomía (autogobierno), autoconfianza, sostenernos sobre nuestros propios pies, la individuación, el ser uno mismo, la independencia. La vida humana empieza con una fusión de un óvulo y un espermatozoide, pasa a través de una etapa embrionaria de completa dependencia física de la madre y por una fase de dependencia física y emocional de los adultos circundantes. Gradualmente, el individuo establece fronteras que marcan dónde él termina y dónde los otros comienzan, y se convierte en un ser independiente, separado y seguro de sí mismo. No separarse significa no crecer, pero el precio que se paga por la separación y crecimiento es el aislamiento.

Según Kaiser, la tensión inherente a este dilema es el «conflicto universal» del ser humano. «El convertirse en un individuo implica llegar a un aislamiento completo, fundamental, eterno e inconquistable»[18]. Fromm lo expresa en su *Miedo a la libertad:*

> En la medida en que el niño surge de ese mundo, se da cuenta de que está solo, de que constituye una entidad separada de todas las demás. Esta separación de un mundo, que, en comparación con la propia existencia individual es aplastantemente fuerte y poderoso y, a veces, amenazante y peligroso, nos crea un sentimiento de indefensión y angustia. Mientras uno formaba parte integral de este mundo, sin darse cuenta de las posibilidades y responsabilidades de la acción individual, no necesitaba temerle. Cuando uno se ha convertido en individuo, permanece solo y de cara al mundo, en todos sus aspectos más peligrosos y sobrecogedores[19].

El renunciar a un estado de fusión interpersonal significa encontrar el aislamiento existencial, con todos sus temores e impotencias. El dilema formado por fusión-aislamiento o, como se le denomina más frecuentemente, el dilema de unión-separación, es la principal tarea del desarrollo existencial. Esto es lo que Otto Rank quiso decir cuando subrayó la enorme importancia del trauma del nacimiento. Para Rank, el nacimiento es el símbolo de todo aquello que surge y se destaca. Lo que el niño teme es la vida misma[20].

Ahora se ve claramente que el aislamiento existencial y el interpersonal se hallan intrincadamente mezclados. Al surgir de los

impedimentos de la función interpersonal se hallan intrincadamente mezclados. Al surgir de los impedimentos de la función interpersonal, el individuo cae en el aislamiento existencial. Cuando el intento de surgir se lleva a cabo en un estado en exceso insatisfactorio, o demasiado pronto, el individuo no se encuentra preparado para enfrentarse al aislamiento inherente de la existencia autónoma. El miedo al aislamiento existencial es la fuerza motriz que actúa detrás de muchas de las relaciones interpersonales y, como veremos, constituye una dinámica importante en el fenómeno de la transferencia.

El problema de la relación es un problema de fusión-aislamiento. Por un lado, tenemos que aprender a relacionarnos con los demás, sin ceder al deseo de escapar del aislamiento, convirtiéndonos en una parte de la otra persona. Pero también tenemos que aprender a relacionarnos con otro, sin reducir al otro al papel de instrumento, de defensa en contra del aislamiento. Bugental, en su planteamiento de los problemas de la relación, emplea la palabra «parte»[21]. La tarea interpersonal básica del ser humano es ser al mismo tiempo «una parte *de*» y «una parte que proviene *de*». El aislamiento interpersonal y el existencial son estaciones mutuas de enlace. En primer lugar, uno tiene que separarse del otro para llegar al aislamiento; tiene que estar solo para experimentar la soledad. Pero, como veremos a continuación, es al confrontar la soledad cuando nos comprometemos con otros profunda y significativamente.

El aislamiento y la relación

La experiencia del aislamiento existencial produce un estado subjetivo de malestar y, como sucede con cualquier otro tipo de disforia, el individuo no puede tolerarlo durante mucho tiempo. Las defensas inconscientes «entran en funcionamiento» y, rápidamente, lo entierran y lo colocan fuera del alcance de la experiencia consciente. Las defensas tienen que trabajar sin respiro, porque el aislamiento está dentro de uno mismo, esperando que se le reconozca. Como dice Martin Buber, «las ondas de éter están siempre rugiendo, pero la mayor parte del tiempo tenemos apagados los receptores»[22].

¿Cómo puede protegerse uno del temor al aislamiento esencial? Quedándose con una parte de ese aislamiento dentro de sí mismo y soportándolo con valor o, para utilizar la expresión de Heidegger,

«con resolución». Del resto, uno puede abandonar la soltería y entrar en relaciones con otra persona, provista de un ser como el nuestro, o con un ser de naturaleza divina. La principal defensa contra el terror del aislamiento existencial radical precisamente en la relación, por lo cual mi enfoque de las manifestaciones clínicas del aislamiento existencial tiene que centrarse necesariamente en las relaciones interpersonales. No obstante, lo plantearé de modo totalmente distinto a como lo ha hecho la psicología interpersonal tradicional: no haré hincapié en las necesidades de seguridad, unión, autoestimación, satisfacción sexual o de poder, sino que contemplaré las relaciones en la medida en que sirven para aliviar el aislamiento fundamental y universal.

Ninguna relación puede eliminar el aislamiento. Cada uno de nosotros está solo en su existencia. Pero la soledad puede compartirse de tal manera, que el amor compense el dolor del aislamiento. Buber dice: «Una gran relación atraviesa las barreras de la altiva soledad, rompe sus leyes estrictas y tiende un puente entre el propio ser y el ser que está situado al otro lado del abismo del temor al universo»[23].

Creo que, si somos capaces de reconocer nuestra situación de aislamiento en la existencia y de confrontarla con resolución, también seremos capaces de acercarnos afectuosamente a otras personas. Si, por el contrario, estamos sobrecogidos por el temor ante el abismo de la soledad, en realidad no extendemos los brazos para acercanos a otros, sino que los golpeamos para no ahogarnos en el mar de la existencia. En este punto, nuestras relaciones con los demás no son verdaderas relaciones, sino desviaciones y distorsiones de lo que pudieran haber sido. Al relacionarnos con los demás no tendremos una noción real de cómo son, sino que imaginaremos que son como nosotros mismos, que están tan asustados como nosotros y que andan buscando un mundo donde sentirse protegidos de la «materia prima» de las cosas. Nos comportamos, pues, con los demás seres como si fueran instrumentos o piezas de equipo. Colocamos al otro, que ya no es un «otro», sino un «ello», dentro del círculo de nuestro mundo para que cumpla una *función.* Como es obvio, la función fundamental es *negar el aislamiento;* pero la conciencia de esta función está demasiado cerca del terror que nos acecha. Se requiere un encubrimiento aún mayor; surgen las «metafunciones», y formamos relaciones que proporcionan un producto (por ejemplo, el poder, la fusión, la protección, la grandeza o la adoración) que, a su vez, nos sirve para negar el aislamiento.

No hay nada nuevo en la organización defensiva del psiquismo: todo sistema explicativo de la conducta plantea un conflicto medular en el cual las capas están incrustadas de dinamismos protectores y de encubrimiento. Estas «relaciones» desviadas, con sus productos, funciones y metafunciones, constituyen lo que los clínicos llaman una «psicopatología interpersonal». Describiré el cuadro clínico de muchas formas de relación patológica y estudiaré la dinámica existencial de cada una de ellas. Pero, para comprender auténticamente lo que una relación no es, antes es necesario entender lo que una relación, en el mejor de los casos, puede llegar a ser.

El amor libre de necesidad

Una relación se efectúa, también en el mejor de los casos, entre individuos que se relacionan entre sí libres de necesidad. Pero, ¿cómo es posible amar a otro por sí mismo, y no por lo que el otro le proporciona? ¿Cómo podemos amar sin utilizar, sin un *quid pro quo,* sin una vela mayor de apasionamiento, lujuria, admiración o egoísmo? Muchos pensadores sabios se han planteado esta pregunta, y empezaré por revisar sus contribuciones.

Martin Buber. «En el principio está la relación»[24]. Esto es lo que proclamó Martin Buber, un filósofo y teólogo cuya apariencia patriarcal, que incluía un ojo penetrante y una barba completamente blanca, aumentaba el poder de sus disquisiciones filosóficas. Su influencia ha sido extraordinariamente importante tanto en la filosofía religiosa como en la teoría psiquiátrica moderna. Su punto de vista es particularmente original: combina el pensamiento místico judío y el hasidismo con la teoría moderna de las relaciones. Su proclama «en el principio está la relación» está arraigada en estas tradiciones. Buber forma parte de una tradición mística que postula que cada individuo forma parte de la Alianza; cada uno contiene una chispa divina y, en su conjunto, todos revelan la presencia divina. Así, cada individuo está unido porque tiene una asociación cósmica y espiritual con el universo.

Pensaba que el anhelo de relación era «innato» y dado y que, «desde el vientre de su madre, todo hombre sabe (es decir, que está relacionado con) todo lo concerniente al universo, pero lo olvida en el momento de nacer». El niño tiene una «pulsión» hacia el contacto, que al principio es táctil y más adelante es un contacto «óptico» con

otro ser[25]. El niño no sabe nada sobre el «yo», no conoce ningún otro estado del ser que la relación.

Según Buber, el hombre no existe como entidad separada: «El hombre es una criatura intermedia»[26]. Existen dos tipos básicos de relación, es decir, dos tipos de posiciones intermedias que Buber llamó: «yo-tú», y «yo-ello». La relación «yo-ello» es una relación entre la persona y el equipo, una relación «funcional» entre un sujeto y un objeto, en la que no existe reciprocidad.

La relación «yo-tú» es recíproca y supone una experiencia plena de la otra persona. Se diferencia de la empatía (contemplando imaginativamente la situación desde la perspectiva del otro) en que es algo más que un «yo» tratando de relacionarse con un «otro». No existe un «yo» propiamente dicho, sino el concepto básico de yo-tú[27].

«La relación es reciprocidad»[28]. El «tú» de la relación yo-tú es diferente del «ello» que interviene en la relación yo-ello, y las *naturalezas* respectivas de las relaciones yo-tú y yo-ello son también enormemente diferentes. Pero existe otra diferencia aún más fundamental. *El «yo» es distinto en las dos situaciones.* No es el «yo» que tiene una realidad preeminente, el «yo» que puede decidir relacionarse con los «ellos» o los «tús» que flotan en el campo visual de la persona. No; el «yo» es «vinculación intermedia»; el «yo» *aparece y toma forma* en el contexto de alguna relación. Así, el «yo» sufre una profunda influencia de su relación con el «tú». Con cada «tú» y con cada momento de la relación, el «yo» vuelve a crearse. Al relacionarse con el «ello» (ya se trate de una cosa o de una persona cosificada), uno retiene una parte de sí mismo; lo examina desde todas las perspectivas posibles; lo categoriza, lo analiza, lo juzga, y le asigna una posición en el gran esquema de las cosas. Pero, cuando uno se relaciona con un «tú», entra en juego todo el ser de la persona, sin escatimar nada.

> La palabra básica yo-tú sólo puede pronunciarse con el ser íntegro de la persona. La concentración y fusión en un ser integral no la puedo lograr yo solo, ni puede lograrse sin mí. El yo necesita del tú para lograrse y realizarse. Al decir que me convierto en yo, me refiero a ti...[29]

Si uno se relaciona con otro reteniendo una parte de su ser, no entregándose plenamente, o si, por ejemplo, se relaciona con codicia o anticipando un beneficio, o si permanece en una actitud objetiva, como si fuera un espectador, y se pregunta cuál es la impresión que

están causando en el otro sus acciones, quiere decir que uno ha transformado el encuentro yo-tú en un encuentro yo-ello.

Si uno se relaciona verdaderamente con otro, debe tratar de escucharle de verdad: debe renunciar a los estereotipos y prejuicios sobre el otro y dejar que influya sobre uno con sus respuestas. La distinción que Buber establece entre el escuchar «genuinamente» y el pseudoescuchar tiene mucha importancia en la relación terapéutica.

Para relacionarse con otro sin necesidad, uno tiene que perderse o trascenderse a sí mismo. Mi ilustración favorita de la relación yo-tú es la descripción que hace Buber de su relación con su caballo cuando era joven:

> Cuando tenía once años, pasé un verano en la casa de campo de mis abuelos. Uno de mis placeres favoritos era ir, cuando nadie me veía, al establo y empezar a acariciar suavemente el cuello de mi amado caballo, un enorme rucio rodado. No se trataba de un placer ocasional, sino de un acontecimiento importante, amistoso y profundamente conmovedor. Si tuviera que explicarlo ahora, empezando por la memoria todavía fresca de mi mano, diría que lo que yo experimentaba en el contacto con el animal era «el otro», la inmensa otredad del «otro», que, sin embargo, no me resultaba extraña como la otredad del buey o del carnero, porque me permitía acercarme y tocarla. Cuando frotaba sus vigorosas crines, que unas veces se curvaban maravillosamente y otras se desplegaban salvajemente, y sentía la vida a través de mi mano, era como si el elemento vital mismo aflorara a través de mi piel, algo que no era yo, que no era semejante a mí, que era paladinamente el otro y no sólo otro, sino «el otro». Y, sin embargo, me permitía acercarme, confiaba en mí, entraba de una manera elemental en la relación de yo-tú conmigo. El caballo, aunque todavía no tenía servida la avena en el pesebre, levantaba suavemente su enorme cabeza, moviendo levemente las orejas, y relinchaba con toda tranquilidad, como un conspirador que da una señal sólo comprensible para su compañero de conspiración; y yo me sentía aprobado. Pero un día —no sé qué fue lo que me sucedió, pero, en todo caso, fue algo muy propio de los niños— yo también sentí la caricia, me gustó muchísimo y me volví consciente de mi mano. El juego siguió como antes, pero algo había cambiado, ya no era lo mismo. Y al día siguiente, después de darle una copiosa ración, cuando acaricié la cabeza de mi amigo, ya no levantó la cabeza[30].

El modo básico de la experiencia yo-tú es el «diálogo», a través del cual, ya sea silenciado o hablado, «cada uno de los participantes está pendiente del otro u otros en su ser particular, y se dirige a ellos con la intención de establecer una relación viva y mutua entre él y los otros»[31]. El diálogo es simplemente dirigirse a otro con la totalidad del

propio ser. Cuando el niño se «separó» del caballo, tuvo conciencia de su mano y de cuánto placer experimentaba él mismo con las caricias. En este momento, el diálogo se desvaneció y reinó el «monólogo» del yo-ello. Buber denominó esta desviación con respecto al otro «reflexión». En la reflexión, uno está «preocupado por uno mismo»[32] y, lo que es todavía más importante, se olvida del ser particular del otro.

Viktor Frankl expresa el mismo pensamiento cuando deplora la actual «vulgarización» del concepto de encuentro[33]. Frankl señala, con toda razón, que el «encuentro» que tiene lugar frecuentemente en los grupos básicos de encuentro, no es real, sino una expresión de uno mismo, un placer producido por la descarga de afectos cuya explicación racional hay que buscarla en la «monadología» psicológica que retrata al ser humano como una celda sin ventanas, una criatura incapaz de trascenderse y de «volverse hacia el otro». En consecuencia, se hace demasiado hincapié en desatar la agresión, en golpear una almohada o un balón, en la autoestimación, en utilizar a otros para resolver viejos problemas, en ponerse al día, etc. En lugar de volvernos hacia el otro, lo que tiene lugar, como diría Buber, es una «serie de monólogos disfrazados de diálogo»[34].

Buber exigía mucho de la relación yo-tú. En una ocasión, por ejemplo, recibió la visita de un joven desconocido cuya única intención era la de conversar. Buber descubrió, mucho después, que el desconocido tenía una guía escrita, que se sentía «golpeado por el destino» y que estaba en vísperas de una importante decisión personal. Aunque le trató de una manera amistosa y considerada, se arrepintió de no «haberse comprometido en espíritu» y de «haber omitido las preguntas que el hombre no trajo a colación»[35]. Pero, ¿es posible aproximarnos al otro siempre con la misma intensidad? Evidentemente no. Buber señaló que, aunque el yo-tú es el ideal que todos debemos tratar de realizar, lo cierto es que sólo existe en raras ocasiones. Uno se ve obligado a vivir primordialmente en el mundo del yo-ello; si se viviera únicamente en el mundo del «tú», nos consumiríamos en sus llamas.

> El mundo del ello es el mundo en el que uno tiene que vivir para experimentar con agrado... los momentos del tú como raros episodios liricodramáticos. Su magia puede seducirnos, pero nos conduce peligrosamente a los extremos... Uno no puede vivir en el puro presente (es decir, en el yo-tú) porque se consumiría... y, con toda honestidad, *escuchad:* (esto es,

vivid la relación yo-tú) porque, sin esta relación, el ser humano no puede vivir. Pero el que vive sólo en ese estado, no es humano[36].

Esta exhortación en favor del equilibrio nos recuerda el conocido aformismo del rabino Hillel: «Si yo no estoy a favor de mí mismo, ¿quién va a estarlo? Y si estoy sólo a favor de mí mismo, ¿qué soy yo?»[37]

He citado reiterativamente a Buber porque su formulación de una relación de amor sin necesidad es particularmente brillante y conmovedora. No podemos despedirnos de él, sin comentar antes una tensión evidente que existe entre la posición fundamental que yo he acordado al aislamiento existencial y su teoría de que el ser humano no existe como «yo», sino como «criatura intermedia». Como Buber sostenía que el modo básico de existencia es la relación, en su sistema no cabría el aislamiento existencial. En consecuencia, protestaría ante mi posición de que el aislamiento es un aspecto fundamental de nuestra situación existencial; y protestaría aún con más energía por el hecho de que yo esté citando su obra para sustentar mi argumentación.

Sin embargo, permítaseme examinar un importante sueño con el que Buber inició su *Between Man and Man,* un sueño que tuvo durante toda su vida, aunque a veces pasaran varios años de intervalo[38]. Este sueño, que él llamaba «el sueño del grito doble», empieza cuando Buber se halla solo «en una enorme cueva, o en una edificación de barro, o en el borde de un bosque gigantesco, que no recuerdo haber visto en la realidad». Entonces ocurre algo extraordinario, como que un animal le arranca un pedazo de carne del brazo, y:

> Yo grito... Siempre es el mismo grito, inarticulado, pero siguiendo un ritmo estricto, subiendo y bajando, creciendo hasta alcanzar una plenitud que mi garganta no podría soportar si me encontrase despierto, muy largo y muy lento, un grito como una canción. Cuando termina, mi corazón deja de latir. Pero, entonces, en algún lugar lejano, retumba otro grito dirigido a mí, otro grito que es el mismo, el mismo grito lanzado o cantado por otra voz.

El grito de respuesta es para él el hecho crítico:

> Cuando termina esta respuesta, me invade una certeza, una certeza onírica verdadera de que *ahora ha sucedido.* Nada más. Únicamente esto y sólo como lo he relatado: que ahora ha sucedido. Si tratara de explicarlo, significaría que el acontecimiento que originó mi grito sólo ha ocurrido sin ninguna duda ahora, al suceder la contrarréplica.

Buber sostenía que el modo básico de la existencia es la relación. En este sueño, que él citaba como ejemplo de una visión esclarecedora de la verdad, la existencia comienza con la aparición de la relación: el grito de respuesta. Pero, con un poco de imaginación, el texto del sueño puede interpretarse de una manera diferente. Uno empieza no en la relación, sino hallándose solo y en un lugar extraño. Le atacan y siente miedo. Grita y, anticipando una respuesta, el corazón detiene sus latidos. Lo que a mí me sugiere el sueño es un aislamiento fundamental y el hecho de que nuestra existencia empieza con un grito solitario, después de lo cual nos quedamos esperando ansiosamente una respuesta.

Abraham Maslow. Abraham Masow, fallecido en 1970, ha ejercido una enorme influencia en la teoría psicológica moderna. Es considerado como el padre de la psicología humanística, campo que, como expuse en el primer capítulo, coincide con la psicología existencial en muchos aspectos.

Una de sus hipótesis fundamentales es que la motivación básica del individuo está orientada o hacia el «déficit» o hacia el «crecimiento». Postula que la psiconeurosis es una enfermedad de deficiencia que se origina por la falta de realización —que empieza muy pronto en la vida— de ciertas «necesidades» psicológicas básicas: seguridad, pertenencia, identificación, amor, respeto y prestigio[39]. Los individuos que tienen satisfechas estas necesidades se orientan hacia su desarrollo: son capaces de poner en práctica su propio potencial innato para alcanzar la madurez y la autorrealización. Estos individuos, en contraste con los que se orientan hacia la deficiencia, son mucho más eficientes, autosuficientes y menos dependientes del ambiente. En otras palabras, los determinantes que gobiernan a estas personas no son sociales ni ambientales, sino internos:

> Las leyes de su propia naturaleza, su potencialidad y capacidad, sus cualidades, sus recursos latentes, sus impulsos creativos, la necesidad que tienen de conocerse a sí mismos y de volverse cada vez más integrados y unificados, más conscientes de lo que realmente son, de lo que realmente quieren, de lo que debe ser su camino, su vocación o su suerte[40].

Los individuos motivados por el desarrollo y los impulsados por la deficiencia mantienen diferentes tipos de relaciones interpersonales. Los primeros son menos dependientes, están menos sujetos a los demás, menos necesitados de los elogios y el afecto de los demás,

menos ávidos de recibir honores, prestigio y recompensas; no requieren una gratificación continua de sus necesidades a través de la relación interpersonal y, a veces, sintiendo que los demás son un obstáculo, prefieren pasar solos algunos períodos. En consecuencia, el individuo motivado por el desarrollo no se relaciona con los otros como fuentes de suministro, sino que tiene la capacidad de verlos como seres humanos íntegros, complejos y únicos. En contraste con esto, el individuo motivado por la deficiencia se relaciona con los demás desde el punto de vista de su utilidad. Aquellos aspectos del otro que no se relacionan con sus necesidades, se desdeñan olímpicamente o se consideran irritantes o amenazantes. Así, como asegura Maslow, el amor se transforma en algo más, lo cual se parece más bien a nuestras relaciones «con vacas, caballos y ovejas, así como camareros, taxistas, porteros, policías y otras personas a quienes *usamos*»[41].

En consecuencia, Maslow describe dos tipos de amor, ambos de acuerdo con los otros dos tipos de motivación: El «amor D» (de la deficiencia) es un «amor egoísta» o un «amor por necesidad», en tanto que el «amor B» (al ser de otra persona) es un «amor sin necesidad» y, por tanto, un «amor desinteresado». Siguiendo con su teoría, el amor B no es posesivo, antes de admiración que de necesidad; en general, constituye una experiencia subjetiva más rica, «más elevada» y valiosa que el amor D. Este último busca la gratificación, mientras que en el otro no hay apenas cabida para ella. El amor B contiene un mínimo de angustia-hostilidad (pero sí puede haber una «angustia por el otro»). Los amantes B son más independientes entre sí, más autónomos, menos celosos e inseguros, menos demandantes, más desinteresados, pero, al mismo tiempo, más deseosos de ayudar al otro a su realización, más orgulloso de los triunfos del otro, más altruista, más generoso y estimulante. El amor B, en un sentido profundo, crea al compañero, le proporciona aceptación y realza su concepto de sí mismo, que, a su vez, contribuye a su propio desarrollo[42].

Erich Fromm. En su hermoso estudio *El arte de amar*[43], Erich Fromm se plantea la misma pregunta que Buber y Maslow: ¿Cuál es la naturaleza del amor libre de necesidad? Resulta, en realidad, sorprendente y reconfortante que estos tres grandes pensadores llegaran a las mismas conclusiones partiendo de antecedentes tan distintos (teología-filosofía, psicología experimental y social y psicoanálisis).

El punto de partida de Fromm es que la preocupación fundamental del ser humano es el aislamiento existencial, que la separación «es la fuente de toda angustia»[44], y que la tarea principal del ser humano, a través de toda la historia, ha sido siempre la de superarla. En su estudio, efectúa un análisis de los diferentes intentos históricos de hallar una solución: la actividad creativa (la unión del artista con el material y el producto resultante), los estados orgiásticos (religiosos, sexuales e inducidos por drogas) y la conformidad con las costumbres y creencias del grupo; pero concluye diciendo que ninguno de estos intentos logra íntegramente su objetivo:

> La unidad en el trabajo productivo (creativo) no es interpersonal; la unidad que se logra en la fusión orgiástica es transitoria, y la conseguida mediante la conformidad es una pseudounidad. Por tanto, sólo hay respuestas parciales al problema de la existencia. La respuesta completa radica en el logro de la unión interpersonal, de la fusión con otra persona, es decir, en el amor[45].

Lo que Fromm quiso decir con «respuesta completa» no está claro del todo, pero yo la intuyo como la respuesta «más satisfactoria». El amor no nos libera de nuestra separación, puesto que ésta es uno de los supuestos de la existencia: puede confrontarse, pero jamás borrarse. El amor es el mejor método de que disponemos para consolarnos del dolor de la separación. Buber, Maslow y Fromm —como veremos— llegaron a una formulación similar del amor sin necesidad, pero partieron de distintas posiciones acerca del esquema del amor en la vida individual. El primero daba por sentado que el estado de amor era el estado natural de la existencia del ser humano, y que el aislamiento era un estado de «caída». Maslow consideraba el amor como una de las necesidades innatas y como uno de los potenciales, igualmente innatos, del ser humano. Por su parte, Fromm lo interpretaba como «una respuesta al problema de la existencia», opinión muy similar a la que yo sostengo en este libro.

No todas las formas de amor solucionan con la misma eficacia la angustia de la separación. Fromm diferenció la «unión simbiótica» —una forma del amor «caído»— del amor «maduro». El amor simbiótico, que contiene una forma activa (de sadismo) y una forma pasiva (de masoquismo), constituye un estado de fusión en el que ninguna de las partes es íntegra ni libre (este punto lo trataré en la siguiente sección, al tratar las formas del amor desadaptado). El amor maduro es «unión con la condición de preservar la propia integridad,

la propia individualidad... En el amor ocurre la paradoja de que dos seres se convierten en uno y, sin embargo, siguen siendo dos»[46].

Fromm analiza el desarrollo individual del amor desde la infancia, cuando uno experimenta la noción de ser amado por lo que uno es o, mejor dicho, porque uno es. Más adelante, entre los ocho y los diez años, un nuevo factor entra en la vida del niño: la conciencia de que uno provoca amor a través de los actos que realiza. A medida que el individuo se sobrepone al egocentrismo, las necesidades del otro llegan a volverse tan importantes como las suyas propias, va transformando gradualmente su concepto de amor y pasa de «ser amado» a «amar». Para Fromm, el estado de «ser amado» implica una situación de dependencia, en la cual, si se continúa siendo pequeño, indefenso o «bueno», uno recibe como recompensa amor; en tanto que «amar» es un estado de potencia efectiva. «El amor infantil sigue el principio de que "amo porque soy amado". El maduro, de que "me aman porque yo amo". El amor inmaduro dice: "Te amo porque te necesito." Pero el maduro: "Te necesito porque te amo"»[47].

La afirmación de Fromm de que el amor es un proceso activo y no pasivo, posee una importancia extraordinaria para el clínico. Los pacientes se quejan de soledad, de que nadie les quiere ni podría quererles; pero el trabajo verdaderamente productivo es el que se lleva a cabo en el terreno contrario: su incapacidad para amar. El amor es un acto positivo, no un afecto pasivo; es dar, no recibir —es «permanecer en pie», no «una caída»[48]. Es necesario hacer una distinción entre «dar» y «agotarse». Un individuo con una orientación receptiva y explotadora[2*], se sentirá agotado o empobrecido por el acto de dar; uno que tenga una orientación mercantilista, se sentirá defraudado por estar dando sin recibir a cambio. Pero la persona madura y «productiva» siente que dar es una expresión de fuerza y abundancia. En el acto de dar, uno expresa y reafirma su propia vitalidad. «Cuando una persona da, crea algo en la vida de la otra persona; y esa creación se refleja otra vez en él. Al dar verdaderamente, no puede evitar el acto de recibir lo que se le devuelve. El dar hace que la otra persona dé también, y ambos comparten la dicha de lo que han creado»[50]. Obsérvese la similitud entre estos conceptos y los de Buber: «La relación es reciprocidad. Mi "tú" actúa en mí, como mi "yo" actúa en ti. Nuestros discípulos nos enseñan, nuestros trabajos nos forman... Intrincadamente mezclados, vivimos en la corriente de la reciprocidad universal»[51].

2*. Fromm describe cinco tipos fundamentales de estructuras caracterológicas basadas en la relación interpersonal: receptivo, explotador, acaparador, mercantilista y productivo. Los cuatro primeros (que son los tipos «improductivos») creen que «la fuente de todo lo bueno» se encuentra situada fuera de ellos y que tienen que esforzarse por conseguir lo bueno aceptando, tomando, preservando o intercambiando, respectivamente. El tipo productivo está motivado desde dentro y es un individuo realista y orientado hacia el crecimiento[49].

Además de dar, el amor maduro implica otros elementos básicos: preocupación, responsabilidad, respeto y conocimiento[52]. Amar significa preocuparse activamente por la vida y el desarrollo de otro. Uno tiene que responder a las necesidades (físicas y psíquicas) del otro; debe respetarle como un ser único, verle como es y ayudarle a crecer y desenvolverse a su manera, por su propio bien y no para nuestro propio beneficio. Pero uno no puede respetar plenamente al otro sin conocerle profundamente. El verdadero conocimiento del otro, según Fromm, sólo es posible cuando uno trasciende la preocupación por uno mismo y ve a la otra persona en su integridad. Es necesario escucharle y vivirle empáticamente (aunque Fromm no emplea esa palabra), es decir, entrar y familiarizarse con el mundo privado del otro, vivir la vida del otro y percibir sus significados y experiencias. Nótese una vez más la convergencia entre Fromm y Buber: compárese el «amar» de Fromm con el «diálogo» de Buber, definido como un «escuchar genuino y libre de prejuicios».

Es importante que el terapeuta piense en el amor como una «actitud» (que es característica de la orientación del «amante» hacia el mundo), en lugar de verlo en términos de la relación del amante con su «objeto» amado. Con demasiada frecuencia cometemos el error de considerar que la unión exclusiva con otra persona es una prueba de la intensidad y pureza del amor. Semejante amor, en términos de Fromm, es un «amor simbiótico» o un «egoísmo hipertrofiado»[53] y está destinado invariablemente a consumirse, por no ocuparse de los demás. *El amor sin necesidad, en cambio, es un modo individual de relacionarse con el mundo.*

Un afamado ejecutivo vino a verme una vez, cuando contaba cuarenta años, porque se había enamorado de una mujer y estaba a punto de decidirse a dejar a su esposa y a sus hijos. Después de unas cuantas sesiones, empezó a mostrarse impaciente y a criticarme duramente por mi ineficiencia e incapacidad para ofrecerle un curso de acción sistemática y bien planificada. Pronto, esta crítica nos llevó a considerar su actitud enjuiciadora hacia la gente en general. No

investigamos la decisión inmediata a la que se enfrentaba, sino su falta de amor hacia el mundo en su conjunto. Así, se vio obligado a analizar, como suele ocurrir en la terapia, lo inesperado.

Según Fromm, el tipo de amor más fundamental es el amor fraternal, una experiencia de unión con todos los individuos que se caracteriza por su falta de exclusividad. La Biblia proclama que el objeto del amor deben ser los frágiles, los pobres, las viudas, los huérfanos, los extranjeros. Como no nos sirven para lograr un propósito, amarlos es amar sin necesidad, es decir, de un modo «fraternal».

Si recordamos, esta sección fue iniciada con la pregunta: ¿Cómo es posible relacionarse con otro de una manera libre de necesidad? Ahora, a la luz de las conclusiones equivalentes de Buber, Maslow y Fromm, describiré las características de una relación madura y libre de necesidad; a continuación, a partir de este modelo, pasaré a analizar la naturaleza de los distintos tipos erróneos de relación.

1. Amar a otro significa relacionarse con él de una manera generosa y desprendida, de tal manera que uno se desprenda de la autoconciencia. Uno se relaciona libre de la preocupación predominante de ¿qué piensa de mí? o ¿qué provecho saco yo de todo esto? No busca la alabanza, la adoración, el desahogo sexual, ni el poder, ni el dinero. Uno se relaciona solamente con la otra persona: no hay terceras personas, ni reales ni imaginarias, que presencien el encuentro. En otras palabras, uno debe relacionarse con todo su ser: si una parte de uno mismo se encuentra en otra situación —por ejemplo, estudiando los efectos de esa relación sobre una tercera persona—, habrá fallado en la relación.

2. Amar a otro significa conocer y experimentarlo con la mayor plenitud posible. Si uno se relaciona sin egoísmo, es libre de experimentar todas las partes del otro, y no sólo la parte que le sirve a uno para un fin utilitario. Uno se extiende en el otro, lo reconoce como un ser sensible que también ha construido un mundo a su alrededor.

3. Amar a otro significa interesarse por el ser y el desarrollo del otro. Con ayuda de todo el conocimiento que uno posea y de lo que aprenda escuchando al otro, se le ayuda a mantenerse plenamente vivo en el momento del encuentro.

4. El amor es activo. El amor maduro es amar, no que le amen a uno. Uno da amor al otro, no «cae» a sus pies.

5. Amar a otro es la manera de estar en el mundo; no es una conexión mágica, exclusiva y escurridiza con una persona en particular.

6. El amor maduro brota de la propia riqueza, no de la propia pobreza; del desarrollo, no de la necesidad. Uno no ama porque necesita que el otro exista

para que le sirva de complemento, para escapar de la soledad abrumadora. El que ama con madurez ha resuelto ya estos problemas en otro momento, de otra forma: entre otras cosas, a través del amor maternal que uno recibió en las primeras etapas de su vida. Por consiguiente, el amor pasado es una fuente de fuerza, y el amor presente es el resultado de esa fuerza.

7. El amor es recíproco. En la medida en que uno realmente «se acerca al otro», uno se modifica. En la medida en que uno hace renacer al otro, uno mismo adquiere una vida más intensa.

8. El amor maduro tiene sus recompensas. Uno se modifica, se enriquece, se realiza y ve atenuada su soledad existencial. Amando, uno recibe amor. Pero estas recompensas surgen del amor verdadero; no se dan para provocar el amor. Para emplear las palabras de Frankl, las recompensas se dan, pero no pueden perseguirse.

El aislamiento existencial y la psicopatología interpersonal

Si no logramos desarrollar la fuerza interna, el sentido de nuestro valor como personas y una firme identidad que nos permita enfrentarnos al aislamiento existencial, decir «sea» y hacernos cargo de la angustia en nuestro interior, estaremos alejándonos del camino más corto para conquistar la seguridad. Examinemos estos métodos de conseguir la seguridad y sus manifestaciones clínicas. En su mayoría, tienen que ver con la relación, es decir, que implican la relación interpersonal. Pero, como veremos, no en todos los casos el individuo se relaciona con el otro (es decir, no le «ama»), sino que más bien lo *utiliza* para una función. El terror, la conciencia directa del aislamiento existencial y la estructura psíquica defensiva que elaboramos para aliviar la angustia son inconscientes. Uno sabe solamente que no puede estar solo, que desea desesperadamente obtener de otros algo que nunca le es posible obtener y que, por mucho que uno se esfuerce, algo va mal siempre en sus relaciones interpersonales.

Pero existe otra solución para el sacrificio del propio egoísmo: uno obtiene cierto alivio en la angustia derivada del aislamiento, sumergiéndose en otro individuo, causa o meta. Como dijo Kierkegaard, los individuos están doblemente desesperados[54]: en primer lugar, por la desesperación existencial básica; en segundo lugar, porque, después de haber sacrificado la conciencia de sí mismos, ni siquiera saben que están desesperados.

La existencia ante los ojos de otras personas

«Lo peor de estar solo, es el pensamiento que me enloquece de saber que, en ese momento, nadie en el mundo piensa en mí.» Esto declaraba un paciente durante una sesión de grupo, después de haber sido hospitalizado porque sufría ataques de pánico cuando estaba solo. Entre los miembros de este grupo terapéutico de internados, hubo algunas voces que manifestaron inmediatamente su acuerdo con esta experiencia. Una muchacha se diecinueve años, a quien habían hospitalizado por abrirse las muñecas, después de la ruptura de una relación romántica, dijo categóricamente: «¡Preferiría estar muerta antes que estar sola!» Otro comentó: «Cuando estoy solo, es cuando oigo voces. Tal vez mis voces me sirvan para no estar solo» (una conmovedora explicación fenomenológica de la alucinación). Otra paciente que se había automutilado varias veces, confesó que lo había hecho por la desesperación que le producía una relación con un hombre a todas luces insatisfactoria. Pero no podía dejarle, por su terror a estar sola. Cuando le pregunté qué era lo que la aterraba de estar sola, me contestó con un *insight* psicótico muy duro y directo: «Cuando estoy sola, no existo.»

La misma dinámica tiene lugar en la súplica incesante del niño: «¡Mírame!», «¡Hazme caso!», con la cual solicita la presencia del otro para lograr que la realidad sea verdadera. (En este punto, cito la experiencia infantil como una manifestación anterior, no como la causa, de un conflicto subyacente.) Lewis Carroll, en su obra *Through the Looking Glass,* expresó con gran belleza la creencia de muchos pacientes de que «yo sólo existo cuando alguien piensa en mí». Alicia, Fulano y Mengano se presentan ante el Rey Rojo, quien está dormido:

—Ahora está soñando —dijo Fulano—, ¿con quién crees que está soñando?

—¡Quién lo sabe! —respondió Alicia.

—Sí, está soñando *contigo* —dijo Fulano aplaudiendo triunfante—; y si dejara de soñar contigo, ¿dónde crees que estarías?

—Donde estoy ahora, naturalmente —dijo Alicia.

—¡No! —gritó Fulano—. No estarías en ninguna parte. Tú sólo eres una especie de cosa en sus sueños.

—Si despertara el Rey —añadió Mengano—; tú desaparecerías... ¡Como una vela!

—¡No es cierto! —exclamó Alicia indignada—. Además, si yo *soy* únicamente una especie de cosa en sus sueños, me gustaría saber qué eres *tú.*

—Lo mismo —sentenció Mengano.

—¡Lo mismo! —gritó Fulano.

Pronunció esto con tal arrojo, que Alicia no pudo por menos de decirle:

—¡Chitón! Como continúes así, vas a despertarle.

—Bueno. No tiene ningún sentido que *tú* hables de despertarle —dijo Mengano—; si tú eres sólo una de las cosas con las que él sueña. Tú sabes bien que no eres real.

—¡Yo *soy* real! —dijo Alicia. Y empezó a llorar.

—Con llorar no conseguirás ser más real —dijo Fulano—. No hay motivo para llorar.

—Si yo no fuera real —dijo Alicia, riendo en medio de sus lágrimas porque todo aquello le parecía tan ridículo—, no podría llorar.

—Espero que no creas que tus lágrimas son reales —interrumpió Mengano en un tono iracundo[55].

Una paciente de un grupo comentó que había estado en terapia durante meses y que, en una ocasión, transcurridos varios años después de esta experiencia, se había encontrado por casualidad con su terapeuta. Manifestó que se sintió muy dolorida, porque éste tardó cuarenta y cinco segundos en reconocerla. Entonces se volvió hacia el guía del grupo y le preguntó: «¿Usted me recordará siempre? Si no fuera así no podría seguir.» Como maestra de escuela secundaria que era, poco a poco fue capaz de aceptar el hecho cruel de que, igual que ella olvidaba a sus alumnos mucho antes que ellos, lo mismo sucedía en la relación terapeuta-paciente. (Pero esto no excluye el hecho de que, como veremos después, cuando el terapeuta *está* con el paciente, su presencia debe ser íntegra y profunda.) Más adelante, en esa misma sesión, comentó que estaba empezando a comprender la razón por la cual el suicidio le había parecido siempre una opción tan atractiva. Pensaba que, si se suicidaba, los demás la recordarían durante largo tiempo. Éste es un excelente ejemplo del «suicidio como acto mágico», que describí en el capítulo II. En su concepto del suicidio, no hay ninguna idea de la muerte; por el contrario, imaginaba el suicidio como un medio para derrotar la muerte: como le sucedería a cualquiera que creyese que uno puede continuar viviendo, si existe en la conciencia de otra persona.

Buscando el amor, el individuo neurótico escapa de la vaga sensación, apenas vislumbrada, de un aislamiento y un vacío en el centro mismo del ser. Al sentir que otra persona nos elige y nos

aprecia, nos sentimos afirmados en nuestro propio ser. El sentido puro del ser, el «yo soy», el yo soy la fuente de todas las cosas, es demasiado aterrador por la soledad que implica. Por tanto, uno niega la propia creación y prefiere pensar que existe en la medida en que es el objeto de la conciencia de otro. Pero esta solución está condenada al fracaso por múltiples razones. La relación generalmente falla porque el otro, con el tiempo, se cansa de afirmar la existencia del individuo; más aún, se da cuenta de que no le ama, sino que le necesita. El otro nunca llega a sentirse plenamente acogido, porque el individuo sólo se relaciona con una parte: la parte que le sirve para afirmar su propia existencia. La solución falla porque es sólo una tapadera: si uno no puede afirmarse a sí mismo, estará siempre necesitando que el otro afirme su existencia. Uno está permanentemente distraído con respecto a la necesidad de afrontar el propio aislamiento fundamental. La solución fracasa también porque uno se equivoca al identificar el problema: considera que el problema radica en que no es amado, cuando, en realidad, es él quien es incapaz de amar. Como hemos visto, es mucho más difícil amar que ser amado, y requiere una mayor conciencia y aceptación de la propia situación existencial.

El individuo que necesita la afirmación de otros para sentirse vivo, tiene que evitar la soledad. La verdadera soledad está demasiado cerca de la angustia derivada del aislamiento existencial, y el individuo neurótico la evita a toda costa: el espacio aislado se llena con otras personas; el tiempo aislado se extingue (se «mata») con las ocupaciones. (El confinamiento solitario ha sido siempre uno de los castigos más atroces.) Otros combaten el aislamiento escapando del presente, del momento solitario: se reconfortan con recuerdos gratos del pasado (aunque, en el momento de ocurrir, no lo hayan sido en realidad tanto), o se proyectan hacia el futuro y disfrutan imaginando las peripecias y delicias de sus proyectos aún no realizados.

El redoblado interés por la meditación que se observa en nuestros días, viene, en parte, de su novedad y, en parte también del sentimiento de dominio que produce. Ciertamente, al hombre occidental de nuestros días le resulta muy difícil estar consigo mismo y emplear el tiempo, en lugar de matarlo. Nos han enseñado a hacer varias cosas simultáneamente: fumar, masticar, conducir, escuchar, ver la televisión, leer, y a sobrevalorar las máquinas que nos permiten ahorrar tiempo. Pero, ¿qué podemos hacer con el tiempo que ahorramos, si no es buscando otras maneras de matarlo?

Si, al relacionarnos con otros, nuestro principal objetivo es conjurar la soledad, entonces habremos transformado a los otros en piezas de equipo. Esto sucede con los contactos que mantienen dos individuos que se utilizan mutuamente para llenar esta función primaria y que encajan uno en el otro como una clavija en un enchufe. Su relación es tan funcional y recíproca, que permanece estable; sin embargo, estas situaciones suspenden el desarrollo de ambos, porque cada uno de ellos se conoce y es conocido por el otro sólo parcialmente. Estas relaciones recuerdan las casas prefabricadas cuyos muros se sostienen mutuamente; si se suprime uno de los miembros de la pareja (o si se le fortalece mediante una psicoterapia), el otro se derrumba.

No obstante, generalmente, no existe tal satisfacción mutua. Si uno de ellos se da cuenta de que el otro lo está utilizando, trata de buscar una pareja más satisfactoria. Una paciente mía de treinta y cinco años, obsesionada por la soledad, se sentía perseguida por la «visión de sí misma comiendo sola a los sesenta y tres». En consecuencia, sentía la necesidad de establecer un vínculo permanente. Aunque era una mujer atractiva y vivaz, todos los hombres que conocía la abandonaban después de unas cortas relaciones. En mi opinión, lo que les hacía huir era la intensidad y la desesperación de la necesidad de amor que ella experimentaba sin excluir el hecho de que entendieran que ella tenía muy poco amor que ofrecer. Una clave importante para comprender la dinámica de esta paciente la constituían el resto de sus relaciones interpersonales. Era muy enjuiciadora y crítica, y rechazaba de forma rápida y despreciativa a todos aquellos que no eran parejas potenciales. Cuando se trata a un paciente que tiene dificultad para establecer relaciones permanentes, siempre sirve, en efecto, de gran ayuda investigar profundamente la naturaleza del resto de sus relaciones. Los problemas amorosos no son específicos de las situaciones. El amor no es un tipo específico de encuentro, sino una actitud. El problema de «no ser amado» suele ser casi siempre un problema de «incapacidad para amar».

Tenemos un ejemplo muy claro de la relación con otros para evitar la confrontación con el aislamiento en el tratamiento de Charles, el paciente canceroso que introdujimos en un grupo de psicoterapia para externos (véase capítulo V). Charles inició la terapia porque quería mejorar sus relaciones con la gente. Siempre había sido un individuo aislado y solitario, y las relaciones que mantenía eran muy distantes. La aparición de su cáncer y el pronóstico de que le quedaban dos años

de vida, le hicieron sentir este aislamiento y le sirvieron de estímulo para esforzarse en lograr un acercamiento hacia otras personas. El incidente al que me refería se inició cuando Dave, otro miembro del grupo, informó en la sesión que, debido a las necesidades de su trabajo, tendría que abandonar la ciudad y el grupo durante varios meses. Se sentía muy afectado por tener que marcharse, y también los restantes miembros del grupo, excepto Charles. Sus compañeros compartían con Dave sus sentimientos de pena, rabia y desilusión. Citaré un fragmento del sumario de la sesión (que, como ya informé, cada semana enviaba por correo a los miembros del grupo)[56].

La atención se fue desviando gradualmente hacia Charles, debido a mi comentario de que estaba respondiendo a Dave sólo para ayudarle a resolver un problema. Esto desencadenó un episodio realmente singular. Durante algún tiempo, Charles había estado negando que experimentara algún sentimiento con respecto a la partida de Dave. Por este motivo, tratamos de sonsacarle algún sentimiento, pero todo fue en vano. Entonces le planteamos si querría que la gente le echara a él de menos cuando partiera. Pero tampoco así logramos nada. Le señalé que, en una ocasión, había asegurado que le dolía el pecho cuando la gente abandonaba el grupo; a lo que respondió que eso le había sucedido sólo una vez. Continué presionándole y le dije que, con una vez, era suficiente; pero sonrió y volvió a alejarse de nosotros. Después de un rato, Charles informó al grupo, como de pasada que acababa de enterarse por un reconocimiento médico de que su cáncer estaba evolucionando mucho más positivamente de lo que podía esperarse. Dave le preguntó entonces por qué no nos lo había dicho antes. La excusa de Charles era que había querido que Lena se hallara presente (ésta había llegado unos minutos tarde). Por mi parte, le dije que no comprendía por qué no había podido decírnoslo a nosotros y después repetírselo a Lena cuando llegara. Pero Dave tuvo una ocurrencia realmente notable: *Ahora que piensa que su cáncer va mejor, se encuentra de pronto con que no desea acercarse ya a la gente, y por esta razón se aparta.*

Fusión

El «conflicto universal» del ser humano es que uno lucha por llegar a ser un individuo, cuando, el ser un individuo, le obliga a uno a soportar un aislamiento aterrador. La manera más frecuente de enfrentarse a este conflicto es a través de la negación. Uno elabora una fusión ilusoria y proclama: «No estoy solo, formo parte de los demás.» De este modo, uno contribuye a debilitar las fronteras de su

yo y se convierte en parte de otro individuo o de un grupo que trasciende al individuo.

Las personas cuya orientación principal se basa en la fusión, se suelen tachar de «dependientes». Según Arieti, viven para el «dominante»[57] (y suelen sufrir extraordinarios trastornos si se ven separados de la figura dominante). Esconden sus propias necesidades; tratan de averiguar lo que los demás desean y hacen suyos esos deseos. Por encima de todo, procuran evitar las ofensas. Eligen la seguridad y la fusión, por encima de la individuación. La descripción que hace Kaiser de estos individuos resulta muy clara:

Su conducta parece sugerir: «No me tome usted en serio. No pertenezco a la categoría de los adultos; no se me puede contar entre ellos.» Son juguetones, pero no como alguien a quien gusta jugar, sino como alguien que no desea (¿o no se atreve?) a parecer serio y seguro de sí mismo. Comentan, muertos de risa, los hechos más penosos, y hasta trágicos, a la ligera y sin darle importancia, como si no valiera la pena perder el tiempo con ellos. También son propensos a hablar de sus propias tribulaciones, con una inclinación a exagerar. Las realizaciones y éxitos los presentan con un tinte ridículo o los acompañan de una larga enumeración de sus fracasos. Su conversación aparece entrecortada por rápidas transiciones y cambios de tema. Se permiten libertades fuera de lo común, lanzando a tontas y a locas preguntas ingenuas y utilizando un lenguaje infantil; con lo cual indican que no quieren ser considerados dentro de la categoría de los «adultos» y que no forman parte de la gente desarrollada[58].

Kaiser describe el comportamiento clínico de un paciente particularmente sometido a la fusión con una figura más poderosa:

Durante ocho meses, G... había estado viendo a un hombre de treinta y tantos años, que siempre se mostraba dispuesto a hacer todo lo que se esperaba de él. Cada vez que G... había querido cambiar su cita para otro día o para otra hora, el paciente había respondido invariablemente: «¡Claro, doctor, claro!» Siempre llegaba a tiempo, pero no parecía importarle si G... se retrasaba. Si, durante su sesión, éste entraba en la habitación, el paciente no se atrevía a correr las cortinas ni las persianas. Permanecía sentado en silencio, parpadeando y torciendo el cuello hasta que G... se daba cuenta de lo que ocurría. En ese momento, el paciente respondía como si G... le hubiera pedido que corriera las cortinas: «¡Claro, doctor, claro!», decía, saltando de su silla y tirando del cordón. «¿Así doctor? ¿Es suficiente?»[59]

La fusión, como respuesta al aislamiento existencial, permite

comprender muchos síndromes clínicos. Consideremos, por ejemplo, el travestismo. Se suele pensar que este tipo de individuos están motivados por la angustia de castración. Les resulta tan agobiante ser un hombre y tener que competir con otros por las mujeres, que optan por salirse del juego vistiéndose como una mujer. De este modo, su angustia de castración, aliviada por otra simbólica que se infligen a sí mismos, les permite alcanzar una liberación sexual. Mi paciente Rob, a quien me referí en el capítulo IV, nos ilustra cómo la «fusión» puede ser la dinámica central en torno a la cual se organiza la alteración. Rob utilizaba ropas de mujer desde que tenía trece años. Los hombres le atemorizaban tanto, que era incapaz de establecer relaciones con ellos; por lo que respecta a las mujeres, vivía siempre temeroso de que le rechazaran. En consecuencia, siempre había estado extraordinariamente aislado. Sus fantasías, cuando estaba vestido de mujer, eran siempre de carácter no sexual, constituían variaciones del tema de la fusión: se imaginaba simplemente que se acercaba a un grupo de mujeres que le acogían en su compañía y le consideraban una de ellas. Su estilo interpersonal, en la terapia de grupo, reflejaba su deseo de fundirse: era dócil, obsequioso y deseoso de atraer la atención de los demás miembros, especialmente de los terapeutas, cuyas figuras exaltaba. Durante la terapia de grupo, Rob recibió toda una educación sobre las posibilidades de la relación. Se dio cuenta plenamente —y creo que por primera vez— de la magnitud de su aislamiento. «No estoy aquí ni estoy allí, no soy hombre ni mujer; estoy aislado de todos», dijo en una sesión. Durante un tiempo, su angustia y la incidencia de las ocasiones en que se vestía de mujer aumentaron notoriamente. Poco a poco, fue desarrollando sus aptitudes sociales y pudo relacionarse de una manera significativa, primero con los miembros del grupo y después con otras personas de su ambiente vital, hasta que todos los deseos travestistas desaparecieron.

Como es obvio, el hecho de escapar del aislamiento existencial a través de la fusión, guarda una estrecha relación con el de escapar del miedo a la muerte a través de la creencia de un salvador definitivo. No sólo Rob, sino muchos de los ejemplos clínicos de la defensa a través de un salvador, que presenté en el capítulo IV, describen igualmente el fenómeno de la fusión. Ambos hechos definen un modo de escapar de la angustia renunciando a la individuación y buscando consuelo en el exterior. Lo que los diferencia es el ímpetu (angustia por el aislamiento o angustia por la muerte) y la meta final (la búsqueda de la

disolución de las fronteras del yo para lograr la fusión, o la búsqueda de un intercesor poderoso). Esta distinción es académica: por regla general, las motivaciones y las estrategias defensivas coexisten en un mismo individuo.

La fusión borra el aislamiento de una manera radical, eliminando la conciencia del yo. Los gloriosos momentos de la fusión son irreflexivos, y en ellos se pierde el sentido del yo. El individuo no puede ni siquiera decir: «He perdido mi sentido del yo», porque en la fusión no existe un «yo» separado para referirse a él. Lo maravilloso del amor romántico es que el «yo» solitario e inquieto desaparece en el «nosotros». Kent Bach comenta: «El amor es la respuesta cuando no hay una pregunta»[60]. El perder la conciencia de uno mismo suele ser reconfortante. Kierkegaard, dijo: «Con cada incremento en el grado de la conciencia, y guardando una proporción en ese incremento, se eleva la intensidad de la desesperación: cuanto mayor sea la conciencia, más intensa será la desesperación»[61].

Uno puede también desprenderse del sentido del aislamiento del yo, fundiéndose no con otro individuo, sino con una «cosa», que puede ser un grupo, una causa, un país o un proyecto. La experiencia de la fusión con un grupo es sumamente conmovedora. La primera vez que Kaiser se dio cuenta de esto fue durante un espectáculo de patinaje sobre hielo, en el que dos patinadores, vestidos con un traje idéntico, llevaban a cabo un número muy complicado con una conexión perfecta. Después de los aplausos, con la mayor naturalidad e indiferencia, se ajustaron las cintas y, simultáneamente, miraron sus relojes. Esta sincronización posterior al aplauso emocionó aún más al público, Kaiser entre ellos, lo cual le llevó a reflexionar acerca de las delicias de dejar que se reblandezcan las fronteras del yo:

> La uniformidad de movimiento y la sincronización del movimiento, cuando se acerca a la perfección, atrae, excita y fascina a un público, aunque los movimientos que lleva a cabo cada uno de los individuos, por separado, no sean muy bellos.
>
> Un solo soldado bien entrenado, llevando a cabo la marcha y los pasos, los giros y las paradas, puede resultar correcto a los ojos del oficial que le entrena, pero a los ojos de un espectador resulta ridículo. Si todo un batallón se mueve durante un desfile, todos guardando el paso, dividiéndose las largas columnas en otras más pequeñas, girando exactamente en el mismo momento, volviendo a girar y formando una sola línea recta sin perder la formación, marchando y congelando el paso ante una breve señal, de tal manera que todos los brazos y las piernas, los cascos, las cantimploras y los rifles se queden

inmóviles, todos exactamente en la misma posición, sin que se desvie ni una sola bayoneta, hasta el más ardiente antimilitarista sentiría la emoción del espectáculo. Y, ciertamente, lo que conmueve no es la belleza de los ángulos y de las líneas rectas, sino la imagen... o, más bien, la idea, de que hay muchas personas actuando como animadas por una *sola* mente[62].

El ser como todos los demás —el integrarse en el vestido, el lenguaje, las costumbres, el no tener pensamientos ni sentimientos diferentes— lo salva a uno del aislamiento de la individualidad. El «yo», por supuesto, se pierde, pero también desaparece el miedo a la soledad. Los enemigos de la conformidad son la libertad y la conciencia de uno mismo. El mecanismo de solucionar el aislamiento conformándose y fundiéndose, se derrumba cuando se plantean las preguntas: ¿Qué quiero? ¿Qué siento? ¿Cuál es mi meta en la vida? ¿Qué es lo que deseo expresar y realizar?

En la lucha eterna entre la expresión de uno mismo y la «seguridad a través de la fusión», el yo suele ser el que se sacrifica con tal de evitar el aislamiento. La seducción del grupo es realmente poderosa. La tragedia de Jonestown demuestra —para tomar sólo uno de los numerosos ejemplos— el poder del grupo. La identificación con él ofrece a sus miembros un refugio ante el miedo a la existencia aislada; un bien tan valioso, que están dispuestos a sacrificar por él todo lo demás: sus bienes terrenales, sus familias, amigos, países, y hasta sus vidas.

El misticismo que lleva implícita la búsqueda de momentos estelares y maravillosos de unidad con el universo, constituye otro ejemplo de la pérdida del yo. La fusión con otro individuo, con un grupo o causa, con la naturaleza o con el universo, lleva consigo siempre la pérdida del yo: es un pacto con Satán y trae consigo la culpa existencial, esa culpa que se arrepiente de la vida no vivida que hay en cada uno de nosotros.

Sadismo. El individuo que busca la fusión, que es dependiente, obsequioso y sacrificado, que soporta el dolor, que disfruta sufriendo porque, de esta manera, se salva de la soledad, que, en una palabra, hace todo lo que el otro desea a cambio de la seguridad de fundirse con él, tiene una contrapartida curiosa. El individuo que trata de dominar al otro, de humillarle, de causarle dolor y de convertirse en su dueño absoluto, parece muy diferente del dependiente que busca la fusión. Pero, como señala Fromm, «ambas tendencias son el resultado de una necesidad básica, que emana de la incapacidad para soportar el

aislamiento y la debilidad del propio yo... La persona sádica necesita de su objetivo tanto como la masoquista»[63]. La diferencia entre el masoquista y el sádico es la misma que existe entre fundible y fundente. Uno busca la seguridad dejándose absorber por otro; y éste, absorbiendo al primero. En ambos casos, el aislamiento existencial se alivia ya sea perdiendo el sentido de la propia separación y aislamiento, o ampliando el propio yo por la incorporación de otros. Es por esta razón por la que el masoquismo y el sadismo suelen correr juntas dentro del individuo: son soluciones diferentes al mismo problema.

Sexo y aislamiento

Freud introdujo el concepto del «símbolo» en la organización psíquica. En el capítulo v de *La interpretación de los sueños,* describe varios símbolos que representan temas sexuales, bien los órganos sexuales, bien un acto sexual[64]. No obstante, Freud advierte que la idea de que una cosa «representa a otra» puede exagerarse fácilmente: un cigarro no siempre es un símbolo del pene, «a veces un cigarro es simplemente un cigarro». Pero ni él mismo llevó a veces su advertencia a la práctica. Es posible que el sexo pueda ser el símbolo de otra cosa. Si las preocupaciones esenciales más profundas del ser humano son de naturaleza existencial y se relacionan con la muerte, la libertad, el aislamiento y la carencia de sentido vital, entonces es perfectamente posible que estos temores se desplacen y queden simbolizados por preocupaciones derivadas tales como la sexualidad.

El sexo puede ser utilizado para reprimir la angustia ante la muerte. En varias ocasiones, he trabajado con pacientes cancerosos que parecían obsesionados por el tema sexual. He conocido matrimonios, en los cuales uno de los cónyuges padecía cáncer avanzado, que hablaban casi exclusivamente de sus desajustes sexuales. Algunas veces, en el calor de la discusión y en medio de las recriminaciones y contraataques, a mí se me olvidaba enteramente que uno de estos individuos se estaba enfrentando a una muerte inminente. Éste es un ejemplo del éxito de las maniobras defensivas. En el capítulo V, describí el caso de una joven que padecía de un cáncer cervical avanzado y a quien su enfermedad parecía haberle servido para atraer a un mayor número de amantes y aumentar sus apetitos sexuales. Ellen Greenspan logró demostrar empíricamente que algunas muje-

res con cáncer de mamas en estado avanzado, comparadas con otras mujeres sanas de su misma edad, experimentaban más frecuentemente fantasías sexuales ilícitas[65].

Hay algo mágico y glorioso en el atractivo del sexo. Constituye una fortificación poderosa que nos permite enfrentarnos a la conciencia de que la libertad nos produce angustia, ya que, bajo el influjo del sexo, olvidamos que estamos constituyendo nuestro mundo. Por el contrario, estamos «capturados» por una poderosa fuerza externa; nos sentimos impulsados, encantados y «caemos» en sus garras. Podemos resistir ante la atracción, posponerla o ceder ante ella, pero no tenemos la menor noción de «estar eligiendo» o «creando» nuestra sexualidad: creemos que es algo que existe fuera de nosotros, que tiene una fuerza propia y que es «más fuerte que la vida». Algunos individuos sexualmente compulsivos nos han informado, cuando empiezan a experimentar una mejoría, que sienten un vacío en sus vidas. El mundo se convierte en una experiencia superficial, por lo cual se preguntan: «¿Esto es todo lo que hay?»

La sexualidad compulsiva es también una respuesta común ante el sentido del aislamiento. La «copulación» sexual promiscua ofrece un respiro poderoso, aunque temporal, al individuo solitario. Es temporal porque no constituye una verdadera relación, sino una caricatura de la misma. El sexo compulsivo quebranta todas las normas del verdadero amor. El individuo utiliza al otro como si fuera una pieza de ajedrez. Utiliza y se relaciona sólo con una parte del otro. Relacionarse de esta manera significa que se forma una relación, lo más rápidamente posible, para llegar al sexo, en lugar de la situación contraria, en la que el sexo es una manifestación y una ayuda para la relación más profunda. El individuo sexualmente compulsivo es un ejemplo *par excellence* de la persona que no se relaciona con la totalidad del ser del otro. Por el contrario, se relaciona sólo con la parte del otro que le sirve para satisfacer sus necesidades. Nuestro lenguaje mismo refleja esta actitud: los términos vulgares que se emplean para aludir al acto sexual o a los órganos genitales expresan decepción, agresión, manipulación y cualquier otra cosa menos amor y relación humana.

Lo peor de todo es que los individuos sexualmente compulsivos no conocen a sus parejas. De hecho, es eso lo que más conviene a sus intereses, además de mantener escondidas aquellas partes de sí mismo que no sean las que se relacionan directamente con la seducción o el acto sexual. Uno de los sellos distintivos de la

desviación sexual es que uno de los individuos no se relaciona con la totalidad del otro, sino sólo con una parte. Un fetichista, por ejemplo, se relaciona no con una mujer (todos los casos publicados de fetichistas son de sexo masculino), sino con alguna parte o algún objeto de ella, como, por ejemplo, un zapato, un pañuelo o una prenda de ropa interior. Un observador de las relaciones humanas llegó a decir: «Si hacemos el amor con una mujer sin relacionarnos con su espíritu, somos fetichistas»[66].

Por consiguiente, ¿debe rechazar el terapeuta consciente todo encuentro sexual que no sea un verdadero encuentro interpersonal amoroso? ¿No hay, entonces, lugar para el sexo como un acto de juego entre adultos sin compromiso alguno? Estas preguntas son en buena parte de naturaleza moral, y el terapeuta debe evitar todo pronunciamiento en un terreno en el que no es un experto. Pero sí tiene algo valioso que decir en el caso de aquellos que se relacionan sexualmente con otros *solamente* de una manera parcial y orientada exclusivamente hacia la función. Un aspecto esencial de la definición de desviación sexual alude a que la conducta es fija y exclusiva, es decir, que el desviado *sólo* puede relacionarse sexualmente de una manera previamente establecida y rígida. Su conducta sexual no sólo es rígida, exclusiva e indicativa de una patología más profunda, sino que conduce al individuo a despreciarse a sí mismo y a experimentar la culpa existencial. Kierkegaard trazó un esbozo impresionante del diario de un seductor en su obra *El diario de un seductor,* cuyo protagonista dedica todo su ser a la seducción y abuso de una joven[67]. Aunque logra sus objetivos, paga un elevado precio por sus desatinos, pues su vida se vuelve vacía y su espíritu se empobrece.

De este modo, el individuo sexualmente compulsivo ni conoce ni se compromete con los demás. Jamás le interesa el desarrollo del otro, ni llega a contemplarlo nunca en toda su plenitud, porque es incapaz de perderse de vista a sí mismo en la relación. No existe como «ser intermedio», sino que se está observando siempre a sí mismo. Buber denomina esta orientación «reflejo», y le parece deplorable la relación sexual en la que ambos compañeros no se dedican a un verdadero diálogo, sino que viven en un mundo de monólogos y de espejos. La descripción que hace Buber de un «hombre erótico» es particularmente pintoresca:

> Durante muchos años he vagado por las profundidades de los hombres y todavía no he terminado de estudiar las variedades de «hombre erótico». Allí

hay un amante que estampa su sello por doquier y está enamorado sólo de su pasión. Acá hay otro que luce sus sentimientos diferenciados como si fueran condecoraciones. Allá hay uno que disfruta las aventuras por su propio efecto fascinante. Otro contempla, embelesado, el espectáculo de su propia rendición ficticia. Aquél está coleccionando emociones. Éste está exhibiendo su «poder». Aquél está haciendo gala de una vitalidad prestada. Ése está encantado de existir simultáneamente como él mismo y como otro muy semejante a él. Uno se está calentando con la llamarada de lo que le ha tocado en suerte. Otro está experimentando. Y así sucesivamente. Todos están enfrascados en un monólogo múltiple con sus espejos, en donde debería existir el diálogo más íntimo[68].

De este modo, uno está enamorado de la pasión; otro colecciona emociones y trofeos, y otro se «calienta con la llamarada de lo que le ha tocado en suerte». Pero lo que ninguno hace es relacionarse auténticamente consigo mismo ni con los demás.

Muchos de estos temas pueden ilustrarse con los sueños de Bruce, un paciente sexualmente compulsivo que describí en los capítulos V y VI. Hacia el final de su terapia, cuando ya estaba superando un modo de relacionarse exclusivamente sexual, Bruce empezó a prestar atención a otros problemas: «Si no intento acostarme con las mujeres, ¿que *hago* con ellas?», «Y, ¿qué hago con los hombres?» «De todas maneras, ¿para qué sirve la gente?» Esta última pregunta de para qué sirve la gente suele presentarse, de una u otra forma, en el tratamiento de todos los pacientes que empiezan a cambiar su manera de relacionarse, del yo-ello, al yo-tú. Tres sueños sirvieron de preámbulo a esta etapa en la terapia de Bruce.

Me hallaba acostado en la cama con mi hijo de catorce años. Aunque estábamos vestidos, yo trataba de tener relaciones sexuales con él, aunque no encontraba su vagina. Me desperté triste y frustrado.

Este sueño plantea de una manera muy gráfica el dilema de Bruce acerca de las relaciones. En el sueño parece preguntarse: «¿Existe alguna otra manera, aparte de la vía genital, de relacionarme con alguien, aunque sea alguien a quien amo verdaderamente?»

El segundo sueño lo resumió de la siguiente manera:

Estaba jugando al tenis con una mujer, pero todas las pelotas que yo lanzaba volvían a mí, en lugar de ir hacia ella. Era como si, entre nosotros, hubiera un vidrio invisible, en lugar de una red.

El contenido de este sueño es claro: se suponía que Bruce estaba jugando al tenis con otra persona, cuando, en realidad, sólo estaba relacionándose consigo mismo. La otra persona era extraña al juego y, aunque tratara de alcanzarla, no podía.

El tercer sueño fue el siguiente:

Quería acercarme a Paul (un conocido), pero, como continuaba jactándome acerca del dinero que yo poseía, se enfadó. Después traté de juntar mi mejilla con la suya; pero nuestras barbas eran tan ásperas, que nos hacíamos daño.

Bruce tenía compañeros en sus actividades: en el baloncesto, en el tenis y en el juego de bolos, pero nunca había tenido un solo amigo íntimo de sexo masculino. Se daba cuenta vagamente de que anhelaba esa cercanía, pero no encontraba ningún medio para relacionarse con los demás hombres, excepto compitiendo con ellos.

Otras formas de relación desviada

Tratamos de escapar del dolor del aislamiento existencial de diversas maneras: ablandando las fronteras del yo e intentando fundirnos con otro; tratando de incorporarnos a otro; tomando del otro algo que nos hace sentir más grandes, más poderosos o más queridos. El tema interpersonal común en estos intentos y en otros a los que me referiré a continuación, es que el individuo no está con la otra persona; por el contrario, la utiliza como pieza para una función. En lugar de una relación mutuamente enriquecedora, lo que hay es una especie de enemistad, una desviación en la relación que sólo es capaz de obstaculizar el desarrollo y provocar culpas existenciales. Como la variedad de los modos inauténticos de relación es tan enorme, que cualquier intento exhaustivo de clasificación resultaría vano, me limitaré a describir algunos observables en la labor clínica.

El otro como elevador. Barry era un ingeniero de treinta y cinco años con el «síndrome del ingeniero»: era rígido, frío y aislado. No mostraba la más mínima emoción y sólo se daba cuenta de la existencia de alguna emoción cuando sentía algún síntoma fisiológico (nudo en el estómago, lágrimas, puños apretados, etc.). Su meta principal en la terapia era «ponerse en contacto con» sus sentimientos y ser capaz de establecer relaciones amorosas con los demás. Como era un hombre físicamente atractivo, no tenía problemas para atraer la

atención de las mujeres, pero sus relaciones no pasaban de allí. A veces, las mujeres le parecían indeseables y las rechazaba; otras, las encontraba atractivas, pero se sentía demasiado angustiado para conquistarlas.

Finalmente, después de muchos meses de dura labor terapéutica, Barry entabló una relación seria con Jamelia, una joven que él consideraba muy atractiva. No obstante, era evidente desde el principio que él ponía muy poco de su parte en la relación. Un día habló del nuevo problema que había surgido porque él se iba a dormir muy temprano. Barry se preguntaba si esto significaba (y este tipo de aislamiento con respecto a sus sentimientos era muy típico de él) que ya estaba aburrido de Jamelia, o quería decir que se sentía tan a gusto con ella, que podía permitirse el lujo de relajarse en su compañía. Por mi parte, le pregunté: «¿Cómo puede usted averiguarlo? ¿Qué sucede cuando se pregunta si ama a Jamelia?» Barry me contestó, con una convicción fuera de lo común tratándose de él, que quería muchísimo a Jamelia.

De todos modos, decidió que era mejor mantener una distancia, para no despertar inútilmente las esperanzas de ella. Me explicó que esta relación no podría durar mucho, porque Jamelia no respondía a todo lo que él buscaba en una mujer. La razón principal era que las aptitudes sociales de ella dejaban algo que desear: no era lo bastante desenvuelta, era un poco inhibida y socialmente introvertida. Bruce era consciente de su propia incapacidad para expresarse fluida y correctamente, y esperaba encontrar una mujer que le enseñara a hacerlo. También esperaba que esa mujer le proporcionara un ambiente social menos restringido. Además, temía que, si pasaban demasiado tiempo encerrados los dos solos y se desarrollaba el amor entre ellos, él acabaría entregándole a ella todo su amor y se quedaría sin nada para ofrecer a los demás.

Las afirmaciones de Barry ilustran muchos de los problemas más comunes que impiden el desarrollo de una relación amorosa auténtica. El más básico de todos es que, en el modo de relacionarse Barry, la *raison d'être* era cumplir una función. Barry, partiendo de una posición de extrema necesidad, buscó a alguien que sirviera de ministro de su necesidad. Su necesidad no era otra que lograr una «elevación», para lo cual buscó un «necio» que le sirviera de ascensor: un maestro, un terapeuta o un proveedor de actividades.

Barry solía hablar con desesperación de su infructuosa búsqueda de una relación. En este sentido, intuí que su manera de emplear la

palabra «búsqueda» nos podía dar una clave para comprender su problema. Después de todo, uno no *encuentra* una relación, uno *forma* una relación. Barry se acercó a Jamelia de una manera más inorgánica que orgánica. La veía como un «ello», como un objeto, como una pieza de equipo que debía proporcionarle determinado producto; por otra parte, contemplaba la relación como algo estático e inorgánico —una entidad que estaba «allí», casi completamente formada desde el principio—, y no como un proceso en evolución.

Otro paciente expresaba el mismo problema, cuando se quejaba de que cuanto más se acercaba a otra persona, menos atractiva la encontraba, tanto física como emocionalmente. Al aproximarse físicamente a una mujer le veía las manchas de la piel y las ojeras. Cuanto más la conocía, más aburrido se sentía porque se agotaban las anécdotas y los descubrimientos. En este enfoque inorgánico de la relación, uno ve al otro como objeto con ciertas propiedades fijas y determinados recursos. Lo que hay que recordar al respecto son las palabras de Buber: en una relación genuinamente orgánica hay reciprocidad. No hay un yo observador e inalterable que está midiendo al otro; el yo, en el encuentro, se altera, como también se altera el tú. Barry consideraba el amor como un bien agotable: cuanto más amor le ofreciera a una persona, menos tendría para las demás. Pero, como nos ha enseñado Fromm, este concepto mercantilista del amor no tiene sentido; el comprometernos con los demás siempre nos enriquece, en lugar de empobrecernos.

Barry había experimentado siempre una intensa angustia ante la perspectiva de conocer a una mujer que pudiera responder a sus demandas. Se pasaba horas enteras cavilando sobre cuál era el enfoque correcto. Cuando empezaba a llamar a una mujer, ya con el teléfono en la mano, se inundaba de angustia y tenía que colgar. Otros terapeutas habían intentado ya aliviar su angustia a través de enfoques conductistas. Pero no se experimentaba ningún progreso en su caso cuando se enfocaba el problema desde el ángulo más obvio: que Barry temía la competencia de otros hombres y el rechazo de las mujeres más atractivas. Sin embargo, progresamos considerablemente cuando estudiamos la forma en que quería utilizar a las mujeres. En un nivel profundo, sabía que no estaba encontrándose con una mujer, sino violándola. Él no quería una mujer, sino que quería lo que ella podía aportarle. Su angustia era un sentimiento de culpa motivado por su anticipación de una transgresión contra otra persona y de miedo de que ella pudiera descubrir sus motivos.

¿Cuántas personas hay en una relación? En una relación amorosa madura, uno se relaciona con el otro con todo su ser. Si retiene una parte de sí mismo, para observar la relación o el impacto que ha causado en el otro, quiere decir que está fallando en la relación. Buber describe la situación que se crea cuando tratan de ponerse en contacto dos individuos que retienen íntegramente la conciencia de sí mismos.

> Imaginemos a dos hombres charlando, llamémoslos Pedro y Pablo, cuya vida está dominada por las apariencias, y hagamos una lista de las diferentes configuraciones que entran en juego. Primero tenemos la imagen que Pedro quiere darle a Pablo, y a la inversa. Después, la imagen que Pedro le proyecta en realidad a Pablo y que no suele coincidir en absoluto con lo que él desea que éste reciba; lo mismo sucede con la imagen que Pedro recibe de Pablo. A continuación, tenemos la imagen que ambos tienen de sí mismos. En último término, tenemos al Pedro corporal y al Pablo corporal. Dos seres vivos y seis apariencias fantasmales que se entremezclan en una mutua conversación. ¿Dónde está aquí la genuina vida interpersonal?[69]

Uno puede fracasar relacionándose sólo parcialmente con el otro o con alguna(s) otra persona(s) fantaseada(s). Al verificar la naturaleza de mi relación con un paciente, acostumbro siempre a preguntarme: «¿Cuántos hay en la habitación?» Pienso, por ejemplo, no sólo en el paciente, sino también en la imagen que yo voy a proyectar de mí mismo cuando presente a este paciente en una conferencia, o en el «material clínico» tan interesante que me va a proporcionar para comunicarme de una manera más eficaz con mis lectores. Y la misma pregunta le planteo a mi paciente, para que dilucide si se está relacionando conmigo o con alguna otra figura fantasmal de su pasado.

Así pues, cuando el paciente me describe sus relaciones más significativas, me pregunto: «¿Cuánta gente interviene en cada relación? ¿Hay sólo dos personas involucradas? ¿Tal vez tres? ¿O tenemos todo un teatro lleno de gente?»

Camus era un maestro en el arte de pintar en sus novelas aquellos personajes que no aman, sino que fingen hacerlo para conseguir algún otro propósito ulterior. En su primera novela *Una muerte dulce* (publicada después de su muerte), el narrador comenta sobre el protagonista:

> Se dio cuenta de que lo que le había unido a Marthe no era amor, sino vanidad... Lo que había amado en ella eran aquellas noches en que caminaban hasta el cine y los hombres se volvían a mirarla, ese momento en el que él le

> ofrecía al mundo. Lo que él amaba en realidad era su propio poder y su ambición de vivir[70].

«Ese momento en el que él la ofrecía al mundo», meditemos esta oración. Nunca hubo, pues, dos personas en esa relación. El hombre no se había relacionado con Marthe, sino con otras personas a través de ella.

De manera similar, mi paciente Ken, quien tenía profundos problemas para relacionarse auténticamente con las mujeres, solía soñar frecuentemente, pero nunca tenía sueños donde hubiera sólo dos personas. Uno de los más interesantes, durante la etapa central de nuestra terapia, fue éste:

> Estaba con una mujer a las 2,30 de la madrugada en mi antiguo cuarto de San Francisco. Mi hermano y mi padre miraban por la ventana. No tenía especial interés ni en la mujer ni en hacer el amor. Por fin, transcurrida una hora, dejé pasar a mi padre y a mi hermano.

Entre las asociaciones importantes que hizo a propósito de este sueño estaban sus intentos de identificar a la mujer. Se dio cuenta de que no le interesaba nada. Ella se parecía a una animadora que había visto aquel día en el estadio durante un partido de fútbol; era el tipo de chica que él nunca había tenido el valor de conquistar en su época de estudiante universitario. También se parecía a Christine, una muchacha con la que mantuvo relaciones durante su adolescencia. Él y un amigo habían salido con ella durante varios meses, circunstancia que a él le parecía incómoda y, al mismo tiempo, cómica. Finalmente, tras un mutuo acuerdo, decidieron presionar a Christine para que se eligiera a uno de los dos. El elegido fue, para su propio orgullo, Ken. Sin embargo, a las pocas semanas se disipó toda la magia: Ken perdió su interés por Christine (aunque, en realidad, nunca había estado interesado en *ella,* sino en la función que representaba competir con su amigo) y la relación terminó.

Ken había considerado siempre a su padre y a su hermano como competidores: al principio, por el amor de su madre; después, por otras mujeres. En su sueño, el hecho de estar con una mujer y dejar a su padre y a su hermano esperando afuera, muertos de envidia, durante una hora (hasta las 3,30, la hora de nuestra sesión regular de terapia), era una manera de ganarles la partida a través de una mujer. Ken tampoco podía estar «con» hombres. Se relacionaba conmigo, con su hermano, con su padre y con todos sus amigos de una manera

específicamente competitiva. Cuando se hallaba conmigo, por ejemplo, estaba tan convencido de que mi intención era subyugarle, que me ocultó durante muchos meses todo el material importante que hubiera podido ofrecerme una «ventaja» sobre él. Sus amigos, de sexo masculino, eran bastante diestros, pero en terrenos completamente diferentes al suyo, de manera que no hubiera competencia posible (música, arte o deportes).

Durante la noche siguiente al análisis de este sueño, Ken tuvo varios sueños cortos más, todos ellos relacionados con el trabajo que estábamos llevando a cabo. En el primero, acudía a una estación de esquí y se encontraba a varios de sus amigos, quienes le recibían afectuosamente; después se sentaba junto a ellos, mientras esperaba someterse a sus exámenes finales para obtener el título de administrador de fincas (que era su oficio). Después de una larga espera, las pruebas se convocaron, pero, inmediatamente, el instructor (el terapeuta) anunció que habían sido canceladas: habían acudido a un sitio equivocado y en fecha errónea. Este sueño subraya la fusión que había hecho Ken entre la amistad y la competencia. Durante el resto de la terapia, debíamos dedicarnos a desenmarañar ambos conceptos.

En el segundo sueño, Ken se encontraba en un avión (con frecuencia, como sucede a muchas personas, Ken solía simbolizar en sus sueños la terapia con un viaje en algún vehículo). Caminaba por el pasillo y se quedaba sorprendido al descubrir que había varios compartimientos escondidos, todos ellos llenos de gente. Aunque antes nunca los había visto, tuvo la sensación de que esas personas habían estado allí siempre. Evidentemente, este sueño representaba otro de los puntos cruciales de la terapia: el descubrimiento de los demás.

Su último sueño se resumía en una imagen: la de un tucán. Ken no pudo establecer ninguna asociación con esta ave, pero la palabra tucán[3*] constituía para mí una representación de su problema de emparejarse.

Son numerosas las muestras de esta «mala fe» en el modo de relacionarse con los demás que pueden encontrarse en la vida y en la terapia cotidianas. Por ejemplo, la chica que deliberadamente lleva a

3*. En inglés la palabra «tucán» suena igual que *two can*, que significa «dos pueden», o en interpretación del Dr. Yalom, «me es posible formar pareja con alguien» (N. del T.).

su novio más reciente al mismo lugar donde sabe va a estar el anterior, no está realmente «con» el nuevo novio. Otro paciente mío, llamado Karl, mantenía relaciones con una mujer cuando recibió una llamada telefónica, muy agresiva y exigente, de su novia anterior. En son de burla, separó un poco el teléfono de su oído y le hizo señas a la actual para que también escuchara la conversación. Cada una de las relaciones de un individuo es al mismo tiempo un reflejo de las demás. Considero bastante raro que alguién pueda mostrarse de mala fe en su relación con una persona y, en cambio, adopte una actitud auténtica y amorosa con otra. La novia de Karl se hallaba profundamente preocupada por la manera como éste trataba a la anterior. Sospechaba (con toda razón) que el episodio del teléfono era un presagio ominoso de la relación que con ella tendría en el futuro.

El estar con otro en beneficio de un tercero constituye un hecho de suma riqueza para la terapia, pues hace que ésta se preste admirablemente para descubrir y per-elaborar la mala fe en las relaciones interpersonales. Analicemos un ejemplo. Ron, un paciente casado de cuarenta años, establecía sistemáticamente contactos fuera del grupo con los demás miembros, aunque todos sabían que esto podría ser perjudicial para la terapia. A algunos los invitó a navegar en un velero; a otros, a esquiar o a cenar, y llegó a enamorarse incluso de una de sus compañeras. El mantener contactos entre los miembros fuera del grupo es siempre perjudicial cuando se mantiene en secreto, cuando se rodea de una conspiración de silencio. Así, en el caso al que refiero, la terapia llegó a un punto muerto porque Ron se negaba a hablar de estos contactos, especialmente del relacionado con Irene; alegaba que no había nada «malo» en ello, y se negaba incluso a examinar el significado de su conducta.

En una sesión, el grupo habló de la invitación que Ron le había hecho a mi coterapeuta, de sexo femenino, para esquiar durante el fin de semana. Se le presionó fuertemente para que analizara su conducta y, al final de la sesión, se le vio muy confuso y conmovido. De regreso a casa, Ron recordó de pronto que, durante su infancia, su cuento favorito había sido *Robin Hood*. Obedeciendo a un impulso, fue a una biblioteca pública y volvió a leer el cuento. Sólo entonces comprendió el significado de su conducta. Lo que amaba de la leyenda de Robin Hood era que éste rescataba a las personas, especialmente a las mujeres, de las manos de los tiranos; tema que había desempeñado un importante papel en su vida, empezando por las luchas edípicas dentro de su familia. Había iniciado un próspero negocio, trabajando

primero a las órdenes de otra persona y estableciendo después una firma competidora, a la cual atrajo a varios de los empleados de su antiguo jefe. Otro tanto había sucedido con su esposa, con quien se había casado no tanto por amor hacia ella, sino para librarla de un padre tiránico.

En la terapia, su conducta era similar. Su motivación más fuerte era rescatar a los otros miembros, incluso a la coterapeuta, de mis garras. Pero ellos eran conscientes de que Ron les había utilizado como peones en su lucha contra mí. Cuando se reveló su modo prepotente e inauténtico de relacionarse, y una vez que él mismo lo comprendió, empezó a preguntarse «¿para qué más sirve la gente?» Pasó varios meses trabajando en su relación con cada uno de los otros miembros, excepto con Irene. Se aferró a ella y, aunque era evidente que ya no podía seguir progresando dentro de ese grupo, se resistía a abandonarlo porque, en un nivel inconsciente, quería estar presente para protegerla de mí. Finalmente, pudo terminarla, y, varios meses después, lo hizo Irene. Entonces, ya sin el tirano en el panorama, el amor de Ron se disipó rápidamente y terminaron la relación.

Una relación amorosa plena es una relación con otro, no con una figura intrusa del pasado o del presente. Antes de poder llegar a una relación auténtica con otro, es necesario barrer todos los elementos de transferencia y de distorsión parataxica, así como los motivos y metas ulteriores.

CAPÍTULO IX

EL AISLAMIENTO EXISTENCIAL Y LA PSICOTERAPIA

El aislamiento existencial proporciona a los psicoterapeutas un marco de referencia que les permite explicar muchos fenómenos complejos y enigmáticos. Estas explicaciones, a través de comentarios esclarecedores e interpretaciones, se las comunican a sus pacientes. Así el concepto del aislamiento existencial suministra la explicación racional de una importante maniobra terapéutica: la confrontación del aislamiento. Finalmente, una consideración del aislamiento existencial arroja bastante luz sobre un fenómeno especialmente importante y complejo: la relación terapeuta-paciente.

Una guía para comprender las relaciones interpersonales

Los individuos que viven bajo los efectos del aislamiento, generalmente tratan de mitigar su terror recurriendo a la relación interpersonal: necesitan la presencia de otros para afirmar su propia existencia; anhelan encontrar a alguien superior que los absorba, o, por el contrario, alivian su sentido de desamparo solitario absorbiendo ellos a otros; procuran encontrar numerosas vinculaciones sexuales, una caricatura de la relación auténtica. En pocas palabras, el individuo invadido por la angustia del aislamiento trata desesperadamente de encontrar ayuda en una relación. Trata de alcanzar a otro no porque quiera, sino porque no le queda otro remedio, y, por tanto, la relación resultante está basada en la supervivencia y no en el desarrollo. Pero la trágica paradoja es que aquellos que necesitan tan desesperadamente el bienestar y el placer de una relación auténtica, son precisamente los menos capacitados para crearla.

Una de las primeras tareas del terapeuta es ayudar al paciente a identificar y comprender lo que hace con los demás. Las características de una relación libre de necesidad proporcionan al terapeuta una imagen ideal o un horizonte en el cual se recortan como siluetas los rasgos patológicos interpersonales del paciente. Por ejemplo, ¿se relaciona exclusivamente con aquéllos que pueden proporcionar algo? ¿Su amor está orientado a recibir antes que a dar? ¿Intenta conocer a la otra persona en su sentido más pleno? ¿Cuánto retiene de sí mismo? ¿Escucha realmente al otro? Lo utiliza para relacionarse con un tercero, es decir, cuántas personas hay en la relación? ¿Se preocupa por el desarrollo del otro?

La situación concreta en la terapia de grupo ofrece un terreno particularmente rico para estos patrones distorsionados de relación, como puede verse en el siguiente mosaico clínico:

Eve, como miembro de un grupo de terapia durante seis meses, se había ido creando poco a poco (como es muy frecuente) el mismo tipo de patrón interpersonal *dentro* del grupo que fuera de él. Era una figura marginal y pasiva, de esas que se olvidan fácilmente. Nadie la tomaba en serio; aparentemente, ella tampoco se tomaba en serio e incluso parecía contenta de ser la mascota del grupo. Durante las vacaciones de navidad, cuando varios de los pacientes se hallaban fuera de la ciudad, Eve inició la sesión mostrándose incómoda por la reducción del grupo, y afirmó que no estaba segura de poder funcionar en una «sesión intensiva». En su estilo característico de mostrarse desprendida, continuó exponiendo sus ideas sobre los grupos reducidos. Así, hasta que una de sus compañeras se quejó de que no podía soportar seguir escuchándola. Nadie sentía que Eve les estuviera hablando a ellos, porque siempre lo hacía como si se dirigiera a un espacio vacío o como si no hubiera nadie presente en la habitación. En este sentido, hubo comentarios de que ella nunca se comprometía con ningún miembro, de que nadie la conocía realmente, que permanecía escondida de la vista de todos y que, como consecuencia, nunca había llegado a significar algo para los demás.

Le pregunté entonces si podía tratar de comprometerse con sus compañeros. Muy complaciente y en un tono amorfo, Eve fue exponiendo sus sentimientos hacia cada uno. Le planteé una segunda pregunta: «¿Cómo calificaría sus comentarios sobre cada uno de los miembros, empleando una escala del uno al diez para expresar su aceptación del riesgo?» «Muy bajo», respondió «entre dos y tres». Continué insistiendo: «¿Qué sucedería si se elevara usted uno o dos

peldaños en la escala?» «Pues confesaría que soy una alcohólica», fue su respuesta. Realmente, esto fue una auténtica revelación, porque nunca se lo había dicho a nadie. Traté de ayudarla a que se abriera aún más, pidiéndole que nos explicara cómo se había sentido durante los meses que ya habían transcurrido, sin habernos comunicado esa particularidad[1*]. Eve aludió a la soledad que había experimentado en el grupo y a lo segregada que se había sentido de sus compañeros. Pero, avergonzada, explicó que la causa de todo era su alcoholismo, que él era el responsable de que no pudiera estar «con» los otros o de que se viera incapacitada para darse a conocer.

Pero, en mi opinión (aquí es donde comenzó el verdadero trabajo terapéutico): *ella no se escondía porque bebía, sino que bebía porque se escondía.* Bebía porque estaba muy poco interesada por el mundo. Entonces, Eve nos confesó que, cuando llegaba a casa, sintiéndose sola y perdida, hacía una de éstas dos cosas: o se sumía en una ensoñación, en la que se imaginaba a sí misma muy joven y muy festejada por grandes personajes, o aliviaba su dolor con el alcohol. Poco a poco, empezó a entender que se estaba relacionando con los demás con una función específica —para que la protegieran y la cuidaran— y que, en aras de esta función, se estaba relacionando sólo parcialmente. Veía sólo partes de los otros individuos, del mismo modo que sólo revelaba de sí misma lo que comprendía no ahuyentaría a un protector.

Después de obtener una visión clara de la forma en que los demás veían su conducta, Eve, por su parte, comprendió también lo que los otros sentían por su conducta (esta característica es uno de los valores más sólidos de la terapia de grupo: aunque un terapeuta individual es capaz de suministrarle esta información a un paciente, la gran diversidad de opiniones que proporciona un grupo resulta más ilustrativa y poderosa). Descubrió que su desamparo no provocaba en los demás los cuidados que ella buscaba; por el contrario, su renuencia a comprometerse con ellos, con su ser integral, traía como resultado que no sintieran nada por ella. Eve no podía obtener lo que deseaba, porque lo necesitaba demasiado.

En este ejemplo se revela, pues, el considerable valor terapéutico

1*. Como principio general de técnica terapéutica siempre es preferible enfocar la revelación de un gran secreto, ayudando al paciente a que revele más detalles sobre la revelación propiamente dicha (revelación «horizontal» o «metarrevelación») en lugar de pedirle más detalles específicos del secreto (que sería la revelación «vertical»). De este modo, el paciente tiene oportunidad de darse a conocer plenamente ante los demás en un momento dado.

potencial que yace en la comprensión de las relaciones presentes, de las cuales, la relación terapeuta-paciente es la más fácil de estudiar y resulta extraordinariamente efectiva en la terapia, como expondré en breve.

También deben estudiarse siempre las relaciones del paciente con otras personas. Las relaciones entre los pacientes que se hallan en tratamiento (grupo de terapia, pacientes internados, pacientes de asistencia diurna al hospital, etc.) rara vez llegan a consolidarse, fuera de la terapia, en una amistad gratificante y duradera. En todo caso, a través de estas relaciones, pueden poner en evidencia su patología interpersonal. Como ya he apuntado, los terapeutas pueden utilizar estos datos de primera mano como guía para la comprensión de formas específicas de desviación, en las relaciones entre sus pacientes, y para ayudarles a reconocer la naturaleza de su conducta interpersonal, los impactos que producen en los demás y la responsabilidad que tienen en su propio aislamiento. Las relaciones que entablan después del tratamiento les proporcionan, a su vez, a ellos mismos la oportunidad de «ensayar con todo el vestuario» sus relaciones futuras en el «mundo real», una aventura en la que corren pocos riesgos y en la que pueden poner a prueba sus nuevas maneras de relacionarse.

Hasta ahora me he referido a los *usos* de las relaciones dentro de la terapia. Pero éstas constituyen algo más que un simple escenario para desplegar su patología o un ensayo con todo el vestuario: constituyen también relaciones reales con personas reales, que contienen una serie de elementos intrínsecos que las hacen importantes y curativas. Algunos pacientes, al ingresar en una sala psiquiátrica, entablan muy pocos contactos con los demás: hablan sólo cuando les dirigen la palabra; permanecen en sus habitaciones siempre que pueden; se ocupan tan sólo de pensar, de «clasificar cosas» en su mente, de tejer tapetes, de leer, etc.

Son múltiples las razones que aducen (tales como depresión, miedo al rechazo, o, simplemente, que no tienen «nada en común» con los demás), pero una de las más comunes es el sentimiento que experimentan de que no vale la pena invertir energía en algo que necesariamente se va a desvanecer. En concreto, uno alegó que la relación con otro paciente no puede durar, que viajaban en diferentes «esferas» (olvidando las que sí compartían, como, por ejemplo, la órbita terrestre o los ciclos de la vida) y que, por tanto, ¿para qué involucrarse? Otros señalaron que no podían soportar las pérdidas y

que preferían cultivar sólo aquellas relaciones que potencialmente podían convertirse en amistades duraderas.

Estos argumentos poseen cierta carga persuasora. Después de todo, uno de los problemas de la vida moderna es su falta de permanencia, de instituciones estables y de redes de comunicación social. Ciertamente, ¿qué sentido tiene cultivar otra relación pasajera como las que se establecen en los «cruceros de vacaciones»?

Otro caso clínico nos servirá para ilustrar este punto. Anna, que había sido hospitalizada a raíz de un intento de suicidio, era una joven excepcionalmente aislada y amargada. Una pregunta fundamental que se planteaba constantemente era: «¿Para qué sirve la gente?» Evitaba comprometerse con los demás en las reuniones de grupo, porque se negaba a compartir las relaciones superficiales y falsas que veía a su alrededor. Cada vez que se aproximaba a otro o expresaba cualquier tipo de sentimiento, su voz interior le decía que estaba interpretando una farsa y que nada de lo que ella expresara podía ser un sentimiento verdadero. Se sentía, pues, sola y asustada. Siempre era la intrusa que caminaba por la calle fría y oscura, observando y codiciando las luces cálidas y las reuniones alegres que tenían lugar en las casas ajenas. En las sesiones del reducido grupo de terapia al que asistía, traté de estimularla para que intentara comprometerse con los demás y atraerlos. Le aconsejaba: «Deje de analizar, de reflexionar sobre usted misma. Trate de extender la mano hacia sus compañeros de grupo; de entrar en el mundo de sus experiencias; de abrirse lo más posible. Deje de preguntarse por qué.» Durante una sesión particularmente intensa, Anna se comunicó profundamente con otros miembros y acabó llorando con uno de ellos por el problema del otro. Al final de la sesión, le pregunté cuáles eran las experiencias que había tenido durante la última hora. (El uso efectivo del «aquí y el ahora» en la terapia siempre origina dos procesos: la experiencia cabal y el examen consecutivo de esa experiencia.) Anna observó que en esa hora había estado viva, que se había dejado arrastrar por la vida, que se había comunicado con los demás y que no había estado pendiente en absoluto de sí misma ni de su sentido de desolación. Durante una hora había estado dentro de la vida, en lugar de estar fuera y mirando por la ventana fría.

Su experiencia le suministró una respuesta a su pregunta: «¿Para qué sirve la gente?» Durante un corto período pudo apreciar la forma en que las relaciones enriquecen el propio mundo interior. Aunque poco después tratara de desvirtuar la experiencia diciendo que todo

había sido una farsa, había experimentado la forma en que una relación puede tender un puente sobre el golfo del aislamiento. Uno se altera por el encuentro con otra persona, aunque se trate de un encuentro breve. Uno interioriza el encuentro y éste pasa a convertirse en un punto de referencia interno, en un recordatorio omnipresente de que éste es posible y de la satisfacción que aporta.

Un ejemplo conmovedor del impacto perdurable que puede dejar un breve encuentro es el que nos proporciona Bertrand Russell, quien conoció a Joseph Conrad en 1913:

> En nuestro primer encuentro, conversamos con una intimidad cada vez mayor. Parecíamos ir apartando, capa tras capa, todo aquello que era superficial, hasta que ambos llegamos al foco central. Constituyó una experiencia diferente de todas las demás que he conocido hasta la fecha. Nos mirábamos a los ojos, medio espantados y medio intoxicados por encontrarnos juntos en esa región. La emoción era tan intensa como la del más apasionado amor y, al mismo tiempo, tan vasta, que salí de ella tan aturdido que difícilmente era capaz de hallar mi camino entre los asuntos cotidianos[1].

Aunque Russell sólo pasó unas cuantas horas con Conrad, confesó que nunca más había vuelto a ser el mismo, que algo de este contacto permaneció para siempre en él y que desempeñó un papel fundamental en la configuración de sus actitudes hacia la guerra, hacia los pequeños infortunios y hacia las relaciones humanas que estableció después[2].

Es posible evitar las relaciones íntimas perdurables, enfrascándose en una serie de encuentros breves, posibilidad ante la cual el terapeuta debe estar preparado. Pero es necesario tener presente que ninguna relación ofrece una garantía de permanencia. Si puede que no llegue a tener ninguna realidad futura, ¿por qué quitarle su realidad presente? En realidad, los individuos que eligen relacionarse sólo con unos cuantos amigos seleccionados, son probablemente aquellos que se enfrentan a las personas más difíciles de conquistar y atraer. Su miedo al aislamiento es tan grande que, como dije antes, sabotean toda posibilidad de relación. Aquellos que, por el contrario, son capaces de expandirse y aproximarse a los demás de una manera auténtica, lograrán, ampliando su propio mundo interior, aliviar su angustia existencial y acercarse a los otros con amor en lugar de con necesidad.

La confrontación del paciente con el aislamiento

Otro paso importante en el tratamiento consiste en ayudar a los pacientes a acercarse directamente a la angustia existencial, a explorarla y a sumergirse en sus sentimientos de soledad y desamparo. Uno de los hechos fundamentales que tienen que descubrir en la terapia es que, si bien el encuentro interpersonal sirve para aliviar el aislamiento existencial, en realidad no puede eliminarlo. Los pacientes que con la psicoterapia alcanzan un cierto desarrollo, aprenden no sólo a conocer las delicias de la intimidad, sino también sus propios límites: aprenden lo que no *pueden* obtener de los demás. Hace algunos años, como ya referí en el capítulo VI, mis colegas y yo estudiamos a un grupo de pacientes, que habían logrado excelentes resultados en la psicoterapia, para tratar de determinar qué aspectos de su experiencia terapéutica les habían ayudado más. De los sesenta ítems entregados (para que los ordenaran de acuerdo con un procedimiento de clasificación Q), el referido a las limitaciones de la intimidad («Reconocer que, por muy cerca que llegue a estar de otras personas, *tengo que enfrentarme solo a la vida*») obtuvo una alta calificación en muchos de los pacientes, y ocupó el puesto número veintitrés de toda la lista[3].

Lo cierto es que no hay «solución» para el aislamiento. Como parte de la existencia, tenemos que enfrentarnos a él y encontrar la manera de integrarlo en nosotros. La comunión con otros es nuestro principal recurso para atenuar el temor que produce. Todos somos barcos solitarios en un mar oscuro. Vemos las luces de otros y, aunque a ellos no podamos acercanos, su presencia y similitud nos produce un gran consuelo. Somos conscientes de nuestra completa soledad y desamparo. Pero, si logramos escaparnos de nuestra mónada sin ventanas, comprenderemos que los demás se enfrentan al mismo terror solitario. Nuestro sentido del aislamiento da paso entonces a una compasión por los demás, lo que provoca en nosotros un cierto alivio. Un vínculo invisible une a los individuos que participan en la misma experiencia, bien en tanto que experiencia vital compartida en el mismo tiempo y lugar (como, por ejemplo, asistir a la misma escuela) o simplemente como miembros de una audiencia en un espectáculo.

Pero la compasión y la empatía, su hermana gemela, requieren un cierto grado de equilibrio; no pueden construirse sobre la base del pánico. Uno tiene que empezar a confrontar y tolerar el aislamiento, para ser capaz de utilizar los recursos disponibles y resolver más

plenamente la propia situación existencial. Dios ofrece a muchos un alivio ante el aislamiento; pero, como dijo Alfred North Whitehead, el aislamiento es una condición de verdadera creencia espiritual: «La religión es lo que el individuo hace con su propia soledad... si nunca llegas a estar solo, nunca serás religioso»[4]. Parte de la tarea del terapeuta consiste en ayudar al paciente a confrontar el aislamiento, una empresa que al principio genera angustia, pero que, en última instancia, ayuda a catalizar el desarrollo personal. En *El arte de amar,* Fromm escribió que «la capacidad para estar solo es una condición de la capacidad para amar», y, en los días que precedieron a la década de los años sesenta y antes de la meditación transcendental, sugirió varios métodos para concentrarse en solitario sobre la conciencia[5].

Clark Moustakas, en su ensayo sobre la soledad, vino a decir más o menos lo mismo:

> Estando solo el individuo, si se le deja en libertad, se realizará a sí mismo en la soledad y creará un vínculo o un sentido de relación fundamental con los demás. La soledad, en lugar de separar al individuo o de causarle una división del yo, expande la integridad individual, la perceptividad, la sensibilidad y la humanidad[6].

Muchos otros corroboran que es necesario experimentar el aislamiento antes de poderlo trascender. Camus, por ejemplo, dijo: «Cuando un hombre ha aprendido cómo permanecer solo con su sufrimiento, cómo superar su deseo de escapar, le queda ya poco que aprender»[7]. Por su parte, Robert Hobson afirmó: «Ser hombre significa estar solo. El continuar siendo una persona, significa explorar nuevos modos de permanecer en nuestra soledad»[8].

Me gusta la expresión de «explorar nuevos modos de permanecer en nuestra soledad»; constituye una descripción impresionante de la tarea del terapeuta. Sin embargo, contiene el germen de un problema clínico: en lugar de «permanecer descansando» en ella, el paciente de psicoterapia se retuerce en la soledad. El problema consiste en que el rico se enriquece y el pobre se empobrece. Aquellos que confrontan y explotan su aislamiento, pueden aprender a relacionarse con los demás de un modo maduro y amoroso; sólo aquellos que son ya capaces de relacionarse con los demás y que han alcanzado un mínimo de desarrollo y madurez, son capaces de tolerar el aislamiento. Por ejemplo, Robert Bollendorf demostró que cuanto más alto es

el nivel de autorrealización de un individuo (según el Inventario de orientación personal), menor angustia de aislamiento (según la Escala de angustia del inventario IGPE) experimenta cuando se le coloca en un confinamiento solitario de dieciséis horas[9].

Otto Will, desde la perspectiva de su experiencia con jóvenes con problemas, observó que los individuos procedentes de familias cuyos miembros sean capaces de proporcionarse recíprocamente amor y respeto, se muestran capaces, con relativa facilidad, de ausentarse del seno familiar y tolerar la separación y soledad de la juventud. ¿Qué sucede con aquéllos que crecen en familias atormentadas y conflictivas? Lo lógico sería pensar que dieran saltos de felicidad ante la perspectiva de abandonar semejante familia. Pero sucede exactamente lo contrario: cuanto más trastornada está la familia, más difícil es la partida de los hijos. En efecto, éstos, al carecer de preparación para afrontar la separación, se aferran a la familia para hallar refugio frente a la angustia del aislamiento[10].

El terapeuta tiene que encontrar la manera de ayudar a los pacientes a confrontar el aislamiento en una dosis y con un sistema de apoyo adecuado para cada uno. Algunos terapeutas, en una etapa avanzada del tratamiento (una vez que se han per-elaborado otra fuente de angustia y que la relación terapéutica ha llegado a ser lo bastante positiva y robusta), aconsejan o prescriben períodos voluntarios de aislamiento durante el curso de la terapia. De esta experiencia se pueden obtener dos beneficios: el primero es que se genera una cantidad importante de material. Éste era el caso de Bruce, el paciente que describimos en el capítulo V, quien, a resultas de unas cuantas horas de aislamiento, llegó a la conclusión de que sentía terror de la soledad y de la muerte y de que siempre lo había evitado mediante la trabajomanía y la sexualidad compulsiva. El segundo es que el paciente descubre sus recursos escondidos y su fortaleza. Linda Sherby describe el caso de una paciente cuyos síntomas eran una actividad frenética y una actitud de dependencia e insatisfacción en todas las relaciones posibles[11]. Para salir de un *impasse,* la terapeuta le sugirió que pasara sola veinticuatro horas en un hotel despojada de todo tipo de distracciones (gente, televisión, libros, etc.), exceptuando la presencia de un diario, en el que debía escribir todos sus pensamientos y sentimientos. El resultado principal, que tuvo una importancia considerable para esta paciente, fue que se dio cuenta de que podía tolerar el aislamiento sin sentir pánico. Sus apuntes fueron muy explícitos a este respecto: «Todavía estoy

sorprendida de ver hasta qué punto mi cabeza se ha mantenido firme, tal vez sea demasiado pronto para que me descompense, pero han pasado ya nueve horas y no creo que me vaya a hacer pedazos.» A punto ya de concluir las veinticuatro horas, le escribió a su terapeuta: «Es evidente que no me voy a volver loca, y creo que usted lo sabía desde un principio. La tristeza se está convirtiendo en una parte de mi misma y dudo mucho que me sea fácil volver a escapar a ella.»

Hace varios años que mis colegas y yo llevamos a cabo un experimento que demostró, aunque de forma secundaria, hasta qué punto se estimula el desarrollo personal con el aislamiento[12]. Tratando de probar el impacto del despertar afectivo sobre la terapia individual a largo plazo, fomentamos varias experiencias de grupos, con reuniones que tenían lugar los fines de semana y en un hotel campestre: dos grupos experimentales de estimulación afectiva a base de técnicas *Gestalt*, y un grupo de meditación zen para control. Intentamos medir el impacto de la experiencia de los grupos *Gestalt* sobre sus miembros, y dimos por sentado que el otro, donde no se estimulaban los sentimientos, nos serviría como condición de control relativamente estable. Pero los resultados indicaron otra cosa. Hubo variantes «inespecíficas» y no planificadas que influyeron notablemente sobre los mismos. Una de las variantes inespecíficas más significativas fue la experiencia del aislamiento. Muchos individuos, tanto del grupo experimental como del grupo de control, informaron que una de las facetas más importantes de su experiencia había sido la de separarse de sus ambientes familiares para encontrarse solos. De hecho, varias de las mujeres que formaban parte del experimento afirmaron que había sido la primera vez en varios años (en uno de los casos, veinte) que se habían separado de su familia y habían pasado una noche solas, sin tener al marido y a los hijos durmiendo al lado. El impacto de la confrontación con el aislamiento fue, pues, tan fuerte para algunas personas, que en su caso deformó el significado de los sentimientos inducidos, precisamente la variable que estábamos estudiando.

La práctica de la meditación ofrece otro camino importante para llegar a la conciencia del aislamiento. Aunque los terapeutas y los maestros de la meditación no lo incluyen entre los beneficios que ésta aporta, creo que uno de los factores primarios que más estimulan el desarrollo durante la meditación es el hecho de que permite a los individuos, en una situación de angustia reducida (gracias a una relajación muscular que alivia la tensión, y a una actitud, una

respiración y una higiene mental que atenúan la misma angustia), enfrentarse a la angustia, asociada con el aislamiento, y vencerla.

Los individuos aprenden a encarar aquello que más temen. Se les pide que se sumerjan en el aislamiento y, lo que es más importante, que se sumerjan desnudos, sin la acostumbrada defensa de la negación. Se les pide «dejarse ir» (en lugar de realizar y adquirir), vaciar sus mentes (en lugar de clasificar y analizar la experiencia) y responder y ponerse en armonía con el mundo (en lugar de controlarlo y someterlo). Es indudable que uno de los objetivos explícitos del estado de meditación, que debe alcanzarse en el sendero que lleva a la iluminación *(satori)*, es la conciencia de que la realidad física constituye únicamente un velo que oscurece la realidad, y que la única manera de quitar ese velo es profundizar en lo más hondo del propio aislamiento. Pero el reconocimiento de la naturaleza ilusoria de la realidad o, como dije en el capítulo VI, la conciencia de la función constitutiva que uno lleva a cabo, conduce invariablemente a una confrontación con el aislamiento existencial y a darse cuenta de que se está aislado no sólo de los demás, sino también del mundo.

El aislamiento y el encuentro entre paciente y terapeuta

Lo que cura es la relación

Recuerdo dos máximas, aplicables a la psicoterapia, que aprendí al principio de mi carrera. A la primera de ellas —que «la meta de la psicoterapia es llevar al paciente a un punto donde pueda elegir libremente»— me referí en la parte correspondiente a la libertad. La segunda —«lo que cura es la relación»— es la lección más importante que tiene que aprender un psicoterapeuta. No existe en la psicoterapia una verdad más evidente. Cada terapeuta observa una y otra vez, en su experiencia cotidiana, que el encuentro propiamente dicho resulta más curativo para el paciente que toda la orientación teórica del terapeuta.

Las investigaciones han demostrado, sin ningún margen de dudas, que la relación positiva entre terapeuta y paciente incide directamente en el resultado de la psicoterapia. Los terapeutas eficaces responden a sus pacientes de una manera genuina; establecen con ellos una relación que les permite sentirse seguros y aceptados; hacen gala de una cordialidad no posesiva y de un alto grado de empatía, y son

capaces de «estar con» ellos y de «captar su significado». Son varias las recopilaciones que existen de cientos de investigaciones que han llegado a la misma conclusión[2*13].

En el capítulo I comparé la psicoterapia con una experiencia que tuve en una clase de cocina: la diferencia vital, tanto en los platos de berenjena armenios como en la psicoterapia, son los «añadidos y condimentos», las contribuciones «extraoficiales». Es precisamente en el terreno de la relación terapeuta-paciente donde más frecuentemente se aplican estos «condimentos». En el curso de una terapia eficaz, el terapeuta se acerca al paciente de una manera humana y profundamente personal. Aunque sus acercamientos se prestan siempre a la crítica, tienen lugar al margen de toda doctrina ideológica oficial; no se informa sobre ellos en la literatura psiquiátrica (a veces por vergüenza o temor a la censura) ni tampoco se les enseña a los estudiantes (por una parte, porque están fuera de la teoría formal; por otra, para no estimularles a cometer «excesos»).

Una ilustración excelente de la importancia del encuentro entre pacientes y terapeuta puede hallarse en el libro titulado *Incidentes críticos en la psicoterapia* (1959), donde se describen algunos incidentes que se consideran críticos[14]. En la mayoría de ellas, el terapeuta abandona temporalmente su papel profesional estricto para acercarse al paciente de un modo profundamente humano. Señalemos unos cuantos ejemplos:

1. Entonces, Tom (el paciente) me miró directamente a los ojos y me dijo suavemente: «Si me deja usted, ya no me queda ni la menor esperanza.» Me sentí abrumado por una serie de emociones poderosas y complejas, entre las cuales había tristeza, odio, compasión e impotencia. Esta declaración de Tom se convirtió para mí en un «incidente crítico». En ese momento, me sentí más cerca de él que de ninguna otra persona[15].

2. Un terapeuta vio a un paciente muy enfermo en una sesión urgente que tuvo lugar un sábado por la tarde. Llevaba tiempo sin probar un alimento y estaba muy cansado, pero, a pesar de todo, continuó la sesión durante varias horas seguidas[16].

2*. En otros puntos de este libro he citado la investigación empírica realizada, pero generalmente de un modo muy selectivo y con gran precaución. A veces, la investigación era escasa, mal concebida o ejecutada o de dudosa importancia para la preocupación existencial a la que me estaba refiriendo. En cuanto a la relación entre terapeuta y paciente, no citaré tampoco toda la literatura de investigación que existe, pero por otra razón completamente diferente: la cantidad abrumadora de documentación de elevada calidad que existe sobre este importante tema.

3. Cierto terapeuta tuvo una sesión con una paciente que, en el curso de su terapia, había empezado a presentar síntomas de cáncer. En una ocasión, mientras ella esperaba los resultados de los análisis (que resultaron ser negativos), el terapeuta la sostuvo entre sus brazos como si fuera una niña. Estaba tan aterrada, que sufrió un estado psicótico pasajero[17].

4. Un terapeuta estaba trabajando con una joven paciente que tenía hacia él una transferencia erótica tan evidente, que no era posible continuar con el trabajo terapéutico. Por este motivo, decidió revelarle algunos aspectos de su vida personal, lo que le permitió a la paciente disipar sus percepciones distorsionadas acerca del terapeuta[18].

5. Durante varias sesiones, un paciente había estado menoscabando al terapeuta, atacándole personalmente y poniendo en duda sus aptitudes profesionales. Finalmente, el terapeuta reventó: «Empecé a dar puñetazos sobre la mesa y le grité: "¡Maldita sea! ¿Por qué no corta usted la diarrea verbal y nos dedicamos a la tarea de tratar de entenderle a usted, en lugar de seguir golpeándome a mí? Los defectos que yo tenga, y tengo muchos, no tienen nada que ver con sus problemas. Yo también soy un ser humano y hoy he tenido un mal día..."»[19]

6. Una paciente se había quedado abandonada en una casa situada en un acantilado, a la cual sólo podía accederse atravesando un destartalado puente de madera. Desesperada, llamó a su terapeuta, quien atravesó el puente, la consoló y la llevó hasta su casa[20].

Los demás incidentes críticos son similares: en cada uno de ellos tiene lugar un encuentro humano, muy alejado de la «manipulación» artificial que prescriben las ideologías.

En la literatura abundan los ejemplos que corroboran este fenómeno. En el capítulo II, señalé que, en 1895, en sus *Estudios sobre la histeria,* Freud y Breuer pasaron por alto una buena parte del material relacionado con la muerte[21]. Es también sorprendente que, en su exposición de los mecanismos terapéuticos, Freud haya desestimado la importancia del encuentro entre el paciente y el terapeuta. En su opinión, el cambio terapéutico se basa íntegramente en la sugestión hipnótica y en el trabajo interpretativo, que permite la «abreacción» y la liberación del «afecto estrangulado». Pero observemos la naturaleza de sus relaciones terapéuticas, tal como él las describió en sus informes. Una de sus prácticas consistía en dar masajes a sus pacientes (en un fragmento, expresó su disgusto por el hecho de que el período menstrual de una de sus pacientes impidió aquel día el masaje). En otras ocasiones, «entraba a saco» (para emplear la expresión de Buber)[22] en la vida de los pacientes, hablando con los miembros de la familia y enderezando las finanzas del paciente o

clasificando sus proyectos matrimoniales. En otros casos, Freud era autoritario y rudo. En un encuentro memorable le dijo perentoriamente a una paciente que le daba un plazo de veinticuatro horas para que eligiera entre cambiar sus creencias (sobre las causas no psicológicas de un síntoma) o abandonar el hospital[23].

Hace varios años hice un contrato con una paciente (por razones ajenas a esta discusión), en el cual estipulamos que cada uno escribiría sus impresiones sobre las sesiones de terapia individual, y que se las entregaríamos, en sobres cerrados, a mi secretaria; después de varios meses, cada uno leería las notas del otro. (Más adelante publicamos estas notas en el libro *Every Day Gets a Little Closer: A Twice-Told Therapy*)[24]. Lo más curioso de todo fue la discrepancia que existía entre mis percepciones de cada sesión y las de la paciente: habíamos comentado y valorado de muy distintos modos los diversos aspectos de la experiencia terapéutica. ¿Qué había sucedido con todas mis «preciosas» interpretaciones? ¡Ni siquiera las había escuchado! Lo que ella más apreciaba eran los pequeños detalles personales: una mirada intensa, un elogio por su aspecto exterior, mi inquebrantable interés por ella, el hecho de haberle pedido su opinión sobre una película que ambos habíamos visto...

¿Qué podemos sacar en claro de estas observaciones? Es evidente que, de una manera que todavía no se ha definido, la relación personal entre el terapeuta y el paciente es crucial para el proceso del cambio; como también lo es que los terapeutas suelen subestimar la importancia de este factor, al mismo tiempo que sobrestiman el valor de sus contribuciones cognoscitivas.

¿Cómo ayuda la relación terapéutica? En la sección anterior, señalé que las relaciones del paciente «dentro de la terapia» (aquellas que tienen lugar en su vida corriente o con otros miembros del grupo o de la sala psiquiátrica del hospital) presentan dos tipos de efecto terapéutico: *a*) son relaciones «mediadoras» porque mejoran la calidad de otras relaciones futuras, haciéndole ver al paciente su conducta interpersonal desviada y dándole oportunidad de «ensayar con todo el vestuario» los nuevos modos de relacionarse, y *b*) tienen un valor en sí mismas, pues, como relaciones «reales», producen modificaciones intrapersonales.

Este mismo paradigma funciona en la relación con el terapeuta. Es curativo porque clasifica las otras relaciones y porque el paciente experimenta una relación real. Consideremos por separado cada uno de estos aspectos.

Relación paciente-terapeuta: una manera de clasificar y facilitar otras relaciones. Al ayudar al paciente a examinar la relación entre ambos, el terapeuta clarifica y facilita sus relaciones pasadas y presentes con aquellas personas que, de una manera simbólica, se asemejan al terapeuta.

El uso de la relación para despejar el pasado es el enfoque tradicional de la transferencia, donde el paciente «transfiere» los sentimientos y actitudes hacia figuras importantes a la persona del terapeuta. El paciente viste, pues, al terapeuta, quien le sirve de maniquí, con los sentimientos que originalmente le han inspirado otras personas. La relación con el terapeuta es un juego de sombras donde se reflejan las vicisitudes de un drama que tuvo lugar en el pasado. En este enfoque, se tiene muy en cuenta la meta terapéutica del análisis, que es reproducir y aclarar los hechos prematuros de la vida.

Hay dos objeciones básicas a este enfoque de las relaciones. En primer lugar, como ya señalé en el capítulo VII, no existen pruebas de que el descubrimiento y comprensión del pasado genere cambios en la psicoterapia. En segundo lugar, el hecho de contemplar la relación entre el terapeuta y el paciente, primordialmente en términos de la transferencia, niega la naturaleza verdaderamente humana y transformadora de la relación. Son muchas las pruebas que demuestran que lo que cura es la relación real; y contemplar la relación terapeuta-paciente como un vehículo para transportar la mercancía curativa (el conocimiento profundo, el descubrimiento de los hechos prematuros de la vida, etc.) es confundir el recipiente con el contenido. La relación *es* la mercancía curativa, y, como ya sabemos, la búsqueda del conocimiento profundo y las excavaciones del pasado son tareas interesantes, aventuras aparentemente provechosas en las que se mantiene distraída la atención del paciente y del terapeuta, mientras, por otro lado, está germinando el verdadero agente del cambio, la relación.

Otra finalidad de la relación paciente-terapeuta es ayudarle a aquél a comprender sus relaciones presentes y futuras. Invariablemente, el paciente distorsiona algunos aspectos de su relación con el terapeuta. El terapeuta experimentado, partiendo del conocimiento que tiene de sí mismo y de la forma en que los demás suelen verle, puede ayudar al paciente a distinguir entre la distorsión y la realidad. Puede representar diferentes papeles para los distintos pacientes, pero, para la mayoría, representará las figuras de autoridad, como maestros, jefes,

padres, jueces, supervisores, etc., y les ayudará a mejorar sus relaciones con todos ellos.

La relación «verdadera» entre el terapeuta y el paciente. El hecho de que el paciente desarrolle una relación real (que es lo opuesto a la transferencial) con el terapeuta aporta un gran beneficio potencial. En lugar de que la relación sea un fenómeno de «hacer como si...», es necesario establecer una relación que, mediante el análisis adecuado, le facilite al paciente sus *otras* relaciones. Por esta razón, el terapeuta le ayuda a curarse estableciendo con él una relación auténtica.

Kaiser, como señalé anteriormente, creía que el individuo atormentado por el aislamiento (el «conflicto universal») intenta resolverlo mediante una «fusión» con otro. Para preparar el camino para la fusión, surge el «síntoma universal», como lo llama Kaiser. Este «síntoma universal» significa «duplicidad» «ingenuidad» o «transferencia», e incluye la percepción distorsionada y la conducta hacia el terapeuta. De este modo, el paciente no se relaciona con su verdadero yo, sino que utiliza simplemente al terapeuta para fundirse con él y escapar del aislamiento.

¿Cuál es el antídoto de este conflicto universal y de estos síntomas? La respuesta de Kaiser es: la «comunicación»[25]. Kaiser plantea que «la habilidad para comunicarse libremente es lo que impide que el conflicto universal obligue a un individuo a caer en un patrón desviado y restrictivo de neurosis». Según él, el terapeuta cura *simplemente por estar con el paciente.* La terapia eficaz requiere «que un paciente pase suficiente tiempo con una persona con determinadas características de personalidad».

¿Qué características de personalidad? Kaiser cita cuatro: *a*) un interés por la gente; *b*) un enfoque teórico a la psicoterapia que no dificulte, en su interés por ayudar al paciente, a comunicarse libremente; *c*) la ausencia de patrones neuróticos que obstaculicen el establecimiento de una comunicación con el paciente, y *d*) la disposición mental de «receptividad», es decir, la sensibilidad para percibir la duplicidad y los elementos no comunicativos de la conducta del paciente.

Kaiser ofrece una sola regla al terapeuta: «comunicarse». Todos los demás requisitos no aluden a lo que debe hacer, sino a lo que debe *ser.* Aunque parezca reiterativo en este asunto, hace que reparemos en el papel esencial de la fuerza de ensamblaje en el proceso del cambio terapéutico. Para la mayoría de los pacientes, la psicoterapia constituye un proceso cíclico que va desde el aislamiento hasta la

relación. Una vez que aprende a relacionarse profundamente con su terapeuta (y a relacionarse como una persona real y *no* como un holograma fabricado por la «técnica»), ya ha cambiado. Aprende que posee un potencial de amor en su interior y se da cuenta de que, también en su interior, tiene dormidos una serie de sentimientos disociados. Recordemos el comentario de Buber acerca de la relación yo-tú: cuando el verdadero «yo» se relaciona con otro, cambia y se convierte en una entidad diferente del «yo» antes de la relación con el «tú». Vive nuevos aspectos de sí mismo y se abre no sólo ante el otro, *sino también ante sí mismo.* Aunque la relación del paciente con el terapeuta sea «temporal», la *experiencia* de intimidad es permanente. Nunca podrá eliminarse. Existe en el mundo interno de la persona como un punto de referencia permanente: es un recordatorio de que poseemos capacidad para la intimidad. También es permanente el descubrimiento del yo, que tiene lugar como resultado de la intimidad.

No es necesario subrayar que la experiencia de un encuentro íntimo con el terapeuta tiene un alcance para el individuo que se extiende más allá de las relaciones con la mayoría de las personas. Para empezar, el terapeuta es alguien que el paciente suele respetar particularmente. Pero lo más importante de todo es que el terapeuta es alguien, generalmente el único, que lo conoce *realmente.* El hecho de poder contarle a un individuo los secretos más sombríos que uno tiene, sus pensamientos ilícitos, sus vanidades, sus penas, sus pasiones, y que, a pesar de todo, esa persona lo acepte a uno, constituye un acontecimiento extraordinariamente positivo.

Ya señalé que «la psicoterapia es un proceso cíclico que va desde el aislamiento hasta la relación». Es cíclico porque el paciente, aterrado ante el aislamiento existencial, se relaciona profunda y significativamente con el terapeuta y, una vez fortalecido por este encuentro, regresa a la confrontación con el aislamiento existencial. El terapeuta, desde lo más profundo de la relación, le ayuda a enfrentarse al aislamiento y a comprender la solitaria responsabilidad que tiene por su propia vida; que es él quien ha creado sus predicamentos vitales y que es también él, y nadie más, quien puede cambiarlos.

Pero, además, el terapeuta hace regresar al paciente al aislamiento por otro motivo. En otra ocasión dije que una de las lecciones más valiosas de la terapia es que la relación tiene límites. Uno aprende lo que puede obtener de otros, pero también lo que *no puede* obtener de los demás. A medida que el paciente y el terapeuta se encuentran en un nivel humano, las ilusiones del primero sufren de manera

inevitable. El salvador se intuye, después de todo, como una persona más. Es un momento en el que se siente gran aislamiento, pero también se aprenden muchas cosas, como dice Kenneth Fisher, es «cuando el peregrino se atreve a pensar: nadie lo sabe, pero tal vez todos seamos peregrinos»[26]. Al menos se le evita al paciente tener que buscar en el lugar equivocado. En el mejor de los casos, aprende, por la plenitud del encuentro con el terapeuta, que ambos y el resto de la humanidad somos hermanos en nuestra irrevocable soledad.

La relación ideal entre terapeuta y paciente

Si la tarea primordial del terapeuta es relacionarse profunda e íntegramente con el paciente, ¿forma el terapeuta una relación yo-tú con cada paciente? ¿Le «ama» (en el sentido en que lo expresan Maslow y Fromm)? ¿Existe alguna diferencia entre un terapeuta y un verdadero amigo?

Es difícil que un terapeuta lea (o escriba) estas disertaciones sin sentir una cierta inquietud. La palabra que se me viene a la mente es «estremecimiento». Existe una disonancia inexorable en el mundo del terapeuta: ningún pulimento ni aceite pueden lograr que los conceptos de «amistad», «amor» y «yo-tú» se acomoden junto a expresiones tales como «sesiones de cincuenta minutos», «sesenta y cinco dólares la hora», «conferencias de casos» y «pagos por tercera persona». Esta incongruencia forma parte de la «situación» del terapeuta y del paciente, y no puede negarse ni hacerse a un lado.

Existe por lo menos un aspecto importante de la amistad amorosa o de la relación yo-tú que difiere necesariamente para cada uno en la relación terapeuta-paciente, que es la reciprocidad. El paciente acude al terapeuta buscando ayuda, y no al revés. El terapeuta debe tener motivación, inclinación y capacidad para experimentar al paciente como persona en su sentido más amplio posible. Por definición, el paciente tiene una capacidad disminuida para experimentar íntegramente a la otra persona y, además, su motivo es enteramente diferente: el alivio del sufrimiento. Por tanto, el terapeuta tiene lo que Buber llama una «presencia distanciada»: puede estar en dos sitios al mismo tiempo, que son el suyo propio y el del paciente. «Tiene capacidad para estar donde él está y donde está el paciente; en cambio, el paciente sólo puede estar donde él está»[27].

El terapeuta está interesado en el «tú» del paciente, no sólo en el

«tú» presente, sino también en el «tú» dormido y potencial. Emplea su sentido intuitivo de amplitud y cercanía al paciente para guiarse, buscando siempre profundizar en la relación. Al principio de la terapia, el paciente no repara en el hecho de que tiene una actitud recíproca hacia el terapeuta. Suele hacer preguntas sobre su persona, pero estas preguntas no son para «conocer» o para sacar todo el potencial del terapeuta, sino más bien para establecer si sus credenciales garantizan su curación. Ocasionalmente, las preguntas del paciente significan una lucha por llevar el control de la relación: puede sentirse menos vulnerable, al hacer revelaciones sobre sí mismo, si también el terapeuta está dispuesto a ponerse al descubierto.

Carlos Sequin en *Amor y psicoterapia*[28] define la relación terapeuta-paciente como una forma especial de amor que él llama el «eros psicoterapéutico». Esta forma de amor posee rasgos muy característicos. Tal como ya he señalado no es recíproco. Pero debo aclarar que esta falta de reciprocidad no es fija; a medida que la terapia avanza, el paciente, en plena mejoría, adquiere una conciencia cada vez mayor y siente un mayor afecto (es decir, afecto libre de necesidad) por la persona del terapeuta. El eros psicoterapéutico es indescriptible o, como ha dicho Carl Rogers, «incondicional». Otros tipos de amor pueden erosionarse: un amante puede dejar de amar cuando su amor no es correspondido; los amigos se separan cuando ya no tienen mucho en común. Existen muchas circunstancias que pueden llegar a obstaculizar el amor entre los padres y los hijos, entre un maestro y su alumno y entre un creyente y su deidad. Pero el terapeuta maduro continuará amando a su paciente a pesar de su rebelión, su narcisismo, su depresión, su hostilidad y su miseria. En realidad, casi podía decirse que el terapeuta ama a su paciente *debido* a estos rasgos, ya que ellos reflejan hasta qué punto el individuo necesita ayuda.

Otro aspecto del eros psicoterapéutico es que lleva implícito un afecto genuino por la persona del paciente. Según el propio Sequin[29], «no es un amor "humanitario" como el que siente el médico por el hombre enfermo en cuanto a tal. En su lugar, lo que hay es un sentimiento auténtico de amor por la persona del individuo que está frente a él, que es *este* hombre y no otro, que no es un "enfermo", sino un hombre». Fromm, Maslow y Buber pusieron de relieve que el afecto por otro significa preocupación por su desarrollo y por hacerle entrar en la vida. Ésta debe ser la verdadera actitud del terapeuta hacia su paciente. La *raison d'être* del terapeuta es actuar como

comadrona en el nacimiento de la vida todavía no vivida del paciente.

La idea de «traer a la vida» algo de la otra persona, marca una estrategia importante para el terapeuta. Buber distingue dos maneras básicas de influir sobre la actitud de otra persona hacia la vida[30]: imponiendo las propias actitudes y opiniones en el otro (de tal manera que piense que son suyas), o ayudándole a descubrir sus propias disposiciones y experiencias y sus propias «fuerzas de realización». Buber llama al primer enfoque «imposición», y es característico del propagandista. El segundo se denomina «desenvolvimiento», y es el que utiliza el educador y el terapeuta. El desenvolvimiento alude al descubrimiento de algo que ya estaba ahí. La misma palabra tiene una serie de connotaciones muy ricas y presenta un fuerte contraste con los demás términos que suelen aplicarse en el proceso terapéutico, como, por ejemplo, «reconstrucción», «descondicionamiento», «configuración conductista», «reacondicionamiento de las relaciones paternales», etc.

Uno ayuda al otro a desenvolverse no mediante instrucciones, sino «reuniéndose con él», es decir, por medio de la «comunicación existencial»[31]. El terapeuta no es un director ni un instructor, sino sólo un «catalizador»[32]. Heidegger, de manera similar, habla de dos tipos diferentes de afecto o «solicitud»[3*]. Uno puede «saltar» en lugar de otro —lo cual se parece a la «imposición»— y, de este modo, aliviarle de la angustia de encarar la existencia (con lo cual se está reduciendo al otro a vivir una existencia falsa). O uno puede «saltar hacia adelante» (expresión no del todo satisfactoria) y «liberarle confrontándolo con su situación existencial».

Resumiendo, el terapeuta se relaciona con el paciente de una manera auténticamente amorosa y procura llegar con él a momentos de auténtico encuentro. Y, al hacerlo, no debe ser egoísta; su única preocupación ha de ser el desarrollo del paciente, en ningún caso sus necesidades personales. Su amor debe ser indestructible y no depender del amor recíproco del paciente.

Debe ser capaz de estar consigo mismo y con el paciente, para, a través del afecto, entrar en el mundo de este y vivirlo de la misma forma en que él lo vive. Para ello, tiene que acercarse a él sin ideas preconcebidas; debe orientar su trabajo con la finalidad de compartir su experiencia sin apresurarse a pronunciar juicios o estereotipos.

3*. Heidegger distingue entre ocuparse de las cosas («preocupación») u ocuparse de otros *Daseins*, es decir, otros seres constituidos («solicitud»)[33].

Muchos de estos aspectos de la relación terapéutica han quedado definidos por Rogers y sus colaboradores, en su tríada de características terapéuticas: empatía, autenticidad y deferencia positiva e incondicional. Son incontables los estudios de investigación que demuestran que estas tres características facilitan el resultado positivo de la terapia. Mi principal preocupación, con respecto a esta caracterización de la conducta del terapeuta, es que hay otros autores —a pesar de la insistencia de Rogers en que la relación debe ser auténtica y profundamente personal[4*]— que lo presentan como si se tratara de una técnica, de algo que el terapeuta *hace* en la terapia. Por consiguiente, hay manuales técnicos que enseñan a los estudiantes de psicoterapia algunos métodos para comunicar al paciente empatía, autenticidad y deferencia positiva. Cuando para un terapeuta existencial la «técnica» se convierte en esencial, todo está perdido, porque el fundamento mismo de la relación auténtica es que uno no la manipula, sino que se dirige hacia el otro con todo su ser íntegro.

Diagnóstico. Muchos terapeutas tienen dificultad para relacionarse auténticamente con los pacientes debido a sus ideas preconcebidas y a sus estereotipos. En sus cursos de formación, se pone mucho énfasis en el diagnóstico y en la clasificación: se les enseña a objetivizar a los pacientes, a llegar a un número de código APA (Asociación Psiquiátrica Americana) que toma al paciente como si se tratara de un espécimen para una ficha de admisión o para un formulario de una compañía de seguros. No obstante, ningún terapeuta responsable puede negar el valor de la evaluación y del diagnóstico. Así, es necesario asegurarse de si el paciente padece de alguna enfermedad orgánica o de una condición tóxica que afecten a su estado psicológico. También es importante asegurarse si el paciente presenta un trastorno afectivo grave de etiología bioquímica (por ejemplo, una depresión endógena o una diatesis maniacodepresiva) que requiere un tratamiento farmacológico.

Aunque el trastorno sea primordialmente funcional, el terapeuta tiene que efectuar otras consideraciones importantes. ¿Es tan grave el trastorno del paciente (en el caso, por ejemplo, de desórdenes de carácter sociopático o de una esquizofrenia paranoide perfectamente sistematizada) que haya pocas posibilidades de que obtenga algún

4*. Rogers fue muy explícito en este punto en una conversación notable que sostuvo con Buber, lo cual indica que ambos pensadores fundamentales estaban completamente de acuerdo en cuanto a la naturaleza preferente de la relación del terapeuta con el paciente[34].

beneficio mediante la psicoterapia? Por razones obvias, las tendencias destructivas del paciente (hacia sí mismo y hacia los demás) también tienen que evaluarse. El terapeuta tiene asimismo que calcular el grado de fragilidad del paciente y su capacidad para tolerar la cercanía, de donde se derivarán algunas directrices importantes para el ritmo de la terapia.

Aparte de estas determinaciones relativamente toscas, que se efectúan durante la etapa inicial, las discriminaciones diagnósticas posteriores no ofrecen ninguna otra ayuda al terapeuta, antes bien estorban a la formación de la relación. Las intrincadas formulaciones diagnósticas de los psicoanalistas sobre la organización dinámica psicosexual del paciente, sirven de poca ayuda para la psicoterapia y pueden constituir un obstáculo en la medida en que impiden al terapeuta escuchar con autenticidad al paciente. Por ejemplo, aunque algunas de las «personalidades más histéricas» muestran ciertos patrones específicos de conducta y conflictos dinámicos comunes, esto no sucede en todos los casos. La formulación diagnóstica normal no le aporta nada al terapeuta acerca de la persona, de características únicas, con la que se está encontrando; por el contrario, tenemos bastantes pruebas de que las etiquetas del diagnóstico impiden o distorsionan la comunicación[35]. La clasificación diagnóstica constituye un estimulante ejercicio intelectual, cuya única función es proporcionar al terapeuta un sentido del orden y del dominio. La tarea principal del terapeuta maduro es aprender a tolerar la incertidumbre. Lo que se requiere es un cambio importante en la perspectiva: en lugar de ordenar el «material» de las entrevistas, dentro de un marco coherente desde el punto de vista intelectual, el terapeuta tiene que luchar por conseguir un auténtico compromiso.

La revelación que el terapeuta hace de sí mismo. Un terapeuta que desee conocer a un paciente, tiene que hacer algo más que observar y escuchar: tiene que vivir plenamente a esa persona. Pero la experiencia plena del otro requiere que uno se abra también ante él, porque, si uno se compromete con el otro de una manera abierta y honesta, puede experimentar las respuestas de éste ante ese compromiso.

No hay duda de que, para relacionarse con el paciente, el terapeuta tiene que revelarse a sí mismo como persona; no puede permanecer pasivo, desprendido y escondido. La revelación del terapeuta de sí mismo forma parte integral del proceso terapéutico. Pero, ¿qué proporción de sí mismo debe revelar? ¿Los problemas de su vida personal? ¿*Todos* sus sentimientos hacia el paciente? ¿El aburrimiento? ¿El cansancio? ¿Las estrategias terapéuticas más ingeniosas? ¿No debe haber a este respecto ninguna diferencia entre el terapeuta y un amigo íntimo?

Estas cuestiones, ciertamente irritantes, nunca se confrontaron durante las primeras décadas de la práctica psicoterapéutica, puesto que, desde un principio, el movimiento analítico sostuvo que los terapeutas debían mantener una distancia emocional y objetividad, de modo similar al cirujano que estudia desapasionadamente un órgano enfermo. Freud advirtió que los pacientes desarrollarían fuertes sentimientos hacia los terapeutas, pero éstos debían estar en guardia y suprimir sus sentimientos tiernos. Deben saber que los poderosos sentimientos del paciente son «una consecuencia inevitable de una situación médica, como el tener que desnudar el cuerpo del paciente o la confesión de un secreto vital»[36].

¿Por qué era necesario prescribir tan estrictamente un papel desapasionado para el terapeuta? En primer lugar, Freud señaló que el terapeuta que pierda la «objetividad», perderá también el control de la situación y se dejará arrastrar por los deseos de los pacientes y no por sus necesidades:

> El paciente realizaría su meta, pero el médico nunca la suya. Lo que sucedería entonces entre ellos sería lo mismo que ocurrió en aquella divertida anécdota del sacerdote y el agente de seguros. Éste, un librepensador, se hallaba cerca de la muerte y sus parientes insistieron en llevarle un sacerdote para que le convirtiera antes de morir. La entrevista fue tan larga, que los que estaban esperando afuera empezaron a tener esperanzas. Finalmente, se abrió la puerta del enfermo. El librepensador no se había convertido, pero el sacerdote se había reafirmado[37].

Así, para Freud, si los terapeutas se abren ante los pacientes y mantienen con ellos relaciones humanas normales, sacrifican su objetividad y su eficacia. Un segundo argumento para preconizar la opacidad del terapeuta, se basa en el supuesto de que la transferencia es el punto más delicado de la psicoterapia. Freud creía, y lo siguen creyendo la mayoría de los psicoanalistas actuales, que el análisis de la transferencia es la tarea principal del terapeuta. Como dije antes, esta transferencia consistía para él en una representación viva de lo que la persona había vivido en su más tierna infancia, en edades demasiado tempranas para recordarlas mediante la memoria. Por esta razón, al observar, comprender y ayudar al paciente a «per-

elaborar» la transferencia (es decir, a vivirla, a reconocer lo inadecuada que es para la situación presente y a descubrir las fuentes infantiles del sentimiento transferencial), el terapeuta descubre los estratos más profundos de la experiencia vital del individuo.

Una vez definido el papel de la transferencia, el terapeuta debe facilitar su desarrollo. Cuanto menos aparezca en escena el verdadero yo del terapeuta, más fácil será que el paciente le transfiera los sentimientos que pertenecen a otra persona. Ésta es, naturalmente, la explicación racional del papel tradicional de «pantalla en blanco» del terapeuta y de los peculiares arreglos del mobiliario para que éste permanezca tras el diván durante la sesión psicoanalítica, de tal manera que el paciente no pueda verle. Esta prescripción en contra de que el terapeuta se revele a sí mismo, preparó el terreno a dos generaciones de técnicos psicoterapéuticos que desaconsejaban los verdaderos encuentros entre el paciente y el terapeuta, e insistían en que la función primaria de éste —y la única, en realidad— era la interpretación.

No obstante, ya algunos de los primeros teóricos se atrevieron a disentir de este papel para el terapeuta. Sandor Ferenczi, uno de los primeros y más leales discípulos de Freud, afirmó que la postura desprendida y omnisciente del terapeuta dificultaba la efectividad del tratamiento. Él mismo, especialmente durante sus últimos años, reconoció su falibilidad ante sus pacientes. Por ejemplo, respondiendo a una crítica justificada, confesó sin trabas: «Creo que ha entrado usted en un terreno en el que no me siento enteramente a mis anchas. Tal vez pueda usted ayudarme a ver claro qué es lo que me pasa»[38].

Pero, en general, fue sólo en la década de los años cincuenta cuando empezó a hablarse, en la literatura psiquiátrica, del asunto de la relación real «no transferencial». La exhaustiva revisión efectuada por Ralph Greenson y Milton Wexler[39], cita únicamente dos estudios antes de 1950. En 1954, en una discusión acerca de la transferencia, Anna Freud comentó:

> Con el debido respeto a la más estricta manipulación e interpretación de la transferencia, creo que deberíamos admitir de alguna manera el convencimiento de que el analista y el paciente son dos personas reales con las mismas características como adultos, y con una relación mutua real y personal. Me pregunto si nuestra negligencia a este respecto no nos está causando algunas de las reacciones hostiles que nos expresan nuestros pacientes y que, hasta ahora, hemos venido atribuyendo a una «transferencia verdadera». Pero éstas

> son ideas subversivas desde el punto de vista técnico y deberíamos manejarlas con sumo cuidado[40].

En 1969, Greenson y Wexler encontraron ciertos indicios de la persistencia del enfoque analítico tradicional en dicha comunicación:

> Aunque ya no se oyen complicados debates en los círculos analíticos acerca de si es o no un pecado mortal técnico ofrecer un pañuelo a un paciente que llora por la reciente muerte de uno de sus padres, todavía continúa siendo muy sospechoso conducirse con bondad en el trato con el mismo[41].

Aunque Greenson y Wexler preconizaron una relación más humana, creo que emplearon las razones más inoportunas para tal fin. Al comentar los inconvenientes de un mayor distanciamiento del terapeuta, dijeron:

> Deberíamos darnos cuenta de que, aunque la anonimia persistente y la prolongada arteriosclerosis afectiva pueden tal vez resultar seductoras, generalmente conducen a una transferencia no susceptible de interpretación y a una alienación hostil[42].

Estos analistas aconsejaban, por tanto, un compromiso mayor del terapeuta, pero por razones de tipo no técnico: para mantener la transferencia en términos que pudieran interpretarse y para facilitar su análisis[5*].

Resumiendo, este enfoque de la transferencia obstaculiza la terapia, porque empaña la relación auténtica entre terapeuta y paciente y eso por dos razones. Primero, porque niega la realidad de la relación al considerarla sólo como una clave para comprender otras relaciones más importantes. Segundo, porque proporciona a los

5*. Incidentalmente, esta cita contiene la curiosa oración de que «la prolongada arterioesclerosis afectiva puede ser igualmente seductora». Supongo que es más fácil y requiere menos esfuerzo por parte de los terapeutas, permanecer sin involucrarse desde el punto de vista emocional. Es posible, pero los terapeutas pagan también un precio terriblemente alto, porque a la postre se anquilosan. Otro riesgo profesional que corren los terapeutas consiste en emplear sus encuentros con los pacientes para evitar la confrontación e integración de su propio aislamiento. Sin esta integración, los terapeutas nunca llegan a desarrollar la autonomía necesaria para dedicarse a relaciones amorosas gratificantes y duraderas; en lugar de esto, sus vidas privadas se convierten en un *staccato* de encuentros de cincuenta minutos, muy intensos pero transitorios.

terapeutas un motivo para esconderse como personas, lo cual impide que se relacionen con los pacientes de una manera genuina. ¿Significa esto que los terapeutas que mantienen fielmente una postura desprendida, objetiva e «interpretativa» hacia el paciente, son ineficaces y hasta destructivos? Al parecer, por fortuna, estos terapeutas son ya raros de encontrar. Aquí es donde se advierte la importancia de los «condimentos» en la terapia: aún sin darse cuenta de por qué lo hacen, los terapeutas se acercan a los pacientes con una actitud humana y en momentos que no aparecen registrados en sus informes.

¿Cuáles son las objeciones para que el terapeuta se revele a sí mismo? Algunos temen que, de dejar la puerta entreabierta, los pacientes la fuercen para enterarse de sus particularidades íntimas. Mi experiencia personal me demuestra que este temor se halla infundado: para mí es sumamente importante poder revelar al paciente mis sentimientos «aquí y ahora»; en cambio, casi nunca encuentro necesario ni útil revelarle los detalles de mi pasado o de mi vida presente. Jamás me he topado con ningún paciente que trate de «escalar la cerca». En su ánimo no está desnudar al terapeuta, sino que éste se relacione con él como una persona íntegra y que se halle presente en los encuentros inmediatos.

En que proporción debe uno revelarse? ¿Qué guías se pueden emplear? Hay que tener presente siempre que la meta primordial es la relación auténtica. Una de las características más notables del «eros psicoterapéutico» es la preocupación por el proceso de transformación del otro. Rollo May sugirió el término griego *agape* o el latino *caritas* para expresar un amor que está encaminado al bienestar del otro. Lo importante entonces es que la revelación que el terapeuta hace de sí mismo se ponga al servicio del desarrollo del paciente. La autoexpresión por parte del terapeuta, su total honestidad o su espontaneidad pueden ser virtudes en sí mismas, pero cada una de ellas es secundaria ante la presencia primordial del *agape*. Por tanto, es obvio que el terapeuta tiene que reservarse ciertas cosas, que no debe decirle al paciente nada que pueda perjudicarle, que respete el principio de la temporización y conserve el ritmo de la terapia, asegurándose en todo momento de lo que el paciente está preparado para conocer.

El principio de la autorrestricción se aplica también a otra objeción que nos gustaría formular al terapeuta que se entrega como persona de carne y hueso: la pérdida de la objetividad terapéutica puede llevarle a excesos y a una conducta irresponsable. Tal vez el

exceso más flagrante es el del terapeuta que, como «persona real», se relaciona sexualmente con un paciente. He comprobado que el caso ocurre con mucha frecuencia. Mi impresión es que esta experiencia resulta siempre destructiva para el paciente; aparte de que, invariablemente, el terapeuta viola con esta conducta el principio del *agape,* que es amor por el ser (y por la transformación) del otro. Estos terapeutas no se han dejado llevar por las necesidades de los pacientes, sino por las suyas propias, pues ofrecen explicaciones demasiado transparentes, como, por ejemplo, que el paciente necesitaba una reafirmación sexual. Por mi parte, todavía no he sabido de un solo caso en el que el terapeuta se relacionara sexualmente con un paciente que realmente necesitara la reafirmación sexual.

Otra razón para que el terapeuta permanezca escondido es el temor de que la revelación de sí mismo pueda poner al descubierto algunas de esas incongruencias de la situación terapéutica a las que ya me referí: el pago de honorarios, la sesión de cincuenta minutos, la jornada sobrecargada del terapeuta, etc. El paciente podría preguntar: «¿Me ama usted? Si realmente me amara, me recibiría aunque no tuviera dinero. ¿La terapia es, en realidad, una relación comprada?» Lo cierto de estas preguntas es que se desvían peligrosamente hacia el secreto más profundo del psicoterapeuta: que el encuentro con el paciente desempeña un papel relativamente pequeño en su existencia general. Igual sucede en la obra *Rosencrantz y Guildenstern han muerto,* de Tom Stoppard: una figura importante en un drama se convierte en una sombra en los bastidores. En realidad, esta negación del sentido que tiene la persona de que es «especial», constituye una de las verdades más crueles y de los secretos peor guardados de la terapia. El paciente tiene un terapeuta; el terapeuta tiene muchos pacientes. El terapeuta es para el paciente mucho más importante que el paciente para el terapeuta. En mi opinión, sólo cabe una respuesta del terapeuta para este tipo de preguntas: cuando está con el paciente, está con él plenamente y le consagra su presencia íntegra. Por esta razón subrayé antes la importancia del momento inmediato en un encuentro. Al mismo tiempo, el terapeuta debe saber que, aunque el objetivo primordial sea conseguir un encuentro pleno, no puede estarse relacionando continuamente en ese nivel. Recordemos las palabras de Buber: «Uno no puede vivir en el puro presente (es decir, en el "yo-tú"), porque nos consumiríamos»; en todo caso, durante la sesión terapéutica, debe esforzarse frecuentemente por volver a comprometerse plenamente con el momento presente.

Escucho a una paciente. Divaga por aquí y por allí. Es poco atractiva en todos los sentidos de la palabra: física, intelectual y emocionalmente. Es irritante. Hace muchos gestos rechazantes. En realidad, no me está hablando a mí. Pero, ¿cómo puede hablarme a mí si yo no estoy allí? Mis pensamientos divagan. Tengo la cabeza como un bombo. ¿Qué hora es? ¿Cuánto tiempo falta? De pronto, me reprendo. Sacudo mi mente. Cada vez que me pregunto cuánto tiempo falta, sé que estoy fallando a mi paciente. Trato entonces, a través de mis pensamientos de ponerme en contacto con ella. Trato de entender por qué la rehúso. ¿Cuál es su mundo actual? ¿Qué impresiones tiene de la sesión? ¿Y de mí? Le formulo precisamente esas preguntas. Le confieso que me he sentido alejado de ella durante varios minutos. ¿Ha sentido ella lo mismo? Hablamos del asunto y tratamos de averiguar la razón de que perdamos el contacto mutuo. De pronto, volvemos a estar muy unidos. Ya no es desagradable. Siento mucha compasión por ella como persona, por cómo es y por lo que todavía le queda por delante. El reloj vuelve a marcar su paso veloz y las horas corren demasiado aprisa.

PARTE CUARTA

CARENCIA DE UN SENTIDO VITAL

CAPÍTULO X

CARENCIA DE UN SENTIDO VITAL

Imaginemos un grupo de necios infelices cargando ladrillos. Una vez que han terminado de depositarlos en un sitio determinado, empiezan a transportarlos otra vez al lugar opuesto. Esto continua sin cambio alguno, y todos los días de todos los años hacen lo mismo. Un día, uno de los imbéciles se detiene durante un tiempo suficiente como para preguntarse qué es lo que está haciendo. Se plantea qué sentido tiene acarrear los ladrillos. A partir de ese instante, ya no estará tan contento como antes al transportarlos.

Yo soy el imbécil que se pregunta por qué carga con los ladrillos[1].

Ésta es la nota de un suicida, las últimas palabras escritas por un alma desesperada que se quitó la vida porque no veía ningún sentido a la vida. Ellas nos pueden servir de introducción a una pregunta que, ciertamente, es de vida o muerte.

Dicha pregunta pueda formularse de distintas formas: ¿Cuál es el significado de la vida? ¿Qué sentido tiene *mi* vida? *¿Por qué* vivimos? *¿Por qué* nos ponen en este mundo? ¿Para *qué* vivimos? ¿De acuerdo *con qué* principios tenemos que vivir? Si tenemos que morir y nada es perdurable, ¿qué sentido tiene vivir?

Pocas personas se han atormentado tanto con estas cuestiones como León Tolstoi, quien, a lo largo de toda su vida, se enfrentó al problema de la carencia de un sentido vital. Su experiencia, tal como nos la relata en *Mi confesión,* nos servirá de punto de partida. Entresaquemos un fragmento autobiográfico:

Hace cinco años comenzó a generarse en mí un estado de ánimo extraño: tenía momentos de perplejidad, de asombro ante la vida, como si no supiera por qué quiero vivir, lo que quiero hacer. Estos momentos de interrupción siempre se me presentan con la misma pregunta: «¿por qué?» y «¿para

qué?»... Estas cuestiones me exigían una respuesta cada vez más apremiante y, como si se tratasen de puntos oscuros, se reunían para formar una sola mancha negra[2].

Durante estas crisis por él denominadas de «interrupciones de la vida», Tolstoi se preguntaba el significado de todo lo que hacía. Se preguntaba cuál era el sentido de administrar sus bienes o de educar a su hijo. «¿Para qué? Ahora poseo seis mil hectáreas en la provincia de Samara y trescientos caballos; y todo, ¿para qué?»[3] También se preguntaba qué razón tenía para escribir: «Bien, ¿y si llego a ser más famoso que Gogol, Pushkin, Shakespeare y Molière —y que todos los escritores de este mundo—, qué? No hubiera podido hallar una respuesta. Estas preguntas exigen respuestas inmediatas, porque, sin ellas, es imposible vivir. Pero difícilmente hubiera podido encontrarlas»[4].

Junto con la disolución del significado, Tolstoi experimenta una disolución de los fundamentos sobre los que descansa la vida: «Sentí que los fundamentos sobre los cuales me sostenía se tambaleaban, que ya no tenía nada que me sirviera de apoyo, que todo aquello para lo cual había vivido no significaba nada y que no tenía una razón para vivir... La verdad era que la vida no tenía ningún sentido. Cada día, cada paso me llevaba más cerca del precipicio donde no veía sino ruina»[5].

A los cincuenta años, Tolstoi anduvo cerca del suicidio:

> La cuestión que, a los cincuenta años, me llevó tan cerca del suicidio era la más simple de todas y la que está en el alma de cada hombre, desde el niño más pequeño hasta el más grande de los sabios: «¿Cuál será el resultado de lo que estoy haciendo ahora y de lo que haré mañana? ¿Cuál será el resultado de toda mi vida?» En otras palabras: «¿Por qué vivir? ¿Por qué desear algo? ¿Por qué hacer algo?» Aún más sencillo: «¿Hay algún significado en mi vida que no destruya la muerte que me está esperando?»[6]

A Tolstoi se unen muchos otros que han experimentado una crisis de significado, o una «interrupción de la vida». Por citar otro ejemplo, Albert Camus sostenía que una única pregunta seria que uno podía plantearse, después de haber captado plenamente la falta de sentido de la vida humana, era si valía la pena continuar viviendo. Dijo lo siguiente: «He visto a mucha gente que moría porque no consideraba que valía la pena vivir. De esto deduzco que la cuestión del significado de la vida es la más urgente de todas»[7].

¿Con cuánta frecuencia buscan la terapia las personas afectadas de la misma enfermedad que Tolstoi? Aunque no existen estudios estadísticos amplios y rigurosos, muchos profesionales especializados en la falta de un sentido vital aseguran que este síndrome clínico es muy común. Por ejemplo, C.G. Jung pensaba que la carencia de un sentido vital inhibía la plenitud de la vida y, por tanto, «era equivalente a la enfermedad»[8]. Escribió que «la carencia de un significado vital desempeña un papel crucial en el desarrollo de la neurosis. En última instancia, hay que entender la neurosis como un sufrimiento del alma que no ha descubierto su significado. *Aproximadamente la tercera parte de mis casos* no padecen de ninguna neurosis clínicamente definible, sino de la falta de sentido y de propósito en sus vidas»[9].

Viktor Frankl afirma que el veinte por ciento de las neurosis que había encontrado en su práctica clínica tenían un origen «noogénico», esto es, que se derivaban de la carencia de un sentido vital. Las conclusiones de Frankl se basan en sus propias impresiones clínicas y en los estudios estadísticos que, desgraciadamente, siguen sin publicarse[10]. Las crisis de falta de sentido vital, que aún no han cristalizado para configurar un cuadro neurótico de síntomas discretos (una «crisis existencial»), son todavía más comunes y, según Frankl, se presentaban en la mitad de sus pacientes de un hospital vienés. Más aún, Frankl, quien ha dedicado su carrera al estudio de un enfoque existencial a la psicoterapia, llegó a la conclusión de que la falta de sentido vital es *la* tensión existencial fundamental. Para él, la neurosis existencial es equivalente a la crisis de falta de sentido vital.

Otros psicoterapeutas comparten esa opinión. Salvatore Maddi, por ejemplo, en su espléndido ensayo sobre la búsqueda de sentido vital, afirma que la «enfermedad existencial» proviene de «un fracaso generalizado en la tarea de encontrar un sentido vital»[11]. Maddi definió una «neurosis existencial» en la cual el componente cognoscitivo es «la carencia de un sentido vital o la incapacidad crónica para creer en la veracidad, importancia, utilidad o valor de cualquiera de las cosas a las que uno se dedica o podría dedicarse»[12]. Benjamin Wolman define la neurosis existencial de la siguiente manera: «Es el fracaso para encontrar un significado en la vida, el sentimiento de que uno no tiene ninguna razón para vivir, para luchar, para esperar... de que uno es incapaz para encontrar una meta o una directriz en la vida, el sentimiento de que, aunque los individuos se esfuercen mucho en su trabajo, en realidad no tienen ninguna *aspiración*»[13]. Nicholas Hobbs

plantea algo parecido: «La cultura contemporánea produce con frecuencia un tipo de neurosis diferente de las que describió Freud. Si las neurosis de nuestros días ya no se caracterizan por la represión y la conversión..., no es tanto por la falta de un conocimiento interno, sino más bien por la carencia de un propósito y de un significado para la vida»[14].

Aunque estas impresiones clínicas no constituyen una prueba firme, sí sugieren que el problema del sentido vital es importante y que el terapeuta tiene que enfrentarse a él frecuentemente en labor clínica cotidiana. La psicoterapia incluye también, en el fondo, la meta de la exploración resuelta de uno mismo. El terapeuta tiene que aceptar y examinar de entrada todas las preguntas fundamentales; y la cuestión del sentido, la más sorprendente e insoluble de todas, no puede negarse en la psicoterapia. No sirve de nada marginarla deliberadamente, evitarla o transformarla en una cuestión menos importante pero más fácil de manipular. ¿Dónde, en el curso de su formación, aprende el terapeuta el desarrollo de un sentido del significado de la vida, la psicopatología de la carencia de un sentido vital o las estrategias psicoterapéuticas disponibles para ayudar a los pacientes durante una crisis de significado?

Un grupo reducido de terapeutas ha tratado de investigar estas cuestiones en trabajos, más o menos informales, sobre la teoría y la práctica de la psicoterapia. Este capítulo situará a estos teóricos olvidados en el centro de la escena, y sustentará sus opiniones con las de aquellos filósofos y artistas cuyas especulaciones sobre el significado de la vida han alcanzado cierta importancia clínica. Una respuesta satisfactoria al enigma del significado de la vida ha escapado del entendimiento de todos los grandes pensadores. No sorprenderá a nadie, pues, que de estas páginas no surja una solución ni siquiera una síntesis solvente de las numerosas que se han propuesto. Intentaré únicamente fortalecer la conciencia del terapeuta acerca de las cuestiones relacionadas con el significado de la vida, y resumir los principales enfoques que se han ensayado para esta tarea. Espero que los profesionales que se sientan apoyados por la comprobación empírica de los conocimientos, puedan emplear este estudio como guía eficaz y creativa para enfrentarse a los pacientes que sufren de una carencia de sentido vital.

El problema del significado

El dilema al que nos enfrentamos es que ante nosotros tenemos dos proposiciones aparentemente opuestas e igualmente ciertas:

1. El ser humano necesita de un significado. El hecho de vivir sin él, sin metas, valores o ideales parece provocarnos, como hemos visto, considerables trastornos. En casos extremos, nos puede llevar a la decisión de poner fin a nuestra propia vida. Frankl señaló que, dentro de un campo de concentración, era muy poco probable que sobreviviera un individuo con poca noción del significado de su vida. Como pronto explicaré, los individuos que se enfrentan a la muerte, pueden vivir «mejor» su vida, vivirla con plenitud y entusiasmo, si están dotados de un propósito. Aparentemente necesitamos principios absolutos e ideales firmes que nos permitan aspirar, así como guías para configurar nuestras vidas.
2. Sin embargo, el concepto existencial de libertad que hemos expuesto en los capítulos VI y VII, nos dice que lo único absoluto verdadero es que no hay nada absoluto. Según la teoría existencial, el mundo es contingente; es decir, que todo lo que es, pudo haber sido de otra manera; que los seres humanos constituyen su propio yo, su mundo y sus situaciones dentro de ese mundo; que no existe ningún significado universal ni un gran diseño en el mundo ni ninguna guía para vivir que no sean las que crean los individuos.

Presentado en su forma más rudimentaria, el problema es el siguiente: ¿Cómo puede un ser que necesita un significado encontrarlo en un mundo que no lo tiene?

El significado de la vida

Definiciones

El «significado» y el «propósito» tienen connotaciones diferentes. El «significado» se refiere al sentido, a la coherencia. Es un término general para indicar lo que se desea expresar por medio de algo. La búsqueda de significado quiere decir búsqueda de coherencia. El propósito se refiere a la intención, la meta, la función. Cuando preguntamos cuál es el propósito de algo, estamos inquiriendo sobre su papel o su función. ¿Qué cumple? ¿Cuál es su finalidad?

No obstante, en el uso convencional se suele emplear indistintamente ambos términos, por lo que me referiré a ellos como si fueran sinónimos. Pero no hay que olvidar que «significado» tiene también connotación de «importancia» o «consecuencia», lo que puede llevar a confusiones.

¿Cuál es el significado de la vida? Se trata de una indagación acerca del *significado cósmico,* acerca de si la vida en general o la vida humana en particular encaja dentro de un patrón global y coherente. ¿Cuál es el significado de *mi* vida? Ésta es ya una indagación diferente, y se refiere a lo que algunos filósofos llaman «significado terrenal»[15]. El significado terrenal («el significado de mi vida») abarca un propósito: el que posee un sentido del significado, vive la vida como algo que tiene un propósito o una función que cumplir, una meta fundamental a la cual se consagra el ser humano.

El *significado cósmico* implica que existe un diseño previo, externo y superior al individuo, que, invariablemente, se refiere a una ordenación mágica o espiritual del universo. El *significado terrenal* puede tener fundamentos completamente ajenos a toda religión, es decir, que se puede tener un sentido personal del significado sin poseer un sistema de significados cósmicos.

El que posee un sentido del significado cósmico, suele experimentar también un sentido correspondiente de significado terrenal, es decir, que el propio sentido terrenal consiste en la realización o armonización con el significado cósmico. Por ejemplo, uno puede concebir la «vida» como una sinfonía en la cual se le asigna a cada vida la interpretación de uno de los instrumentos. Obviamente, una persona puede creer en el significado cósmico, pero, al mismo tiempo, ser incapaz de comprender su propio lugar en ese gran diseño; o puede sentir que, debido a su conducta, ha perdido el derecho a ocupar su puesto en el plan cósmico. Pero estos individuos sufren menos por la falta de sentido vital que por el sentimiento personal de culpa o de «haber caído».

Significado cósmico

En el mundo occidental, la tradición religiosa judeocristiana ha ofrecido un amplio esquema de significados, basado en el principio de que el mundo y la vida humana son parte de un plan divino ya establecido. La justicia divina es un corolario de ese postulado: la vida,

si se vive de forma apropiada, tendrá una recompensa. El «significado de la vida» del ser individual está ordenado por la divinidad: la tarea de todo ser humano es averiguar y cumplir la voluntad de Dios. ¿Cómo puede uno saber cuál es esa voluntad? Un enfoque fundamentalista sostiene que el significado de Dios está contenido en la palabra sagrada, y que una vida pura es aquella que se ciñe estrechamente a las Escrituras. Otros creen que uno necesita únicamente tener fe, que uno nunca puede saber nada con certeza y que tiene que conformarse con atisbos y conjeturas acerca de los significados de Dios, porque un simple humano no puede albergar la esperanza de llegar a conocer la mente de Dios. En el siglo XVII. Pascal dijo: «La rama no puede aspirar a conocer el significado del árbol»[16] . Viktor Frankl explica este punto de vista mediante la analogía de un gorila empleado en una investigación médica para encontrar una vacuna eficaz contra la poliomielitis[17]. El gorila sufría terribles dolores, pero, debido a sus limitaciones cognoscitivas, nunca pudo descubrir el significado de su situación. De la misma forma, continúa Frankl, el ser humano no puede albergar la esperanza de comprender en toda su plenitud el significado de algo que existe más allá de su comprensión.

Otra hipótesis sobre el significado cósmico pone de relieve que la vida humana debe estar consagrada a la emulación de Dios. Dios representa la perfección y, así, el propósito de la vida es luchar por la perfección. De entre los distintos tipos de perfección que pueden buscarse, Aristóteles (y toda la tradición racional que él inició) consideraba que la perfección intelectual era la más elevada. En términos aristotélicos, a Dios se le considera «un pensamiento que piensa en sí mismo»; y uno se aproxima a la deidad a través del perfeccionamiento de las propias facultades racionales. En el siglo XII, Moisés Maimónides, en su *Guía de perplejos,* definió las cuatro principales vías para luchar por la perfección[18]. Rechazaba la primera, la perfección de la posesión física, por ser imaginaria y perecedera; y también la segunda, la perfección del cuerpo, porque no permite diferenciar al hombre del animal. La tercera, que es la perfección moral, le parecía digna de alabanzas, pero limitada por cuanto sirve a los demás en lugar de a la persona misma. La cuarta, la perfección racional, la consideraba «la verdadera perfección humana», pues permite al «hombre convertirse en hombre». Esta perfección es la meta última, gracias a ella el hombre puede comprender a Dios.

El significado cósmico inherente a la concepción religiosa del mundo permite numerosas interpretaciones del propósito de la vida individual, algunas de ellas doctrinarias y otras imaginativas. En nuestro siglo, Jung, por citar un ejemplo, se creó un fuerte compromiso religioso, y creía que nadie puede curarse o encontrar un sentido vital sin recuperar sus creencias religiosas[19], que el propósito de la vida personal era completar la labor de Dios en lo relativo a la creación:

El hombre es indispensable para completar la creación. En realidad, es el segundo creador del mundo, porque es el único que le ha dado a éste su existencia objetiva. Sin ella, sin que nadie le escuchara, sin que nadie le viera, comiendo en silencio, reproduciéndose, muriendo, inclinando la cabeza a lo largo de cientos de millones de años, se hubiera hundido ya en lo más profundo de la noche del no ser, hasta desaparecer.[20].

La idea de Jung de que el ser humano completa la creación y le «pone el sello de la perfección», es una conclusión a la cual han llegado muchos otros. Antes que él, Hegel apuntó: «Sin el mundo, Dios no es ningún Dios... Dios es Dios en la medida en que se conoce a sí mismo, y este conocimiento de sí mismo es su conciencia a través del hombre y del conocimiento que éste tiene de Dios»[21]. Ya en nuestro siglo, el poeta Rilke escribió:

¿Qué harás tú, Dios, si yo muero?
Yo soy tu cántaro. ¿Y si me rompo?
Yo soy tu alimento. ¿Y si me descompongo?
Yo soy tu túnica y tu profesión.
Perdiéndome a mí, pierdes tu significado[22].

Un provocativo comentario de Thomas Mann se hace eco de este pensamiento: «Con la generación de la vida a partir de la materia inorgánica, la finalidad última era la creación del hombre. Con él se inició un gran experimento, cuyo fracaso hubiera sido el fracaso de la creación misma... Independientemente de si es cierto o no, al hombre le conviene actuar como si lo fuese»[23].

El pensamiento de Mann de que «la finalidad última era la creación del hombre», constituye la esencia del sistema creativo acerca del significado planteado por Pierre Teilhard de Chardin, el teólogo del siglo XX que formuló una síntesis evolutiva en su brillante obra titulada *El fenómeno humano*[24]. Este pensador sugiere la existencia de una coherencia cósmica en su ley de «complicación controlada»: que la vida es una sola unidad, que todo el mundo viviente es «un solo organismo gigantesco»[1*] que, mediante unas directrices predestinadas, entra en el proceso evolutivo. De este modo, toda la evolución constituye un proceso ortogenético y, así como los factores internos de un organismo en desarrollo determinan su resultado final, los factores predeterminados influyen también sobre el resultado final del proceso evolutivo cósmico, proceso encaminado a llevar al ser humano a un estado absoluto de amor y unión espiritual.

En el sistema de Teilhard de Chardin, cada individuo, al desempeñar un papel en esta empresa compartida, obtiene un sentido de su significado personal: «Aunque sólo una pequeña fracción de aquellos que tratan de escalar las alturas de la realización humana llegan cerca de la cima, es imperioso que haya muchos escalando. De lo contrario, es posible que nadie llegue a la cima. Las multitudes de seres anónimos y olvidados no habrán vivido en vano, con la condición de que hayan hecho el esfuerzo de escalar»[27]. De este modo, se llega a una entrada común y compartida hacia el reino sobrehumano. «Las puertas del futuro sólo admitirán una avanzada de todos juntos, en una dirección que puedan tomar todos en conjunto, para así lograr la renovación espiritual de la tierra»[28].

El significado personal no religioso

El significado personal a falta de un significado cósmico. Los seres humanos se sienten muy reconfortados por la creencia de que hay un patrón coherente y superior de la vida, y de que cada individuo tiene un papel particular en ese esquema. Esto no sólo proporciona una meta y un papel, sino también una guía para saber cómo se debe vivir la vida. Las opiniones religiosas cósmicas constituyeron la mayor

1*. La idea del mundo como un solo organismo fue una idea popular en el mundo entero, sostenida por muchas culturas primitivas y que prevaleció en Europa Occidental hasta el siglo XVI. Este esquema de significado cósmico proporcionaba un sentido firme y útil de significado terrenal, puesto que cada ser humano aprendía desde su nacimiento que formaba parte de una unidad mayor y que tenía que orientar su vida hacia el beneficio de ese megaorganismo[25]. Así, en el siglo XVIII Alexander Pope pudo proclamar en su *Ensayo sobre el hombre* que «el mal parcial redunda en el bien universal»[26].

parte del sistema de creencias en el mundo occidental hasta hace unos trescientos años. Desde entonces, estas opiniones empezaron a sufrir las violentas embestidas de la naciente actitud científica por un lado, y, por el otro, del cuestionamiento kantiano de la existencia de una realidad objetiva fija. Cuanto más era puesta en tela de juicio la existencia de algo trascendente al hombre —ya fuera sobrenatural o algún otro concepto absoluto—, más difícil resultaba que el ser humano aceptara un sistema de significado cósmico.

Pero no se puede renunciar a un sistema de significado sin tener algún sustituto. Tal vez se pueda dejar sin contestar la pregunta «¿por qué vivimos?», pero no es fácil posponer la de «¿cómo viviremos?» El hombre no religioso de nuestros días se enfrenta a la labor de encontrar una dirección en la vida, sin contar con una señal luminosa externa. ¿Cómo construir los propios significados y que éstos sean lo bastante robustos para sostenernos durante toda la vida?

El significado en un mundo absurdo: Camus y Sartre. Empezaré por analizar el pensamiento de Albert Camus y de Jean Paul Sartre, dos de los más importantes pensadores que ayudaron a definir, en nuestro siglo, el cuadro del ser humano carente de significado. ¿Cómo trataron ellos el asunto del significado de la vida?

Camus empleó la palabra «absurdo» para referirse a la posición básica de los seres humanos en el mundo: la incongruencia de un ser trascendente que busca significados y que tiene que vivir en un mundo que carece de ellos. En su opinión, somos criaturas morales que exigen que el mundo les proporcione una base para el juicio moral, es decir, un sistema de significado en el que vaya implícita una copia indeleble de los valores. Pero el mundo no nos la proporciona, pues es totalmente indiferente a nosotros. La tensión entre las aspiraciones humanas y la indiferencia del mundo es lo que Camus llamaba «el absurdo» de la condición humana[29].

¿Qué hacer entonces? ¿No existen guías? ¿No hay valores? ¿No existen el bien y el mal? Si no hay absolutos, nada es más importante que lo demás y todo puede tomarse con la mayor indiferencia. En sus novelas *Una muerte dulce*[30] y *El extranjero*[31], pintó individuos que viven en un estado de nihilismo con respecto a los valores. Meursault, en *El extranjero,* existe al margen del mundo moral. Continuamente repite «todo me da lo mismo». Asiste al funeral de su madre, copula, trabaja y mata a un árabe en la playa, siempre sumido en el mismo estado de profunda indiferencia.

Antes de escribir esas novelas, en su ensayo *El mito de Sísifo,*

Camus exploró la tensión existente entre su nihilismo y sus exigencias éticas y, poco a poco, empezó a forjar una nueva visión del significado de la vida personal basada en el humanismo, y un conjunto de directrices para la conducta vital que emanaban de esa visión. Propuso que podemos construir un nuevo significado para la vida cultivando nuestras «noches de desesperación», enfrentándonos al vórtice mismo de la carencia de sentido y llegando a una postura de nihilismo heroico. Creía que un ser humano puede alcanzar todo su desarrollo, únicamente aprendiendo a vivir con dignidad de cara al absurdo. La indiferencia del mundo puede trascender por medio de la rebelión, una rebelión orgullosa en contra de la propia condición. No hay nada comparable al espectáculo del orgullo humano: «No existe destino que no pueda vencerse mediante el desprecio»[32].

Las ideas de Camus se afirmaron aún más durante la segunda guerra mundial, cuando trabajaba con la resistencia francesa, y concibió una auténtica revolución en contra del absurdo, una revolución fraternal en nombre de la solidaridad de la humanidad. En su novela *La peste,* trató las muchas reacciones humanas ante la peste (que en el libro era una verdadera plaga, pero que, de un modo metafórico, era la ocupación nazi de Francia, o, vista de un modo más general, el conjunto de todas las formas de injusticia e inhumanidad)[33]. El personaje que probablemente mejor representa la imagen idealizada que de sí mismo tenía Camus es el Dr. Rieux, el incansable luchador contra la peste que, en todo momento, actúa con valentía, vitalidad, amor y un profundo sentido de empatía hacia las numerosas víctimas.

Resumiendo, Camus empezó con una posición de nihilismo, en la cual se ahogaba por la falta de significados (y, por tanto, carencia de valores y propósitos personales) en el mundo; pero, muy pronto, creó gratuitamente un sistema de significados personales, un sistema que abarcaba varios valores definidos y guías para la conducta: valentía, rebelión orgullosa, solidaridad fraternal, amor y santidad no religiosa.

Sartre, más que ningún otro filósofo de este siglo, ha sido despiadado en sus opiniones sobre la falta de sentido en el mundo. Su posición a este respecto es precisa y llana: «Todo lo que existe ha nacido sin ninguna causa, se tambalea por el mundo y un día muere por accidente... Nuestro nacimiento no tiene sentido alguno, ni tampoco lo tiene el hecho de morir»[34]. Su opinión sobre la libertad (que ya expliqué en el capítulo VI deja al hombre sin ningún sentido del significado personal y sin guías de conducta. Muchos filósofos han

criticado duramente su sistema filosófico, precisamente porque carece de todo componente ético. Su muerte, en 1980, puso fin a una carrera prodigiosamente productiva y al proyecto que albergaba de escribir un tratado sobre ética.

Sin embargo, en sus obras de ficción, Sartre solía retratar a individuos que descubrían una razón *para* vivir y unas *guías* de conducta. La descripción que hace de Orestes, el héroe de su obra *Las moscas,* resulta particularmente ilustrativa[35]. Orestes criado lejos de Argos, regresa a su tierra para encontrarse con su hermana Electra. Juntos vengan el asesinato de su padre (Agamenón), matando a sus asesinos (su madre Clitemnestra y el amante de ésta, Egisto). A pesar de las declaraciones explícitas de Sartre acerca de la carencia de un sentido vital, su obra es una especie de peregrinaje hacia el significado. Sigamos un poco a Orestes en su búsqueda de valores para dar una base a su vida. En primer término, busca un significado y un propósito en su regreso al horar, a las raíces y a la camaradería:

Trata de entender que quiero ser un hombre que pertenece a algún lugar, un hombre entre sus camaradas. Observa. Hasta el esclavo que se dobla por el peso de su carga, medio muerto de cansancio y mirando al suelo que tiene bajo sus pies, hasta ese esclavo puede decir que está en *su* ciudad, como un árbol en el bosque o una hoja en el árbol. Argos le rodea, cálida, sólida, reconfortante. Sí, Electra. Con mucho gusto me cambiaría por ese esclavo para disfrutar del sentimiento de encerrarme en la ciudad, de recogerme en ella como si fuese una manta protectora[36].

Más adelante, cuestiona su propia conducta y se da cuenta de que toda su vida ha hecho lo que ellos (los dioses) deseaban que hiciese, para encontrar la paz dentro del *statu quo:*

Así que eso es lo correcto. Vivir en paz, siempre en perfecta paz. Ya veo. Decir siempre «perdón» y «gracias». ¿Eso es lo que se requiere? Lo correcto. Lo «correcto» para «ellos»[37].

Pero, en ese momento, Orestes se desprende de su sistema anterior de significados y entra en la crisis de falta de significado:

Qué cambiado está todo... hasta hace muy poco yo sentía algo cálido y vivo a mi alrededor, como una presencia amistosa. Ese algo ha muerto. ¡Qué vacío! ¡Qué vacío interminable![38]

Entonces, Orestes da el salto que había dado Sartre en su vida personal, no un salto hacia la fe (aunque no se basa en argumentos más sólidos que los saltos de fe), sino un salto hacia el compromiso, hacia la acción, hacia un proyecto. Se despide de los ideales de bienestar y seguridad y persigue, con la terquedad de un cruzado, su nuevo propósito:

Digo que hay otro sendero: mi sendero. ¿No podéis verlo? Empieza aquí y llega hasta la ciudad. Tengo que adentrarme en las profundidades entre vosotros. Porque todos vosotros vivís en el fondo de un pozo... Esperad. Dadme tiempo para despedirme de la liviandad, de la aérea liviandad que poseí... Ven, Electra, mira hacia nuestra ciudad... Me mantiene desterrado con sus altas murallas, sus techos rojos, sus puertas cerradas. Y, sin embargo, todo está al alcance de mi mano. Me convertiré en un hacha y derribaré a trozos las murallas...[39]

El nuevo propósito de Orestes se desenvuelve rápidamente y asume una carga semejante a la de Cristo:

Escuchad, todos aquellos que tembláis de miedo en el fondo de vuestras casas oscuras, supongamos que yo cargo con todas las culpas y crímenes. Supongamos que yo asumo el nombre de «portador de culpas» y cargo con todos los remordimientos[40].

Más adelante, desafiando a Zeus, decide asesinar a Egisto. Su declaración en ese momento indica un claro sentido de sus propósitos: elige la justicia, la libertad y la dignidad, y afirma que sabe bien lo que es «correcto» en la vida.

¡Qué me importa Zeus! La justicia es algo que pertenece a los hombres, y yo no tengo a ningún Dios que me enseñe. Es correcto rechazarte de nuestro lado como el bruto asqueroso que eres, y salvar a la gente de tu influencia maligna. Es correcto devolverles su sentido de dignidad humana[41].

Manifiesta satisfacción por haber encontrado su libertad, su misión y su camino. Aunque Orestes debe soportar la carga de ser el asesino de su propia madre, es preferible eso que *no* tener una misión, un significado y vagar sin sentido por la vida.

Cuanto más pesada sea la carga, más complacido me sentiré, porque la carga es mi libertad. Tan sólo ayer, andaba yo por el mundo despreocupadamente; miles de caminos recorrí que no conducían a parte alguna, pues eran

los caminos de otros hombres... Hoy tengo delante un solo camino y el cielo sabe adónde conduce. Pero es *mi* camino[42].

Entonces Orestes encuentra otro significado que para Sartre es importante: que no existe un significado absoluto, que está solo y debe crear su propio significado. Le dice a Zeus:

De pronto, saliendo de la nada, la libertad cayó sobre mí y me hizo dar un salto. Mi juventud se la llevó el viento y ahora me hallo solo... y no quedó nada en el cielo, ni bien ni mal, ni nadie que me diese órdenes... Estoy condenado a no tener más ley que la mía... Cada hombre debe encontrar su propio camino[43].

Cuando se propone abrir los ojos de los habitantes de la ciudad, Zeus le advierte que, si les quita el velo de los ojos, «verán sus vidas como realmente son: vanas y fútiles». Pero Orestes sigue manteniendo que son libres, que es correcto que encaren su desesperación. Es entonces cuando profiere el famoso manifiesto existencial: «La vida humana comienza al otro lado de la desesperación»[44].

El propósito final, que es la autorrealización, surge cuando Orestes toma de la mano a su hermana para comenzar su viaje. Electra le pregunta: ¿hacia dónde?, y Orestes le responde:

Hacia nosotros mismos. Más allá de los ríos y las montañas hay un Orestes y una Electra que nos están esperando, y tenemos que encontrar pacientemente el camino para llegar hasta ellos[45].

De este modo, Sartre —el mismo Sartre que dijo que el «hombre es una pasión fútil» y que «no tiene sentido nacer ni tampoco morir»— llegó a una posición, en su obra de ficción, en la que, claramente, concede una valor a la búsqueda de significados, llegando incluso a sugerir caminos para esa búsqueda. Entre ellos se encuentran el hecho de hallar un «hogar» y una camaradería en el mundo, la acción, la libertad, la rebelión contra la opresión, el servicio a los demás, la autorrealización y el compromiso, por encima de todo, el compromiso.

Pero, ¿por qué se deben realizar estos significados? En lo que respecta a esta cuestion, Sartre permaneció mudo. Ciertamente, estos significados no son una orden divina; no existen «fuera», puesto que no existe Dios y no hay nada «fuera» del hombre. Orestes declara simplemente: «quiero pertenecer» o «es correcto» servir a otros, restaurar la dignidad al hombre o abrazar la libertad; o bien, cada

hombre «*debe*» encontrar su propio camino, debe viajar hasta el Orestes plenamente realizado que le espera. Los términos «quiero», «es correcto» o «debo» son puramente arbitrarios y no constituyen una base firme para la conducta humana; sin embargo, parecen ser los mejores argumentos que el autor pudo reunir. Sartre parece estar de acuerdo con la posición pragmática de Thomas Mann, en el pasaje que cité anteriormente: «Independientemente de si es cierto o no, al hombre le conviene actuar como si fuese cierto.»

Lo importante para los dos escritores franceses es que los seres humanos reconozcan que uno tiene que inventar sus propios significados (en lugar de estar descubriendo los significados de Dios o de la naturaleza) y, después, comprometerse plenamente a cumplirlos. Esto requiere que uno sea, como afirma Gordon Allport, capaz de poner en ello «la mitad de su seguridad y todo su corazón»[46], lo cual no es fácil. La ética de Sartre requiere comprometerse. En este punto están de acuerdo la mayoría de los sistemas existenciales del Occidente, ya sea teológicos o ateístas: *lo bueno y lo correcto es sumergirse en la corriente de la vida.*

Quiero hacer un repaso de todas las actividades no religiosas que proporcionan a los seres humanos un sentido de propósito vital. Estas actividades se basan en los mismos argumentos que planteó Sartre para Orestes: son buenas, son correctas, son satisfactorias intrínsecamente hablando y no necesitan justificarse en ninguna otra motivación.

El altruismo. Hacer del mundo un lugar mejor para vivir, servir a otros y participar en obras de caridad (la mayor virtud de todas) son actividades buenas y correctas que han proporcionado significado a la vida de muchas personas. Tanto el Dr. Rieux como el Orestes de Sartre se realizaron a sí mismos a través del servicio a los demás, uno de ellos curando y cuidando a las víctimas de la peste, y el otro asumiendo las culpas y abriendo los ojos de los demás a la dignidad, la libertad y la bendita desesperación.

En mi trabajo clínico con pacientes cancerosos en su última etapa, he tenido la gran oportunidad de reparar en la importancia que tienen los sistemas de significados en la existencia humana. En todo momento he observado que los pacientes que tienen un sentido profundo del significado viven más plenamente y se enfrentan a la muerte con menos desesperación que aquellos cuyas vidas carecen de significados. Jung comentó: «El significado hace que muchas cosas se vuelvan tolerables, tal vez todas»[47]. Aunque en estos trances los

pacientes experimentan distintos tipos de significados, unos religiosos y otros no, ninguno me ha parecido tan importante como el altruismo. Algunos casos clínicos nos servirán para ilustrar esto.

Sal, un paciente de treinta años, siempre había sido fuerte y atlético, hasta que desarrolló un mieloma múltiple, una forma dolorosa e incapacitante de cáncer en los huesos, que le llevó a la tumba dos años después. En ciertos aspectos, esos últimos dos años fueron los más ricos de su vida. Aunque sentía unos dolores intensísimos y vivía con todo su cuerpo enyesado (debido a las numerosas fracturas óseas que sufría), Sal encontró un increíble sentido para su vida ayudando a muchos jóvenes. Recorría los colegios de los alrededores aconsejando a los adolescentes sobre los peligros de las drogas, y utilizaba su cáncer y su cuerpo deteriorado para causar un mayor impacto en su tarea. Era extraordinariamente eficaz: todo el auditorio temblaba cuando él, desde su silla de ruedas y encerrado en una escayola que le cubría todo el cuerpo, les exhortaba: «¿Queréis destruir vuestros cuerpos con nicotina, alcohol o heroína? ¿Queréis aplastaros bajo los automóviles? ¿Estáis deprimidos y desearíais tiraros por el puente Golden Gate? Entonces, entregádmelos. ¡Quiero vuestros cuerpos! ¡Yo sí quiero vivir!»

Eva, una paciente de cincuenta y tantos años que murió de cáncer ovárico, había vivido una vida extraordinariamente entusiasta, llena de actividades altruistas, que le habían proporcionado siempre un fuerte sentido de propósito vital. Se enfrentó a la muerte con la misma actitud, y, aunque resulta una expresión un tanto extraña, podría decirse que su muerte fue una «buena muerte». Casi todo el mundo que se relacionó con Eva los dos últimos años de su vida, salió enriquecido de la experiencia. Cuando tuvo noticia de su cáncer y de que estaba tan extendido que el pronóstico no podía ser nada bueno, se sumergió en una profunda desesperación, pero, rápidamente, se sobrepuso acometiendo varios planes altruistas. Trabajó, voluntariamente, en la sala del hospital donde estaban los niños moribundos. Examinó minuciosamente varias organizaciones caritativas para llegar a una decisión razonada acerca de cómo debía distribuir su patrimonio. Muchos de sus amigos anteriores evitaron el contacto demasiado estrecho con ella después de conocer su cáncer. Pero Eva se fue acercando de manera sistemática a cada uno de ellos y les dijo que comprendía muy bien la razón de su retraimiento, que no les guardaba rencor, pero que les vendría bien hablar de sus sentimientos hacia ella, para cuando llegara el momento de su propia muerte.

El último oncólogo de Eva, el Dr. L., era un hombre frío, con gafas de acero, que se sentaba detrás de su escritorio, del tamaño de un campo de fútbol, para tomar notas cuando hablaba con sus pacientes. Eva pensó al principio cambiar de médico, a pesar de las excepcionales cualidades profesionales del que la asistía, y encontrar otro médico más cálido y humano; pero, después, decidió permanecer con él y lograr como meta última de su vida «la humanización del Dr. L.» Le exigió consagrarla más tiempo, le pidió que no escribiera a máquina sino que se dedicara a escucharla. Por otra parte, mostró un gran interés por los problemas del médico con sus pacientes: cuanto debía dolerle ver que morían tantos de ellos; de hecho, dada su especialidad, casi *todos* sus pacientes. Poco antes de morir, tuvo dos sueños que nos relató a mí y al Dr. L. En el primero, éste se encontraba en Israel, pero no lograba que le admitieran para ver el Museo del Holocausto. En el segundo, ella estaba en un pasillo del hospital y un grupo de médicos (incluyendo al Dr. L.) se apartaban de ella visiblemente. Eva corría detrás de ellos y les decía: «Bien. Comprendo que ustedes no pueden curarme el cáncer. Les perdono. Es perfectamente normal que se sientan así.» Finalmente, la perseverancia de Eva ganó la partida y, con el tiempo, tuvo la satisfacción de romper las barreras del Dr. L. y acercarse a él con una mayor profundidad humana.

Participaba también en un grupo de apoyo para los pacientes con cáncer metastásico, y, hasta el final de su vida, se sintió estimulada por la posibilidad de ayudar, con su actitud hacia la muerte, a muchos otros pacientes. Uno de ellos, Madeline Salmon, una poetisa encantadora, escribió este poema para que se leyese en los funerales de Eva:

Querida Eva,
Cada vez que el viento llega del mar,
salado y fuerte,
tú estás aquí.
Recordar tu entusiasmo por las cimas de las montañas
y la poderosa marejada de tu risa,
mitiga mi dolor por tu partida
y apaga el pensamiento de la mía.

«Apaga el pensamiento de la mía» es una manera bellísima de expresar una importante fuente de significado para tantas de las personas que se enfrentan a la muerte. La idea de ser un modelo para

otros, especialmente para los propios hijos, de ayudarles a mitigar el terror de la muerte, puede llenar de significado la propia vida. Uno se expande en los propios hijos y en los hijos de sus hijos, y así sucesivamente en la gran cadena del ser. Eva influyó profundamente sobre mí y, al hacerlo, participó en el proceso a través del cual yo transmito mi significado y el suyo a mis lectores.

El altruismo constituye una fuente importante de significado para el psicoterapeuta y para todos aquellos que tratan, en sus profesiones, de ayudar a los demás, aquellos que no sólo se dedican a contribuir al desarrollo de los pacientes, sino que también están capacitados para transmitir las experiencias de algunos pacientes por los enormes beneficios que pueden reportar a otros. Este efecto es más evidente cuando el paciente tiene un círculo amplio de influencia a su alrededor (si es maestro, médico, escritor, ejecutivo con muchos empleados, gerente de personal, terapeuta, etc.); pero, en último caso, beneficios pueden obtenerse de todos los pacientes, en la medida en que, en su vida cotidiana, llevan a cabo numerosos encuentros con los demás. Personalmente, en mi trabajo cotidiano, presto especial atención a esta cuestión en mis indagaciones sobre cada uno de mis pacientes; examino sus contactos interpersonales, tanto íntimos como superficiales; exploro lo que esperan de los demás y en qué medida tienen influencia sobre las vidas de otras personas.

La creencia de que es bueno dar, ser útil a los demás y mejorar su mundo, constituye una poderosa fuente de significados. Aunque profundamente arraigada en la tradición religiosa judeocristiana, ha sido aceptada *a priori* incluso por aquellos que rechazan el elemento teísta de la religión.

La consagración a una causa. «El hombre se ha convertido en lo que es, gracias a las causas a las que se ha adherido»[48]. Estas palabras de Karl Jaspers revelan otra fuente importante, no religiosa, de significado para la vida: la devoción a una causa. El filósofo e historiador Will Durant, en su libro titulado *Sobre el significado de la vida,* recoge declaraciones hechas por hombres eminentes sobre su idea del significado de la vida. El hecho de trabajar para alguna «causa» es uno de los temas más aludidos por dichas personalidades.

En sus conclusiones, Durant expone su actitud personal:

> Unirse a un todo integral y trabajar en ello con toda nuestra mente y nuestro cuerpo. El significado de la vida radica en la oportunidad que nos ofrece de producir o de contribuir a algo superior a nosotros mismos. Pero no tiene por

> qué ser una familia (aunque ese es el camino más directo y amplio que la naturaleza, en su ciega sabiduría, nos ha proporcionado a todos, incluyendo a las almas más sencillas); puede ser cualquier grupo capaz de evocar lo mejor del individuo y darle una causa para trabajar por algo que no concluirá con su muerte[49].

Existen muchos tipos de causas: la familia, el Estado, una causa política o religiosa, religiones seglares, como el comunismo o el fascismo, o una aventura científica. Pero lo importante, como señala Durant, es que «debe, para dar sentido a la vida, elevar al individuo por encima de su nivel original y hacerle cooperar en un esquema más amplio»[50].

La «consagración a una causa» como fuente de significado personal es algo complejo. Las afirmaciones de Durant presentan varios aspectos. En primer lugar, está el componente altruista: uno encuentra significado al contribuir al bien de otros. Muchas causas tienen fundamentos altruistas, por estar dedicadas al servicio directo; pero también existen movimientos más complejos cuya dirección final es de tipo práctico («el mayor bien posible para el mayor número posible de personal»). Para que una actividad tenga significado, es importante que «eleve al individuo por encima de su propio nivel», aunque no sea una actividad explícitamente altruista. Este concepto de la «trascendencia de uno mismo» es fundamental para los esquemas de significación vital, como pronto veremos. Cuando Durant habla de una causa «que no concluirá con su muerte» o de «convertirse en parte de algo superior a él mismo», se está refiriendo a otros hechos (por ejemplo, a la trascendencia de la muerte, a la angustia por el aislamiento, al desamparo), y no sólo a la falta de sentido vital *per se.*

La creatividad. Del mismo modo que la mayoría de las personas estarían de acuerdo en que el servicio a los demás y la consagración a una causa pueden proporcionar un sentido vital, también aceptarían que una vida creativa tiene de por sí significado. El hecho de crear algo nuevo, original, bello o armonioso, constituye un poderoso antídoto contra la falta de sentido vital. La creación se justifica a sí misma y es un reto a la pregunta ¿para qué?, porque «constituye su propia excusa para ser». Es bueno y correcto que se cree, y es correcto que uno se dedique a su propia creación.

Irving Taylor dijo que los artistas y creadores que trabajan pese a poderosos impedimentos personales y graves restricciones sociales (pensemos en Galileo, Nietzsche, Dostoievski, Freud, Keats, las hermanas Brontë, van Gogh, Kafka o Virginia Woolf), sin duda han

adquirido un gran desarrollo en su facultades para reflejarse a sí mismos; en este sentido, acaso han tenido una visión más aguda que la mayoría de nosotros para percibir la situación humana existencial y la indiferencia cósmica del universo[51]. En consecuencia, deben haber sufrido una crisis aguda de carencia de sentido vital y, llevados por el impulso de la desesperación, se han dedicado de lleno a sus esfuerzos creativos. Beethoven expresó claramente que sólo su arte le impedía suicidarse. A los treinta y dos años, en la más absoluta desesperación causada por su sordera, escribió: «Poco me retiene de poner fin a mi vida. Sólo el arte. ¡Ay de mí! Me parece imposible dejar este mundo sin haber realizado todo aquello a lo que me siento inclinado; es por esto por lo que acepto arrastrar esta existencia miserable»[52].

La vía creativa para hallar un significado no se limita exclusivamente al artista creador. El acto del descubrimiento científico es también un acto creativo de la más elevada categoría. Hasta la burocracia puede concebirse en un sentido creativo. Un científico investigador, que cambió de campo laboral, describió la importancia de ser creativo en un puesto administrativo:

> Si entra usted en la administración, debe considerar que ésta es una actividad creativa por sí misma, y que su finalidad consiste en algo más que mantener en orden su escritorio. Será un moderador y un árbitro, y tratará de establecer relaciones equitativas con numerosas personas diferentes; pero también deberá tener ideas propias, y tendrá que convencer a otras personas de que sus ideas son importantes, para que se pongan en práctica... Esto forma parte de la emoción del asunto. Tanto en investigación como en administración, la emoción radica en la capacidad creativa. Es hacer que las cosas sucedan. Ahora pienso que la administración es más interesante que la investigación[53].

Un enfoque creativo ante la enseñanza, la cocina, el juego, el estudio o la jardinería, reporta un gran valor a la vida. Las situaciones laborales que atrofian la creatividad y le convierten a uno en un autómata, por muy seductor que sea el salario, siempre generan insatisfacción.

Una amiga escultora, cuando le preguntaron si era feliz con su trabajo, aludió a otra importante faceta de la creatividad: el descubrimiento de uno mismo. Su trabajo se lo dictaban las fuerzas inconscientes en su interior. Cada obra nueva encerraba una doble creación: la obra de arte en sí y los nuevos panoramas de sí misma que se aclaraban con cada obra[54].

Esta visión ampliada de la creatividad nos resultó excepcionalmente útil para ayudar a un compositor que entró en terapia que, en vísperas de cumplir cincuenta y cinco, se había puesto a examinar su vida y había llegado a la conclusión de que su contribución profesional era bastante escasa. Tenía un profundo sentimiento de carencia de sentido vital y estaba convencido de que ninguno de sus esfuerzos tendría un valor duradero. Ingresó en la terapia para incrementar su creatividad profesional, aunque sabiendo que su talento como compositor era limitado. La terapia resultó ineficaz, hasta que se me ocurrió ampliar el concepto de creatividad para incluir en ella todos los aspectos de su vida. Así, se dio cuenta de que su vida se hallaba paralizada en múltiples aspectos. Para empezar, llevaba treinta años apresado en un matrimonio insatisfactorio, sin atreverse a cambiarlo o a darlo por terminado. La terapia comenzó a surtir efecto cuando planteamos una nueva formulación de su queja inicial: «¿Cómo podría él construirse un nuevo tipo de vida más creativa?»

La creatividad se equipara con el altruismo en el sentido de que muchos procuran ser creativos para mejorar la condición del mundo y para descubrir la belleza no sólo para su propio beneficio, sino también para proporcionar placer a los demás. La creatividad puede tener también un papel importante en una relación amorosa: el hacer que nazca algo en la otra persona forma parte del amor maduro y también del proceso creativo.

La solución hedonista. Un profesor de filosofía pidió a sus alumnos de la universidad que escribieran sus propios obituarios. Una buena parte de los escritos incluían afirmaciones tales como:

> Aquí yazgo. No encontré ningún sentido a mi vida, pero fue una sorpresa continua. O bien:
> Derrama tus lágrimas por aquellos que han vivido muriendo,
> Seca tus lágrimas por mí, porque he muerto viviendo[55].

De acuerdo con este enfoque, el propósito de la vida es simplemente vivir con plenitud, conservar la capacidad para maravillarnos ante el milagro de la vida, sumergirnos en el ritmo natural de la existencia y buscar el placer en el sentido más profundo del término. Un texto reciente de psicología humanística lo resumió en esta frase: «La vida es un don. Tómalo, ábrelo, aprécialo, úsalo y disfrútalo»[56].

Este planteamiento posee viejas raíces. En su *Filebo,* Platón presenta un debate acerca de la meta adecuada para todo ser humano.

Un enfoque afirma que debemos buscar la inteligencia, el conocimiento y la sabiduría. La posición opuesta dice que el placer es la única meta valiosa de la vida. Este enfoque, el hedonismo, ha tenido muchos defensores desde los tiempos de Eudoxo y Epicuro, en el siglo III antes de Cristo, hasta nuestros días, pasando por Locke y Mill, en los siglos XVII y XVIII. Los hedonistas aducen firmes argumentos en favor de que el placer es en sí mismo una explicación satisfactoria y suficiente de la conducta humana. Su planteamiento es que uno hace los planes para el futuro y elige una línea de acción, teniendo en cuenta únicamente aquello que le resulta más placentero o menos desagradable. Esta teoría es válida por su flexibilidad y porque incluye todas las demás soluciones encaminadas a la búsqueda de un sentido vital, dentro de sus generosas fronteras. Conceptos tales como creatividad, amor, altruismo o dedicación a una causa, son todos importantes porque, en última instancia, poseen valor como fuentes de placer. Hasta la conducta que lleva aparentemente al dolor, al desprecio o al sacrificio de uno mismo, puede ser considerada como hedonista, pues constituye una inversión en el placer futuro. Éste es un ejemplo de cómo el principio del placer se rinde ante el principio de realidad: el malestar temporal puede producir dividendos futuros en forma de placer diferido.

La autorrealización. Otra fuente de significado personal es la creencia de que los seres humanos deben luchar por realizarse y dedicarse a poner en práctica todas sus cualidades potenciales. (Véase el capítulo V, donde me refería a la autorrealización dentro del contexto general de la responsabilidad.)

El término «autorrealización» constituye una reformulación moderna de un concepto muy antiguo expresado por Aristóteles, en el siglo IV antes de Cristo, al hablar de la causalidad teleológica, una doctrina de finalidad interna que postula que la meta o el fin adecuado de cada objeto y de cada ser es fructificar y realizar su ser interno. Así, la bellota se convierte en roble y el niño en un adulto completamente desarrollado.

Más adelante, la tradición cristiana hizo hincapié en la propia perfección, y ofreció la figura de Cristo, el hombre Dios, como modelo que había que imitar para desarrollar el ser que él nos dio. *La imitación de Cristo,* libro devoto escrito por Kempis en el siglo XV, ha llegado a ejercer casi tanta influencia como la Biblia sobre los fieles y ha servido, junto con las numerosas vidas de santos, de guía a muchas generaciones de cristianos practicantes incluso en nuestros días.

Al margen de su sentido religioso, la «autorrealización» se ajusta a un marco de referencia humanístico e individualista. El Orestes de Sartre no inicia un viaje hacia Dios, sino hacia el Orestes potencial y completamente desarrollado que le espera en otra parte.

La autorrealización tiene especial importancia para Abraham Maslow, quien afirma que la persona lleva en su interior una propensión al desarrollo y unidad de la personalidad, y a un tipo de patrón inherente que consiste en un conjunto único de características y en un impulso automático a expresarse. Según Maslow, uno tiene una jerarquía de motivaciones inherentes. Las básicas, desde el punto de vista de la supervivencia, son fisiológicas. Una vez que estas motivaciones se hallan satisfechas, el individuo puede tratar de satisfacer sus necesidades superiores: seguridad, amor, pertenencia, identidad y autoestimación. A continuación, una vez satisfechas éstas, el individuo se consagra a la tarea de su autorrealización, integrada por una serie de necesidades cognoscitivas (sabiduría, conocimiento interno o *insight)* y otras estéticas (coherencia, integración, belleza, meditación, creatividad y armonía).

Los teóricos de la autorrealización proponen una moral evolucionista. Así, Maslow afirma que «el ser humano está construido de tal manera, que lucha por conseguir un ser cada vez más pleno; lo que significa luchar por aquello que la mayor parte de la gente llama valores positivos, a saber, la serenidad, la bondad, el valor, la honestidad, el amor y el altruismo»[57]. De esta manera, Maslow responde a la pregunta «*¿para qué* vivimos?», pues implícitamente nos dice que vivimos para cumplir nuestra capacidad potencial. A la cuestión de «¿Conforme a qué normas hemos de vivir?» responde diciendo que los valores positivos están esencialmente inscritos en el organismo humano, y que, si uno confía en su propia sabiduría orgánica, los descubrirá por vía intuitiva.

De este modo, Maslow adopta la posición de que la realización es un proceso natural, *el* proceso orgánico básico del ser humano, que se llevará a cabo sin ninguna ayuda de las estructuras sociales. En realidad, contempla a la sociedad como un obstáculo para la autorrealización, porque suele forzar al individuo a abandonar el desarrollo de su personalidad única, para aceptar papeles sociales inadecuados y convencionalismos paralizantes. Esto me trae a la memoria un texto antiguo de psicología, donde aparecían dos imágenes yuxtapuestas. En una de ellas se veía a unos niños jugando, con toda la frescura, espontaneidad e inocencia propia de la niñez; la

otra mostraba una multitud de viajeros en el metro de Nueva York, con las miradas vacías y las caras macilentas, colgando inertes de las barras de los vagones. Al pie de ambas imágenes se leía una simple inscripción: «¿Qué ha sucedido?»

La trascendencia de uno mismo. Los dos últimos enfoques del significado (el hedonismo y la autorrealización) se diferencian de los anteriores (altruismo, consagración a una causa y creatividad) en un aspecto importante. El hedonismo y la autorrealización se ocupan de uno mismo, mientras que en los otros se refleja un impulso básico a trascender los intereses del propio yo, para tratar de alcanzar algo externo y «superior» a uno mismo.

Una larga tradición del pensamiento occidental nos aconseja no elegir para la propia vida un propósito que no sea trascendental. Por ejemplo, Buber, en su exposición del pensamiento hasídico, señala que, si bien los seres humanos deben empezar por ellos mismos (indagando en sus propios corazones, integrándose a sí mismos y buscando sus significados personales), no deben terminar también en ellos mismos[58]. Según su planteamiento, basta con formularse las preguntas «¿Para qué?» «¿Hacia qué debo encontrar un camino?» «¿Para qué quiero unificar mi propio ser?», para responder: «No para mi propio bien.» Uno empieza con uno mismo para, después, olvidarse de sí mismo y sumergirse en el mundo; uno se comprende a sí mismo para no tener que preocuparse después de uno mismo.

La «conversión» es un concepto básico en la tradición mística judía. Si uno peca y, después, *se aparta* del pecado y se dirige hacia el mundo y *hacia* el cumplimiento de una tarea fijada por Dios, se le considera una persona particularmente inspirada, por encima de todos los hombres santos y pios. Si, por otra parte, uno continúa inmerso en la culpa y el arrepentimiento, se le considera una persona egoísta y abyecta. Buber aconseja: «Apártate del mal y haz el bien. ¿Has hecho el mal? Contrarréstalo haciendo el bien»[59].

El postulado esencial de Buber es que los seres humanos tienen un significado más amplio que la salvación de sus almas individuales. De hecho, preocupándose excesivamente por obtener un buen puesto personal para la eternidad, la persona puede perder ese puesto.

Viktor Frankl llega a una posición similar expresando sus grandes reservas acerca de la importancia que realmente se debe conceder a la autorrealización. En su opinión, el preocuparse excesivamente por la autoexpresión y por la autorrealización puede desviarnos del significado genuino. Frankl suele ilustrar este punto con la metáfora de un

bumerán que sólo regresa al cazador que lo ha lanzado si ha fallado en su tiro; del mismo modo, los seres humanos vuelven a preocuparse por sí mismos sólo si se les ha escapado el significado que la vida tiene para ellos. También acostumbra a emplear la metáfora del ojo humano, que se ve a sí mismo o algún detalle de su interior (algún cuerpo en el lente o en el humor acuoso o vítreo) sólo cuando es incapaz de ver lo que hay fuera de sí mismo.

Los peligros de una postura no trascendental son evidentes en las relaciones interpersonales. Así, en la relación sexual, cuanto más se enfoque la atención de uno mismo, menor será la satisfacción experimentada. Si uno se observa a sí mismo y se preocupa fundamentalmente por su propia estimulación y liberación, es muy probable que llegue a padecer disfunciones sexuales. Frankl —pienso que con toda razón— cree que la idealización contemporánea de la «autoexpresión» la ha llegado a convertir en un fin en sí misma, lo cual imposibilita las relaciones significativas. Lo básico de una relación amorosa no es la libre expresión de uno mismo (aunque éste sea un ingrediente importante), sino la proyección fuera de uno mismo para interesarse y ocuparse del ser del otro.

Maslow utiliza un lenguaje diferente para expresar el mismo concepto. En su opinión, la persona completamente realizada (que es un porcentaje pequeño de la población) no se preocupa por la «expresión de uno mismo». Esta persona tiene un sentido firme del yo y «se preocupa por cuidar» a los demás, en lugar de utilizarlos como un medio para expresar su yo o para llenar algún vacío personal. Continuando con su planteamiento, los individuos autorrealizados se consagran a metas que trascienden su propio yo. Pueden trabajar en asuntos generales de largo alcance como la pobreza, la intolerancia o la ecología, o, en una escala más pequeña, para ayudar a las personas que les rodean.

La trascendencia de uno mismo y el ciclo de la vida. Estas actividades vitales, que proporcionan un significado, no se excluyen entre sí; la mayoría de los individuos logran sus significados a partir de varias de ellas. Tal como Erik Erikson expuso, hace ya mucho tiempo[60], en sus teorías (teorías corroboradas por las investigaciones llevadas a cabo en la década de los setenta[61] sobre los ciclos de la vida de los adultos), existe una evolución gradual de los significados a lo largo del ciclo vital de los individuos. Mientras en la adolescencia y primera juventud, uno se preocupa antes que nada por sí mismo y lucha por establecer una identidad estable, por desarrollar relaciones

íntimas y por conquistar un sentido de dominio en el terreno profesional, hacia los cuarenta o cincuenta años (a menos que uno haya fracasado en el planteamiento de un plan de desarrollo), uno pasa a la etapa en que ya puede encontrar significado a las aventuras trascendentes. Erikson definió esta etapa de «generatividad» como «la preocupación por establecer y guiar a la siguiente generación»[62], y puede tomar la forma de una preocupación específica por los propios hijos o, más general, por el cuidado de las especies.

George Vaillant, en su espléndido estudio sobre los estudiantes de Harvard, concluyó que, a los cuarenta y cincuenta años, los hombres que habían alcanzado éxito estaban «menos preocupados por ellos mismos y más por sus hijos»[63]. Un sujeto representativo, de cincuenta y cinco años, declaró: «El pasar la antorcha a la siguiente generación y el enseñarle los valores civilizados, es una tarea que siempre me ha parecido importante, pero me lo ha parecido mucho más aún durante el año que acaba de transcurrir.» Otro de ellos comentó:

> Las preocupaciones que tengo ahora están menos centradas en mí mismo. Entre los 30 y los 40 años, o era demasiado exigente, o tenía muy poco dinero, o me preocupaba en exceso por mi carrera profesional, etc. A partir de los 45, mis preocupaciones son más filosóficas, más a largo plazo, menos personales... Me interesa el estado de las relaciones humanas y especialmente de nuestra sociedad. Quiero enseñar a otros lo más que pueda de todo lo que yo he aprendido.

Y un tercero dijo: «A mí no me interesa dejar una huella profunda tras de mí, pero cada vez insistiré más en que la ciudad construya un nuevo hospital, que apoye a las escuelas y que enseñe a los niños a cantar»[64].

La importancia de las preocupaciones trascendentes se reflejaba en las carreras profesionales de varios de los sujetos de Vaillant. A los veinte años, un científico había sido el inventor de un nuevo método para fabricar gases tóxicos; a los cincuenta, estaba investigando métodos para reducir la contaminación del aire. Otro de ellos, durante su juventud, había trabajado para la industria militar y había contribuido al cálculo del radio de acción de las cabezas atómicas; y, a los cincuenta, había organizado un curso universitario sobre humanismo.

Un amplio estudio llevado a cabo en Berkeley, California, dirigido por Norma Haan y Jack Block, comparó el estado actual de personas de treinta y cinco y cuarenta y cinco años con su situación de cuando

eran adolescentes, y llegó a las mismas conclusiones. El altruismo y la conducta trascendente de uno mismo se habían consolidado con los años. A los cuarenta y cinco, los individuos eran «más abiertos, generosos, productivos y dignos de confianza» que a los treinta[66].

Son muchas las investigaciones sobre el desarrollo que se han ocupado del ciclo de vida masculino y no han tomado suficientemente en cuenta las circunstancias especiales de la situación de las mujeres. El trabajo feminista más reciente ha tratado precisamente de corregir esto. Por ejemplo, las mujeres de edad media que, en la primera parte de sus vidas, se consagraron exclusivamente al matrimonio y a la maternidad, en la madurez buscan significados para su existencia diferentes a los de sus compañeros. Tradicionalmente se esperaba que las mujeres se dedicaran a satisfacer las necesidades de los demás antes que las suyas propias, que vivieran a través de sus maridos y sus hijos y que desempeñaran un papel social cuidando a los demás como enfermeras y damas de la caridad. El altruismo se les ha impuesto, no es que ellas lo hayan elegido. Así, llegado el momento en que sus compañeros masculinos han alcanzado ya el éxito material y están listos para dedicarse a consideraciones altruistas, las mujeres de edad mediana, por primera vez en sus vidas, se preocupan primordialmente por ellas mismas y no por los demás.

Las contribuciones de Viktor Frankl

La trascendencia de uno mismo es la característica principal del enfoque de Viktor Frankl a la cuestión del significado. Creo que es éste el momento de que consideremos algunas de sus opiniones sobre el significado y la psicoterapia.

Pocas son las contribuciones importantes realizadas en lo que respecta al papel que desempeña el significado y menos aún, o acaso ninguna, las que denotan un interés continuado por el tema. Viktor Frankl, psiquiatra vienés orientado hacia el existencialismo, constituye la única excepción, ya que, desde el comienzo de su carrera, su interés profesional se vio enfocado exclusivamente en el papel del significado dentro de la psicopatología y la psicoterapia. Él fue el primero en emplear, hacia 1920, la palabra «logoterapia» (de *logos,* palabra o significado). Más adelante utilizó la expresión «análisis existencial»; pero, para evitar confusiones con otros enfoques existenciales (principalmente el de Ludwig Binswanger), volvió a

emplear de nuevo la palabra «logoterapia» para referirse a los aspectos teórico y terapéutico de su enfoque. Aunque Frankl es consciente de las importantes consecuencias clínicas que acarrean las otras preocupaciones existenciales del hombre, en toda su obra ha puesto el acento en el significado de la vida. Cuando habla de la desesperación existencial, se refiere a la que proviene de la carencia de un sentido vital; y cuando habla de terapia, alude al proceso de ayudar al paciente a que encuentre un significado para su vida.

Antes de analizar la contribución de Frankl, es necesario hacer algunas observaciones sobre sus métodos y estilo de presentación. A pesar de que su producción es cuantiosa y de que, en mi opinión, ha hecho una valiosa contribución a la teoría psicoterapéutica, no ha obtenido el reconocimiento que en justicia se merece.

Tal vez esto se deba, en parte, al contenido mismo de su pensamiento; de hecho, como sucede con la mayor parte de los que escriben sobre terapia existencial, no ha sido admitido en las altas esferas académicas. La logoterapia no pertenece ni a las escuelas psicoanalíticamente orientadas, ni a la psiquiatría formal, ni a los estudios religiosos, ni a la psicología de orientación conductista, y ni siquiera a los movimientos «pop» de desarrollo personal. Sea como fuere, sus libros cuentan con una elevada cantidad de lectores: de su primera obra, *Man's Search for Meaning* (El hombre en busca de sentido), por citar un ejemplo, vendió dos millones de ejemplares.

Pero esto no es óbice para que, como ya he apuntado, muchos estudiosos encuentren ofensivo el método por él empleado. Sus argumentos suelen ser una llamada de tipo emocional; trata de persuadir, de hacer aseveraciones *ex cathedra,* y, con frecuencia, suele ser estridente y repetitivo. Además, aunque proclama que su enfoque del problema del significado no es de naturaleza religiosa (dice que, como médico, está obligado a desarrollar métodos curativos que se apliquen por igual a todos los pacientes, ya sean ateos o devotos), la verdad es que su perspectiva es fundamentalmente religiosa.

Los lectores serios experimentan perturbación leyendo sus obras. En casi todos sus trabajos hay numerosos comentarios acerca de su propia grandeza: se cita él mismo, enumera las interminables universidades donde emite conferencias, sus numerosos títulos, las personas eminentes que respaldan su enfoque, los profesionales que le ayudan, las ocasiones en que los estudiantes de medicina han prorrumpido en aplausos durante sus intervenciones, las preguntas

absurdas que le formulan y sus enérgicas contestaciones. Los trabajos de sus discípulos tampoco tienen desperdicio, pues consisten en una repetición de todo lo anterior, más una exaltación de su maestro.

Aun así, me gustaría pedir a mis lectores que perseverasen: Frankl ha hecho una contribución importante al situar ante los ojos del terapeuta el asunto del significado. También es autor de muchos comentarios incisivos, desde el punto de vista clínico, sobre este problema.

Donde por primera vez expuso sus opiniones acerca del papel del significado en la psicoterapia es en su obra titulada *From Death-Camp to Existentialism* (que más adelante vino a denominarse *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy*)[67]. En la primera parte de esta obra, Frankl describe su terrible experiencia de Auschwitz entre 1943 y 1945; en el resto, expone un sistema de terapia que surgió a partir del convencimiento crucial de que el sentido vital había sido la causa de su supervivencia en dicho campo de concentración. Su libro, escrito sobre restos de papel que recogía del campo, le proporcionó un sentido vital y, por tanto, una razón para vivir. El sentido de la vida de Frankl ha sido desde entonces «ayudar a otros a descubrir su significado»[68].

Supuestos básicos. Frankl parte de las leyes básicas de la motivación de Freud, principalmente del principio de la homeostasis, según el cual los organismos humanos intentan mantener en todo momento un equilibrio interno. El principio del placer actúa para mantener la homeostasis y tiene como meta fundamental la supresión de la tensión. Su actuación es espontánea y sin inhibiciones durante las primeras etapas de la vida; más adelante, conforme va madurando el individuo, su funcionamiento se revuelve más oscuro en la medida en que el principio de realidad exige el retraso o la sublimación de la gratificación.

El problema de una teoría que plantea un impulso intrínseco (es decir, el «impulso hacia el placer» o la «reducción de la tensión») es que, en última instancia, resulta demasiado reduccionista. Según este enfoque, «el hombre no es otra cosa que...» (y aquí pueden figurar un número infinito de fórmulas). La favorita de Frankl es: «El hombre no es otra cosa que un complejo mecanismo bioquímico, movido por un sistema de combustión que pone en movimiento los ordenadores dotados de unas prodigiosas capacidades de almacenamiento para conservar la información codificada»[69]. Del mismo modo, el amor, el altruismo, la búsqueda de la verdad o la belleza «no son otra cosa

que...», lo cual constituye la expresión de una u otra de las pulsiones básicas de la teoría de la dualidad. Desde este punto de vista reduccionista, según Frankl, «todas las creaciones culturales de la humanidad se convierten de hecho en productos derivados del impulso hacia la satisfacción personal»[70].

La tendencia al reduccionismo en la psicología tiene importantes repercusiones en la terapia. La conducta humana está motivada frecuentemente por fuerzas inconscientes, y la tarea del terapeuta es poner al descubierto la psicodinámica subyacente del paciente. Sin embargo, Frankl argumenta (creo que con toda razón) que llega un momento en que la función de desenmascaramiento debe cesar. El materialismo, es decir, el explicar lo más elevado con términos no de su misma altura, suele ser a este respecto bastante destructivo. Por citar un ejemplo, los voluntarios de una entidad de ayuda social, no siempre eligen servir por razones altruistas. Su deseo de servir no necesita una justificación «más profunda»; refleja más bien un deseo de hallar un significado, una búsqueda más allá del yo para encontrar y cumplir un propósito en la vida.

Frankl, junto con muchos otros (como, por ejemplo, Charlotte Bühler[71] y Gordon Allport[72]) cree que la teoría homeostática fracasa en la tarea de explicar muchos aspectos básicos de la vida humana. Para él, lo que el ser humano necesita «no es un estado libre de tensiones, sino más bien luchar y esforzarse por una meta digna de él»[73]. «Una de las características constitutivas del ser humano es que siempre señala y se dirige hacia algo más allá de sí mismo»[2* 74].

Otra objeción principal que Frankl ofrece a la visión de la motivación humana basada en el principio del placer, es que siempre se derrota a sí misma. Cuanto más busquemos la felicidad, más se nos escapará. Esta observación (que muchos filósofos han llamado «la paradoja hedonista»)[75] le condujo a su vez a otra: «La felicidad sucede, no podemos perseguirla.» (Alan Watts lo ha expresado de este modo: «Es sólo cuando la buscas, que la pierdes»[76].) Por tanto, el placer no es la meta final, sino un producto derivado de la búsqueda de significados del ser humano.

Frankl llama a esta orientación la «tercera» escuela vienesa de psicoterapia:

2*. La posición de Frankl se apoya en una larga serie de fenomenólogos, empezando por Franz Brentano y Edmund Husserl, quienes descubrieron que la conciencia es siempre «intencional» y que se dirige siempre hacia un objetivo fuera de sí misma. Uno está siempre consciente de algo externo a nosotros.

De acuerdo con la logoterapia, la lucha por encontrar un significado en la propia vida constituye la primera fuerza de motivación del hombre. En consecuencia, hablo de «una voluntad de significado» que contrasta con el principio del placer, (o, como podríamos denominarlo también, «la voluntad de placer»), en el cual se centra el psicoanálisis freudiano, y también con «la voluntad de poder», en la cual se centra la psicología adleriana[77].

En algún otro lugar añade (siguiendo la sugerencia de Aaron Ungersma[78]) que la fuerza primaria de motivación del ser humano pasa por una secuencia en el desarrollo, y que las tres escuelas vienesas reflejan esta evolución: «El principio del placer freudiano es el principio rector del niño, el principio del poder adleriano corresponde al adolescente y la voluntad de significado es el principio que guía al adulto maduro»[79]. Frankl tiene gran cuidado en distinguir entre las pulsiones (sexuales o agresivas, por ejemplo), que *empujan* a la persona desde dentro, y el significado (y los valores implícitos en el sistema de los significados), que *tira* de la persona desde fuera. La diferencia es la misma que existe entre pulsión y esfuerzo. En nuestro ser más esencial, en aquellas características que nos hacen más humanos que animales, no nos sentimos impulsados, sino que nos esforzamos activamente por conseguir una meta. El esfuerzo, en contraposición al impulso, significa que estamos orientados hacia algo fuera del yo (es decir, que somos trascendentes) y que, además, somos libres para aceptar o negar la meta que nos invoca. Significa también una orientación hacia el futuro: aquello que será, nos atrae y tira de nosotros, en lugar de dejarnos arrastrar por fuerzas inmisericordes del pasado y del presente.

Asegura Frankl que el significado es esencial para la vida. Fue esencial para sobrevivir en Auschwitz y es esencial para todos en cualquier momento. A este respecto, cita una encuesta de opinión pública que se efectuó en Francia, según la cual el 89% de la población global creía que los humanos necesitan «algo» que les motive a vivir, y el 61 % sentía que había algo por lo cual estarían dispuestos a morir[80]. Uno de sus comentarios preferidos es el que sigue; «Aunque algunos psiquiatras afirmen que el significado de la vida no es más que un conjunto de mecanismos de defensa y de elaboraciones reactivas, en lo que a mí respecta, no estoy dispuesto a vivir simplemente por mis mecanismos de defensa, y mucho menos a morir por mis elaboraciones reactivas»[81].

Tres categorías de significados vitales. Aunque Frankl subraya

que cada individuo tiene un significado que nadie más puede cumplir o llenar, estos significados únicos se incluyen dentro de tres grandes categorías: *a)* lo que uno logra o entrega al mundo en forma de creaciones propias; *b)* lo que uno toma del mundo en términos de encuentros y experiencias, y *c)* la propia posición hacia el sufrimiento y hacia la suerte que no puede cambiar[82].

Estos tres sistemas de significados —de la creación, de la experiencia y de las actitudes— los hemos mencionado ya al hablar de los distintos sistemas de significados personales. Frankl define la creatividad en términos convencionales: esto es, como una creación artística o un empeño científico que le atrae a uno y que sólo nosotros estamos capacitados para cumplir y alcanzar. Según él, su sentido de que sólo él podía escribir el libro que aclarase el papel del significado en la psicoterapia, fue el principal factor (aparte de la mera casualidad) que le permitió soportarlo todo y sobrevivir en Auschwitz. Un amplio conjunto de actividades vitales, si se enfocan de una manera creativa, puede llenarle a uno de significados: «Lo que importa no es la longitud del radio de sus actividades, sino el acierto con el que se llena el círculo»[83].

Lo que ya no resulta tan claro es su definición del significado que se deriva de la experiencia, pero, en general, se refiere a lo que uno obtiene de la belleza, de la verdad y del amor. El compromiso que uno contrae con la experiencia profunda constituye una fuente de significado. Frankl plantea: «Si alguien se te acercara mientras estás escuchando tu música favorita y te preguntara si la vida tiene un significado, ¿no le responderías que sí? Esa misma respuesta la daría un amante de la naturaleza en la cima de una montaña, la persona religiosa en el transcurso de una ceremonia mística, el intelectual que asiste a una importante conferencia y el artista que se halla ante una obra maestra»[84].

Sus experiencias personales en Auschwitz le obligaron a meditar profundamente sobre las relaciones entre el significado y el sufrimiento, entre el dolor y la muerte. La supervivencia en circunstancias extremas depende de la capacidad de uno para encontrar un significado en el propio sufrimiento. En lo más profundo de la desesperación que sentía en el campo de concentración, Frankl buscaba modos de dar significado a su propio sufrimiento y al sufrimiento de los demás. Así, llegó a la conclusión de que, sólo sobreviviendo, podía dar significado a su angustia. Para él, la supervivencia significaba la posibilidad de completar su trabajo, de

forjar un enfoque psicoterapéutico valioso sobre los horrores de su experiencia en Auschwitz. Otros reclusos querían sobrevivir por diferentes razones: por unos hijos o una esposa que les esperaban; para completar un proyecto vital único; para poder contar al mundo lo que habían vivido en el campo; incluso para vengarse. (Esto nos recuerda el *ghetto* lituano de Kovno, cuyos ciudadanos deseaban sobrevivir para poder tomar nota de todas las atrocidades que con ellos se cometían: los relatos escritos, los dibujos de las caras hechos por artistas, los números de serie de los uniformes de los oficiales de la SS y de los soldados, todo fue anotado cuidadosamente y guardado en una bóveda subterránea. Finalizada la guerra, estos registros se utilizaron para llevar a juicio a los culpables.) En otras ocasiones, Frankl encontraba el significado de su sufrimiento recordando otro aforismo de Nietzsche: «Lo que no me mata, me hace más fuerte»[85]. El sufrimiento puede tener sentido si a uno lo eleva. En última instancia, aun cuando no haya esperanza de escapar del sufrimiento y la muerte, Frankl asegura que hay un significado en el hecho de poder demostrar a los demás, a Dios y a uno mismo, que uno puede sufrir y morir con dignidad.

Sus categorías de significados le sugieren, a su vez, estrategias psicoterapéuticas para ayudar al paciente inmerso en una crisis de significados. A continuación me ocuparé de ellas, pero antes explicaré las consecuencias clínicas de la pérdida del sentido vital.

Consecuencias clínicas de la pérdida del sentido vital

Nuestra cultura cambiante: ¿dónde han ido a parar todos los significados?

Muchos clínicos han observado que, con una frecuencia cada vez mayor, los pacientes acuden a terapia debido a la pérdida del sentido de la vida. ¿Por qué? ¿Cuáles son los factores, en la sociedad actual, que contribuyen a la pérdida del sentido vital?

Los individuos de la sociedad agrícola preindustrial vivían acechados por numerosos problemas vitales, pero la enfermedad de nuestros días consistente en la falta de sentido vital, no se hallaba entre ellos. Contaban con múltiples fuentes de significado. Para empezar, el enfoque del mundo religioso proporcionaba una respuesta tan amplia, que la cuestión del significado quedaba completamente eclipsada.

Más aún, los individuos de épocas anteriores estaban tan preocupados resolviendo sus necesidades básicas de supervivencia, tales como alimentación y vivienda, que no podían permitirse el lujo de reflexionar sobre sus necesidades de significado. En realidad, la falta de significados va estrechamente ligada al ocio y a la falta de obligaciones. Cuanto más comprometido se encuentre uno en el proceso cotidiano de vivir y sobrevivir, menos sufrirá por falta de significados. Tolstoi, cuya crisis de carencia de sentido vital describí al principio de este capítulo, advirtió que los rudos campesinos de sus tierras se hallaban libres de toda duda fundamental; y llegó a la conclusión de que ellos sabían algo que él ignoraba; por consiguiente, trataba de aliviar sus tormentos emulando a los campesinos, para ver si podía descubrir su secreto.

Los individuos de la sociedad preindustrializada tenían en su vida cotidiana muchas otras actividades que les proporcionaban un sentido vital. Vivían cerca de la tierra, se sentían parte de la naturaleza, cumplían sus propósitos arando el campo, sembrando, cosechando, cocinando y confiando en el futuro, engendrando y criando hijos. Su trabajo cotidiano era creativo, porque compartían la creación de la vida con sus animales y sus semillas. Experimentaban un fuerte sentido de pertenecer a una unidad más amplia; formaban parte integral de una familia y de una comunidad, y todos se atenían a sus reglas y a sus funciones. Además, su trabajo era intrínsecamente valioso. Después de todo, ¿quién puede preguntarse «para qué», tratándose de cultivar los alimentos? El hecho de cultivar alimentos está más allá de todo cuestionamiento.

Pero todos esos significados se han desvanecido. El ciudadano del mundo industrializado y urbano de nuestros días tiene que enfrentarse a la vida *sin* un sistema de significado cósmico basado en la religión y separado de su articulación con el mundo natural y con la cadena elemental de la vida. Tenemos tiempo, demasiado tiempo, para plantearnos preguntas perturbadoras. Mientras avanzamos hacia la semana de cuatro días y, después, de tres días, tenemos que prepararnos para sufrir crisis, cada vez más frecuentes, de significados. El tiempo «libre» resulta problemático porque nos impone la libertad.

El trabajo, o lo que queda de él, ya no nos suministra significados. Ni la imaginación más extraordinariamente fértil podría introducir un potencial creativo en muchas de las formas más comunes del trabajo moderno. Por ejemplo, el obrero de una línea de ensamblaje no sólo

no tiene ninguna posibilidad creativa en su trabajo, sino que, de manera sistemática, empieza a considerarse a sí mismo como un engranaje más de la maquinaria de su fábrica. Además, muchos de los trabajos carecen de un valor intrínseco. ¿Cómo pueden los ejércitos de oficinistas, que se mantienen muy «atareados» en medio de las ruinas del sistema burocrático, pensar y creer que sus actividades valen la pena? Con la explosión de la población y la invasión de los medios de comunicación, ¿cómo puede el individuo creer que al engendrar y criar hijos le está haciendo un favor a alguien, y menos aún al planeta y a la especie humana?

Manifestaciones clínicas

¿Cómo encuentra el clínico el fenómeno de la carencia de sentido vital en su trabajo cotidiano? Casi todos los profesionales están de acuerdo en que la enfermedad es común: al empezar este capítulo cité comentarios de Jung, Frankl, Maddi, Wolman y Hobbs, en los que estos autores atestiguan la frecuencia con que se presenta este síntoma clínico. Desafortunadamente, son muy escasas las investigaciones dotadas de rigor científico que sobre el tema se han llevado a cabo.

Mis compañeros y yo llevamos a cabo un proyecto, hace ya varios años, que, aunque se efectuó sobre una muestra clínica reducida, apoya hasta cierto punto la afirmación de que la carencia de sentido vital constituye una enfermedad de relativa frecuencia en las clínicas[86]. Investigamos los problemas básicos de cuarenta pacientes, que solicitaron su ingreso en terapia en una clínica psiquiátrica para pacientes externos, valiéndonos de tres fuentes; un informe escrito de los pacientes, un informe del terapeuta y las conclusiones de tres clínicos que observaron un videotape de una entrevista con cada paciente. De los cuarenta, nueve enumeraron algunos problemas (la mayoría informaron de entre tres y seis problemas) que tenían que ver con la falta de sentido vital (como, por ejemplo, «falta de propósitos», «necesidad de significados en mi vida», «no sé por qué hago esto», «vago sin una meta fija», «falta de dirección en mi vida»). Los terapeutas y los evaluadores independientes confirmaron que cinco de esos nueve pacientes tenían, en efecto, un problema importante relacionado con el significado vital, pero también incluyeron a otros tres pacientes (que definieron sus problemas diciendo «me falta

significado en mi vida», «carezco de propósitos» y «mis metas en la vida son vagas»). Así, de cuarenta pacientes, doce (el 30 %) tenían problemas relacionados con el significado, según los propios pacientes, los terapeutas y los evaluadores independientes.

Jill Gardner estudió a ochenta y nueve pacientes que solicitaron terapia en una clínica de externos[87]. Les pidió que señalaran la importancia de dieciséis razones diferentes para ingresar en terapia. El 68 % del total calificaron la de «buscar un mayor significado en mi vida» de «muy importante» o «moderadamente importante». Este ítem alcanzó el puesto noveno entre las dieciséis razones; una importancia muy superior fue concedida a la de «cambiar mi modo de relacionarme con la gente» y «la soledad».

La falta de sentido vital rara vez se menciona, pues generalmente se considera que forma parte de otro síndrome clínico más primario y conocido. En una ocasión, Freud dijo: «Cuando un hombre cuestiona su significado vital, es porque está enfermo... Al plantearse esta pregunta, uno está simplemente reconociendo que tiene un depósito de libido insatisfecha donde ha sucedido algo más: una especie de fermentación que conduce a la tristeza y a la depresión»[88]. En consecuencia, la carencia de sentido vital se considera un síntoma de otra condición subyacente más significativa, como el alcoholismo crónico, los abusos de otras sustancias, la falta de autoestimación, depresión o crisis de identidad.

Examinemos las observaciones que se han hecho sobre las manifestaciones clínicas de falta de sentido vital. En primer lugar, se habla de su ubicuidad. Yo he encontrado que prácticamente todos los pacientes con los que he trabajado, han expresado espontáneamente su preocupación por la falta de sentido de sus vidas o han respondido inmediatamente en forma afirmativa a mis preguntas sobre el tema.

El vacío existencial y la neurosis existencial. Frankl distinguió dos etapas en el síndrome de la carencia de sentido: el vacío existencial y la neurosis existencial. El vacío existencial, al que algunas veces llama «frustración existencial», constituye un fenómeno común que se caracteriza por un estado de aburrimiento, apatía e inutilidad. Uno se siente cínico, carece de dirección y se cuestiona la finalidad de todas las actividades vitales. Algunos se quejan de un vacío, un descontento vago cuando terminan las ocupaciones de la semana (la «neurosis del domingo»). En los ratos libres, uno se da cuenta de que no hay nada que uno *desee* hacer. Frankl sostiene que la frustración existencial está aumentando su frecuencia y extendiéndose a todos

los países del mundo. En un estudio, informa de una incidencia del 40 % de «vacío existencial» en los estudiantes universitarios de Viena y del 81 % en los norteamericanos[89]. En otro estudio habla de la rápida expansión del problema a zonas como Checoslovaquia y diferentes países del continente asiático[90]. Alois Habinger informa de un aumento en la incidencia de frustración existencial entre los chicos de Viena, durante un período de dos años (1970-72), de entre el 30 % al 80 %[91]. Como no se aclara en ninguna de estas conclusiones cuál ha sido el método empleado (excepto el comentario de que han sido «investigaciones estadísticas improvisadas»), no podemos aceptar estos datos al pie de la letra; pero si reflejan, siquiera vagamente, la incidencia del vacío existencial, habrá que tomarlos en cuenta.

Cuando el paciente desarrolla, además de los sentimientos explícitos de falta de sentido vital, otra sintomatología clínica neurótica, Frankl la califica como neurosis existencial o «noogénica». Plantea la existencia de *un horror psicológico al vacío: cuando hay un vacío existencial claro, los síntomas se apresuran a llenarlo.* Según su teoría, la neurosis noogénica puede adoptar cualquier forma clínica neurótica. Menciona varios cuadros sintomáticos: alcoholismo, depresión, obsesión, delincuencia, hipertrofia sexual, temores. Lo que diferencia a las neurosis noogénicas de las psiconeurosis convencionales es que los síntomas son una manifestación de desviaciones en la voluntad de significado. Los patrones de conducta también reflejan una crisis de significado. Según Frankl, el dilema del hombre moderno es que el instinto no le dice lo que *debe* hacer, ni la tradición le dice ya lo que *debería* hacer. Tampoco sabe lo que *desea* hacer. Dos reacciones comunes de conducta ante esta crisis de valores son: la *conformidad* (hacer lo que hacen los demás) y la *sumisión al totalitarismo* (hacer lo que otros desean).

El espíritu de cruzada, el vegetativo y el nihilismo. Salvador Maddi afirma que una proporción importante de la psicopatología actual emana de una carencia de sentido vital[92]. (Es importante señalar, sin embargo, que el material clínico de Maddi es limitado[93], y que su orientación básica es la de un macroteórico y psicólogo académico.) Describe tres formas clínicas de «enfermedad existencial» (que es como él llama a la carencia de sentido vital): el espíritu de cruzada, el nihilismo y la forma vegetativa.

El espíritu de cruzada (llamado también «aventurismo»)[94] se caracteriza por una poderosa inclinación a buscar y por la entrega a causas dramáticas e importantes. Estos individuos buscan acción y

abrazan cualquier causa, independientemente de su contenido. En cuanto termina una causa, estos activistas curtidos corren en busca de otra para mantenerse siempre un paso más allá del sentimiento de falta de significado que les persigue.

El hecho de que el cruzado busque causas de forma indiscriminada, no significa, claro está, que los seguidores de cualquier movimiento social estén motivados por factores similares. Tampoco el celo por lograr el cambio social puede ser considerado como un mecanismo de defensa. Pero la entrega a los movimientos sociales consume tiempo y energía y, si se lleva a cabo como un acto de desobediencia civil, encierra peligros. Cuando se logra el propósito de un movimiento, sus participantes, a diferencia de los cruzados, generalmente regresan a los asuntos de su vida cotidiana. El cruzado, tal como lo define Maddi, sufre de una formación reactiva: el individuo se dedica compulsivamente a cualquier tipo de actividad, como respuesta a un sentido profundo de su falta de propósitos.

El nihilismo se caracteriza por una propensión activa y profunda a desacreditar las actividades que los demás llevan a cabo por creer que tienen un significado. La energía y la conducta del nihilista brotan de su desesperación. Según Maddi, busca el placer iracundo inherente a la destrucción:

> No tardará en afirmar que el amor no es altruista, sino egoísta; que la filantropía es una manera de expiar las culpas; que los niños no son inocentes, sino viciosos; que los dirigentes son vanos y que están enloquecidos por el poder, en lugar de actuar inspirados por visiones de grandeza, y que el trabajo no es productivo, sino que es una tenue capa de civilización, detrás de la cual se esconde el monstruo que todos llevamos dentro[95].

Asegura que el nihilismo es tan común, que ni siquiera se le reconoce como un problema; en realidad, suele pasar por un enfoque ilustrado y refinado de la vida. Cita al novelista y cineasta Alain Robbe-Grillet, cuya película *El año pasado en Marienbad* contiene numerosos hilos aparentemente significativos, pero cuyo significado no logra desentrañar el espectador. Según Maddi, la película tiene como finalidad frustrar cualquier investigación sobre el significado, para demostrar la futilidad de creer en que algo tiene sentido.

La forma *vegetativa* de la enfermedad existencial es el grado más extremo de la falta de propósitos. Uno no busca compulsivamente el significado en las causas generales, ni se dedica a tratar de desvirtuar las que otros abrazan. Por el contrario, uno cae en un estado grave de

falta de objetivo y apatía, un estado que tiene amplias expresiones en las esferas cognoscitiva, afectiva y de conducta. El componente *cognoscitivo* es la incapacidad crónica para creer en la utilidad o el valor de las tareas que puede ejecutar el hombre. El tono *afectivo* comporta blandura y aburrimiento generalizados, acentuados por depresiones episódicas. A medida que la enfermedad avanza, la persona se estabiliza en una condición de indiferencia y los períodos depresivos se vuelven más frecuentes. Los niveles generales de la *conducta* son más bien moderados o bajos, pero, ante todo, lo más importante es la falta de selectividad de la conducta: al individuo le resulta indiferente a qué actividades se dedica o si no se dedica a ninguna.

La tendencia vegetativa está muy extendida en la cultura contemporánea. Maddi dice que está expresada claramente en creaciones artísticas tales como las películas de Antonioni, *La tierra baldía* de T.S. Eliot, *La historia del zoo* de Edward Albee y *El balcón* de Jean Genet. La producción cinematográfica contemporánea denominada *Easy Rider* es un ejemplo particularmente ilustrativo de la apatía y falta de objetivos.

Los individuos en los que se está desarrollando un síndrome vegetativo, pueden acudir a una terapia debido a la depresión y a las dolorosas dudas en que se hallan sumergidos. Es posible que el terapeuta observe que este paciente no está atormentado por la culpa, ni por los problemas de identidad, ni por manifestaciones de tipo sexual o agresivo. En lugar de esto, el paciente plantea cuestiones como las que siguen: ¿Para qué trabajar durante toda tu vida si todo acaba con la muerte? ¿Para qué pasarte la mitad de tu vida asistiendo a las escuelas? ¿Para qué casarte? ¿Para qué crear una familia? ¿Para qué soportar privaciones? ¿Acaso no son arbitrarios e ilusorios todos los valores y todas las metas?

Si esta condición patológica progresa sin control, el paciente se hunde en una indiferencia cada vez más profunda. Puede apartarse de cualquier compromiso con la vida, o recluyéndose, o volviéndose un alcohólico crónico o un vagabundo, o adoptando algún otro patrón de vida análogo. Maddi afirma que muchos de los pacientes internados en centros hospitalarios se encuentran en una forma vegetativa de falta de objetivos, pero, al haber sido etiquetados con alguna forma oficial de diagnóstico nosológico, se les denomina simplemente esquizofrénicos, término que ahora se considera absolutamente inapropiado. Algunos pacientes vegetativos se diagnostican como

depresivos a nivel psicótico. Aunque no muestren signos o síntomas de depresión, se da por sentado que, si están en estado vegetativo, deben estar deprimidos. Según Maddi, una cierta proporción de los pacientes internados con este tipo de diagnóstico y con otras etiquetas similares, podrían considerarse más propiamente enfermos existenciales.

La actividad compulsiva. las formas clínicas que acabo de describir, dentro del campo de la carencia de sentido vital, no pueden observarse frecuentemente en su forma más pura y desarrollada, sino que constituyen un paradigma clínico. En numerosos pacientes, se advierten rasgos de distintos grados de severidad, a menudo entremezclados con otros síntomas clínicos. Según mi experiencia, una de las formas clínicas más comunes de la carencia de sentido vital es un patrón de actividad frenética, que consume de tal manera la energía del individuo, que el problema del significado se despoja de su toxicidad. Este patrón se relaciona con el espíritu de cruzada, pero es más amplio en su radio de acción. No sólo las causas sociales dramáticas, sino cualquier actividad humana atractiva puede canalizarse como caricatura de un significado. Pero si esta actividad no tiene una «bondad» o una «justicia» intrínsecas, tarde o temprano le fallará al individuo. Este fenómeno, que James Pike llamó el «enfoque falso» de la vida[96], generalmente llega a conocimiento del clínico cuando ya se ha destruido el vehículo del significado o cuando se encuentra en vías de destrucción. Abundan los ejemplos en los que los individuos que han vivido persiguiendo un significado a través de la posición social, el prestigio, las adquisiciones materiales o el pòder, se ven forzados de pronto a cuestionar el valor de estas metas como objetivos vitales.

Harvey, paciente de cuarenta y dos años, nos proporciona una interesante ilustración sobre el respecto. La razón por la que Harvey entró en terapia se encuentra fuera de lo común: una pelea con su esposa acerca de si debían comprar pasajes de primera clase o de clase turista, fue lo que le empujó a la terapia. Las circunstancias fueron las siguientes. El padre de Harvey, un comerciante de clase media, era un trabajador compulsivo. Todos, incluyendo a Harvey, trabajaban muchas horas diarias, de seis a siete días por semana, en la tienda de comestibles de la familia. Poco a poco, el negocio constituía el universo familiar y también el de Harvey. Éste, adhiriéndose al código eticolaboral de la familia, consideraba la prosperidad del negocio como la *raison d'être*. Sus largas horas de trabajo, desde la

infancia, excluían el desarrollo de pasatiempos importantes o de relaciones heterosexuales, hasta el extremo de que, en el momento de obtener el título de bachillerato, nunca había pasado una noche fuera de casa. Su identidad era la de un «buen chico» que nunca preguntaba, nunca se rebelaba; en realidad, nunca pensó profundamente en sí mismo o en la vida.

Finalizados sus estudios universitarios (concretamente una carrera comercial), se encargó del negocio familiar (su padre había muerto en funciones) y, con el tiempo, se convirtió en todo un gran empresario. Las circunstancias también le fueron favorables —un matrimonio económicamente brillante, un socio excelente y muy experimentado y su propia inteligencia circunspecta—; así, llegó a abrir tiendas por todo el país, pero después las vendió por una elevada suma de dinero a una sociedad. A los treinta años había amasado, pues, una fortuna de varios millones de dólares. Entonces pudo haberse detenido por un momento y pensar, sin ninguna prisa, «¿Cuál debe ser mi próximo paso?» «¿Adónde voy? ¿Para qué?» En lugar de eso, creó inmediatamente otra empresa de negocios, y empezó a trabajar setenta horas a la semana, lo cual repercutió sensiblemente, de forma negativa, en sus relaciones con su esposa. Cuando ingresó en terapia, tenía planes para un tercer imperio comercial, pues quería investigar si podía empezar un negocio de chatarra, con muy poco capital, sin socios ni consejo de administración (un negocio equivalente a la supervivencia en el desierto).

Harvey se dio cuenta de que había algunas incongruencias muy molestas. Había conservado los hábitos de economía de su propia familia y, aunque sus ingresos en concepto de intereses eran muy altos, buscaba en los periódicos los productos de precios más bajos cada vez que necesitaba comprar algo, por la misma razón recorría muchos kilómetros para ahorrar unos cuantos dólares en un aparato de televisión.

Pero fue el asunto del pasaje de avión lo que le obligó a considerar seriamente sus metas en la vida. Su esposa, él y otra pareja estaban planeando tomar unas vacaciones en Oriente. La diferencia entre la primera clase y clase turista, para el vuelo de doce horas, era de varios cientos de dólares por cada pasaje. La esposa de Harvey, su amigo (precisamente era uno de sus empleados) y la esposa de éste deseaban volar en primera clase. Pero él se negó a pagar la cantidad adicional por una plaza más cómoda y el champaña gratis (como decía Harvey). Compró, pues, un pasaje de clase turista, mientras que los

otros tres los adquirieron de primera clase. Como no carecía de sentido del humor, comprendió la comedia que tal situación había planteado. No obstante, le provocó bastante inquietud; incluso tuvo algunos síntomas hipocondríacos. Fue entonces cuando decidió visitar a un psicoterapeuta.

En la terapia, el episodio de los pasajes de avión hizo de palanca para una discusión mucho más amplia sobre los valores. Si el dinero se iba a gastar frívolamente en comodidades triviales, ¿para qué se mataba él para ganar más dinero? ¿Para qué dedicar toda su vida al trabajo? Poseía ya más dinero de lo que podía gastar y había demostrado que era capaz de ganarlo. Entonces puso en tela de juicio el sistema básico de significados por el cual se había regido durante toda su vida. Una de las primeras cosas que aprendió en la terapia consistió en que había enfocado su vida hacia un objetivo falso, ya que los bienes materiales, en el mejor de los casos, constituían sólo un débil apoyo del sentido vital que no soportaría ni el más leve análisis.

El acontecimiento que empujó a Harvey a una crisis de significado era el hecho de haber alcanzado precozmente su meta (lo cual siempre constituye un peligro en un sistema no trascendental de significado para la vida). Otras circunstancias que la desataron podrían resumirse en una confrontación con la muerte o una experiencia urgente o límite que enfrenta al individuo con su situación existencial e ilumina la naturaleza insustancial de muchos sistemas de significado. Algunos trastornos importantes que a veces perturban el orden social y la tradición ritual ponen también en peligro ciertos valores (por ejemplo, las costumbres «sociales») y los presentan en su aspecto más negativo. Uno deja de recibir recompensas extrínsecas por su afiliación al ritual y, además, lo que es aún más importante, se da cuenta de la absoluta relatividad de los valores que antes consideraba absolutos.

Algunos pacientes pasan por una crisis de significados como resultado de la psicoterapia. A medida que se examinan profundamente y abren nuevos panoramas en su interior, los viejos patrones compulsivos se tambalean y, con el tiempo, se derrumban. Los pacientes que, durante buena parte de sus vidas, han vivido con estrechez, dentro de los confines de un patrón fijo y repetitivo, se enfrentan de repente con la libertad que su compulsividad les impidió ver antes. Por ejemplo, Bruce, el paciente que padecía de compulsividad sexual (a quien describí en el capítulo V), siempre había empleado su tiempo libre en sus fantasías sexuales de conquista.

Cuando, durante la terapia, se debilitó su compulsividad hasta dejarle completamente libre, pasó por una crisis de carencia de significados. No es que antes hubiera tenido un sentido satisfactorio de sus significados, sino que su actividad compulsiva había constituido siempre un potente antídoto ante la falta de sentido. En su caso, esta actividad era lo que podríamos llamar *compromiso*. El problema consistía en que el contenido del compromiso compulsivo de Bruce era tan limitado y restringido, que había fracasado en la tarea de desarrollar una buena parte de su potencial profundamente humano. En consecuencia, no había experimentado conscientemente una crisis de significado en su vida, pero, a cambio, sentía una fuerte culpa existencial y se sentía culpable por no haberse convertido en aquello que estaba capacitado para ser.

Cuando Bruce se enfrentó por primera vez a la vida *sin* una actividad compulsiva ante la vida, ésta le pareció insípida, descolorida, sin estímulos y, sobre todo, sin finalidad. Entonces, en la terapia, pasamos muchas horas explorando sus metas y examinando lo que su sabiduría interna le indicaba que podía ser la base de su vida.

Investigación clínica

La prueba psicológica del propósito de la vida. En 1964, James Crumbaugh y Leonard Maholick, psicólogos que revelan la influencia de Viktor Frankl, publicaron un método psicométrico diseñado para medir los propósitos en la vida de las personas[97]. Este cuestionario, llamado PIL o «prueba de los propósitos vitales», consta de veinte ítems que la persona debe clasificar y puntuar de acuerdo con una escala de siete puntos[3*]. En cada uno de los ítems, la posición cuatro se considera «neutral», y se emplean distintos términos descriptivos para las posiciones 1 y 7. Por ejemplo, el ítem 1 dice: «Generalmente me encuentro...» y la posición 1 afirma: «completamente aburrido», mientras que la posición 7 dice: «exuberante, entusiasmado.» Los restantes diecinueve ítems, con sus puntos de anclaje definidos, son los siguientes:

3*. Este instrumento de medición consistía originalmente en dos secciones: Una parte para completar formada por trece ítems y un párrafo abierto para que la persona lo escribiera, hablando de sus ambiciones personales y de sus metas; no obstante, en las investigaciones posteriores, sólo se ha empleado la primera sección[98].

2. La vida me parece:	(1) completamente rutinaria	(7) siempre emocionante.
3. En la vida tengo:	(1) ninguna meta o anhelo	(7) muchas metas y anhelos definidos.
4. Mi existencia personal es:	(1) sin sentido ni propósito	(7) llena de sentido y de propósitos.
5. Cada día es:	(1) exactamente igual	(7) siempre nuevo y diferente.
6. Si pudiera elegir:	(1) nunca habría nacido	(7) tendría otras nueve vidas iguales a ésta.
7. Después de retirarme:	(1) holgazanearía el resto de mi vida	(7) haría las cosas emocionantes que siempre deseé realizar.
8. En el logro de mis metas vitales:	(1) no he conseguido ningún progreso	(7) he llegado a mi realización completa.
9. Mi vida es:	(1) vacía y llena de desesperación	(7) un conjunto de cosas buenas y emocionantes.
10. Si muriera hoy, me parecería que mi vida ha sido:	(1) una completa basura	(7) muy valiosa.
11. Al pensar en mi propia vida:	(1) me pregunto a menudo la razón por la que existo	(7) siempre encuentro razones para vivir.
12. Tal como yo lo veo en relación con mi vida, el mundo:	(1) me confunde por completo	(7) se adapta significativamente a mi vida.
13. Me considero:	(1) una persona muy irresponsable	(7) una persona muy responsable.
14. Con respecto a la libertad de que se dispone para hacer sus propias elecciones, creo que el hombre es:	(1) completamente esclavo de las limitaciones de la herencia y del ambiente	(7) absolutamente libre de hacer todas sus elecciones vitales.
15. Con respecto a la muerte, estoy:	(1) falto de preparación y atemorizado	(7) preparado y sin temor.

16. Con respecto al suicidio:	(1) lo he considerado seriamente como una salida a mi situación	(7) nunca le he dedicado un segundo pensamiento.
17. Considero que mi capacidad para encontrar un significado, un propósito o una misión en la vida, es:	(1) prácticamente nula	(7) muy grande.
18. Mi vida está:	(1) fuera de mis manos y controlada por factores externos	(7) en mis manos y bajo mi control.
19. El enfrentarme a mis tareas cotidianas constituye:	(1) una experiencia dolorosa y aburrida	(7) una fuente de placer y satisfacción.
20. He descubierto:	(1) ninguna misión o propósito en la vida	(7) metas claras y un propósito satisfactorio para mi vida.

Sobre la prueba PIL se han publicado más de cincuenta tesis doctorales, basadas en investigaciones en las que aquélla se empleó como principal instrumento de medición; pero, antes de comentar los resultados de estas investigaciones, examinaré más detalladamente la validez del instrumento en sí.

En primer lugar, el contenido de los ítems se refiere a varios conceptos distintos. Ocho de ellos (los números 3, 4, 7, 8, 12, 17, 20) se refieren explícitamente al significado de la vida (un propósito, una misión); seis (1, 2, 5, 6, 9, 19) enfocan la satisfacción por la propia vida (la vida es aburrida, rutinaria, excitante o dolorosa); otros tres (13, 14, 18) tratan de la libertad; uno (15) se refiere al miedo a la muerte; otro (16) mide las ideas suicidas, y otro (10) está enfocado a explorar si la persona considera que su vida merece la pena. Según mi opinión, esta confusión conceptual pone en tela de juicio la validez de la prueba. Por ejemplo, aunque la satisfacción de la vida y la idea sobre el suicidio puedan estar relacionadas con el significado de la vida, están aún más relacionadas con otros estados psicológicos, particularmente con la depresión. Los autores de la prueba no ofrecen muchos detalles sobre el método que ha empleado para seleccionar los ítems ni sobre la utilidad de cada uno en particular. En vista de estos inconvenientes metodológicos, nuestro compilador sugirió que

uno solo de los ítems: «¿Cuánto significado posee su vida?», puede ser tan válido como la escala entera[99].

Además, la prueba PIL está sobrecargada de «deseabilidad» social (arroja un coeficiente de 0,57 con la escala de deseabilidad social de Marloew-Crowne)[100]. Tal como han señalado sus críticos[101], la PIL refleja ciertos valores: por ejemplo, da por sentado que la aceptación de la responsabilidad es equivalente al sentido positivo de la vida. Pero, aunque ésta sea una hipótesis interesante, no está muy clara la relación que pueda haber entre responsabilidad y significado.

Charles Garfield realizó la prueba PIL a sujetos pertenecientes a diferentes estratos sociales y culturales (residentes en *ghettos*, ingenieros, estudiantes y graduados en psicología y estudios religiosos y habitantes de varias comunas) y después entrevistó a sujetos con calificaciones altas, intermedias y bajas en la prueba, para determinar lo que significaba para ellos cada uno de los ítems[102]. Dependiendo de su cultura, los sujetos interpretaron los ítems de una manera muy particular. Por ejemplo, en el ítem 9 («Mi vida es: vacía... o... un conjunto de cosas buenas y emocionantes»), los residentes de los *ghettos* pensaron en estómagos vacíos; los residentes en las comunas, en perder el propio ego en meditaciones y bienaventuranzas; los ingenieros asociaron «vacío» con «inactividad», y los estudiantes de psicología, al leer la palabra «emocionantes», la asociaron con agitación y actividad nerviosa. Las respuestas igualmente divergentes que se obtuvieron en otros ítems, sirvieron para poner en claro que el lenguaje es ambiguo y que la prueba se inclina mucho por el lado de los valores de la ética protestante: hace hincapié en la conducta dirigida por metas, en la orientación hacia el futuro, en la actividad antes que la pasividad y en el valor positivo de los niveles más altos de estimulación.

Estas críticas son importantes y algunas devastadoras; por otra parte, como los profesionales que emplean la prueba PIL nunca han respondido a ellas, cuesta trabajo fiarse de sus resultados. No obstante, es la única prueba que existe, el único instrumento que se ha empleado sistemáticamente para estudiar la falta de sentido vital. Con estas reservas por delante, permítaseme considerar algunos de los resultados de las investigaciones.

En primer lugar, varios estudios han indicado que los resultados de la prueba se correlacionan satisfactoriamente con las evaluaciones hechas por los terapeutas del sentido vital de sus pacientes (una correlación de 0,38) y con las apreciaciones de los ministros

religiosos con respecto a sus feligreses (0,47)[103]. Se ha observado que los individuos que presentan trastornos obtienen calificaciones más bajas que los sujetos normales (aunque algunos estudios son equívocos; por ejemplo, uno de ellos mostró una diferencia sorprendentemente pequeña entre las calificaciones de los pacientes psiquiátricos indigentes y los estudiantes universitarios: de 108 a 106)[4* 104]. Además la PIL parece medir una variable independiente de la personalidad; y no mantiene excesiva correlación con otras escalas (aparte de la Escala de depresión del MMPI[105], y su moderada coincidencia con la Escala Srole Anomie y, como ya dije, con la Escala de deseabilidad social).

La PIL se ha aplicado en muchas clínicas a distintos tipos de pacientes. Según los resultados, se deduce que los adolescentes delincuentes[106] y los estudiantes de bachillerato[107] que abusan de las drogas, obtienen calificaciones muy bajas; y que los pacientes hospitalizados por alcoholismo crónico y trastornos psicóticos, alcanzan calificaciones menores que los pacientes neuróticos externos[108].

Por otra parte, la media obtenida de los pacientes hospitalizados más los externos es menor que la de los sujetos normales[109]; y se nos ha comunicado que los alcohólicos alcanzan calificaciones particularmente bajas[110]. Otro estudio mostró calificaciones normal-bajas en los alcohólicos hospitalizados, pero, al cabo de un mes de tratamiento, las calificaciones subieron notablemente[111]. Un estudio sobre pacientes externos en una clínica británica, demostró que los más neuróticos y socialmente introvertidos (según el Inventario de personalidad de Eysenck) son los que obtienen calificaciones inferiores en la PIL[112]. En otro estudio efectuado sobre la adaptación sexual en un grupo de estudiantes universitarios normales, se encontró que los estudiantes más frustrados y desadaptados sexualmente obtienen también menores calificaciones[113]. Un nuevo estudio comparó las calificaciones PIL de los pacientes físicamente enfermos y efectuó un interesante hallazgo: los pacientes muy enfermos tenían calificaciones más altas en la PIL que los pacientes con dolencias leves y los individuos normales[114]. Los autores dedujeron que estos resultados indicaban que la cercanía de la muerte sirve de catalizador

4*. Nótese que está formada por veinte ítems, cada uno de ellos con una escala de siete puntos: por tanto, la calificación más alta es de ciento cuarenta, y la más baja, de veinte.

a los enfermos graves para pactar la paz con sus vidas, para «perelaborar» sus dudas y para alcanzar una paz interior en mayor o menor grado.

La relación entre las actitudes y valores sociales y religiosos, (Investigación de valores Rokeach) ha sido objeto de numerosos estudios. Se ha demostrado que una baja calificación PIL guarda correlación con una valoración elevada del hedonismo, de las excitaciones y de los lujos[115]. Una PIL muy alta se correlaciona con las creencias religiosas muy arraigadas, que desempeñan un papel esencial en la vida del individuo[116]. No obstante, cierto estudio realizado no confirma los resultados mencionados[117]. Otro estudio muestra correlación entre calificaciones PIL elevadas y el conservadurismo, el antihedonismo, los valores religiosos y puritanos y el idealismo[118]. Las monjas que alcanzan el éxito en sus tareas como dominicanas, obtienen calificaciones PIL más altas que sus compañeras cuya elección vocacional no fue tan acertada[119]. Por último, dos estudios demuestran que el tener un elevado propósito en la vida está asociado con un menor miedo a la muerte[120].

Anteriormente señalé que el comprometerse con un grupo o causa significativos, puede aumentar el sentido personal de significado. Varios de los estudios han puesto a prueba este concepto y han demostrado que las calificaciones PIL altas se correlacionan con el hecho de estar comprometido con grupos organizados (religiosos, étnicos, políticos o de servicio a la comunidad)[121] y también con la dedicación a los deportes y pasatiempos[122]. (Sin embargo, uno de los estudios indicó que no existía correlación entre la PIL y el activismo social en pro de los derechos del ciudadano[123]. ¿Podría esto deberse a la presencia de los «cruzados» de Maddi?) Un estudio australiano revela una correlación entre una PIL alta y una visión positiva del mundo, así como una orientación hacia determinadas metas destinadas a trascender el yo (por ejemplo, intereses que amplían el bienestar material y mental más allá del individuo)[124]. Otro indica que los estudiantes también con una PIL alta coinciden con aquellos que hicieron una elección vocacional de sus profesiones[125]. No obstante, cierto estudio sobre ejecutivos y enfermeras no indica ninguna relación entre las calificaciones PIL y las actitudes laborales o la motivación para el trabajo[126].

Finalmente, se ha demostrado que los habitantes de los *ghettos,* los negros[127] o los mexicano-estadounidenses[128], obtienen bajas calificaciones PIL. Se han observado contradicciones en los hallazgos de una

relación general entre la PIL y la clase socioeconómica[129], y también entre hombres y mujeres, aunque generalmente los hombres puntúan más alto en la PIL[130].

El Índice de aprecio por la vida. Antes de considerar el alcance de estos descubrimientos, me gustaría examinar brevemente otro artilugio diseñado para medir el significado de la vida. El Índice de aprecio por la vida (de John Batista y Richard Almond) es más refinado desde el punto de vista conceptual que la PIL, pero, desgraciadamente, dejó de utilizarse[131]. Éste establece una diferencia entre los ítems que sirven de «marco de referencia» (tales como: «Tengo una idea clara de lo que me gustaría hacer con mi vida») y los que miden la satisfacción propiamente dicha (como: «Siento que estoy viviendo mi vida plenamente»). Los autores afirman que tanto el marco de referencia como la creencia de que uno está llenando ese marco de referencia, se requieren para el significado vital. La prueba obtuvo validez gracias a las entrevistas de los sujetos; guarda una elevada correlación con la PIL y probablemente no sufre los confusos efectos de la deseabilidad social. La relación entre la autoestimación y el aprecio por la vida (significado de la vida) se exploró igualmente. Los autores llegaron a la conclusión de que se requiere un nivel satisfactorio de autoestimación, pero que éste no basta para desarrollar el sentido vital. Es decir, es posible que un individuo con una elevada autoestimación posea un escaso sentido vital, pero nadie puede tener un elevado sentido del significado de la vida y poca autoestimación. Como manifestó Erik Erikson, uno debe cumplir la tarea de desarrollar su autoestimación y su identidad personal antes de poder adquirir un sentido adecuado y satisfactorio de la vida.

Las investigaciones indican que el significado positivo de la vida depende del ajuste entre los propios valores y metas, y las necesidades de la estructura social en que uno se desenvuelve. Finalmente, los autores demuestran que uno tiene un mayor sentido vital si ve que está alcanzando sus metas a un ritmo satisfactorio.

Resumen de los resultados de las investigaciones. La investigación empírica sobre el significado de la vida corrobora las siguientes conclusiones:

1. La carencia de un sentido vital se asocia con la psicopatología en un sentido lineal: esto es, a menor proporción de significado vital, mayor gravedad en los síntomas psicopatológicos.
2. Un sentido positivo en el significado vital se asocia con creencias religiosas profundamente arraigadas.

3. Un sentido positivo en el significado vital se asocia con los valores de trascendencia de uno mismo.
4. Un sentido positivo en el significado vital se asocia con la pertenencia a grupos, con la consagración a causas y con la adopción de metas vitales claras.
5. El significado vital debe contemplarse desde una perspectiva que permita apreciar su desarrollo: los tipos de significados vitales cambian a lo largo de la vida del individuo, pues hay otras tareas en el desarrollo que tienen que cumplirse antes de conseguir el desarrollo de los significados.

Una advertencia: es importante observar la redacción de estas conclusiones. La oración «se asocia con...» significa que vuelve a presentarse: por ejemplo, un bajo sentido del significado de la vida «se asocia con» la psicopatología. No obstante, esto no significa que existan pruebas de que la carencia de significado sea la *causa* de la psicopatología. Simplemente hay una correlación entre un sentido vital disminuido y los síntomas patológicos. También se podría argüir, partiendo de estas consideraciones, que el sentido vital disminuido es una función —es decir, un síntoma— de la patología. Cierto trabajo demuestra que, en los pacientes depresivos, el sentido del significado de la vida aumenta considerablemente ¡mediante la terapia de choques eléctricos![132]

CAPÍTULO XI

LA CARENCIA DE SIGNIFICADO Y LA PSICOTERAPIA

En el capítulo anterior enfoqué la cuestión del significado de la vida tal como se la concibe normalmente. El significado de la vida constituye una importante elaboración psicológica cuya *prima facie* se relaciona profundamente con todos nosotros. Al aceptar esta elaboración por su valor aparente, he presentado el conjunto de las actividades vitales capaces de proporcionar al hombre un significado, y he descrito las manifestaciones clínicas patológicas del estado fenomenológico que consiste en la carencia de sentido vital.

A continuación se analizarán los problemas inmediatos y cotidianos de los psicoterapeutas que se enfrentan a pacientes que afirman carecer de significado para su vida. El terapeuta que acepta la formulación que hace uno de sus pacientes de este problema, probablemente compartirá también la sensación de hallarse atrapado en el problema: con razón, pensará que su propia búsqueda de significados vitales ha sido incompleta. Se plantea, entonces, la siguiente pregunta: ¿Cómo es posible que alguien le resuelva a otro un problema que no ha podido resolver él mismo? El terapeuta puede determinar que el problema es insoluble, pero hay que encontrar la manera de evitarlo en el curso de la terapia.

En este sentido, lo primero que tiene que hacer el terapeuta no es aceptar al pie de la letra las formulaciones que el paciente efectúe sobre el problema, sino examinar rigurosamente la legitimidad de la queja de que «la vida no tiene ningún significado». Si se analiza la base sobre la que descansa esta queja, esto es, el significado de la pregunta «¿Cuál es el sentido de la vida?», se verá que la pregunta se formula con mucha frecuencia de una manera muy primitiva y resabiada.

Para empezar, tal como suele plantearse, la pregunta da por sentado que la vida posee un significado que un determinado paciente es incapaz de localizar. La cuestión entra en conflicto con la concepción existencial del ser humano, como individuo capaz de otorgar significados. No existe un designio previo, ni un propósito «externo». ¿Cómo podría haberlos si cada uno de nosotros constituye su propio «lado externo»?

Otro problema importante relativo al asunto del significado de la vida, es que, con frecuencia, se confunde con muchas otras cuestiones. Cuando estas otras preocupaciones se analizan y se descartan, la crisis primordial de significado en el paciente es menos mortífera y más fácil de tratar. Intentaré resumir la cuestión clínica del significado de la vida, considerando en primer lugar por qué necesitamos significados y examinando a continuación las distintas preocupaciones que suelen oscurecer el problema.

¿Por qué necesitamos un significado?

A lo largo de varias décadas, las investigaciones empíricas han corroborado que hemos establecido de tal manera nuestra organización neuropsicológica perceptiva, que en seguida modelamos los estímulos que nos llegan al azar. El movimiento *Gestalt* en psicología, fundado por Wolfgang Köhler, Max Wertheimer y Kurt Koffka, ha patrocinado una gran cantidad de trabajos de investigación en el terreno de la percepción y en el de la motivación. Según los mismos, los estímulos moleculares, así como los datos psicológicos referentes a la conducta, los organizamos con arreglo a *Gestalten,* es decir, dentro de configuraciones o patrones. De este modo, si nos presentan una serie de puntos al azar en un papel, los organizamos formando una figura; si nos muestran un círculo abierto, automáticamente lo percibimos como si estuviera cerrado; y si nos dan un conjunto de diversos datos sobre conducta —por ejemplo, un ruido raro en medio de la noche, una expresión facial desacostumbrada o un incidente internacional absurdo—, les buscamos un «sentido», encajándolos en un marco de referencia que les sirva de explicación. Cuando estos estímulos o situaciones no se prestan para encajarlos en un patrón, experimentamos tensión, molestia e insatisfacción. Esta disforia persiste hasta que una comprensión más amplia nos permite acomodar la situación dentro de un patrón reconocible más amplio.

Las implicaciones de estas tendencias a la búsqueda de significados, son obvias. De la misma manera nos enfrentamos y organizamos los estímulos y acontecimientos que ocurren al azar en nuestra vida cotidiana para resolver nuestra situación existencial. Experimentamos disforia frente a un mundo desorganizado e indiferente y buscamos patrones, explicaciones y un sentido para la existencia.

Cuando uno es incapaz de encontrar un patrón coherente, no sólo se muestra inquieto e insatisfecho, también desamparado. En cambio, si se descifra un significado, se experimenta un sentido de dominio. Aun cuando el esquema de significado que se ha descubierto significa que uno es insignificante, que está indefenso o que sobra en las situaciones, es con mucho preferible a la ignorancia.

Es evidente que buscamos significados y que nos sentimos incómodos sin ellos. Cuando encontramos un propósito, nos aferramos a él como si en ello nos fuera la vida. Sin embargo, el propósito que uno crea, no resulta tan efectivo si continúa recordando que lo creó. (Frankl compara la creencia en los significados vitales construidos por uno mismo o «inventados», a la cuerda del fakir por la cual uno sube después de haberla lanzado al aire.) Resulta mucho más cómodo creer que el sentido está «allá afuera» y que uno se ha limitado a descubrirlo. Viktor Frankl insiste en que «significado es lo que uno entiende por una situación en la cual se plantea una pregunta y es necesario responder... Sólo una solución para cada problema: la solución correcta; y sólo hay un significado para cada solución: el significado verdadero»[1]. No comparte la opinión de Sartre de que una de las cargas más pesadas de ser libre es la de tener que inventar los propios significados. En todos sus escritos, Frankl asevera: «El significado es algo que debemos encontrar. El hombre no puede inventarlo, sino que tiene que descubrirlo»[2]. Su posición es básicamente religiosa y descansa en el supuesto de que hay un Dios que nos ha ordenado un significado a cada uno de nosotros, y que todo lo que tenemos que hacer es descubrirlo y cumplirlo, aunque no podamos comprender el significado en su totalidad. Frankl hace hincapié en que debemos aceptarlo como un acto de fe y admitir que hay un patrón coherente en la vida y un propósito en el sufrimiento humano. Así como el conejillo de Indias no puede comprender la razón de su sufrimiento, lo mismo ocurre con los seres humanos, quienes no pueden descubrir sus significados porque superan su capacidad de comprensión. Pero, ¿se pueden defender las premisas básicas de este argumento? Después de todo, si hubiera un Dios, ¿por qué razón iba

este Dios a establecer un propósito para la vida y, en particular, un propósito para cada uno de nosotros? No olvidemos que es el hombre, y no Dios, quien vive obsesionado por los significados.

El significado en la vida y en los valores

Así, uno de los significados del significado mismo es que constituye un emoliente de la angustia: nace para aliviar la angustia resultante de tener que enfrentarse a la vida y al mundo sin una estructura cómoda y ordenada. Pero hay otra razón vital por la cual necesitamos significados. Una vez que los desarrollamos, los significados dan origen a los *valores,* los cuales, a su vez, actúan sinergéticamente para incrementar la fuerza de aquéllos.

¿Qué son los valores y por qué los necesitamos? En su crisis de significado, Tolstoi no sólo se preguntaba por qué («¿Por qué vivo?»), sino también cómo («¿Cómo he de vivir? ¿Cómo regir mi vida?»), todo lo cual expresa una necesidad de valores, un conjunto de guías o principios indicativos acerca de cómo vivir.

La más conocida definición antropológica de valor es: «*Una concepción, explícita o implícita, que distingue a un individuo o caracteriza a un grupo, de lo que es "deseable", y que influye sobre la selección que el individuo lleva a cabo entre los distintos modos, medios y fines de la acción*»[3]. En otras palabras, los valores constituyen un código conforme al cual podemos formular un sistema de actuación, permitiéndonos así emplazar todos los posibles modos de conducta dentro de una jerarquía que nos faculta para evaluarlos y aprobarlos o desaprobarlos. Por ejemplo, si nuestro esquema de valores significativos hace hincapié en el servicio a los demás, podemos fácilmente desarrollar guías o valores que nos permitan valorar si «esta conducta es buena o es mala». En capítulos anteriores señalé que uno se crea a sí mismo por medio de una serie de decisiones activas. Pero uno no puede tomar *de novo* todas las decisiones a lo largo de toda la vida. Ciertas decisiones cardinales deben tomarse para que sirvan de principio organizador a todas las demás posteriores. De no ser así, una buena parte de la vida se consumiría en el torbellino de la toma de decisiones.

Los valores, además de proporcionar al individuo un esquema de acción personal, le permiten asociarse en grupos. Clyde Kluckholm afirma al respecto: «La vida social sería imposible sin ellos... Los

valores son un elemento de predecibilidad en la vida social»[4]. Los que pertenecen a determinada cultura comparten una concepción acerca de «cómo son las cosas» y, a partir de ella, pueden desarrollar un sistema común de creencias basado en «cómo deben hacerse las cosas». Las normas sociales emanan de un esquema de significado que tiene el consenso del grupo y proporciona la predecibilidad necesaria para la confianza y la cohesión social. Un sistema compartido de creencias no sólo indica a los individuos lo que deben hacer, sino también lo que probablemente harán los demás.

El significado de la vida y otras preocupaciones esenciales

Nuestras necesidades humanas de poseer un marco de referencia perceptivo general y un sistema de valores para basar nuestras acciones comunes, constituyen las razones «puras» por las cuales buscamos un significado en la vida. No obstante, la cuestión del significado suele ser bastante controvertida; se confunde con muchas otras cuestiones que no son el significado *per se.*

Regresemos por un momento a Tolstoi, quien solía plantearse: «¿Existe algún significado en mi vida que no se destruya por la muerte que, inevitablemente, me aguarda?»[5] «Todos mis actos, sean cuales fueren, se olvidarán tarde o temprano, y yo habré ya desaparecido. ¿Para qué, entonces, preocuparse por nada?»[6] Estas cuestiones no se refieren al significado, sino a preocupaciones por asuntos más trascendentales: ¿Dejaremos alguna huella de nuestro paso por el mundo? Si nos desvanecemos sin dejar rastro, ¿qué puede importar nuestra vida? Todo parece inútil, como se lamentaba Bertrand Russell: «La labor de todos los siglos, toda la devoción, toda la inspiración, toda la brillantez del genio humano, están destinados a la extinción en la vasta muerte del sistema solar, y el templo íntegro de las realizaciones humanas, ¿quedará inevitablemente enterrado bajo las ruinas del universo?»[7]

Ernest Becker aduce que nuestra «ambición universal» es la «prosperidad», es decir, la «experiencia continuada», y que la muerte es el enemigo principal con el que tenemos que luchar. Los seres humanos no sólo tratamos de trascenderla en las múltiples formas a las que me referí en la parte primera de este libro, sino también «haciendo que se nos tome en cuenta» o dejando detrás una huella de nuestro paso:

El hombre trasciende la muerte no sólo alimentando sus apetitos (es decir, en visiones simples y bienaventuradas del cielo), sino, *especialmente, encontrando un significado para su vida,* algún tipo de esquema más amplio del cual pueda pasar a formar parte... Es una expresión del deseo de vivir, el irrefrenable deseo de la criatura por dejar una huella, por generar una estela en el planeta donde ha vivido, crecido, trabajado, sufrido y muerto[8].

Dice Becker que este deseo de dejar tras de sí una huella de su paso por la vida, es una expresión del esfuerzo por trascender la muerte. El significado, en el sentido de haber dejado una huella en el mundo para la posteridad, parece derivarse del deseo de no perecer. Cuando Tolstoi se lamentaba de que no existía significado en su vida que no destruyese la inevitable muerte que le esperaba, lo que quería decir no era que la muerte destruyese los significados, sino que había fracasado en la tarea de encontrar un significado capaz de destruirla a ella.

Suponemos, con demasiada facilidad, que la muerte y el significado son enteramente interdependientes. Si todo ha de perecer, ¿qué sentido puede tener la vida? Si nuestro sistema solar se va a destruir a la postre, ¿para qué luchar por algo? Sin embargo, a pesar de que la muerte le añada al significado una dimensión, no van unidos entre sí. Aunque pudiéramos vivir eternamente, seguiríamos preocupándonos por los significados. ¿Y si las experiencias pasan a la memoria y después se desvanecen? ¿Qué efectos puede tener esto para el significado? Esta cuestión forma parte de la naturaleza de las experiencias. ¿Cómo podría ser de otra manera? Las experiencias son temporales y uno no puede existir fuera del tiempo. Cuando terminan, terminan, y nada puede hacerse por evitarlo. ¿Se desvanece el pasado? ¿Es cierto lo que dijo Schopenhauer acerca de que «lo que ha existido tiene una existencia tan precaria como aquello que nunca existió»? ¿Acaso no es «real» la memoria? Frankl asegura que el pasado no sólo es real, sino también permanente. Siente pena por el pesimista que desespera al observar que el calendario tiene cada vez menos páginas, y admira al hombre que salva cada una de las páginas sucesivas y reflexiona con regocijo sobre la rica experiencia que ha adquirido en cada una de esas páginas. Esta persona pensará: «En lugar de tener posibilidades, tengo realidades»[9].

Estamos hablando de juicios de valor, no de afirmaciones de hecho. No es cierto que, para que algo sea importante, debe durar para siempre o convertirse en otra cosa que dure eternamente. Efectivamente hay fines completos en sí mismos, sin tener que

buscarles otras justificaciones externas. Como dijo David Hume, en el siglo XVIII: «El progreso *ad infinitum* no es posible. Tampoco es cierto que se necesite siempre una razón para desear algo. *Algunas cosas son deseables por sí mismas,* por la armonía que existe entre ellas y los sentimientos y afectos humanos»[10]. Si no hubiera una finalidad completa en sí misma, si todo tuviera que justificarse mediante alguna causa externa, la cual, a su vez, tuviera también que justificarse, llegaríamos a una cadena de regresión y de justificaciones infinitas.

La angustia ante la muerte se suele disfrazar de carencia de sentido vital, pero también se confunden con ella la conciencia de la libertad y la del aislamiento. Concebir la existencia como parte de un diseño amplio que existe al exterior de uno mismo y dentro del cual se tiene asignado un papel, es una manera de negar la libertad y la responsabilidad por el diseño y la estructura de la propia vida y de evitar la angustia provocada por la falta de bases. El miedo a la soledad absoluta también lo impulsa a uno a buscar una identificación con algo o alguien. Formar parte de un grupo mayor o entregarse a una causa, son métodos eficaces para negar el aislamiento.

¿Es el significado de la vida un mecanismo cultural?

La cuestión del significado vital no sólo se confunde con las preocupaciones esenciales relativas a la muerte, la libertad y el aislamiento, sino que también es extraordinariamente difícil encontrarla fuera de las predisposiciones inherentes a una cultura en particular. Cierto corto cinematográfico puede ilustrarnos la cuestión; aparecía un grupo de turistas estadounidenses escuchando muy atentos las palabras de un monje tibetano de larga barba, en la cima de una empinada montaña: «¿Cuál es el propósito de la vida? ¡Si lo supiera, sería rico!».

El sesgo cultural de esta anécdota yace también en las aseveraciones que un eminente psiquiatra realiza sobre el significado de la vida:

Ningún ser humano puede estar creando y realizando algo en todo momento. Nadie puede tener un éxito continuo en todos los terrenos. Pero, el hecho de avanzar en la dirección adecuada; no tanto el haber realizado algo, sino el estarlo realizando; no tanto el haber llegado al refugio, sino estar caminando hacia el refugio; no el dormirse en los laureles, sino trabajar para

conseguir los laureles; el poner todas las facultades al servicio de lo más constructivo, productivo y creativo, éste es probablemente el sentido principal de la vida y la única respuesta a la neurosis existencial que incapacita los esfuerzos humanos y obnubila las mentes humanas[11].

Con esta misma convicción, Frankl define la «realización» o el «logro» como una categoría «obvia y evidente en sí misma» de la significación vital[12].

Pero, ¿resulta esto tan obvio? ¿Acaso luchar, crear, realizar o progresar forman parte de la existencia, de los estratos más profundos de la motivación humana? Ciertamente, no. En nuestra propia cultura, hubo otras épocas en las que la lucha por conseguir una meta no se aceptaba en absoluto como un medio autorizado para obtener un significado vital. Cierta inscripción sobre un cuadrante solar muy antiguo dice: *Horas non numero nisi serena* («Las horas no cuentan si no son serenas».) Fromm observa que la ambición del hombre por lograr la fama y las realizaciones imperecederas ha sido una constante desde el renacimiento hasta nuestros días, no así en la época medieval. Así, en el norte de Europa, fue en el siglo XVI cuando apareció el anhelo obsesivo por el trabajo[13]. La fe en el «progreso», en que la civilización se dirigía inexorablemente en la dirección deseada, constituye otra creencia relativamente reciente, que no tomó forma hasta fines del siglo XVII.

Otras culturas contemporáneas están reñidas con el sentido de la vida orientado hacia las realizaciones, además de con el concepto mismo de «un propósito en la vida». Uno de los más lúcidos portavoces de esta posición fue D. T. Suzuki, el maestro de budismo zen. En un espléndido ensayo[14], Suzuki ilustra las dos posturas opuestas ante la vida comparando dos poemas. El primero, un *haiku* del siglo XVII escrito por Basho, dice así:

Si observo atentamente
veo la nazuma floreciendo
¡Junto al seto!

Leamos el segundo, de Tennyson:

Flor que brotas en la grieta del muro,
te arranco de la grieta;
y te tengo, con raíz y todo, en mi mano.
¡Florecilla! Si pudiera comprender

lo que tú representas, con raíz y todo,
sabría lo que es Dios y el hombre.

En el *haiku,* Basho observa atentamente la nazuma (una planta sencilla, modesta y casi insignificante) que florece junto al seto. El *haiku* expresa (aunque, según Suzuki, su sutileza se ha perdido en la traducción) una relación tierna, humilde, cercana y armoniosa con la naturaleza. Basho se halla sereno, lleno de sentimientos, pero deja que las dos últimas sílabas expresen lo que siente (esto, en japonés, se llama *kana*, algo así como un signo de admiración).

Tennyson se muestra elocuente y activo. Arranca la flor, la separa de la naturaleza «con su raíz y todo» (lo que significa que la planta morirá) y la examina de cerca. Intenta analizar y comprender la flor; se mantiene alejado de ella de una manera objetiva y científica. Usa la flor para llegar a conocer otra cosa. Convierte su encuentro con la flor en conocimiento y, a la postre, en poder.

Suzuki afirma que este contraste ilustra las actitudes de Oriente y Occidente hacia la naturaleza e, indirectamente, hacia la vida. El occidental es analítico y objetivo, e intenta comprender la naturaleza diseccionándola, subyugándola y, finalmente, utilizándola. El oriental es subjetivo, integrador, totalizador, y no intenta analizar y dominar la naturaleza, sino vivirla y armonizar con ella. Por tanto, el contraste se establece entre una actitud que busca la actividad y otra que procura la armonía y la unión. A menudo se expresa este contraste con la diferencia entre los términos «hacer» y «ser».

Si salimos por un momento de nuestras estructuras contemporáneas y miramos hacia atrás, veremos que nuestra postura hacia «el propósito» ha experimentado una evolución gradual. Los primeros cristianos concedían más valor a la contemplación que a todo lo demás. Recordemos las palabras de Cristo: «Las aves del cielo no siembran ni siegan ni recogen en graneros; sin embargo, vuestro Padre celestial las alimenta»[15]. O bien: «Observemos cómo crecen los lirios en el campo; no se afanan ni hilan»[16]. Los primeros cristianos veían el trabajo y la riqueza no como metas que es necesario perseguir, sino como obstáculos que estorbaban a la mente y que nos hacen perder el tiempo necesario para el servicio de Dios. En los primeros monasterios, los hermanos laicos efectuaban los trabajos manuales; la expresión artística (como la ilustración de los manuscritos) ocupaba un puesto jerárquico más elevado, y la contemplación se consideraba la tarea más sagrada. Esta jerarquización está claramente repre-

sentada en las esculturas de piedra que adornan las fachadas de las catedrales románicas.

A finales de la edad media, los seres humanos comenzaron a anhelar conocer las leyes de la naturaleza y controlar el mundo físico. Uno de los temas centrales de la astrología del siglo XIII era: «El sabio dominará las estrellas.» El renacentista asumió claramente un papel activo hacia el mundo. Hombres como Leonardo da Vinci, Giordano Bruno y Benvenuto Cellini creían que el mundo debía transformarse continuamente, y rescataron el concepto del trabajo (y de la artesanía) del olvido en el que había caído.

En el siglo XVI, Juan Calvino propuso un sistema teológico que, desde entonces, ha ejercido una enorme influencia sobre las actitudes que prevalecen en el Occidente sobre el propósito de la vida. Calvino creía que los humanos estaban predestinados por la gracia de Dios para salvarse o condenarse. Los elegidos sabían intuitivamente si estaban predestinados a la salvación y, de acuerdo con los designios de Dios, participaban activamente en todas las cuestiones mundanas. De hecho, el mismo Calvino afirmó que uno de los signos de que una persona era elegida de Dios era precisamente su éxito material. Así, los condenados fracasaban en este aspecto.

La tradición puritana, bajo la influencia de Calvino, y de la cual todavía no nos hemos desprendido, concedía un gran valor al sacrificio, al trabajo arduo, a la ambición y a la alta posición social. El trabajo se consideraba un don divino, mientras que las manos ociosas eran cosa del diablo. Una nación era como un bote de remos; cada persona formaba parte de la tripulación y tenía que mover sus propios remos[17]. Si uno no remaba, se convertía en parásito de los demás, en un peso muerto. Esta moral funcionó sin problemas mientras duró la vitalidad económica de la juventud y el desarrollo de los Estados Unidos. Pero, a medida que se acumulaba un número creciente de individuos que se sentían inferiores a la norma, fueron apareciendo sentimientos tales como el de culpa y desprecio por uno mismo.

De este modo, el mundo occidental ha adoptado insidiosamente una concepción del mundo según la cual hay un «fin», un resultado del propio esfuerzo. Uno lucha por una meta; los esfuerzos personales deben tener un desenlace, igual que un sermón tiene una moraleja y un cuento un final satisfactorio. Todo es una preparación para otra cosa que debe venir después. William Butler Yeats no era en absoluto ajeno a la cuestión: «Cuando pienso en todos los libros que he leído, en todas las palabras sabias que he escuchado, en la angustia que

sentían mis padres... en las esperanzas que he tenido, y peso mi vida en la balanza, me parece que toda mi vida ha sido *una preparación para algo que nunca sucede*»[18].

Si se nos permite, emplearemos un lenguaje metafórico para comparar y presentar esta concepción del mundo occidental: en una composición musical, podemos establecer una distinción entre los pasajes con calidad de «introducción» (o «preparación») y los de «exhibición» (o «realización»)[19]. En Occidente solemos contemplar las actividades de nuestra vida de la misma manera: el pasado y el presente constituyen una preparación para lo que vendrá. Pero, ¿qué es lo que vendrá? Si no creemos en un sistema inmortal, caemos en el sentimiento de que la vida es una simple preparación, sin llegar nunca a la «exhibición». De este sentimiento se desprenden fácilmente las nociones de «inutilidad de uno mismo» y de «carencia de sentido vital».

Sin embargo, hay que recordar que el arte no es la vida. La vida no nos permite, como el arte, establecer una distinción y un balance entre los elementos de «preparación» y «exhibición». La creencia de que la vida está incompleta sin la realización de una meta, es un hecho existencial trágico y, además, un mito occidental, un mecanismo cultural. El mundo oriental nunca ha afirmado que exista una «finalidad» en la vida, ni cree que éste sea un problema por resolver. En cambio, cree que la vida es un misterio que hay que vivir. El sabio hindú Bhaqway Shree Rajneesh escribe: «La existencia no tiene una meta. Es simplemente un viaje. El viaje por la vida es tan bello, que ¿a quién le importa el destino?[20] La vida sucede y nosotros nos vemos lanzados a ella; no requiere ninguna razón ni justificación.»

Estrategias psicoterapéuticas

Empecé este capítulo diciendo que el terapeuta debe dar un primer paso muy importante: reformular la queja del paciente que afirma carecer de un sentido para su vida, con el fin de descubrir la presencia de elementos «contaminantes». La falta de sentido puede constituir un «símbolo» de la angustia asociada con la muerte, con la carencia de fundamento o con el aislamiento; por lo que el terapeuta debe tener buen cuidado de analizar y tratar estas preocupaciones siguiendo las directrices señaladas en los capítulos iniciales. Debe mantener una perspectiva libre de toda contaminación cultural, haciéndole ver al

paciente que el «significado» es relativo. La actitud de que no vale la pena vivir sin un propósito claro, es una fórmula basada en elementos culturales arbitrarios.

¿De qué otras opciones técnicas dispone el terapeuta? Haré un repaso de la literatura existente sobre el tema de la carencia de sentido vital desde el punto de vista clínico, pero debo advertir que esta literatura es casi nula. Aparte de unas cuantas notas clínicas, en las que se describen algunas técnicas superficiales a base de exhortación, y algunas ideas de Frankl, no existe otro material al respecto.

¿Por qué? Tal vez debido a que la carencia de sentido vital está constituida frecuentemente por elementos aleatorios (no esenciales). O, tal vez, este síntoma sea tan engañoso, que impide el desarrollo de técnicas eficaces. Por consiguiente, es muy probable que el terapeuta haya aprendido a desatender selectivamente la cuestión y a identificar sólo aquellos problemas que puede resolver. De ser así, esto resultaría descorazonador; aunque ofrezca una buena oportunidad a aquellos clínicos que buscan un propósito para sus investigaciones clínicas. Este capítulo reune una gran variedad de reflexiones sobre el problema de la carencia de sentido vital, con la intención de crear un telón de fondo para que el terapeuta aporte soluciones nuevas y creativas a un problema tan antiguo.

La «sincronización» del terapeuta

Cuando el terapeuta se enfrenta a conflictos relacionados con las preocupaciones por la muerte, la libertad o el aislamiento, lo primero que hace es «mentalizarse» del problema. Lo mismo debe hacer con respecto a la carencia de sentido vital: tiene que aumentar su sensibilidad, escuchar con más atención, ser más consciente de la importancia que posee el significado en la vida de las personas. Para muchos pacientes, no se trata de un problema crucial, pues sus vidas parecen tener suficientes significados. Pero, como otros experimentan sentimientos profundos de falta de significación, los terapeutas deben ponerse en sintonía con el significado, pensar en el enfoque general y en la dirección de la vida del paciente. ¿Está logrando el paciente trascender la simple monotonía de la supervivencia? He tratado a muchos adultos jóvenes que vivían sumergidos en el típico estilo de vida californiana para solteros, que consiste en una cadena de sensualidad, sexo, prestigio y metas materialistas. Pero mi

experiencia me ha enseñado que para que la terapia tenga éxito, es necesario hacer que el paciente enfoque su vida más allá de los mencionados objetivos.

¿Cómo lograrlo? ¿Cómo puede el terapeuta conseguir esa reorientación? Si éste posee una gran sensibilidad para percibir estas cuestiones, el paciente podrá poco a poco adquirir una sensibilidad similar, a base de indicios. De manera explícita e implícita, el terapeuta puede expresar curiosidad acerca del sistema de creencias del paciente, analizar si ama a otras personas, preguntarle por sus esperanzas y metas a largo plazo, explorar sus intereses y sus objetivos creativos. En este sentido, he obtenido resultados muy satisfactorios efectuando un registro detallado de los esfuerzos que ha hecho el paciente por expresar su creatividad.

Todas estas actividades forman parte de la vida del paciente. Para valorarse uno mismo, tiene que aprender a identificar y valorar estos hechos. Para «cuidar» al paciente, el terapeuta debe conocerle lo más profundamente que le sea posible; conocer, entre otras cosas, sus búsquedas de significado y de actividades que proporcionen a su vez un significado. Me acuerdo de un ingeniero joven, un individuo extraordinariamente aislado, que trabajaba en solitario durante el día, recreándose por las noches y en los fines de semana con su ordenador privado. Me resultó muy difícil relacionarme con él. Era restrictivo, carente de vida, inexorablemente aburrido; para mí era como un ratoncillo de laboratorio que venía a husmear en mi consultorio. Mi meta era lograr que volara en pedazos el condenado ordenador y que se relacionara con algunas personas. Pero parecíamos encontrarnos en un callejón sin salida: como yo no sentía deseos de tratarle, no podía sacarle de sus costumbres solitarias. Por fin, empecé a preguntarle qué era lo que hacía cada noche con su ordenador. Pero él no quería decírmelo, pues se sentía culpable de estos juegos solitarios, secretos e interminables que, durante casi toda su vida, habían sido un símbolo de su incapacidad para relacionarse con otras personas. No obstante, tras muchos esfuerzos, consiguió abrirse, y pasó dos horas describiéndome sus juegos con todo lujo de detalles. Estas sesiones cambiaron por completo nuestro enfoque de la terapia. Ambos nos dimos cuenta de que sus juegos «sin sentido» constituían en realidad una forma importante de expresión creativa, y no simplemente una actividad sublimada o sustitutiva. Como resultado de este descubrimiento compartido, nuestra relación se hizo más estrecha y él se mostró dispuesto a confiarme otros secretos importantes de su vida.

Poco a poco, le ayudé a integrar a algunas otras personas en su vida, no para reemplazar su trabajo creativo, sino para participar en él y para que pudiera compartir con otros sus actividades.

Derreflexión

Antes me he referido a la sentencia de Frankl de que la «felicidad no puede perseguirse; sucede o no sucede». Cuanto más busquemos deliberadamente una satisfacción, más se nos escapará. Cuanto más logremos realizar un significado trascendente, más felicidad obtendremos. El terapeuta debe ayudar a sus pacientes a considerar otra cosa aparte de sí mismos. Frankl describe una técnica específica —la derreflexión— que, en principio, se basa en lograr que el paciente desvíe la atención de su disforia, de la fuente de su neurosis, y se concentre en las partes intactas de su personalidad y en los significados que el mundo puede ofrecerle.

La técnica de la derreflexión, tal como la describió Frankl, es muy simple: consiste en decirle al paciente que deje de enfocarse a sí mismo y busque un significado que le trascienda. Transcribamos una descripción que él mismo efectúa de una entrevista que mantuvo con una paciente esquizofrénica de diecinueve años:

Frankl: Ahora se encuentra en una situación en la que la reconstrucción de su vida anterior parece el siguiente paso. Pero uno no puede reconstruir la propia vida sin tener una meta vital, algo que le sirva a uno de reto.

Paciente: Comprendo lo que me dice. Pero lo que me intriga es saber qué está pasando en mi interior.

Frankl: No se analice. No trate de hallar la razón de su problema. Deje que eso se lo resolvamos nosotros. Actuaremos de pilotos para atravesar la crisis. ¿Es que no existe alguna meta que le atraiga, como, por ejemplo, una realización artística? ¿No hay, en su interior, algo que esté fermentando, obras artísticas vagas y diseños aún no plasmados que esperan a que usted los cree? Piense en esto.

Paciente: Pero todo este torbellino...

Frank: No.preste atención a su torbellino interior. Piense en lo que la aguarda. Lo que importa no es lo que está oculto en su pasado, sino lo que la espera en el futuro para que usted lo realice. Sé que hay una crisis nerviosa que la preocupa, pero derramemos aceite sobre las aguas revueltas. Ése es nuestro trabajo como médicos. Deje los problemas para los psiquiatras. En todo caso, no se observe, no se pregunte qué es lo que hay en su interior, sino, más bien, lo que la espera para que usted lo realice.

Paciente: ¿Pero cuál es la causa de mi trastorno?

Frankl: No se plantee preguntas como ésta. No importa cuál ha sido el proceso patológico de su afección psicológica, nosotros la curaremos. Por tanto, deje de preocuparse por el extraño sentimiento que la persigue. No le preste atención hasta que la curemos. No le preste atención. No luche en contra[21].

En el caso del paciente que está demasiado concentrado en sí mismo, Frankl cree que la búsqueda de las causas de su angustia generalmente agrava el problema, y que, a la larga, es contraproducente, pues contribuye a que el paciente se absorba *aún más* en sí mismo. En dichos casos, Frankl recomienda que el terapeuta asuma la posición (y se la transmita al paciente) de que, debido a factores irreversibles (como, por ejemplo, la historia familiar, la angustia transmitida genéticamente, el desequilibrio genético del sistema autónomo, y así sucesivamente), el paciente está predestinado a experimentar una gran angustia básica, ante lo cual poco puede hacerse, excepto tomar medicamentos y otros recursos parecidos. Después, se debe enfocar la atención hacia las actitudes que el paciente tiene con respecto a su situación y hacia el descubrimiento de sus significados[22].

La técnica terapéutica que acabo de ilustrar en el ejemplo anterior sería demasiado autoritaria e inaceptable, y, especialmente en nuestros días, se consideraría ineficaz. No hay duda de que se trata de un artilugio cultural: el ciudadano vienés medio será mucho más propenso, de acuerdo con la tradición, a reverenciar los títulos y los conocimientos profesionales. Pero existe todavía otro problema: la apelación a la autoridad («nosotros, los médicos, le serviremos de pilotos mientras dure la crisis») es, en última instancia, un elemento que socava el crecimiento personal, porque bloquea el camino a la conciencia de uno mismo y a la toma de responsabilidad.

La opinión de Frankl, sin embargo, continúa siendo válida: es sumamente importante, algunas veces, desviar la atención que el paciente tiene sobre sí mismo, para que se fije en otros. El terapeuta tiene que encontrar la manera de conseguir que experimente curiosidad y preocupación por otros. En este sentido, el grupo terapéutico resulta muy útil. Las tendencias narcisistas de las personas que viven absortas en sí mismas aparecen claramente en el grupo, y su dinámica pone de manifiesto el patrón de conducta que consiste en «tomar sin dar nada a cambio». Los terapeutas pueden pedir a los pacientes que

expresen cómo se sienten los demás en un momento dado, y pueden entrenar a los pacientes para que aprendan, en la práctica, una forma no estructurada de brindar simpatía a los demás. En grupos de pacientes muy enfermos, y en concreto en el caso de los que presentan una gran concentración en sus propios problemas, he procurado introducirlos en el grupo para que expresen su inquietud por los problemas de los demás.

La percepción del significado

Según Frankl, la tarea del terapeuta es establecer un patrón coherente, o una *Gestalt* de significado, que integre los acontecimientos trágicos de la vida. Como se observará con el siguiente ejemplo del propio Frankl, el terapeuta requiere una dosis bastante grande de ingenio. Uno de sus pacientes era un médico muy deprimido porque no podía superar la muerte de su esposa, acaecida hacía dos años:

> ¿Cómo podría ayudarle? ¿Qué podría decirle? Me abstuve de decirle nada y me limité a enfrentarle con la siguiente pregunta: «¿Qué hubiera sucedido si usted hubiera muerto antes que su esposa?» Ésta fue su respuesta: «¡Oh! Esto hubiera sido terrible para ella. ¡Cuánto habría sufrido!» Entonces yo le dije: «Pues ella no ha tenido que pasar por ese sufrimiento, y es usted quien se lo ha ahorrado. Pero ahora tiene que pagar por ello, sobreviviendo y lamentando su muerte.» No dijo nada más, pero me apretó la mano y abandonó mi consultorio con tranquilidad[23].

Tomemos otro de sus ejemplos sobre cómo ayuda a los pacientes a descubrir su significado en la vida. El paciente es una mujer de ochenta años, en vísperas de morir víctima de un cáncer, que se encontraba profundamente deprimida y angustiada por el sentimiento de su propia inutilidad:

> Frankl: ¿Qué opina de su vida pasada? ¿Ha valido la pena vivir?
> Paciente: Bueno... tengo que reconocer que he vivido bien. Mi vida ha sido realmente agradable. Debo dar gracias al Señor por todo lo que he disfrutado: he podido asistir a teatros, conciertos, etc.
> Frankl: Habla usted de experiencias maravillosas; pero todas ellas se acabarán ahora, ¿verdad?
> Paciente (pensativa): Pues sí, ahora acaba todo...
> Frankl: Bien. ¿Cree que todas esas cosas maravillosas de su vida han

> quedado invalidadas y aniquiladas ahora que se acerca su fin? (Ella sabía que esto era cierto.)
> Paciente (más pensativa aún): Todas esas cosas maravillosas...
> Frankl: Pero, ¿Cree que alguien puede eliminar, por ejemplo, la felicidad que usted ha experimentado? ¿Puede alguien borrarla?
> Paciente (mirándome de frente): Tiene usted razón, doctor. ¡Nadie puede borrarla!
> Frankl: ¿Y puede alguien borrar toda la bondad con la que usted ha tropezado en su vida?
> Paciente (cada vez más emocionada): ¡Nadie puede borrarla!
> Frankl: Lo que ha logrado usted y realizado...
> Paciente: ¡Nadie puede borrarlo!
> Frankl: Y todo lo que ha sufrido usted con tanta fortaleza, ¿puede alguien eliminarlo?
> Paciente (llorando): ¡Nadie puede eliminarlo! (Al cabo de unos segundos): Es verdad que he tenido que sufrir mucho. Pero he procurado ser valiente y firme ante los golpes de la vida. ¿Sabe? Consideraba que mi sufrimiento era un castigo. Yo creo en Dios.
> Frankl: Pero, ¿no es cierto que el sufrimiento puede ser también un reto? ¿Acaso no es posible imaginar que Dios quiso ver hasta qué punto Anastasia podía soportarlo, y que, finalmente, tuvo que admitir: «Sí, lo aceptó con gran valentía»? Ahora, dígame, ¿puede alguien borrar toda esa realización y todo ese logro?
> Paciente: Estoy segura de que nadie puede borrarlo.
> Frankl: Lo que cuenta en la vida es realizar y conseguir algo. Esto es precisamente lo que usted ha logrado: ha extraído el mejor provecho posible de su sufrimiento; se ha convertido en un ejemplo para nuestros pacientes. La felicito por este logro y por esta realización, y también felicito a sus compañeros de habitación, por haber tenido la oportunidad de contemplar un ejemplo semejante[24].

Frankl añade que esta entrevista contribuyó a aumentar el sentido que tenía la paciente de los significados vitales, y que, durante el resto de tiempo (una semana) que vivió, disminuyó su depresión y murió llena de orgullo y de fe.

Terry Zuehlke y John Watkins nos informan sobre su experiencia con doce pacientes moribundos. Tras un enfoque clínico similar, en el que hizo idéntico hincapié en el significado de la vida[25], les aplicaron la Prueba del propósito de la vida (PIL) antes y después de la terapia y registraron un aumento significativo en los propósitos vitales.

¿Qué tipo de significado se ayuda al paciente a encontrar? Frankl pone mucho énfasis en que los significados de cada paciente son únicos, pero, como hemos visto en sus transcripciones, no se arredra a

la hora de suministrar al paciente un significado previamente formado. Los significados que les proporciona se basan en la tríada de categorías que describí al comienzo de este capítulo: la realización creadora, la experiencia y las actitudes hacia el sufrimiento. Cuando habla de la realización creadora o de la experiencia, concede especial importancia a la permanencia del pasado: las realizaciones y las experiencias se registran para siempre. Cuando todos los demás significados han quedado eclipsados por una gran tragedia o un gran sufrimiento en el momento presente, la persona puede hallar un significado para su vida asumiendo una actitud heroica hacia la propia suerte. Esta actitud puede servir de modelo inspirador a otras personas: los niños, los parientes, los amigos, los alumnos y los demás pacientes de la sala del hospital. La aceptación del sufrimiento inevitable puede considerarse también como una aceptación de la voluntad de Dios, de quien emana el sufrimiento. O, por último, la actitud heroica de una persona hacia el propio destino posee un significado que podría compararse a lo que Camus denominaba «la rebelión del orgullo»: respuesta final del ser humano ante el absurdo.

La técnica terapéutica de Frankl que se desprende de estos dos ejemplos, muy representativos de su enfoque técnico, resulta problemática, y las razones son las mismas que se pueden aplicar a su enfoque de la derreflexión. De una manera autoritaria, ofrece al paciente un significado. Pero, al hacerlo, ¿acaso no aparta al paciente aún más del momento de asumir su plena autonomía personal? Esto mismo se observa al examinar los casos de otros terapeutas que enfocan su terapia en el significado de la vida.

Por ejemplo, Jung informa de un caso en el que le sugiere a su paciente, de una manera explícita, un esquema de significación para su vida[26]. La paciente era una joven judía, muy liberada y culta, que padecía de una neurosis de angustia bastante grave. Al investigar sobre sus antecedentes familiares, Jung se enteró de que el abuelo de la chica había sido un rabino al que se consideraba un *zaddik,* un ser que había experimentado una visión profética. También supo que ella y su padre se habían burlado siempre de este disparate. Cuando Jung creyó haber comprendido el origen de su neurosis, le dijo: «Voy a decirle algo que tal vez le cueste aceptar. Su abuelo era un *zaddik*... Su padre traicionó este secreto y le volvió la espalda a Dios. Si padece esta neurosis, es porque el temor de Dios se ha apoderado de usted.» En palabras de Jung, esta interpretación tuvo la misma fuerza que «si un rayo la hubiera herido en la cabeza».

Esa misma noche, tuvo el sueño siguiente: «Se estaba celebrando una recepción en mi casa y, de pronto, esta muchacha (la paciente) apareció allí. Se acercó y me preguntó: «¿Tiene un paraguas? ¡Llueve muchísimo! Encontré uno; se lo entregué de rodillas, como si ella fuera una diosa.»

Su sueño le reveló que esta paciente no era una chica superficial, que llevaba algo muy importante dentro de sí. No obstante, su vida estaba dedicada a los devaneos sexuales y al materialismo. Era incapaz de expresar el rasgo más esencial de su naturaleza: «en realidad, era hija de Dios, y su destino era cumplir Su voluntad secreta.» Jung le contó su sueño a la paciente (como era su costumbre), así como su interpretación. Una semana más tarde «había desaparecido la neurosis». (Es bastante raro que Jung informe de un caso tan breve de psicoterapia en el que haya logrado un éxito total.)

Peter Koestenbaum aporta otro ejemplo de un terapeuta que dirige al paciente hacia un propósito específico[27]. Éste, de unos treinta años, tenía un profundo sentimiento de su poca valía y una escasa identidad personal, como resultado de la negligencia de sus padres durante sus años de formación. Presentaba una amnesia casi total con respecto a su vida anterior a los ocho años y, durante la terapia, se lamentaba sin cesar de su infancia perdida. El terapeuta intuyó que la única manera de que el paciente recreara su infancia perdida y se definiese nuevamente a sí mismo como persona con una infancia, era comprometiéndose con un niño. Como había decidido, junto con su esposa, no tener hijos, el terapeuta y él trazaron un plan de trabajo en una organización de ayuda a la infancia. El resultado, según Koestenbaum, fue muy beneficioso: el contacto con un niño le ayudó a contemplar su pasado de una manera diferente. Un año después, el paciente y su esposa decidieron tener un hijo, y la terapia se dio por finalizada.

El significado programado

James Crumbaugh informa de un programa sistemático de dos semanas de logoterapia[1*] «de choque» para alcohólicos, en el cual

1*. Tal como señalé en el capítulo X, la «logoterapia» es el término que utiliza Frankl para designar su enfoque psicoterapéutico destinado a ayudar al paciente a recuperar el sentido de su vida. Existe una *Logotherapy Journal,* un boletín sobre

ensayó un sistema menos autoritario para proporcionar significados a los pacientes[31]. Crumbaugh parte del supuesto de que, para que uno sea capaz de encontrar un patrón coherente en las situaciones vitales complejas, es necesario que perciba los detalles y hechos de una manera amplia y que vuelva a combinar los datos para formar una nueva *gestalt*. En consecuencia, el programa «de choque» tiende a ampliar la conciencia perceptiva y a estimular la imaginación creadora.

El programa para la expansión de la conciencia perceptiva incluía ejercicios con estímulos visuales (por ejemplo, al sujeto se le mostraban las láminas de Rorschach y algunas escenas marinas, para que, posteriormente, tratara de recordar los detalles). El programa de imaginación creativa consistía en contemplar un paisaje que aparecía en una pantalla, proyectarse uno mismo al paisaje y relacionar éste con algún deseo basado en las experiencias pasadas del individuo.

La prueba PIL, que se aplicó a los pacientes dos semanas después, mostró un aumento en las calificaciones correspondientes al propósito en la vida. No obstante, como el período de seguimiento fue inadecuado, no podemos asegurarnos de los resultados específicos.

---

logoterapia (con el lema de «salud a través del significado»), un Instituto de logoterapia y varias pruebas psicológicas[28] para su empleo en logoterapia. Sin embargo, tal como he dicho anteriormente, según mi opinión, no existe un sistema logoterapéutico coherente. La logoterapia es un conjunto de intentos improvisados para ayudar al paciente a detectar sus significados. Los manuales de logoterapia describen dos técnicas básicas: la primera, llamada derreflexión la he descrito ya; la segunda se llama «intención paradójica»[29] y consiste básicamente en una técnica de «prescripción de síntomas», en la que al paciente se le pide que experimente y exagere sus síntomas. De este modo, al tartamudo se le pide que exagere intencionalmente su síntoma, al paciente fóbico que viva su fobia de una manera hipertrofiada, al paciente obsesivo que hiperbolice su obsesión y al jugador compulsivo que pierda dinero intencionadamente. La intención paradójica es una técnica interesante, que Frankl describió por primera vez en mil novecientos treinta y ocho y que se anticipó a una técnica similar de prescripción de síntomas y paradojas, utilizada por la escuela de Milton Erickson, Jay Haley, Don Jackson y Paul Watzlawick[30]. Hay algunas pruebas de que se trata de una terapia corta bastante efectiva. Sin embargo no puedo convencerme de que se relacione específicamente con el significado de la vida. La intención paradójica ayuda a los pacientes a distanciarse de sus síntomas, a contemplarse de una manera desapasionada y hasta humorística y, sobre todo, les permite darse cuenta de que pueden influir, y hasta crear, sus síntomas. En la medida en que la intención paradójica le permite a uno asumir la responsabilidad por los propios síntomas, puede considerarse que forma parte de los dominios de la terapia existencial; pero en todo caso, la función que cumple como técnica destinada a proporcionar significado es, en el mejor de los casos, oscura.

En otras palabras, ¿cuáles de los estímulos del curso intensivo habían provocado qué resultados? El salto ilativo que, por un lado, hay que dar entre la percepción visual y la imaginación creativa, y la percepción de un esquema de significado vital, por el otro, es muy grande y puede parecer increíble; si se confirman los resultados, se podría llegar a un análisis más detallado de este procedimiento.

El hecho de comprometerse constituye la principal respuesta terapéutica ante la carencia de sentido vital

Regresemos por un momento a la nota de suicidio con la que abrimos el capítulo X. Sabemos muy poco acerca del hombre que la escribió, pero sí sabemos esto: este hombre no estaba *en* la vida, se había apartado de ella hasta el extremo de que la actividad y las experiencias de los seres humanos le parecían insignificantes y absurdas. Recordemos también el personaje de los ladrillos, que se distancia de sus compañeros al preguntarse por qué los carga.

Hay algo básicamente nocivo en el proceso de rezagarse con respecto a la vida. Cuando damos un paso fuera de ella y nos convertimos en espectadores lejanos, las cosas dejan de importarnos. Desde este plano de observación, que los filósofos llaman la perspectiva «galáctica»[32] o el «ojo de la nebulosa»[33] o la perspectiva «cósmica» o «global»[34], nosotros y nuestros semejantes nos convertimos en criaturas triviales y estúpidas. Nos transformamos en una de las innumerables formas de la vida. Las actividades vitales se nos antojan absurdas, y los momentos más felices y fértiles que hemos vivido parecen perderse en una inmensa extensión. Nos sentimos especímenes microscópicos y tenemos la sensación de que toda la vida representa tan sólo un punto en el tiempo cósmico.

La perspectiva galáctica presenta un gran problema a los terapeutas. Por una parte, todo parece perfectamente lógico. Después de todo, la capacidad para ser consciente de uno mismo, para salirse fuera de uno mismo y para contemplarse desde una cierta distancia, constituye uno de los atributos humanos más apreciados. Es lo que convierte a uno en humano. En la mayor parte de las situaciones, una perspectiva más amplia proporciona al observador una mayor objetividad; sin embargo, esta perspectiva en particular despoja a la vida de su vitalidad. El que la adopta durante períodos prolongados se desalienta, y el vivir inmerso en ella puede resultar letal.

La tradición del pesimismo filosófico, por ejemplo, es un derivado natural de la concepción del «ojo de la nebulosa». Durante el siglo XIX, su principal portavoz, Schopenhauer, contempló la temporalidad desde una distancia tal, que llegó a la conclusión de que no tiene ningún sentido luchar para conseguir alguna meta que, desde la perspectiva galáctica, se desvanece en un instante. De este modo, la felicidad y las metas son inalcanzables, porque son fantasmas del futuro o partes del pasado que se desvanece. Lógicamente, llegó a la conclusión de que: «Nada justifica nuestra lucha ni nuestro esfuerzo... Todas las cosas buenas no son sino vanidad; el mundo entero es una bancarrota, como un negocio que no cubre sus propios gastos»[35].

¿Qué puede hacerse? ¿Qué puede ofrecer el terapeuta para contrarrestar los efectos nocivos de la perspectiva galáctica? En primer lugar, hay algunas inconsistencias lógicas en el argumento según el cual la concepción del ojo de la nebulosa lleva necesariamente a la posición de Schopenhauer de que «nada importa y, puesto que nada importa, no vale la pena vivir». Para empezar, si nada importa, tampoco importa que nada importe. En un profundo ensayo sobre el absurdo, Thomas Nagel afirma, con una suprema sencillez, que el absurdo generado en el enfoque galáctico no es un desastre *prima facie* y no tiene por qué causar tal aflicción[36]. La capacidad para asumir la perspectiva del ojo de la nebulosa, según Nagel, es uno de los rasgos más avanzados, refinados e interesantes, y no produce sufrimientos si no es de una manera deliberada. El hecho de concederle demasiada importancia indica una incapacidad para apreciar la insignificancia cósmica de la situación. Nagel sugiere que el verdadero aprecio de la perspectiva galáctica, junto con el conocimiento de las ventajas inherentes a ella, debería permitirnos regresar a nuestra vida absurda «con una sensación refrescante de ironía» en lugar de un sentimiento de desesperación.

Otro hecho que los terapeutas deben tener en cuenta es que, por debajo de la desesperación que produce el «no importar» de la concepción galáctica, existe un sentimiento real de que sí importa. Así, aunque Schopenhauer llegara a la conclusión de que nada importa y de que «nada vale nuestra lucha», eran muchas cosas las que le importaban a él. Le importaba convencer a los demás de que las cosas no importaban, oponerse al sistema de pensamiento de Hegel, continuar escribiendo hasta el final de su vida y filosofar en lugar de suicidarse. Hasta al hombre que escribió la nota de suicidio le

importaban las cosas: le importaba comprender la condición humana y comunicar sus conclusiones a los demás. Si me hubiera pedido ayuda antes de suicidarse, hubiera tratado de comunicarme con esa parte de él en la que las cosas de la vida le «importaban».

Kent Bach sugiere otro antídoto para contrarrestar los efectos de la perspectiva galáctica. Téngase en cuenta que, aunque esa perspectiva socava el significado vital, no lo hace en términos absolutos; más bien hace que las cosas pierdan su sentido *sólo cuando uno las contempla desde una perspectiva cósmica*[37]. Esos períodos forman parte de la vida de la persona, pero sólo parte. La falta de sentido vital forma parte de la experiencia y, aunque parece restar significado a todo el pasado, el futuro y el presente, *sólo puede hacerlo cuando contemplamos nuestras vidas desde la perspectiva galáctica.* «El significado» es aquello que necesita algo para ser importante, sólo cuando la persona se encuentra en esa perspectiva. En otros momentos, las cosas importan porque importan. Las cosas nos importan de continuo. A mí me importa comunicar estas ideas de la forma más clara posible. En otros momentos, hay otras cosas que me importan: relaciones, tenis, lecturas, ajedrez, conversaciones. ¿Acaso el hecho de que estas actividades no cuenten desde el punto de vista de la perspectiva galáctica y de que no se junten para formar una unidad integral, las despoja de su capacidad para importarme? Cuando las cosas importan, ¡no necesitan un significado para importar!

El concepto tiene implicaciones terapéuticas inmediatas: el terapeuta debe ayudar al paciente a comprender que las dudas comunes y cotidianas (o la adopción de un nuevo esquema de significados) no tienen por qué afectar a la realidad de las cosas que a uno le importan. Recuerdo el caso de tres pacientes. La primera había sido monja durante veinticinco años, pero luego, tras perder la fe, había abandonado la orden. La depresión y el sentido de anomía aumentaban por su creencia de que había «vivido una mentira» durante casi toda su vida adulta. Otra paciente, a la edad de cincuenta y cinco años, empezó a escribir poesía y descubrió que tenía un enorme talento. Yo la traté cuando tenía sesenta años y con un cáncer muy avanzado. Estaba profundamente amargada por el hecho de que había «desperdiciado» la mayor parte de su vida viviendo como esposa de un granjero, criando hijos, lavando platos y recogiendo patatas, actividades que no tenían nada que ver con su esquema actual de significados. La última, que se hallaba en medio de una difícil batalla por su divorcio, se sentía profundamente herida porque el que

había sido su esposo durante veinte años había intentado despojarla de sus significados, diciéndole que nunca la había amado.

Estas tres pacientes mejoraron mucho cuando se dieron cuenta de que un nuevo esquema de significados o un estado profundo de duda (esto es, el contemplar la vida desde una perspectiva galáctica) no afectaba en absoluto a las cosas que les importaron en otra época. La ex monja fue comprendiendo poco a poco que el hecho de que ya no tuviese fe no borraba la que había tenido antes, ni anulaba el bien que había hecho como maestra, bajo un sistema diferente de significados. También la poetisa aprendió que su vida anterior había tenido un gran significado para ella mientras la vivió. Había criado a sus hijos, cosechado alimentos y se había mezclado en el ciclo de la naturaleza: en medio de todo esto, había ido germinando silenciosamente su talento poético. Su poesía presente era el producto de toda su vida y sus características personales le habían sido otorgadas por sus experiencias vitales únicas, ya que hasta el hecho de pelar patatas había alcanzado un lugar importante en sus versos. También la tercera paciente aprendió que las cosas que le habían importado en el pasado eran imperecederas y valiosas. Se atrevió a defenderlas y a decirle a su marido: «Si has podido vivir conmigo durante veinte años sin amarme, ¡es asunto tuyo! Por lo que a mí respecta, aunque ahora ya no te amo, antes te amaba muchísimo y pasé junto a ti muchos de los mejores años de mi vida.»

El compromiso en la vida. Aunque algunas de estas objeciones filosóficas al estado de carencia de sentido vital tienen algunas implicaciones interesantes en la psicoterapia, por lo general carecen de fuerza y han seguido considerándose como curiosidades psicoterapéuticas. En este caso, igual que sucede con todas las demás cuestiones relacionadas con el cambio terapéutico, la razón no basta. El terapeuta requiere un enfoque más potente. En un famoso pasaje de su *Tratado,* David Hume señala el camino. Como resultado de sus meditaciones desde una perspectiva galáctica, se sintió invadido por una nube de dudas («la melancolía filosófica»):

> Afortunadamente me sucede que, como mi razón es incapaz de disipar estas nubes, la misma naturaleza se encarga de ese propósito y me cura de la melancolía filosófica mediante alguna diversión o impresión vívida de mis sentidos que borra todas esas quimeras. Ceno, juego una partida de *backgammon,* converso y me divierto con mis amigos; sí, después de tres o cuatro horas de diversión, regreso a mis especulaciones, me parecen tan frías, falsas y ridículas, que yo no tengo el valor de continuar con ellas[38].

El antídoto de Hume ante la carencia de significado inherente a la perspectiva cósmica se basa precisamente en comprometerse. También Tolstoi escogió esa solución cuando dijo: «Sólo es posible vivir mientras la vida nos intoxique»[2*]. El compromiso es el enfoque terapéutico más efectivo a la falta de significado vital.

Anteriormente me referí a la paradoja hedonística de que cuanto más busquemos el placer, más se nos escapará. Frankl argumenta que el placer es un producto derivado del significado y que la búsqueda debe orientarse hacia el descubrimiento de ese significado. Yo creo que la búsqueda de significado resulta igualmente paradójica: cuanto más nos empeñamos racionalmente en buscarlo, menos lo encontramos; las preguntas que uno se plantea acerca del significado, siempre van más allá de todas las respuestas.

Como el placer, el significado debe perseguirse siguiendo una línea oblicua. El sentido de plenitud del significado es un producto derivado del compromiso. El estar comprometidos con algo no nos permite refutar las cuestiones letales que surgen desde la perspectiva galáctica, pero sí lograr que esas cuestiones no nos importen. Éste es el significado de la sentencia de Wittgenstein: «La solución del problema de la vida se contempla en el momento en que se desvanece el problema»[40].

El compromiso es la respuesta terapéutica a la carencia de significado, independientemente del origen de ésta. El comprometerse plenamente con cualquiera de las infinitas posibilidades vitales, además de contribuir a neutralizar el enfoque galáctico, aumenta también la posibilidad de que uno logre organizar los eventos de la propia vida dentro de un patrón coherente. Encontrar una casa, ocuparse de otros, desarrollar ideas o proyectos, investigar, crear o construir, constituyen formas de compromiso que nos proporcionan una doble gratificación: son intrínsecamente enriquecedoras y alivian la disforia que se deriva de la enorme cantidad de datos desorganizados con los que nos bombardea la existencia.

Por tanto, la meta del psicoterapeuta es el compromiso; pero no consiste en crearle uno al paciente ni en inducirle a que lo busque, ya que el terapeuta no podría hacerlo. No es necesario llegar a esto: el deseo de comprometerse con la vida está siempre inherente en todos

---

2*. Pero ¡ay de mí! el esfuerzo de la perspectiva galáctica fue demasiado grande para él y concluyó la sentencia diciendo: «En cuanto volvamos a estar sobrios, nos daremos cuenta de que todo fue un engaño, un engaño estúpido»[39].

los pacientes, y las actividades clínicas del terapeuta deben orientarse hacia la eliminación de los obstáculos que pudieran interponerse en el camino de los mismos pacientes. Por ejemplo, ¿qué les impide amar a otros individuos? ¿Por qué obtienen tan poca satisfacción de la relación con otros? ¿Cuáles son las distorsiones paratáxicas que sistemáticamente envenenan las relaciones? ¿Por qué obtienen las personas tan poca satisfacción laboral? ¿Qué impide al paciente encontrar un trabajo acorde con sus capacidades o aspectos placenteros en su trabajo cotidiano? ¿Por qué ha descuidado sus anhelos creativos y religiosos o transcendentales?

El instrumento más importante con el que cuenta el terapeuta en este contexto es su propia persona, porque, a través de ella, se pone en contacto con el paciente. Tal como he descrito anteriormente, el terapeuta guía al paciente a comprometerse con los demás, estableciendo con él una primera relación personal, profunda y auténtica. Con el fin de mostrarle modelos de compromiso personal, el terapeuta se ofrece a sí mismo como objeto con el que el paciente puede identificarse: se interesa por su misión profesional, por el desarrollo de los demás seres humanos, y ayuda a otros de una manera creativa a encontrar un significado.

Resumiendo, el primer paso del terapeuta para tratar el problema de la carencia de sentido vital es analizar y depurar la cuestión. Buena parte del material que se atribuye a la «carencia de sentido vital» no tiene nada que ver con ella (más bien constituye un mecanismo cultural o forma parte de otras preocupaciones esenciales por la muerte, por la libertad y por el aislamiento) y debe tratarse como tal. La carencia de sentido «pura», principalmente cuando se deriva de una perspectiva distante y galáctica, debe enfocarse oblicuamente a través del compromiso.

Este enfoque terapéutico difiere considerablemente de las estrategias terapéuticas que he descrito antes, para tratar con las otras preocupaciones esenciales. Es necesario enfrentarse directamente con la muerte, la libertad y el aislamiento. Pero, tratándose de la carencia de significado vital, el terapeuta eficaz tiene que ayudar al paciente a *apartar la mirada* de la cuestión: a adoptar la solución del compromiso, en lugar de sumergirse en el problema de la carencia de sentido vital. Este problema, tal como nos enseñó Buda, no es edificante. Es necesario sumergirse en el río de la vida y dejar que la cuestión flote hasta que se aleje.

EPÍLOGO

Esta exposición de la carencia de significado vital me lleva una vez más a la definición con la que empecé: la terapia existencial constituye un enfoque dinámico que contempla las preocupaciones profundamente arraigadas en la existencia humana. Cada uno de nosotros anhela la perdurabilidad, la robustez de los propios cimientos, la comunidad y los patrones; y, sin embargo, todos tenemos que enfrentarnos a la muerte inevitable, a la falta de fundamentos, al aislamiento y a la carencia de sentido vital. La terapia existencial se basa en un modelo de psicopatología que postula que la angustia y sus consecuencias desadaptativas son el resultado de estas cuatro preocupaciones esenciales.

Aunque fue necesario tratar por separado estas preocupaciones esenciales, *in vivo* están inextricablemente mezcladas y representan el substrato de la terapia. En el diálogo entre paciente y terapeuta, proporcionan tanto un contenido como un proceso. La confrontación del paciente con la muerte, la libertad, el aislamiento y la carencia de sentido vital ofrece al terapeuta un contenido interpretativo explícito. Aunque estos temas no aparezcan abiertamente en la terapia, de todas formas proporcionan un *modus operandi*. Los fenómenos psíquicos tales como la voluntad, la toma de responsabilidad, la relación con el terapeuta y el compromiso con la vida, constituyen los procesos clave del cambio terapéutico. Es precisamente en esas actividades cruciales, con frecuencia consideradas poco importantes, donde suelen estar los «condimentos» de muchos de los sistemas terapéuticos.

La importancia de la terapia existencial radica en que está firmemente basada en los fundamentos ontológicos, en las estructuras

más profundas de la existencia humana. Por otra parte, además de apoyarse en el humanismo, constituye el único de los paradigmas terapéuticos que está enteramente de acuerdo con la naturaleza tan personal de la empresa terapéutica. El paradigma existencial tiene una gran amplitud: reune y cosecha el *insight* de numerosos filósofos, artistas y terapeutas acerca de las consecuencias dolorosas y redentoras de la confrontación con las preocupaciones esenciales.

Sin embargo, se trata de un paradigma, una elaboración psicológica que sólo puede justificarse por su utilidad clínica. Tal como sucede con todas las elaboraciones, ha de ser sustituida más adelante por otra elaboración dotada de mayor poder explicativo. Todos los paradigmas clínicos son orgánicos (a menos que hayan sido prematuramente esculpidos en piedra por algún instituto oficial) y ofrecen una nueva perspectiva que permite clarificar los datos que anteriormente permanecían en la oscuridad. A su vez, estos nuevos datos modifican el paradigma que les dio una explicación. Considero que este paradigma existencial es una joven formulación basada en observaciones clínicas, necesariamente limitadas en su fuente, alcance y número, y espero que sea orgánico: que no sólo sirva de utilidad a los clínicos en su forma actual, sino que estimule las transformaciones necesarias para modificarse y enriquecerse en el futuro.

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPÍTULO I (pág. 13-42)

1. J. Breuer y S. Freud, *Studies on Hysteria,* vol. II en *The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud,* 24 vols., ed. James Strachey, Hogarth Press, Londres 1955 (publicado originalmente 1895), p. 135-83; versión castellana: *La histeria,* en *Obras completas,* vol. I, Biblioteca Nueva, Madrid 1973.
2. Ibid., p. 158.
3. B. Spinoza, citado por M. de Unamuno, *The Tragic Sense of Life,* traducción J.E. Flitch, Dover, Nueva York 1954, p. 6; edición castellana: *Del sentimiento trágico de la vida,* Espasa Calpe, Madrid ²1980.
4. A. Freud, *The Ego and the Mechanisms of Defense,* International Universities Press, Nueva York 1946; versión castellana: *Yo y los mecanismos de defensa,* Martínez de Murguia, Madrid 1976.
5. H. Sullivan, *The Interpersonal Theory of Psychiatry,* W. W. Norton, Nueva York 1953.
6. O. Rank, *Will Therapy and Truth and Reality,* Alfred A. Knopf, Nueva York 1954, p. 121.
7. A. Malraux, citado en P. Lomas, *True and False Experience,* Taplinger, Nueva York 1973, p. 8.
8. T. Hardy, *In Tenebris, Collected Poems of Thomas Hardy,* Macmillan, Nueva York 1926, p. 154.
9. *Encyclopedia of Philosophy,* vol. III, Macmillan y Free Press, Nueva York 1967, p. 147.
10. S. Kierkegaard, *How Johannes Climacus Became an Author,* en *A Kierkegaard Anthology,* ed. R. Bretall, Princeton University Press, Princeton N.J. 1946, p. 193.
11. Ibid.
12. W. Barrett, *What Is Existentialism?,* Grove Press, Nueva York 1954, p. 21.
13. L. Binswanger, *Existential Analysis and Psychotherapy,* en *Progress in Psychotherapy,* eds. F. Fromm-Reichman y J. Moreno, Grune & Stratton, Nueva York 1956, p. 196.

14. R. May, E. Angel y H. Ellenberger, *Existence,* Basic Books, Nueva York 1958, p. 3-35.

15. A. Sutich, *American Association of Humanistic Psychology: Progress Report 1962,* citado en J. Bugental, *The Third Force in Psychology,* «Journal of Humanistic Psychology» 4 (1964) 19-16.

16. J. Bugental, *The Third Force.*

17. F. Perls, *Gestalt Therapy Verbatim,* Bantam, Nueva York 1971, p. 1.

18. S. Freud, *The Interpretation of Dreams,* vol. IV en *Standard Edition,* Hogarth Press, Londres 1953; (publicado originalmente 1900), p. 263; versión castellana: *La interpretación de los sueños,* en *Obras completas,* vol. 1, Biblioteca Nueva, Madrid 1973.

19. T. Wilder, citado en «Reader's Digest» (Enero 1978), p. 133.

20. V. Frankl, comunicación oral, 1974.

21. May, Angel y Ellenberger, *Existence,* p. 11.

22. C. Rogers, citado en D. Malan, *The Outcome Problem in Psychotherapy Research,* «Archives of General Psychiatry» 29 (1973) 719-29.

23. M. Lieberman, I. Yalom y M. Miles, *Encounter Groups: First Facts,* Basic Books, Nueva York 1973.

24. Ibid., p. 99.

25. Comunicación personal, 1978.

Capítulo II (pág. 47-100)

1. A. Meyer, citado por J. Frank, comunicación oral, 1979.

2. Cicerón, citado en M. Montaigne, *The Complete Essays of Montaigne,* traducción Donald Frame, Stanford University Press, Stanford 1965, p. 56; versión castellana: *Ensayos completos,* 3 vols; Iberia, Barcelona 1968.

3. Séneca, citado en Montaigne, *Complete Essays,* p. 61.

4. San Agustín, citado en Montaigne, *Complete Essays,* p. 63.

5. Manilio, citado en Montaigne, *Complete Essays,* p. 65.

6. Montaigne, *Complete Essays,* p. 67.

7. M. Heidegger, *Being and Time,* Harper & Row, Nueva York 1962, p. 210-24; versión castellana: *El ser y el tiempo,* F.C.E., México ^{5}1974.

8. Ibid., passim.

9. K. Jaspers, citado en J. Choron, *Death and Western Thought,* Collier Books, Nueva York 1963, p. 226.

10. S. Freud, *Thoughts for the Times on War and Death,* vol. XIV en *Standard Edition,* Hogarth Press, Londres 1957; (publicado originalmente 1915), p. 291; versión castellana: *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte,* en *Obras completas,* vol. 2, Biblioteca Nueva, Madrid 1973.

11. Ibid., p. 290.

12. J. Giraudoux, citado en *The Meaning of Death,* ed. H. Feifel, McGraw-Hill, Nueva York 1965, p. 124.

13. Montaigne, *Complete Essays,* p. 67.

14. L. Tolstoy, *War and Peace,* Modern Library, Nueva York 1931, p. 57; existen varias ediciones castellanas bajo el título: *Guerra y Paz.*

15. L. Tolstoy, *The Death of Ivan Ilych and Other Stories,* Signet Classics, Nueva York 1960; existen varias ediciones castellanas bajo el título: *La muerte de Ivan Ilich.*

16. D. Rosen, *Suicide Survivors,* «Western Journal of Medicine» 122 (Abril 1975) 289-94.

17. A. Schmitt, *Dialogue with Death,* Choice Books, Harrisonburg Va. 1976, p. 55-58.

18. R. Noyes, *Attitude Changes Following Near-Death Experiences,* «Psychiatry».

19. A. Hussain y S. Tozman, *Psychiatry and Death Row,* «Journal of Clinical Psychiatry» 39 (3) (1978) 183-88.

20. R. Neuberger, citado en J. Frank en *Nuclear Death – The Challenge of Ethical Religion,* «The Ethical Platform» (29 Abril 1962).

21. D. Spiegel, J. Blum y I. Yalom, *Peer Support for Metastatic Cancer Patients: A Randomized Prospective Outcome Study,* en preparación.

22. K. Chandler, *Three Processes of Dying and the Behavioral Effects,* «Journal of Consulting Psychology» 29 (1965) 296-301; D. Cappon, *The Dying,* «Psychiatric Quarterly» 33 (1959) 466-89; A. Weisman y T. Hackett, *Predilection to Death,* «Psychosomatic Medicine» 23 (1961) 232-56; y E. Kübler-Ross, *On Death and Dying,* Macmillan, Nueva York 1969.

23. K. Weers, manuscrito en preparación.

24. Schmitt, *Dialogue with Death,* p. 54.

25. R. Lifton, *The Sense of Immortality: On Death and the Continuity of Life,* en *Explorations in Psychohistory,* eds. R. Lifton y E. Olson, Simon & Schuster, Nueva York 1974, p. 271-88.

26. J. Diggory y D. Rothman, *Values Destroyed by Death,* «Journal of Abnormal and Social Psychology» 63(1) (1961) 205-10.

27. J. Choron, *Modern man and Mortality,* Macmillan, Nueva York 1964, p. 44.

28. R. Kastenbaum y R. Aisenberg, *Psychology of Death,* Springer, Nueva York 1972, p. 44.

29. S. Kierkegaard, *The Concept of Dread,* Princeton University Press, Princeton, N.J. 1957, p. 55; versión castellana: *El concepto de la angustia,* Espasa Calpe, Madrid ^{9}1976.

30. R. May, *The Meaning of Anxiety,* ed. rev. W. W. Norton, Nueva York 1977, p. 207.

31. S. Freud, *Inhibitions, Symptoms and Anxiety,* vol. XX en *Standard Edition* Hogarth Press, Londres 1959 (publicado originalmente 1926),

p. 166; versión castellana: *Inhibición, síntoma y angustia,* en *Obras completas,* vol. 2, Biblioteca Nueva, Madrid 1973.

32. Kierkegaard, *Concept of Dread,* p. 55.

33. May, *Meaning of Anxiety,* p. 207.

34. Heidegger, *Being and Time,* p. 223.

35. A. Sharp, *A Green Tree in Geddes,* Walker, Nueva York 1968.

36. R. Skoog, citado en J. Meyer, *Death and Neurosis,* International Universities Press, Nueva York 1975, p. 47.

37. E. Strauss, citado en E. Weigert, *Loneliness and Trust – Basic Factors of Human Existence,* «Psychiatry» 23 (1960) 121-30.

38. W. Schwidder, citado en J. Meyer, *Death and Neurosis,* International Universities Press, Nueva York 1975, p. 54.

39. H. Lazarus y J.Kostan, *Psychogenic Hyperventilation and Death Anxiety,* «Psychosomatics» 10 (1969) 14-22.

40. D. Friedman, *Death Anxiety and the Primal Scene,* «Psychoanalytic Review» 48 (1961) 108-18.

41. V. Kral, *Psychiatric Observations under Severe Chronic Stress,* «American Journal of Psychiatry» 108 (1951) 185-92.

42. Ibid., J. Meyer, *Death and Neurosis,* p. 58; y A. Heveroch, citado en J. Meyer, *Death and Neurosis,* p. 58.

43. M. Roth, *The Phobic Anxiety-Depersonalization Syndrome and Some General Aetiological Problems in Psychiatry,* «Journal of Neuropsychiatry» 1 (1959) 293-306.

44. R. Kastenbaum y R. Aisenberg, *Psychology of Death.*

45. D. Lester, *Experimental and Correlational Studies of Fear of Death,* «Psychological Bulletin» 64(1) (1967) 27-36; D. Templer y C. Ruff, *Death Anxiety Scale Means, Standard Deviations, and Embedding,* «Psychological Reports» 29 (1971) 173-74.

46. P. Livingston y C. Zimet, *Death Anxiety, Authoritarianism and Choice of Speciality in Medical Students,* «Journal of Neurological and Mental Disorders» 140 (1965) 222-30.

47. W. Swenson, *Attitudes toward Death in an Aged Population,* «Journal of Gerontology» 16(1) (1961) 49-52; D. Martin y L. Wrightsman, *The Relationship between Religious Behavior and Concern about Death,* «Journal of Social Psychology» 65 (1865) 317-23; y D. Templer, *Death Anxiety in Religiously Very Involved Persons,* «Psychological Reports» 31 (1972) 361-67.

48. N. Iammarino, *Relationship between Death Anxiety and Demographic Variables,* «Psychological Reports» 37 (1975) 262.

49. Iammarino, *Death Anxiety and Demographic Variables;* Swenson, *Attitudes toward Death;* A. Christ, *Attitudes toward Death among a Group of Acute Geriatric Psychiatric Patients,* «Journal of Gerontology» 16(1) (1961) 56-59; y P. Rhudick y A. Dibner, *Age, personality, and Health*

Correlates of Death Concerns in Normal Aged Individuals, «Journal of Gerontology» 16(1) (1961) 44-49.

50. M. Lieberman y A. Coplan, *Distance from Death as a Variable in the Study of Aging,* «Developmental Psychology» 2 (1970) 71-84.

51. M. Means, *Fears of One Thousand College Women,* «Journal of Abnormal and Social Psychology» 31 (1936) 291-311.

52. W. Middleton, *Some Reactions toward Death among College Students,* «Journal of Abnormal and Social Psychology» 3 (1936) 165-73.

53. Templer y Ruff, *Death Anxiety Scale Means;* Iammarino, *Death Anxiety and Demographic Variables;* y D. Templer, C. Ruff y C. Franks, *Death Anxiety; Age, Sex, and Parental Resemblance in Disease Populations,* «Developmental Psychology» 4 (1971) 108.

54. P. Thauberger, *The Avoidance of Ontological Confrontation,* tesis doctoral inédita, University of Saskatchewan, 1974.

55. C. Stacey y K. Markin, *The Attitudes of College Students and Penitentiary Inmates toward Death and a Future Life,* «Psychiatric Quarterly» 26 suplemento (1952) 27-32.

56. D. Templer, *Death Anxiety as Related to Depression and Health of Retired Persons,* «Journal of Gerontology» 26 (1971) 521-23.

57. Swenson, *Attitudes toward Death;* J. Munnichs, *Old Age and Finitude,* Karger, Basilea y Nueva York 1966; y S. Shrut, *Attitude toward Old Age to Death,* «Mental Hygiene» 42 (1958) 259-63.

58. Munnichs, *Old Age and Finitude;* A. Christ, *Attitude toward Death among a Group of Acute Geriatric Psychiatric Patients,* «Journal of Gerontology» 16 (1961) 56-59; y Kastenbaum y Aisenberg, *Psychology of Death,* p. 83.

59. Kastenbaum y Aisenberg, *Psychology of Death,* p. 107.

60. C. Stacy y M. Reichers, *Attitudes toward Death and Future Life among Normal and Subnormal Adolescent Girls,* «Exceptional Children» 20 (1959) 259-62.

61. A. Maurer, *Adolescent Attitudes toward Death,* «Journal of Genetic Psychology» 105 (1964) 79-80.

62. H. Feifel y A. Branscomb, *Who's Afraid of Death,* «Journal of Abnormal Psychology» 81(3) (1973) 282-88; y H. Feifel y L. Herman, *Fear of Death in the Mentally III,* «Psychological Reports» 33 (1973) 931-38.

63. Feifel y Branscomb, *Who's Afraid of Death?*

64. W. Meissner, *Affective Response to Psychoanalytic Death-Symbols,* «Journal of Abnormal and Social Psychology» 56 (1958) 295-99.

65. K. G. Magni, *Reactions to Death Stimuli among Theology Students,* «Journal for the Scientific Study of Religion» 9(3) (Otoño 1970) 247-48.

66. Kastenberg y Aisenberg, *Psychology of Death,* p. 95.

67. Rhudick y Dibner, *Age, Personality, and Health Correlates.*

68. Shrut, *Attitude toward Old Age.*
69. Swenson, *Attitudes toward Death.*
70. Templer, *Death Anxiety.*
71. N. Kogan y R. Shelton, *Beliefs about «Old People»*, «Journal of Genetic Psychology» 100 (1962) 93-111.
72. M. Kramer, C. Winget y R. Whitman, *A City Dreams: A Survey Approach to Normative Dream Content,* «American Journal of Psychiatry» 127 (1971) 86-92.
73. H. Cason, *The Nightmare Dream,* «Psychology Monographs» 209 (1935) 46.
74. M. Feldman y M. Hersen, *Attitudes toward Death in Nightmare Subjects,* «Journal of Abnormal Psychology» 72 (1967) 421-425; y D. Lester, *The Fear of Death of Those Who Have Nightmares,* «Journal of Psychology» 69 (1968) 245-47.
75. P. Handal y J. Rychlak, *Curvilinearity between Dream Content and Death Anxiety and the Relationship of Death Anxiety to Repression-Sensitivity,* «Journal of Abnormal Psychology» 77 (1971) 11-16.
76. W. Bromberg y P. Schilder, *The Attitudes of Psychoneurotics toward Death,* «Psychoanalytic Review» 23 (1936) 1-28.
77. C. Parks, *The First Year of Bereavement,* «Psychiatry» 33 (1970) 444-67.
78. *The Gilgamesh Epic and Old Testament Parallels,* trad. A. Heidel, University of Chicago Press, Chicago 1946, p 63, 64.
79. A. Witt, comunicación personal, Septiembre 1978.
80. Comunicación personal de un amigo.
81. Freud, *Thoughts for the Times,* vol. XIV, *Standard Edition,* p. 298; versión castellana: *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte,* en *Obras completas,* vol. 2, Biblioteca Nueva, Madrid 1973.
82. J. Breuer y S. Freud, *Studies on Hysteria,* vol. II en *Standard Edition,* Hogarth Press, Londres 1955 (publicada originalmente en 1895); versión castellana: *La histeria,* en *Obras Completas,* vol. 1
83. Ibid., p. 9.
84. Ibid., p. 7.
85. Ibid., p. xxxi.
86. Ibid., p. 14.
87. Ibid., p. 34.
88. Ibid., p. 117.
89. Ibid., p. 63.
90. Ibid., p. 131.
91. Ibid., p. 137. 92. Ibid., p. 157.
93. S. Freud, *Origins of Psychoanalysis,* ed. por M. Bonaparte, A. Freud y E. Kris, Basic Books, Nueva York 1954; versión castellana: *Los orígenes del psicoanálisis,* en *Obras completas,* vol. 3.

94. S. Freud, *Inhibitions Symptoms and Anxiety,* vol. XX, *Standard Edition,* p. 166; versión castellana: *Inhibición, síntoma y angustia,* en *Obras Completas,* vol. 2.
95. A. Compton, *Psychoanalytic Theories of Anxiety,* «Journal of American Psychoanalytic Association» 20(2) (1972) 341-94.
96. S. Freud, *Studies on Hysteria,* vol. II, en *Standard Edition,* Hogarth Press, Londres 1955 (publicada originalmente 1895), p. 33; versión castellana: *La histeria,* en *Obras completas,* vol. 1.
97. Ibid., p. 40.
98. Freud, *Inhibitions, Symptoms and Anxiety,* vol. XX, *Standard Edition,* p. 130; versión castellana: *Inhibición, síntoma y angustia,* en *Obras completas,* vol. 2.
99. M. Klein, *A Contribution of the Theory of Anxiety and Guilt,* «International Journal of Psychoanalysis» 29 (1948) 114-23.
100. O. Fenichel, *The Psychoanalytic Theory of the Psychoneuroses,* Norton, Nueva York 1945.
101. R. Waelder, *Basic Theory of Psychoanalysis,* International Universities Press, Nueva York 1960.
102. R. Greenson, *The Technique and Practice of Psychoanalysis,* International Universities Press, Nueva York 1967.
103. S. Freud, *The Ego and the Id,* vol. XIX; *Standard Edition,* Hogarth Press, Londres 1961; (publicada originalmente en 1923), p. 57; versión castellana: *El yo y el ello,* en *Obras completas,* vol. 2.
104. Ibid., p. 58 ss.
105. S. Freud, *Beyond the Pleasure Principle,* vol. XVIII en *Standard Edition,* Hogarth Press, Londres 1955 (publicada originalmente 1920), p. 1-64; versión castellana: *Más allá del principio del placer,* en *Obras completas,* vol. 2.
106. Freud, *Thoughts for the Times,* vol. XIV, *Standard Edition,* p. 299; versión castellana: *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte,* en *Obras completas,* vol. 2.
107. E. Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud,* vol. I, Basic Books, Nueva York 1953, p. 40; versión castellana: *Vida y obra de Sigmund Freud,* 3 vols., Anagrama, Barcelona 1970.
108. Ibid., p. 41. 109. Ibid., p. 45.
110. N. Brown, *Life Against Death,* Vintage Books, Nueva York 1959.
111. S. Freud, *Thoughts for the Times,* vol. XIV en *Standard Edition,* p. 273-300; versión castellana: *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte,* en *Obras completas,* vol. 2.
112. S. Freud, *The Theme of Three Caskets,* vol. XII en *Standard Edition,* Hogarth Press, Londres 1966; (publicada originalmente 1913), p. 289-302; versión castellana: *El tema de la elección del cofrecillo,* en *Obras completas,* vol. 2.

113. E. Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud,* vols. I, II, III, Basic Books Nueva York 1953, 1955, 1957; versión castellana: *Vida y obra de Sigmund Freud,* 3 vols., Anagrama, Barcelona 1970.

114. I. Stone, *Passions of the Mind,* Doubleday, Nueva York 1971; versión castellana: *Las pasiones de la mente,* Plaza Janés, Esplugues del Llobregat (Barcelona) 1972.

115. Por ejemplo, J. Wortis, *Fragments of an Analysis with Freud,* Simon & Schuster, Nueva York 1954.

116. Por ejemplo, S. Freud, *Origins of Psychoanalysis,* eds. M. Bonaparte, A. Freud, y E. Kris, Basic Books, Nueva York 1954; H. Abraham y E. Freud, eds., *A Psycho-Analytic Dialogue: The Letters of Sigmund Freud*

116. Por ejemplo, S. Freud, *Origins of Psychoanalysis,* eds. M. Bonaparte, A. Freud y E. Kris, Basic Books, Nueva York 1954; H. Abraham y E. Freud, eds., *A Psycho-Analytic Dialogue: The Letters of Sigmund Freud and Karl Abraham 1907-1926,* traductores B. Marsa y C. Abraham, Basic Books, Nueva York; Hogarth Press e Institute Psycho-Analysis, Londres 1965; E. Freud y H. Meng, eds., *Psycho-Analysis and Faith: The Letters of Sigmund Freud and Oskar Pfister,* traductores E. Mosbacher, Basic Books, Nueva York; Hogarth Press e Institute of Psycho-Analysis, Londres 1963; y E. Pfeiffer, ed., *Sigmund Freud and Lou Andreas-Salomé: Letters,* traductores William y Elaine Robson-Scott, Harcourt Brace Jovanovich, Nueva York; Hogarth Press e Institute of Psycho-Analysis, Londres 1972.

117. Jones, vol. I, p. 4.

118. Ibid., p. 20.

119. Ibid.

120. Ibid., p. xii.

121. Ibid., p. 78.

122. Freud, *Origins of Psychoanalysis,* p. 217.

123. Ibid., p. 129.

Capítulo III (pág. 101-139)

1. S. Anthony, *The Discovery of Death in Childhood and After,* Basic Books, Nueva York 1972.

2. E. Becker, *The Denial of Death,* Free Press, Nueva York 1973, p. 36.

3. Anthony, *Discovery of Death,* p. 155.

4. Ibid., p. 155-56.

5. Ibid., p. 157.

6. F. Moellenkoff, *Ideas of Children about Death,* «Bulletin of the Menninger Clinic» 3 (1939) 148-56.

7. E. Erikson, *Childhood and Society,* W. W. Norton, Nueva York 1963.

8. Anthony, *Discovery of Death,* p. 78ss.

9. R. Kastenbaum & R. Aisenberg, *Psychology of Death,* Springer, Nueva York 1972, p. 9.

10. S. Freud, *The Interpretation of Dreams,* vol. IV en *Standard Edition,* Hogarth Press, Londres 1964; (publicada originalmente 1900), p. 254-55; versión castellana: *La interpretación de los sueños,* en *Obras completas,* vol. 1, Biblioteca Nueva, Madrid 1973.

11. R. Lapouse y M. Monk, *Fears and Worries in a Representative Sample of Children,* «American Journal of Orthopsychiatry» 29 (1959) 803-18.

12. S. Harrison, C. Davenport y J. McDermott, *Children's Reactions to Bereavement,* «Archives of General Psychiatry» 17 (1967) 593-97.

13. Anthony, *Discovery of Death;* M. Nagy, *The Child's View of Death,* «Journal of Genetic Psychology» 73 (1948) 3-27; P. Schilder & D. Wechsler, *The Attitudes of Children toward Death,* «Journal of Genetic Psychology» 45 (1934) 406-51; G. Koocher, *Talking with Children about Death,* «American Journal of Orthopsychiatry» 44 (1974) 404-11; M. MacIntire, C. Angle y L. Struempler, *The Concept of Death in Mid-Western Children and Youth,* «American Journal of Disease of Children» 123 (1972) 527-32.

14. Nagy, *Child's View of Death.*

15. Anthony, *Discovery of Death,* p. 47-77.

16. Schilder y Wechsler, *Attitudes of Children.*

17. Anthony, *Discovery of Death,* p. 158.

18. E. Furman, *A Child's Parent Dies,* Yale University Press, New Havent, Conn. 1974, p. 5.

19. Anthony, *Discovery of Death,* p. 255.

20. J. Sully, citado en Anthony, *Discovery of Death,* p. 269.

21. J. Piaget, citado en Anthony, *Discovery of Death,* p. 56.

22. Anthony, *Discovery of Death,* p. 59.

23. Kastenbaum y Aisenberg, *Psychology of Death,* p. 9.

24. Kastenbaum y Aisenberg, *Pshychology of Death,* p. 12f.

25. S. Brant, en Kastenbaum i Aisenberg, *Psychology of Death,* p. 14.

26. Kastenbaum y Aisenberg, *Psychology of Death,* p. 14.

27. G. Rochlin, *Griefs and Discontents: The Focus of Change,* Little, Brown, Boston 1965, p. 67.

28. G. Rochlin, *How Younger Children View Death and Themselves,* en *Explaining Death to Children,* ed. E. Grollman, Beacon Press, Nueva York 1967.

29. M. Scheler, citado en J. Choron, *Death and Western Thought,* Collier Books, Nueva York 1963, p. 17.

30. Rochlin, *How Younger Children,* p. 56.

31. Ibid., p. 84-85.

32. M. Klein, *A Contribution to the Theory of Anxiety and Guilt,* «International Journal of Psychoanalysis» 29 (1948) 114-23.
33. K. Eissler, *The Psychiatrist and the Dying Patient,* International Universities Press, Nueva York 1959, p. 57-58.
34. A. Freud, *Discussion of John Bowlby's Paper,* «Psychoanalytic Study of the Child» 15 (1960) 53-62.
35. Furman, *A Child's Parent Dies,* p. 51.
36. Anthony, *Discovery of Death,* p. 139.
37. Ibid., p. 157-58.
38. A. Maurer, *Maturation of Concepts of Death,* «British Journal of Medical Psychology» 39 (1964) 35-41.
39. M. Stern, *Pavor Nocturnis,* «International Journal of Psychoanalysis» 32 (1951) 302.
40. R. White, *Motivation Reconsidered: The Concept of Competence,* «Psychological Review» 66 (1959) 297-333.
41. Maurer, *Maturation.*
42. Kastenbaum y Aisenberg, *Psychology of Death,* p. 29.
43. Maurer, *Maturation.*
44. MacIntire, Angle y Struempler, *The Concept of Death.*
45. I. Alexander y A. Adlerstein, *Affective Responses to the Concept of Death in a Population of Children and Early Adolescents,* «Journal of Genetic Psychology» 93 (1958) 167-77.
46. Nagy, *Child's View of Death.*
47. S. Hostler, *The Development of the Child's Concept of Death,* en *The Child and Death,* ed. O. J. Sahler, C. V. Mosby, St. Louis, Mo. 1978, p. 9.
48. E. Jaques, *Death and the Mid-Life Crisis,* «International Journal of Psychoanalysis» 46 (1968) 502-13.
49. J. Masserman, *The Practice of Dynamic Psychiatry,* W. B. Saunders, Filadelfia y Londres 1955, p. 467.
50. V. Frankl, comunicación oral, 1974.
51. Anthony, *Discovery of Death,* p. 154.
52. Ibid., p. 155.
53. Schilder y Wechsler, *Attitudes of Children.*
54. Anthony, *Discovery of Death,* p. 155.
55. Ibid., p. 257.
56. Schilder y Wechsler, *Attitudes of Children.*
57. Nagy, *Child's View of Death.*
58. Koocher, *Talking with Children.*
59. I. Opie, *The Love and Language of School Children,* Clarendon Press, Oxford 1959.
60. Maurer, *Maturation.*
61. J. Bowlby, *Attachment and Loss,* vol. II: *Separation,* Basic Books, Nueva York 1973.

62. A. Jersild y F. Holmes, *Children's Fears,* Teachers College, Nueva York Columbia University, 1935; y A. Jersild, *Studies of Children's Fears,* en *Child Behavior and Development,* eds., R. Barker, J. Kounin y H. Wright, McGraw-Hill, Nueva York, Londres 1943.
63. Bowlby, *Attachment and Loss,* p. 105-18.
64. R. May, *The Meaning of Anxiety,* W. W. Norton, Nueva York 1977, p. 105-9.
65. Ibid., p. 107-8.
66. Klein, *A Contribution;* y D. Winnicott, *The Maturational Process and the Facilitating Environment,* International Universities Press, Nueva York 1965, p. 41.
67. A. Freud, *Discussion.*
68. Anthony, *Discovery of Death,* p. 161.
69. C. Wahl, *The Fear of Death,* en *The Meaning of Death,* ed. H. Feifel, McGraw-Hill, Nueva York 1959, p. 214-23.
70. S. Freud, *An Outline of Psycho-Analysis,* vol. XXIII, en *Standard Edition,* Hogarth Press, Londres 1964; (publicada originalmente 1940), p. 185; versión castellana: *Esquema del psicoanálisis,* en *Obras completas,* Biblioteca Nueva, Madrid 1973.
71. S. Rosenzweig y D. Bray, *Sibling Death in Anamneses of Schizophrenic Patients,* «Psychoanalytic Review» 49 (1942) 71-92; y S. Rosenzweig, *Sibling Death as a Psychological Experience with Special Reference to Schizophrenia,* «Psychoanalytic Review» 30 (1943) 177-86.
72. Rosenzweig, *Sibling Death.*
73. Ibid.
74. H. Searles, *Schizophrenia and the Inevitability of Death,* «Psychiatric Quarterly» 35 (1961) 631-55.
75. J. Hilgard, M. Newman y F. Fisk, *Strength of Adult Ego Following Childhood Bereavement,* «American Journal of Orthopsychiatry» 30 (1960) 788-98.
76. Furman, *A Child's parent Dies;* Bowlby, *Attachment and Loss;* R. Furman, *Death and the Young Child,* «Psychoanalytic Study of the Child» 29 (1964) 321-33; y R. Zeligs, *Children's Experience with Death,* C. C. Thomas, Springfield, III 1974, p. 1-49.
77. Maurer, *Maturation.*
78. MacIntire, Angle y Struempler, *The Concept of Death;* F. Brown, *Depression and Childhood Bereavement,* «Journal of Mental Science» 107 (1961) 754-77; I. Gregory, *Studies in Parental Deprivation in Psychiatric Patients,* «American Journal of Psychiatry» 115 (1958) 432-42; G. Pollack, *Childhood Parent and Sibling Loss in Adult Patients,* «Archives of General Psychiatry» 7 (Octubre 1962) 295-305; y H. Barry y E. Lindeman, *Critical Ages for Maternal Bereavement in Psychoneuroses* «Psychosomatic Medicine» 22 (1960) 166-81.

79. J. Hilgard y M. Newman, *Evidence for Functional Genesis in Mental Illness: Schizophrenia, Depressive Psychoses and Psychoneurosis,* «Journal of Nervous and Mental Disease» 132 (1961) 3-6.

80. M. Breckenridge y E. Vincent, *Child Development,* ed. W. B. Saunders, 4.ª ed., W. B. Saunders, Filadelfia, Pa. 1960; p. 138.

81. E. Kübler-Ross, discurso en la Stanford Medical School, 1978.

82. S. Ferenczi, citado en Anthony, *Discovery of Death,* p. 157.

83. Anthony, *Discovery of Death,* p. 159.

84. J. Bruner, citado en H. Galen, *A Matter of Life and Death,* «Young Children» 27 (Agosto 1972) 351-56.

85. Galen, *A Matter of Life.*

86. Rochlin, *How Younger Children,* p. 63.

Capítulo IV (pág. 140-194)

1. S. Kierkegaard, citado en E. Becker, *The Denial of Death,* Free Press, Nueva York 1973, p. 70.

2. O. Rank, *Will Therapy and Truth and Reality,* Alfred A. Knopf, Nueva York 1945, p. 126.

3. P. Tillich, *The Courage to Be,* Yale University Press, New Haven y Londres 1952, p. 66; versión castellana: *El coraje de existir,* Laia, Barcelona ³1973.

4. Becker, *Denial of Death,* p. 66.

5. R. Lifton, *The Sense of Immortality: On Death and the Continuity of Life,* en *Explorations of Psychohistory,* eds. R. Lifton y E. Olson, Simon & Schuster, Nueva York 1974, p. 282.

6. L. Loesser y T. Bry, *The Role of Death Fears in the Etiology of Phobic Anxiety,* «International Journal of Group Psychotherapy» 10 (1960) 287-97.

7. Rank, *Will Therapy,* p. 124.

8. E. Fromm, *Escape from Freedom,* Holt, Rinehart & Winston, Nueva York 1941, p. 6; versión castellana: *El miedo a la libertad,* Paidos Ibérica, Barcelona 1980.

9. L. Tolstoy, *The Death of Ivan Ilych and Other Stories,* Signet Classics, Nueva York 1960, p. 131-32; varias ediciones castellanas bajo el título: *La muerte de Ivan Ilich.*

10. R. Frost, *In the Clearing,* Holt, Rinehart & Winston, Nueva York 1962, p 39.

11. N. Kazantzakis, *Report to Greco,* trad. P. A. Bien, Simon & Schuster, Nueva York 1965, p. 457; versión castellana en *Obra completa,* Planeta, Barcelona.

12. N. Kazantzakis, *The Odyssey: A Modern Sequel,* trad. Kimon Friar, Simon & Schuster, Nueva York 1958; versión castellana en *Obra completa,* Planeta, Barcelona.

13. C. Baker, *Ernest Hemingway: A Life Story,* Charles Scribner, Nueva York 1969, p. 5.

14. E. Hemingway, *The Old Man and the Sea,* Charles Scribner, Nueva York 1961; versión castellana: *El viejo y el mar,* Planeta, Barcelona ³1980.

15. C. Wahl, *Suicide as a Magical Act,* «Bulletin of Menninger Clinic» 21 (Mayo 1957) 91-98.

16. F. Kluckholm y F. Stroedbeck, *Variations in Value Orientations,* Harper & Row, Nueva York 1961, p. 15.

17. J. M. Keynes, citado en Norman Brown, *Life Against Death,* Vintage Books, Nueva York 1959, p. 107.

18. L. Tolstoy, *Anna Karenina,* Modern Library, Nueva York 1950, p. 168; existen varias ediciones castellanas.

19. H. Feifel, *Taboo Topics,* ed. Norman Forberow, Atherton Press, Nueva York 1963, p. 15.

20. Rank, *Will Therapy,* p. 130.

21. H. Ibsen, citado en Rank, *Will Therapy,* p. 131.

22. *S. Freud, Some Character Types Met with in Psychoanalytic Work,* vol. XIV en *Standard Edition,* Hogarth Press, Londres 1957; (publicada originalmente en 1916); versión castellana: *Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica,* en *Obras completas,* vol. 2, Biblioteca Nueva, Madrid 1973.

23. Rank, *Will Therapy,* p. 119.

24. A. Maslow, *The Further Reaches of Human Nature,* Viking, Nueva York 1971, p. 35.

25. Becker, *Denial of Death,* p. 35-39.

26. Fromm, *Escape from Freedom,* Holt, Rinehart & Winston, Nueva York 1941, p. 174-79; versión castellana: *El miedo a la libertad,* Paidos Ibérica, Barcelona 1980.

27. J. Masserman, *The Practice of Dynamic Psychiatry,* W. B. Saunders, Londres 1955, p. 476-81.

28. L. Tolstoy, *War and Peace,* Modern Library, Nueva York 1931, p. 231; varias ediciones castellanas bajo el título: *Guerra y paz.*

29. S. Kierkegaard, citado en Rollo May, *The Meaning of Anxiety,* ed. rev. W. W. Norton, Nueva York 1977, p. 38.

30. M. Heidegger, *Being and Time,* Harper & Row, Nueva York 1962, p. 105; versión castellana: *El ser y el tiempo,* F.C.E., México ⁵1974.

31. S. Arieti, *Psychotherapy of Severe Depression,* «American Journal of Psychiatry» 134 (1977) 8, p. 864-68.

32. Ibid.

33. I. Yalom y G. Elkins, *Everyday Gets a Little Closer,* Basic Books, Nueva York 1974.

34. Rank, *Will Therapy,* p. 119-34.
35. W. Tietz, *School Phobia and the Fear of Death,* «Mental Hygiene» 54 (1970) 565-68.
36. Comunicación oral, Mayo 1979.
37. E. Greenberger, *Fantasies of Women Confronting Death,* «Journal of Consulting Psychology» 29 (1965) 252-60.
38. M. Mahler, F. Pine y A. Bergman, *The Psychological Birth of the Infant,* Basic Books, Nueva York 1975.
39. Rank, *Will Therapy,* p. 126.
40. S. Kierkegaard, *Fear and Trembling and the Sickness unto Death,* Doubleday Anchor Books, Nueva York 1953, p. 182-200; versión castellana: *Temor y temblor,* Nacional, Madrid 1975.
41. Tillich, *The Courage to Be,* p. 52.
42. Rank, *Will Therapy,* p. 149.
43. H. Searles, *Schizophrenia and the Inevitability of Death,* «Psychiatric Quarterly» 35 (1961) 631-55.
44. Ibid.
45. Ibid.
46. Ibid.
47. Ibid.
48. N. Brown, *Life Against Death,* Vintage Books, Nueva York 1959, p. 107.
49. H. Witkin, *Psychological Differentiation,* John Wiley, Nueva York 1962.
50. H. Witkin, *Psychological Differentiation and Forms of Pathology,* «Journal of Abnormal Psychology» 70(5) (1965) 317-36.
51. J. Rotter, *Generalized Expectancies for Internal vs. External Control of Reinforcement,* «Psychological Monographs» 80 (1966) 1, todo el # 609.
52. E. Phares, *Locus of Control in Personality,* General Learning Press, Morristown, N. J. 1976.
53. J. Rotter, *Some Implications of Social Learning Theory for the Prediction of Goal Directed Behavior from Testing Procedures,* «Psychology Review» 67 (1960) 301-16.
54. W. Mischel, R. Zeiss y A. Zeiss, *Internal-External and Persistence,* «Journal of Personality and Social Psychology» 29 (1974) 265-78.
55. Phares, *Locus of Control,* p. 7.
56. Ibid., p. 144-56.
57. Ibid., p. 149.
58. P. Duz, *Comparison of the Effects of Behaviorally Oriented Action and Psychotherapy Reeducation of Intraversion-Extraversion, Emotionality, and Internal-External Control,* «Journal of Counseling Psychology» 17 (1970) 567-72.

59. Witkin, *Psychological Differentiation,* Rotter, *Some Implications,* y Phares, *Locus of Control.*
60. R. Ryckman y M. Sherman, *Relationship between Self Esteem and Internal-External Locus of Control,* «Psychological Reports» 32 (1973) 1106; y B. Fish y S. Karabenick, *Relationship between Self Esteem and Locus of Control* «Psychological Reports» 29 (1971) 784.
61. D. Kilpatrick, W. Dubin y D. Marcotte, *Personality, Stress of the Medical Education Process and Changes in Affective Mood State,* «Psychology Reports» 3 (1974) 1215-23.
62. F. Melges y A. Weisz, *The Personal Future and Suicidal Ideation,* «Journal of Nervous and Mental Disease» 153 (1971) 244-50; y H. Lefcourt, *Locus of Control,* Lawrence Erlbaum, Hillsdale, N. J. 1976, p. 148.
63. J. Shybutt, *Time Perspective, Internal vs. External Control and Severity of Psychological Disturbance,* «Journal of Clinical Psychology» 24 (1968) 312-15; y C. Smith, M. Peyer y M. Distefano, *Internal-External Control and Severity Emotional Impairment,* «Journal of Clinical Psychology» 27 (1971) 449-50.
64. M. Harrow y A. Ferrante, *Locus of Control in Psychiatric Patients,* «Journal of Consulting and Clinical Psychology» 33 (1969) 582-89; y R. Cromwell, *Description of Parental Behavior in Schizophrenic and Normal Subjects,* «Journal of Personality» 29 (1961) 363-79.
65. C. Fersten, *A Functional Analysis of Depression,* «American Psychologist» 28 (1973) 857-70; P. Lewinsohn, citado en Lefcourt, *Aspects of Depression;* W. Miller y M. Seligman, *Depression and the Perception of Reinforcement,* «Journal of Abnormal Psychology» 82 (1973) 62-73; y L. Abramson y H. Sackeim, *A Paradox in Depression: Uncontrollability and Self-Blame,* «Psychology Bulletin» 84 (1977) 838-52.
66. A Tolor y M. Reznikoff, *Relation between Insight, Repression-Sensitization, Internal-External Control and Death Anxiety,* «Journal of Abnormal Psychology» 72 (1967) 426-31.
67. A. Berman y J. Hays, *Relation between Death Anxiety, Belief in Afterlife, and Locus of Control,* «Journal of Consulting and Clinical Psychology» 41 (1973) 318.

Capítulo V (pág. 195-259)

1. N. Kazantzakis, *The Odyssey: A Modern Sequel,* trad. Kimon Friar Simon & Schuster, Nueva York 1958; versión castellana en *Obra completa,* Planeta, Barcelona.
2. S. Kierkegaard, citado en R. May, *The Meaning of Anxiety,* ed. rev. W. W. Norton, Nueva York 1977, p. 37.
3. M. Heidegger, *Being and Time,* Harper & Row, Nueva York 1962, p. 294; versión castellana: *El ser y el tiempo,* F.C.E., México ^{5}1974.

4. F. Nietzsche, *The Gay Science,* trad. W. Kaufman, Random House, Vintage, Nueva York 1974, p. 37; versión castellana: *La ciencia gaya,* Olañeta, Barcelona 1979.

5. M. Montaigne, *The Complete Essays of Montaigne,* trad. D. Frame, Stanford University Press, Stanford, Calif. 1945, p. 65; versión castellana: *Ensayos completos,* 3 vols., Iberia, Barcelona 1968.

6. G. Santayana, citado en K. Fisher, *Ultimate Goals in Psychotherapy,* «Journal of Existentialism» 7 (invierno 1966-67) 215-32.

7. R. Assagioli, *Psychosynthesis,* Viking Press, Nueva York 1971, p. 116.

8. P. Landsburg, citado en J. Choron, *Death and Western Thought,* Collier Books, Nueva York 1963, p. 16.

9. J. Donne, *Complete Poetry and Selected Prose,* Modern Library, Nueva York 1952, p. 332.

10. R. Gardner, *The Guilt Reaction of parents of Children with Severe Pshysical Disease,* «American Journal of Psychiatry» 126 (1969) 82-90.

11. Heidegger, *Being and Time,* p. 105.

12. S. Golburgh y C. Rotman, *The Terror of Life: A Latent Adolescent Nightmare,* «Adolescence» 8 (1973) 569-74.

13. E. Jaques, *Death and the Mid-Life Crisis,* «International Journal of Psychoanalysis» 46 (1965) 502-513.

14. C. Jung, citado en D. Levinson, *The Seasons of a Man's Life,* Alfred A. Knopf, Nueva York 1978, p. 4.

15. D. Krantz, *Radical Career Change: Life Beyond Work,* Free Press, Nueva York 1978.

16. R. Noyes, *Attitude Changes Following Near-Death Experiences,* «Psychiatry».

17. Montaigne, *Complete Essays,* p. 62.

18. A. Kurland y cols., *Psychedelic Therapy Utilizing LSD in the Treatment of the Alcoholic Patient,* «American Journal of Psychiatry» 123 (1967) 10 p. 1202-9.

19. I. Silbermann, *The Psychical Experience during the Shocks in Shock-Therapy,* «International Journal of Psychoanalysis» 21 (1940) 179-200.

20. P. Koestenbaum, *Is There an Answer to Death?,* Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J. 1976, p. 31-41, 65-74.

21. E. Aronson, comunicación oral 1977.

22. J. Laube, *Death and Dying Workshop for Nurses: Its Effects on Their Death Anxiety Level,* «International Journal of Nursing Students» 14 (1977) 111-120; P. Murray, *Death Education and Its Effects on the Death Anxiety Level of Nurses,* «Psychological Reports» 35 (1974) 1250; J. Bugental, *Confronting the Existential Meaning of My Death Through Group Exercises,* «Interpersonal Development» 4 (1973) 1948-63; y W. Whelan y W. Warren, *A Death Awareness Workshop: Theory Application and Results,* manuscrito inédito, 1977.

23. Whelan y Warren, *Death Awareness Workshop.*

24. J. Fowles, *Daniel Martin,* Little, Brown, Boston 1977, p. 177.

25. I. Yalom, y cols. *The Written Summary as a Group Psychotherapy Technique,* «Archives of General Psychiatry» 32 (1975) 605-13.

26. G. Zilboorg, *Fear of Death,* «Psychoanalytic Quarterly» 12 (1943) 465-75.

27. S. Freud, *Three Essays on the Theory of Sexuality,* vol. VII en *Standard Edition,* Hogarth Press, Londres 1957; (publicada originalmente 1905), p. 125-231; versión castellana: *Tres ensayos sobre teoría sexual,* Alianza, Madrid [5]1980.

28. M. Stern, *Fear of Death and Neurosis,* «Journal of American Psychoanalytic Association, (Mayo 1966) 3-31.

29. Dante Alighieri, *La Divina Commedia,* Casa Editrice Nerbini, Florencia s.a.; existen varias versiones castellanas.

30. Jaques, *Death and the Mid-Life Crisis.*

31. H. Rosenberg, *The Fear of Death as an Indispensable Factor in Psychotherapy,* «American Journal of Psychotherapy» 17 (1963) 619-30.

32. J. Breuer y S. Freud, *Studies on Hysteria,* vol. III en *Standard Edition,* Hogarth Press, Londres 1964; (publicada originalmente 1895), p. 268; versión castellana: *La histeria,* en *Obras completas,* vol. 1, Biblioteca Nueva, Madrid 1973.

33. M. Eliadé, *Shamanism: Archaic Techniques of Ecstasy,* Princeton University Press, Princeton, N. J. 1964, p. 43; versión castellana: *El chamanismo,* F.C.E., Madrid 1976.

34. Ibid., p. 45.

35. Stern, *Fear of Death.*

36. J. Bugental, *The Search for Authenticity,* Holt, Rinehart & Winston, Nueva York 1965, p. 167.

37. J. Hinton, *The Influence of Previous Personality on Reactions to Having Terminal Cancer,* «Omega» 6 (1975) 91-111.

38. F. Nietzsche, citado en N. Brown, *Life Against Death,* Vintage Books, Nueva York 1959, p. 107.

39. H. Searles, *Schizophrenia and the Inevitability of Death,* «Psychiatric Quarterly» 35 (1961) 631-55.

40. Montaigne, *Complete Essays,* p. 268.

41. Whelan y Warren, *Death Awareness Workshop.*

42. D. Kaller, *An Evaluation of a Self-Instructional Program Designed to Reduce Anxiety and Fear about Death and of the Relation of That program to Sixteen Personal History Variables,* «Dissertation Abstracts» 35 (Mayo 1975) 11 p. 7125-A.

43. E. Pratt, *A Death Education Laboratory as a Medium for*

Influencing Feelings Toward Death, «Dissertation Abstracts» (1974) 4026(B).

44. Laube, *Death and Dying Workshop.*

45. Murray, *Death Education.*

CAPÍTULO VI (pág. 266-346)

1. J. Sartre, *Being and Nothingness,* trad. Hazel Barnes, Philosophical Library, Nueva York 1956, p. 633; versión castellana: *El ser y la nada,* Losada, Buenos Aires 1966.

2. J. Sartre, *Nausea,* trad. Hazel Barnes, New Directions, Nueva York 1964, p. 126-130; versión castellana: *La náusea,* Aymà, Barcelona [2]1976.

3. *The Encyclopedia of Philosophy,* ed. P. Edwards, vol. IV Macmillan and Free Press, Nueva York 1967, p. 308.

4. J. Russel, *Sartre, Therapy, and Expanding the Concept of Responsability,* «American Journal of Psychoalanysis» 38 (1978) 259-69.

5. Sartre, *Being and Nothingness,* p. 566.

6. Sartre, citado en D. Follesdal, *Sartre on Freedom,* en *Library of Living Philosophers,* ed. Paul Schilpp, Northwestern University Press, Evanston.

7. *Encyclopedia of Philosophy,* vol. V, p. 416-19.

8. E. Fromm, *Escape from Freedom,* Holt, Rinehart & Winston, Nueva York 1941; versión castellana: *El miedo a la libertad,* Paidos Ibérica, Barcelona 1980.

9. R. Kogod, comunicación oral, 1974.

10. V. M. Gatch y M. Temerlin, *Belief in Psychic Determinism and the Behavior of the Psychotherapist,* «Review of Existential Psychology and Psychiatry» 5 (1965) 16-35.

11. M. Mazer, *The Therapeutic Function of the Belief in Will,* «Psychiatry» 23 (1960) 45-52.

12. F. Perls, citado en J. Russel, *Sartre, Therapy.*

13. F. Perls y P. Baumgardner, *Legacy from Fritz,* Science and Behavior Books, Palo Alto, Calif. 1975, p. 45-46.

14. A. Levitsky y F. Perls, *The Rules and Games of Gestalt Therapy,* en *Gestalt Therapy Now,* ed. J. Fagan e Irma Lee Shepherd, Science and Behavior Books, Inc., Palo Alto 1973, p. 143.

15. Ibid., p. 98.

16. F. Perls, *Gestalt Therapy Verbatim,* Bantam Books, Nueva York 1969, p. 80.

17. V. Frankl, *The Will to meaning,* New American Library, Cleveland, O. 1969, p. 101-7; Lcf. *El hombre en busca de sentido,* Herder [4]1983.

18. J. Haley, *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton Erickson,* W. W. Norton, Nueva York 1973; y P. Watzlawick, J. Beavin, y D. Jackson, *Pragmatics of Human Communication,* W. W. Norton, Nueva York 1967; versión castellana: *Teoría de la comunicación humana,* Herder, Barcelona [2]1981.

19. Perls y Baumgardner, *Legacy from Fritz,* p. 117.

20. F. Perls, *Gestalt Therapy Verbatim,* p. 79.

21. Ibid., p. 69-70.

22. Perls y Baumgardner, *Legacy from Fritz,* p. 44.

23. Ibid., p. 44-45.

24. Perls, *Gestalt Therapy Verbatim,* p. 79.

25. R. Drye, R. Goulding y M. Goulding, *No Suicide Decision: Patient Monitoring of Suicidal Risk,* «American Journal of Psychiatry» 130 (1973) 171-74.

26. H. Kaiser, *Effective Psychotherapy: The Contribution of Hellmuth Kaiser,* ed. L. Fierman, Free Press, Nueva York 1965.

27. Ibid., p. 135.

28. Ibid., p. 126.

29. Ibid., p. 129.

30. H. Kaiser, *The Problem of Responsability in Psychotherapy,* «Psychiatry» 18 (1955) 205-11.

31. Kaiser, *Effective psychotherapy: The Contribution of Hellmuth Kaiser,* p. 159ss.

32. Ibid., p. 172-202.

33. W. Dyer, *Your Erroneous Zones,* Avon Books, Nueva York 1977; versión castellana: *Tus zonas erróneas,* Grijalbo, Barcelona [12]1981.

34. Ibid., p. 14.

35. W. Dyer, *Pulling Your Own Strings,* Funk & Wagnalls, Nueva York 1978.

36. G. Weinberg, *Self-Creation,* Avon Books, Nueva York 1978.

37. Dyer, *Your Erroneous Zones,* p. 194-196.

38. Ibid., p. 214-15.

39. A. Lazarus y A. Fay, *I Can If I Want To,* William Morrow, Nueva York 1975.

40. N. Lande, *Mindstyles Lifestyles,* Price, Stern, Sloan, Los Angeles 1976, p. 135-46.

41. A. Bry, *EST-60 Hours That Transform Your Life,* Harper & Row, Nueva York 1976, p. 49-50.

42. Ibid., p. 53.

43. L. Rhinehart, *The Book of EST,* Holt, Rinehart & Winston, Nueva York 1976, p. 142-44.

44. Bry, *EST,* p. 59.

45. Rhinehart, *The Book of EST,* p. 144-45.

46. Bry, *EST,* p. 61.

47. Ibid., p. 71.
48. Ibid., p. 72-73.
49. Ibid., p. 73.
50. Ibid., p. 72.
51. Ibid., p. 76.
52. Ibid., p. 72-73.
53. Ibid., p. 128.
54. Ibid., p. 129.
55. S. Fenwick, *Getting It: The Psychology of EST,* J. P. Lippincott., Nueva York 1976, p. 181.
56. R. Ryckman y M. Sherman, *Relationship between Self-Esteem and Internal-External Locus of Control,* «Psychological Report» 32 (1973) 1106; y B. Fish y S. Karabenich, *Relationships between Self-Esteem and Locus of Control,* «Psychological Reports» 29 (1971) 784-87.
57. D. Kilpatrick, W. Dubin y D. Marcotte, *Personality, Stress of the Medical Education Process and Changes in Affect Mood State,* «Psychological Reports» 3 (1974) 1215-23.
58. F. Melgas y A. Weisz, *The Personal Future and Suicidal Ideation,* «Journal of Nervous and Mental Disease» 153 (1971) 244-50; y H. Lefcourt, *Locus of Control,* Lawrence Erlbaum, New Jersey 1976, p. 148.
59. J. Rotter, *Generalized Expectancies for Internal vs. External Control of Reinforcement,* «Psychological Monographs» 80 (1966) *(1, todo el # 609)* 7, 61, 166.
60. J. Easterbrook, *The Determinants of Free Will,* Academic Press, Nueva York 1978, p. 26.
61. M. Harrow y A. Ferrante, *Locus of Control in Psychiatric Patients,* «Journal of Consulting and Clinical Psychology» 33 (1969) 582-89; y R. Cromwell, *Description of Parental Behavior in Schizophrenic and Normal Subjects,* «Journal of Personality» 29 (1961) 363-79.
62. J. Shybutt, *Time Perspective, Internal vs. External Control and Severity of Psychological Disturbance,* «Journal of Clinical Psychology» 24 (1968) 312-15; y C. Smith, M. Pryer, y M. Distefano, *Internal-External Control and Severity Emotional Impairment,* «Journal of Clinical Psychology» 27 (1971) 449-50.
63. C. Fersten, *A Functional Analysis of Depression,* «American Psychologist» 28 (1973) 857-70; P. Lewinshohn, citado en Lefcourt, *Locus of Control;* W. Miller y M. Seligman, *Depression and the Perception of Reinforcement,* «Journal of Abnormal Psychology» 82 (1973) 62-73; y L. Abramson y H. Sackeim, *A Paradox in Depression: Uncontrollability and Self-Blame,* «Psychological Bulletin» 84 (1977) 838-52.
64. M. Seligman, *Helplessness: On Depression, Development and Death,* W. H. Freeman, San Francisco 1975.
65. M. Seligman y S. Maier, *Failure of Escape Traumatic Shock,*

«Journal of Experimental Psychology» 74 (1967) 1-9; y J. Overmier y M. Seligman, *Effects of Inescapable Shock upon Subsequent Escape,* «Journal of Comparative and Physiological Psychology» 63 (1967) 23-33.
66. D. Hiroto, *Locus of Control and Learned Helplessness,* «Journal of Experimental Psychology» 102 (1974) 187-93.
67. D. Hiroto y M. Seligman, *Generality of Learned Helplessness in Man,* «Journal of Personality of Social Psychology» 31 (1975) 311-27.
68. D. Klein y M. Seligman, *Reserval of Performance Deficits and Perceptual Deficits in Learned Helplessness and Depression* el «Journal of Abnormal Psychology» 85 (1976) 11-26.
69. W. Miller y M. Seligman, *Depression and the Perception of Reinforcement,* «Journal of Abnormal Psychology» 82 (1973) 62-73.
70. Abramson y Sackeim, *A Paradox.*
71. A. Beck, *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects,* Harper & Row, Nueva York 1967.
72. Abramson y Sackeim, *A Paradox.*
73. Lefcourt, *Locus of Control,* p. 96-109; y J. Phares, *Locus of Control in Personality,* General Learning Press, Morristown, N. J. (1976), p. 144-56.
74. Phares, *Locus of Control;* y G. Crandall, W. Katkovsky y V. Crandall, *Children's Beliefs in Their Own Control of Reinforcement in Intellectual-Academic Situations,* «Child Development» 36 (1965) 91-109.
75. J. Gillis y R. Jessor, *Effects of Brief Psychotherapy on Belief in Internal Control,* «Psychotherapy: Research and Practice» 7 (1970) 135-37.
76. P. Dua, *Comparison of the Effects of Behaviorally Oriented Action and Psychotherapy Reeducation on Intraversion-Extraversion, Emotionality, and Internal vs. External control,* «Journal of Counseling Psychology» 17 (1970) 567-72.
77. S. Nowick y J. Bernes, *Effects of a Structured Camp Experience on Locus of Control,* «Journal of Genetic Psychology» 122 (1973) 247-52.
78. M. Foulds, *Change in Locus of Internal-External Control,* «Comparative Group Studies» 2 (1971) 293-300; M. Foulds, J. Guinan y R. Warehine, *Marathon Group: Change in Perceived Locus of Control,* «Journal of College Student Personnel» 15 (1974) 8-11; y M. Dianard y J. Shapiro, *Change in Locus of Control as a Function of Encounter Group Experiences,* «Journal of Abnormal Psychology» 82 (1973) 514-18.
79. I. Yalom, *Theory and Practice of Group Psychotherapy,* Basic Books, Nueva York 1975, p. 77-98.
80. D. York y C. Eisman, estudio inédito.
81. J. Dreyer, University of West Virginia, estudio inédito.
82. M. Lieberman, N. Solow, G. Bond, y J. Reibstein, *The Psycotherapeutic Impact of Women's Consciousness-raising Groups,* «Archives of General Psychology» 36 (1979) 161-68.
83. L. Horowitz, *On the Cognitive Structure of Interpersonal Problems*

Treated in Psychotherapy, «Journal of Consulting and Clinical Psychology» 47 (1979) 5-15.

84. G. Helweg, citado en J. Phares, *Locus of Control,* p. 169.

85. R. Jacobsen, citado en Phares, *Locus of Control,* p. 169.

86. K. Wilson, citado en Phares, *Locus of Control,* pp. 169-70.

87. M. Lieberman, I. Yalom y M. Miles, *Encounter Groups: First Facts,* Basic Books, Nueva York, 1973.

88. B. Skinner, citado en A. Bandura, *Social Learning Theory,* Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1977, p. 203.

89. L. Binswanger, *Sigmund Freud: Reminiscences of a Friendship,* trad. N. Guterman, Grune & Stratton, Nueva York, 1975 p. 90.

90. A. Bandura, *Presidential Address,* pronunciado en la reunión de la American Psychological Association, Nueva Orleans, agosto de 1974.

91. Ibid.; y A. Bandura, *The Self System in Reciprocal Determinism,* «American Psychologist», 33 (1978) 344-58.

92. Bandura, *Presidential Address,* p. 633.

93. Epicteto, citado en H. Arendt, *Willing—The Life of the Mind,* vol. II, Harcourt Brace Jovanovich, Nueva York, 1978 p. 29.

94. J. P. Sartre, *Being and Nothingness,* p. 629; *L'être et le néant.*

95. S. Freud, *The Psycopathology of Everyday Life,* vol. VI en *Standard Edition,* Hogarth Press, Londres 1960 (publicado originalmente en 1901), p. 178-88; versión castellana: *Psicopatología de la vida cotidiana,* en *Obras completas,* vol. 1, Biblioteca Nueva, Madrid 1973.

96. O. Simonton, S. Matthews-Simonton y J. Crieghton, *Getting Well Again,* J. P. Tarcher, Los Angeles 1978.

97. I. Yalom y C. Greaves, *Group Therapy with the Terminally Ill,* «American Journal of Psychiatry», 134 (1977) 4, p. 396-400; y D. Spiegel y J. Yalom, *Cancer Group,* «International Journal of Group Psychotherapy» 28 (1978), p. 233-5.

98. I. Janis, *Psychological Stress,* John Wiley, Nueva York, 1958.

99. V. Frankl, comunicación oral, 1972.

100. Yalom y Greaves, *Group Therapy;* y Spiegel y Yalom, *Cancer Group.*

101. S. Freud, *New Introductory Lectures on Psychoanalysis,* vol. XXII en *Standard Edition,* Hogarth Press, Londres 1964; publicado originalmente 1933, p. 66; versión castellana: *Nuevas aportaciones al psicoanálisis,* en *Obras completas,* vol. 2, Biblioteca Nueva, Madrid 1973.

102. M. Buber, *Guilt and Guilt Feelings,* «Psychiatry», 20 (1957) 114-29.

103. M. Heidegger, *Being and Time,* traductores J. Macquarrie y E. Robinson, Harper & Row, New York, 1962, p. 327; versión castellana: *El ser y el tiempo,* F. C. E., México ^{5}1974.

104. Ibid., p. 329.

105. Ibid., p. 330.

106. P. Tillich, *The Courage to Be,* Yale University Press, New Haven, Conn, 1952, p. 52; versión castellana: *El coraje de existir,* Laia, Barcelona ^{3}1973.

107. S. Kierkegaard, *The Sickness Unto Death,* Doubleday, Nueva York, 1941, p. 186-87; versión castellana: *La enfermedad mortal,* Guadarrama, Madrid 1969.

108. M. Friedman, introducción a M. Buber, *Between Man and Man,* Macmillan, Nueva York, 1965, p. XIX.

109. O. Rank, *Will Therapy and Truth and Reality,* Alfred A. Knopf, Nueva York, 1945.

110. R. May, ed., *Existential Psychology,* Random House, Nueva York, 1969, p. 19.

111. R. May, *Art of Counseling,* Abingdon Press, Apex Books, Nashville, Tenn, 1967, p. 70.

112. R. May, E. Angel y H. Ellenberger, eds., *Existence,* Basic Books, Nueva York, 1958, p. 52.

113. A. Maslow, *Toward a Psychology of Being,* D. Van Nostrand, Princeton, N.J., 1962, p. 5.

114. M. Buber, *The Knowledge of Man,* Harper & Row, Nueva York, 1965, p. 121-48.

115. G. Murphy, *Human Potentialities,* Basic Books, Nueva York, 1958.

116. E. Fromm, *Man for Himself,* Rinehart, Nueva York, 1947.

117. C. Buhler, *Maturation and Motivation,* «Dialectica», 5 (1951) 312-61.

118. G. Allport, *Becoming,* Yale University Press, New Haven, Conn, 1955.

119. C. Rogers, *On Becoming a Person,* Houghton Mifflin, Boston, 1961.

120. C. Jung, *Modern Man in Search of a Soul,* Harcourt, Nueva York, 1933.

121. Maslow, *Psychology of Being,* p. 19-41.

122. K. Horney, *Neurosis and Human Growth,* W. W. Norton, Nueva York, 1950.

123. Ibid., p. 17.

124. Maslow, *Psychology of Being,* p. 3-4.

125. J. S. Mill, citado en Arendt, *Willing,* p. 9.

126. San Agustín, citado en Arendt, *Willing,* p. 98.

127. F. Kafka, *Tagebücher 1910-1923,* S. Fischer Verlag, Francfort; Schocken, Nueva York, 1948, p. 350; versión castellana: *Diarios,* 2 vols. Lumen, Barcelona, 1975.

128. F. Kafka, *The Trial,* Modern Library, Random House, Nueva York,

1956, p. 247-78; versión castellana: *El proceso,* Lumen, Barcelona 1975.
129. J. Heuscher, *Inauthenticity, Flight from Freedom, Despair,* «American Journal of Psychoanalysis», 36 (1976) 331-7.
130. Kafka, *The Trial,* p. 266.
131. Kafka, citado en M. Buber, *The Knowledge of Man,* Harper & Row, Nueva York, p. 143.
132. Buber, *Knowledge of Man,* p. 143.
133. Heuscher, *Inauthenticity.*
134. Ibid.
135. S. Kierkegaard, citado en R. May, *The Meaning of Anxiety,* Nueva York, ed. rev. W.W. Norton, 1977, p. 40.

Capítulo VII (pág. 347-422)

1. A. Wheelis, *The Place of Action in Personality Change,* «Psychiatry», 13 (1950) 135-48.
2. A. Wheelis, *Will and Psychoanalysis,* «Journal of Psychoanalytic Association», 4 (1956) 285-303.
3. Ibid.
4. E. Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud,* vol. I, Basic Books, Nueva York, 1953, p. 41; versión castellana: *Vida y obra de Sigmund Freud,* 3 vols., Anagrama, Barcelona 1970.
5. S. Freud, citado en R. May, *Love and Will,* W. W. Norton, Nueva York, 1969, p. 183.
6. May, *Love and Will,* p. 183.
7. S. Freud, *The Ego and the Id,* vol. XIX en *Standard Edition,* Hogarth Press, Londres 1961, (publicado originalmente en 1923), p. 50; versión castellana: *El yo y el ello,* en *Obras completas,* vol. 2, Biblioteca Nueva, Madrid 1973.
8. May, *Love and Will,* p. 198.
9. T. Hobbes, citado en H. Arendt, *Willing,* vol. II en *The Life of Mind,* Harcourt Brace Jovanovich, Nueva York, 1978, p. 23.
10. B. Spinoza, *The Chief Works,* ed. R. H. Elwes, vol. II, Dover, Nueva York 1951, p. 390; versión castellana en *Obras completas,* Ibéricas, Madrid 1966.
11. May, *Love and Will,* pp. 197-98.
12. Aristóteles, citado en Arendt, *Willing,* p. 15-18.
13. Arendt, *Willing,* p. 32.
14. I. Kant, citado en Arendt, *Willing,* p. 6.
15. L. Farber, *The Ways of the Will,* Basic Books, Nueva York 1966, p. 27.
16. Wheelis, *Will and Psychoanalysis.*

17. S. Arieti, *The Will to Be Human,* Quadrangle Books, Nueva York 1972, p. 2.
18. Wheelis, *Will and Psychoanalysis*
19. Arendt, *Willing,* p. 15.
20. A. Schopenhauer, *The World as Will and Representation,* Falcon's Wing Press, Indian Hills, Col. 1958.
21. F. Nietzsche, citado en Arendt, *Willing,* p. 161.
22. Aristóteles, citado en Arendt, *Willing,* p. 16.
23. Arendt, *Willing,* p. 13; y May, *Love and Will,* p. 243.
24. W. James, *Psychology,* Fawcett, Greenwich, Conn., 1963, p. 376-ss.
25. E. Becker, *Denial of Death,* Free Press, Nueva York 1973.
26. O. Rank, *Will Therapy* y *Truth and Reality,* trad. J. Taft, Alfred A. Knopf, Nueva York 1945.
27. Ibid., p. 111.
28. Ibid., p. 24.
29. Ibid., p. 28.
30. O. Rank, *The Training of the Will and Emotional Development,* «Journal of Otto Rank Associates», 3 (Diciembre 1967) 51-74.
31. Ibid., p. 68.
32. Ibid., p. 68.
33. Ibid., p. 69.
34. Rank, *Will Therapy,* p. 230.
35. Ibid., p. 7.
36. Ibid., p. 9.
37. Ibid., p. 12.
38. Ibid., p. 8.
39. Ibid., p. 11.
40. S. Tomkins, citado en R. May, *Love and Will,* W. W. Norton, Nueva York 1969, p. 194.
41. Wheelis, *Will and Psychoanalysis.*
42. Rank, *Will Therapy,* p. 16.
43. Ibid., p. 56.
44. L. Farber, *The Ways of the Will,* Basic Books, Nueva York 1966.
45. Ibid., p. 8.
46. Ibid., p. 15.
47. May, *Love and Will,* p. 197.
48. Ibid., p. 211.
49. Ibid., p. 243.
50. Ibid., p. 211.
51. S. Freud, *Interpretation of Dreams,* vol. V en *Standard Edition,* Hogarth Press, Londres 1953; (publicado originalmente en 1900), p. 565-70; versión castellana: *La interpretación de los sueños,* en *Obras completas,* vol. 1, Biblioteca Nueva, Madrid 1973.

52. Ibid., pp. 550-572.
53. May, *Love and Will,* p. 210.
54. Ibid., p. 211.
55. Ibid., p. 218.
56. Ibid.
57. Rank, *Will Therapy,* p. 12.
58. H. Arendt, *Willing,* p. 158.
59. E. Keen, citado en May, *Love and Will,* p. 268.
60. May, *Love and Will,* p. 165.
61. J. Nemiah, *Alexithymia and Psychosomatic Illness,* «Journal of Continuing Education and Psychiatry», (Octubre 1978) p. 25-38.
62. S. Freud, *Studies on Hysteria,* vol. II en *Standard Edition* Hogarth Press, Londres 1955; (publicado originalmente, 1895); versión castellana: *La histeria,* en *Obras completas,* vol. 1.
63. I. Yalom, *Theory and Practice of Group Psychotherapy,* Basic Books, Nueva York 1975, p. 77-79.
64. S. Rose, *Intense Feeling Therapy,* en *Emotional Flooding,* ed. P. Olsen, Penguin Books, Nueva York 1977, p. 80-96.
65. T. Stampfl y D. Lewis, *Essentials of Implosive Therapy,* «Journal of Abnormal Psychology» 6 (1967) 496-503.
66. A. Lowen, *Bioenergetics,* Coward, McCann & Geoghegan, N.Y. 1975.
67. P. Olsen, *Emotional Flooding,* p. 77.
68. A. Janov, *The Primal Scream,* G.P. Putnam, Nueva York 1970; versión castellana: *El grito primal,* Edhasa, Barcelona 1979.
69. J. P. Sartre, *The Age of Reason,* Alfred A. Knopf, Nueva York 1952, p. 144; versión castellana: *La edad de la razón,* Losada, Buenos Aires [8]1973.
70. I. Yalom, Bloch y otros, *The Impact of a Weekend Group Experience on Individual Therapy,* «Archives of General Psychiatry» 34 (1977) 399-415.
71. D. Hamburg, comunicación oral, 1968.
72. F. Alexander y T. French, *Psychoanalytic Theory: Principles and Applications,* Ronald Press, Nueva York, 1946.
73. F. Perls, *The Gestalt Approach and Eye-Witness to Therapy,* Science and Behavior Books, Palo Alto, Calif. 1973, p. 63.
74. Ibid., p. 63-64.
75. Ibid., p. 68.
76. Ibid., p. 73-74.
77. Ibid., p. 78.
78. F. Perls, *Gestalt Therapy Verbatim,* Bantam Books, Toronto, Nueva York y Londres 1971, p. 1.
79. E. Pohlster y M. Pohlster, *Gestalt Therapy Integrated,* Brunner Mazel, Nueva York 1973, p. 229.

80. May, *Love and Will,* p. 216.
81. J. Bugental, *Intentionality and Ambivalence,* en *William James: Unfinished Business,* ed. R. MacLeod, American Psychological Association, Washington, D.C. 1969, p. 93-98.
82. Ibid.
83. M. Heidegger, *Being and Time,* traductores J. Macquarrie y E. Robinson, Harper & Row, Nueva York 1962, p. 158; versión castellana: *El ser y el tiempo,* F.C.E., México [5]1974.
84. A. Camus, *The Fall and Exile in the Kingdom,* Modern Library, Nueva York 1965, p. 63; versión catalana: *L'exili i el regne,* Argos-Vergara, Barcelona 1967.
85. S. Beckett, *En Attendant Godot* (Paris: Les Editions de Minuit, 1952); versión castellana: *Esperando a Godot,* Barral, Barcelona [6]1978.
86. W. James, *Principles of Psychology,* Fawcett, Greenwich, Conn, 1963, capítulo 26, p. 365-401.
87. R. Goulding, *New Directions in Transactional Analysis: Creating an Environment for Redecision and Change,* en *Progress in Group and Family Therapy,* eds. C. Sager y H. Kaplan, Brunner Mazel, Nueva York 1972, p. 105-34.
88. J. Dusay y C. Steiner, *Transactional Analysis in Groups,* en *Comprehensive Group Therapy,* eds. H. Kaplan y B. Sadock, Williams & Wilkins, Baltimore 1971, p. 198-240.
89. Goulding, *New Directions,* p. 110-112.
90. E. Erikson, *Childhood and Society,* 2.ª ed., W. W. Norton, Nueva York 1963.
91. J. Gardner, *Grendel,* Ballantine Books, Nueva York 1971, p. 115; versión castellana: *Grendel,* Destino, Barcelona 1975.
92. F. Estess, Comunicación oral 1977.
93. Heidegger, *Being and Time,* p. 310.
94. Wheelis, *Will and Psychoanalysis.*
95. *Encyclopedia of Philosophy,* vol. I, p. 428.
96. E Menaker, *Will and the Problem of Masochism,* «Journal of Contemporary Psychotherapy» 1 (1969) 186-226.
97. E. Jones y H. Gerard, *Foundations of Social Psychology,* John Wiley, Nueva York 1967, p. 186-226.
98. L. Festinger, *A Theory of Cognitive Dissonance,* Row, Peterson, Evanston, III, 1957; versión castellana: *Teoría de la disonancia cognoscitiva,* C.E.C., Madrid 1975.
99. Jones y Gerard, *Social Psychology,* p. 193-94.
100. L. Rhinehart, *The Dice Man* (William Morrow, Nueva York 1971).
101. J. Bugental, *Someone Needs to Worry: The Existential Anxiety of Responsibility and Decision,* «Journal of Contemporary Psychotherapy» 2 (1967) 41-53.

102. R. White, *Motivation Reconsidered,* «The Psychological Review» 66 (1959) 297-333.

103. K. Horney, *Neurosis and Human Growth,* W. W. Norton, Nueva York 1950.

104. Ibid., p. 17.

105. H. Greenwald, *Decision Therapy,* Peter Wyden, Nueva York 1973, p. 154.

106. Farber, *Ways of the Will,* p. 450.

107. Greenwald, *Decision Therapy,* p. 22.

108. Ibid., p. 38.

109. May, *Love and Will,* p. 236-37.

110. J. Frank, *Emotional Reaction of American Soldiers to an Unfamiliar Disease,* «Archives of General Psychiatry» 17 (1967) 416-427.

111. M. Leiberman, I. Yalom y M. Miles, *Encounter Groups: First Facts,* Basic Books, Nueva York 1973, p. 365-67.

112. R. Nisbett y T. Wilson, *Telling More Than We Can Know: Verbal Reports on Mental Process,* «Psychological Reviews» 84 (1977) 231-58.

113. Yalom, *Group Psychotherapy,* p. 440-45.

114. S. Freud, *Constructions in Analysis,* vol. XXIII en *Standard Edition,* Hogarth Press, Londres 1964; (publicado originalmente en 1937), p. 259; versión castellana: *Construcciones en psicoanálisis,* en *Obras completas,* vol. 3.

115. Ibid., p. 266.

116. Rank, *Will Therapy,* p. 44.

117. M. Gatch y M. Temerlin, *Belief in Psychic Determinism and the Behavior of the Psychotherapist,* «Review of Existential Psychology and Psychiatry» 5 (1965) 16-35.

118. Rank, *Will Therapy,* p. 36.

119. E. Goffman, *The Moral Career of the Mental Patient,* «Psychiatry» 22 (1959) 123-42.

120. C. Rycroft, *Psychoanalysis Observed,* Constable, Londres 1966, p. 18.

Capítulo VIII (pág. 425-470)

1. M. Heidegger, *Being and Time,* traductores J. Macquarrie y E. Robinson, Harper & Row, Nueva York 1962, p. 57; versión castellana: *El ser y el tiempo,* F.C.E., México ^{5}1974.

2. S. Freud, *Inhibitions, Symptoms and Anxiety,* vol. XX en *Standard Edition,* Hogarth Press, Londres 1959; (publicado originalmente en 1929), p. 119-23; versión castellana: *Inhibición, síntoma y angustia,* en *Obras completas,* vol. 2, Biblioteca Nueva, Madrid 1973.

3. P. Mullahy, *Psychoanalysis and Interpersonal Psychiatry: The Contribution of Harry Stack Sullivan,* Science House, Nueva York 1970, p. 137.

4. C. Rogers, *The Loneliness of Contemporary Man as Seen in the Case of Ellen West,* en «Review of Existential Psychology and Psychiatry» 1 (1961) 94-101.

5. I. Yalom, *Theory and Practice of Group Psychotherapy,* 2.ª ed., Basic Books, Nueva York 1975, p. 80.

6. Rogers, *Loneliness of Contemporary Man;* F. Fromm-Reichman, *Loneliness,* «Psychiatry» 22 (1959) 1-16; H. Leiderman, *Intervention,* «Psychiatry Clinics», 6 (1969) 155-74; E. Josephson y M. Josephson, *Man Alone,* Dell Books, Nueva York 1962; J. Rubins, *On the Psychopathology of Loneliness,* «American Journal of Psychoanalysis» 24 (1964) 153-65; D. Reisman R. Denny y N. Glaser, *The Lonely Crowd,* Yale University Press, New Haven, Conn. 1950; G. Moustakas, *Loneliness,* Prentice-Hall, Nueva York 1961; M. Wood, *Paths of Loneliness,* Columbia University Press, Nueva York 1953; A. Wenkert, *Regaining Identity through Relatedness,* «American Journal of Psychoanalysis» 22 (1961) 227-33; y W. Willig, *Discussion of A. Wenker paper,* «American Journal of Psychoanalysis» 22 (1961) 236-39.

7. T. Wolfe, *Look Homeward, Angel,* Charles Scribner, Nueva York: 1929, p. 31.

8. Heidegger, *Being and Time,* p. 284.

9. M. Abrams y otros, eds., *Everyman,* en *The Norton Anthology of English Literature,* vol. I, W. W. Norton, Nueva York 1962, p. 281-303.

10. E. Fromm, *The Art of Loving,* Bantam Books, Nueva York 1956, p. 7; versión castellana: *El arte de amar,* Paidos Ibérica, Barcelona 1980.

11. A. Camus, *La Mort dans l'âme,* en *L'Envers et l'endroit,* Librairie Gallimard, Paris 1937, p. 87-88; pasaje traducido por Marilyn Yalom.

12. R. Frost, *Desert Places,* en *Complete Poems of Robert Frost,* Henry Holt, Nueva York 1949, p. 386.

13. K. Reinhardt, *The Existential Revolt,* Frederick Ungar, Nueva York 1952, p. 235.

14. Heidegger, *Being and Time,* p. 233.

15. Ibid., p. 393.

16. H. Dreifuss, *Commentary on Being and Time,* ms. inédito 1977.

17. F. Nietzsche, citado en M. Heidegger, *An Introduction to Metaphysics,* Anchor Books, Nueva York 1961, p. 29; versión castellana: *Introducción a la metafísica,* Nova, Buenos Aires 1972.

18. L. Fierman, ed., *Effective Psychotherapy: The Contributions of Hellmuth Kaiser,* Free Press, Nueva York 1965, p. 126.

19. E. Fromm, *Escape From Freedom,* Holt, Rinehart & Winston, Nueva York 1941, p. 29; versión castellana: *El miedo a la libertad,* Paidos Ibérica, Barcelona 1980.

20. O. Rank, *Will Therapy and Truth and Reality,* trad. J. Taft, Alfred A. Knopf, Nueva York, 1945, p. 123.
21. J. Bugental, *The Search for Authenticity,* Holt, Rinehart & Winston, Nueva York 1965, p. 309.
22. M. Buber, *Between Man and Man,* Macmillan, Nueva York 1965, p. 11.
23. Ibid., p. 175.
24. M. Buber, *I and Thou,* Charles Scribner, Nueva York 1970, p. 69.
25. Ibid., p. 76-79.
26. Buber, *Between Man and Man,* p. xx.
27. Buber, *I and Thou,* p. 54.
28. Ibid., p. 58.
29. Ibid., p. 62.
30. Buber, *Between Man and Man,* p. 22-23.
31. Ibid., p. 19.
32. Ibid., p. 23.
33. V. Frankl, *Encounter: The Concept and Its Vulgarization,* «Journal of the American Academy of Psychoanalysis» 1 (1973) 73-83.
34. Buber, *Between Man and Man,* p. 19.
35. Ibid., p. 13-14.
36. Buber, *I and Thou,* p. 84-85.
37. Hillel, citado en Buber, *I and Thou,* p. 85 n.
38. M. Buber, *Between Man and Man,* p. 1-2.
39. A. Maslow, *Toward A Psychology of Being,* D. Van Nostrand, Nueva York 1968, p. 21-22.
40. Ibid., p. 35.
41. Ibid., p. 36.
42. Ibid., p. 42-43.
43. E. Fromm, *Art of Loving,* Bantam Books, Nueva York 1963; versión castellana: *El arte de amar,* Paidos Ibérica, Barcelona 1980.
44. Ibid., p. 7.
45. Ibid., p. 15.
46. Ibid., p. 17.
47. Ibid., p. 34. 48. Ibid., p. 18.
49. E. Fromm, *Man for Himself,* Fawcett World Library, Nueva York 1969, p. 68-122.
50. Fromm, *Art of Loving,* p. 21-22.
51. Buber, *I and Thou,* p. 67.
52. Fromm, *Art of Loving,* p. 61.
53. Ibid., p. 39.
54. S. Kierkegaard, *Fear and Trembling/The Sickness unto Death,* trad. W. Lowrie Doubleday, Anchor, Garden City, N.Y. 1954, p. 177; versión castellana: *Temor y temblor,* Nacional, Madrid 1975.

55. L. Carroll, citado en J. Solomon, *Alice and the Red King,* «International Journal of Psychoanalysis» 44 (1963) 64-73.
56. I. Yalom, *Theory and Practice of Group Therapy,* Basic Books, Nueva York 1975, p. 440-45.
57. S. Arieti, *Psychotherapy of Severe Depression,* «American Journal of Psychiatry» 134 (1977) 864-68.
58. L. Fierman, ed., *Effective Psychotherapy: The Contribution of Hellmuth Kaiser,* op. cit., p. 131.
59. Ibid., p. 110.
60. K. Bach, *Exit-Existentialism,* Wadsworth, Belmont, Calif. 1973, p. 28.
61. S. Kierkegaard, *Fear and Trembling/The Sickness unto Death,* p. 175.
62. Fierman, *Effective Psychotherapy,* p. 120.
63. Fromm, *Escape from Freedom,* p. 158.
64. S. Freud, *The Psychopathology of Everyday Life,* vol. VI en *Standard Edition,* Hogarth Press, Londres 1960 (publicado originalmente en 1901), p. 158; versión castellana: *Psicopatología de la vida cotidiana,* en *Obras completas,* vol. 1, Biblioteca Nueva, Madrid 1973.
65. E. Greenspan, *Fantasies of Women Confronting Death,* «Journal of Consulting Psychology» 29 (1975) 252-60.
66. V. Soloviev, citado en E. Becker, *Angel in Armor,* George Braziller, Nueva York 1969, p. 5.
67. S. Kierkegaard, *Either/Or,* vol. I., traductores D. Swanson y L. Swanson, Princeton University Press, Princeton, N.J. 1944 p. 297-443.
68. Buber, *Between Man and Man,* p. 29-30.
69. M. Buber, *The Knowledge of Man,* Harper Torchbook, Nueva York, 1965, p. 77.
70. A. Camus, *A Happy Death,* Alfred A. Knopf, Nueva York 1972, p. 81-82; versión castellana: *La muerte feliz,* Noguer, Barcelona 1971.

CAPÍTULO IX (pág. 471-498)

1. B. Russell, *The Autobiography of Bertrand Russell,* Allen & Unwin, Londres 1975, p. 209; versión castellana: *La autobiografía de Bertrand Rusell,* 3 vols., Aguilar, Madrid 1971.
2. Ibid., p. 146.
3. I. Yalom, *Theory and Practice of Group Psychotherapy,* Basic Books, Nueva York 1975, p. 78-83.
4. A. Whitehead, *Religion in the Making,* Cambridge University Press, Londres 1962, p. 16.
5. E. Fromm, *The Art Of Loving,* Bantam Books, Nueva York 1963, p.

94; versión castellana: *El arte de amar,* Paidos Ibérica, Barcelona 1980.
6. Moustakas, *Loneliness* Prentice-Hall, Nueva York 1961, p. 47.
7. A. Camus, citado en M. Charlesworth, *The Existentialists and Jean-Paul Sartre,* University of Queensland Press, Brisbane, Australia 1975, p. 5.
8. R. Hobson, *Loneliness,* «Journal of Analytic Psychology» 19 (1974) 71-89.
9. R. Bollendorf, tesis doctoral inédita, Northern Illinois University, 1976.
10. O. Will, comunicación, seminarios de psiquiatría infantil, Stanford University, Department of Psychiatry, 1978.
11. L. Sherby, *The Use of Isolation in Ongoing Psychotherapy,* «Psychotherapy: Theory, Research and Practice» 12 (1975) 173-74.
12. I. Yalom, y otros, *The Impact of a Weekend Group Experience on Individual Therapy,* «Archives of General Psychiatry» 34 (1977) 399-415.
13. C. Truax y K. Mitchell, *Research on Certain Therapist Interpersonal Skills in Relation to Process and Outcome,* en *Handbook of Psychotherapy,* A. Bergin y S. Garfield, eds., John Wiley, Nueva York 1971, p. 299-344; C. Rogers, *Empathic: An Unappreciated Way of Being,* «Counseling Psycho-Logist» 5 (1975) 2, p. 2-10; C. Truax y R. Carkhuff, *Toward Effective Counseling and Psychotherapy: Training and Practice,* Aldine, Chicago 1967; G. Barrett-Lennard, *Dimensions of Therapist Response as Causal Factors in Therapeutic Change,* «Psychological Monographs» 76 (562), 1962; E. Fieder, *A Comparison of Therapeutic Relationships in Psychoanalytic, Non-Directive and Adlerian Therapy,* «Journal of Consulting Psychology» 14 (1950) 436-45; A. Bergin y L. Jasper, *Correlates of Empathy in Psychotherapy: A Replication,* «Journal of Abnormal Psychology» 74 (1969) 477-81; y A. Bergin y S. Solomon, *Personality and Performance Correlates of Empathic Understanding in Psychotherapy,* en J. Hart y T. Tomlinson, eds., *New Directions in Client-Centered Therapy,* Houghton Mifflin, Boston 1970, p. 223-36.
14. S. Standal y R. Corsini, eds., *Critical Incidents in Psychotherapy,* Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J.: 1959.
15. Ibid., p. 3.
16. Ibid., p. 41.
17. Ibid., p. 67.
18. Ibid., p. 90.
19. Ibid., p. 158.
20. Ibid., p. 178.
21. S. Freud, *Studies on Hysteria,* vol. II en *Standard Edition,* Hogarth Press, Londres 1964, (publicado originalmente en 1895); versión castellana: *La histeria* en *Obras completas,* vol. 1, Biblioteca Nueva, Madrid 1973.
22. M. Buber, *The Knowlegde of Man,* traductores M. Friedman y R. Smith, Harper Torchbooks, Nueva York 1965, p. 81.

23. Ibid., p. 82.
24. I. Yalom y G. Elkin, *Every Day Gets a Little Closer: A Twice-Told Therapy,* Basic Books, Nueva York 1974.
25. H. Kaiser, *Effective Psychotheraphy: The Contribution of Hellmuth Kaiser,* ed. L. Fierman, Free Press, Nueva York 1965, p. 152.
26. K. Fisher, *Ultimate Goals in Therapy,* «Journal of Existentialism: The International Quarterly of Existential Thought» 7 (1967) 215-32.
27. M. Buber, *The Knowledge of Man,* Harper Torchbooks, Nueva York 1965, p. 171-72.
28. C. Sequin, *Love and Psychotherapy,* Libra, Nueva York 1965, p. 113.
29. Ibid., p. 121.
30. Buber, *Knowledge of Man,* p. 82.
31. M. Buber, *I and Thou,* p. 179.
32. Sequin, *Love and Psychotherapy,* p. 123.
33. M. Heidegger, *Being and Time,* Harper & Row, Nueva York 1962, p. 158; versión castellana: *El ser y el tiempo,* F.C.E., México ^{5}1974.
34. Buber, *Knowledge of Man,* p. 166-84.
35. D. Rosenhan, *On Being Sane in Insane Places,* «Science» 179 (1973) 250-58.
36. S. Freud, *Observations on Transference-Love,* vol. XII en *Standard Edition,* Hogarth Press, Londres 1958; (publicado originalmente en 1915), p. 169; versión castellana: *Observaciones sobre el «amor de transferencia»,* en *Obras completas,* vol. 2, Biblioteca Nueva, Madrid 1973.
37. Ibid., p. 165.
38. S. Ferenczi, citado en S. Foulkes, *A Memorandum on Group Therapy,* British Military Memorandum, ADM, Julio 1945.
39. R. Greenson y M. Wexler, *The Non-Transference Relationship in the Psychoanalytic Situation,* «International Journal of Psychoanalysis» 50 (1969) 27-39.
40. A. Freud, *The Widening Scope of Indications for Psychoanaylisis,* discusión, «Journal of American Psychonalytic Association» 2 (1954) 607-20.
41. Greenson y Wexler, *Non-Transference Relationship.*
42. Ibid.
43. Buber, *I and Thou,* p. 84-85.

CAPÍTULO X (pág. 501-550)

1. Anonymous, citado en H. Cantril y C. Bumstead, *Reflections on the Human Venture,* New York University Press, Nueva York 1960, p. 308.
2. L. Tolstoy, *My Confession, My Religion, The Gospel in Brief,*

Charles Scribner, Nueva York 1929, p. 12; cf. *Obras completas,* 2 vols., Aguilar, Madrid [4]1975.

3. Ibid., p. 13.
4. Ibid., p. 14.
5. Ibid.
6. Ibid., p. 20.
7. A. Camus, citado en A. Jaffe, *The Myth of Meaning in the Work of C. J. Jung,* Hodden & Stoughton, Londres 1970, portada.
8. C. Jung, citado en Jaffe, *Myth of Meaning,* p. 130.
9. C. Jung, *Collected Works: The Practice of Psychotherapy,* vol. XVI, Pantheon, Bollingen Series, Nueva York 1966, p. 83.
10. V. Frankl, *The Feeling of Meaninglessness: A Challenge to Psychotherapy,* «American Journal of Psychoanalysis» 32 (1972) 85-89; V. Frankl, *The Will to Meaning,* World, Nueva York 1969, p. 90; y V. Frankl, *The Doctor and the Soul,* Alfred A. Knopf, Nueva York 1965, p. xi.
11. S. Maddi, *The Search of Meaning,* en *The Nebraska Symposium on Motivation - 1970,* ed. W. Arnold y M. Page, University of Nebraska Press, Lincoln 1970, p. 137-86.
12. S. Maddi, *The Existential Neurosis,* «Journal of Abnormal Psychology» 72 (1967) 311-25.
13. B. Wolman, *Principles of International Psychotherapy,* «Psychotherapy: Theory, Research and Practice» 12 (1975) 49-59.
14. N. Hobbs, *Sources of Gain in Psychotherapy,* «American Psychologist» 17 (1962) 742-48.
15. *The Encyclopedia of Philosophy,* vol. IV, ed. P. Edwards y otros, Macmillan and Free Press, Nueva York 1967, p. 467-78.
16. B. Pascal, citado en V. Frankl, *The Doctor and the Soul,* 2.ª ed., Alfred A. Knopf, Nueva York 1965, p. 31.
17. V. Frankl, *Man's Search for Meaning,* Beacon Press, Boston 1963, p. 186-87; versión castellana: *El hombre en busca de sentido,* Herder, Barcelona [4]1983.
18. M. Maimonides, *The Guide of the Perplexed,* vol. II, University of Chicago Press, Chicago, Londres 1963, p. 634-36; versión castellana: *Guía de descarriados,* trad. y notas de J. Suárez Lorenzo, Madrid.
19. Jung, citado en Jaffe, *Myth of Meaning,* p. 130.
20. C. Jung, *Memories, Dreams, Reflections,* Pantheon Books, Nueva York 1961, p. 255-56; versión castellana: *Recuerdos, sueños, pensamientos,* Seix Barral, Barcelona 1966.
21. G. Hegel, citado en Jaffe, *Myth of Meaning,* p. 145.
22. R. M. Rilke, *Ausgewählte Werke,* vol. I, Insel Wiesbaden, p. 28.
23. T. Mann, citado en Jaffe, *Myth of Meaning,* p. 140.
24. Teilhard de Chardin, *The Phenomenon of Man,* Harper, Nueva York 1959; versión castellana: *El fenómeno humano,* Taurus, Madrid [6]1974.

25. C. Merchant, *The Death of Nature: Women, Ecology and Scientific Revolution,* Harper & Row, San Francisco 1980.
26. A. Pope, *The Selected Poetry of Pope,* ed. M. Price, New American Library, Nueva York 1978, p. 133.
27. T. Dobzhansky, *The Biology of Ultimate Concern,* New American Library, Nueva York 1967, p. 132.
28. P. Teilhard de Chardin, citado en Dobzhansky, *Biology of Ultimate Concern,* p. 137.
29. A. Camus, *The Myth of Sisyphus and Other Essays,* Alfred A. Knopf, Nueva York 1955; versión castellana: *El mito de Sísifo,* Losada, Buenos Aires 1956.
30. A. Camus, *A Happy Death,* Alfred A. Knopf, Nueva York 1972; versión castellana: *La muerte feliz,* Noguer, Barcelona 1971.
31. A. Camus, *The Stranger,* Alfred A. Knopf, Nueva York 1946; versión castellana: *El extranjero,* Planeta, Barcelona 1972.
32. Camus, *Myth of Sisyphus,* p. 90.
33. A. Camus, *The Plague,* Modern Library, Nueva York 1948; versión castellana: *La peste,* Edhasa, Barcelona 1979.
34. J.P. Sartre, citado en R. Hepburn, *Questions about the Meaning of Life,* «Religious Studies» 1 (1965) 125-40.
35. J. P. Sartre, *No Exit and Three Other Plays,* Vintage Books, Nueva York 1955; versión castellana: *A puerta cerrada...,* Losada, Buenos Aires [5]1974.
36. Ibid., p. 91.
37. Ibid., p. 92.
38. Ibid.
39. Ibid., p. 94.
40. Ibid., p. 94.
41. Ibid., p. 105.
42. Ibid., p. 108.
43. Ibid., p. 121-122.
44. Ibid., p. 123.
45. Ibid., p. 124.
46. G. Allport, citado en V. Frankl, *Will to Meaning,* p. 66.
47. C. Jung, citado en Jaffe, *Myth of Meaning,* p. 146.
48. K. Jaspers, citado en Frankl, *Will to Meaning,* p. 38.
49. W. Durant, *On the Meaning of Life,* Ray Long y Richard R. Smith, Nueva York 1932, p. 128-29.
50. Ibid., p. 129.
51. I. Taylor, citado en S. Maddi, *The Strenuousness of the Creative Life,* en I.A. Taylor y J.W. Getzels, eds., *Perspectives in Creativity,* Aldine, Chicago 1975, p. 173-90.
52. L. Beethoven, citado en M. Von Andics, *Suicide and the Meaning of*

Life, William Hodge, Londres 1947, p. 178.
53. A. Roe, *Changes in Scientific Activities with Age,* «Science» 150 (1965) 313-18.
54. M. Crosby, comunicación oral, 1979.
55. P. Koestenbaum, *Is There an Answer to Death?,* Prentice-Hall, Nueva York 1976, p. 37-38.
56. J. Brennecke y R. Amick, *The Struggle for Significance,* 2ª ed., Glencoe Press, Beverly Hills, Calif. 1975, p. 9-10.
57. A. Maslow, *Toward a Psychology of Being,* Van Nostrand, N. J. 1962, p. 147.
58. M. Buber, *The Way of Man According to the Teachings of Hasidism,* en *Religion from Tolstoy to Camus,* ed. W. Kaufman, Harper Torchbooks, Nueva York 1961, p. 425-41.
59. Ibid., p. 437.
60. E. Erikson, *Childhood and Society,* 2ª ed., W. W. Norton, Nueva York 1963, p. 247-74.
61. G. Vaillant, *Adaptation to Life,* Little, Brown, Boston 1977; R. Gould, *The Phases of Adult Life: A Study in Developmental Psychology,* «American Journal of Psychiatry» 129 (1972) 521-31; y D. Levinson, *The Seasons of A Man's Life,* Alfred A. Knopf, Nueva York 1978.
62. Erikson, *Childhood,* p. 267.
63. G. Vaillant, *Adaptation,* p. 228.
64. Ibid., p. 232.
65. Ibid., p. 343.
66. N. Haan y J. Block, citado en G. Vaillant, op. cit., p. 330.
67. V. Frankl, Pocket Books, Nueva York 1963; versión castellana: *El hombre en busca de sentido,* Herder, Barcelona ⁴1983.
68. V. Frankl, comunicación oral, 1971.
69. Frankl, *Will to Meaning,* p. 21.
70. V. Frankl, *Self-transcendence as a Human Phenomenon,* «Journal of Humanistic Psychology» 6 (1966) 97-107.
71. C. Buhler, *The Human Course of Life in Its Goal Aspects,* «Journal of Humanistic Psychology» 4 (1964) 1-17.
72. G. Allport, *Becoming: Basic Considerations for a Psychology of Personality,* Yale University Press, New Haven, Conn. 1955.
73. Frankl, *Man's Search,* p. 166.
74. Frankl, *Self-transcendence.*
75. W. Frankena, *Ethics,* Prentice-Hall, Nueva York 1973, p. 86.
76. A. Watts, *The Meaning of Happiness,* Perennial Library, Harper & Row, Nueva York 1940, p. vi.
77. Frankl, *Man's Search for Meaning,* p. 154.
78. A. Ungersma, *The Search for Meaning,* Westminister Press, Filadelfia, Pa. 1961, p. 27s.

79. Frankl, *Self-transcendence.*
80. Frankl, *Man's Search for Meaning,* p. 155.
81. Ibid., p. 154.
82. Frankl, *Will to Meaning,* p. 70.
83. V. Frankl, citado en J. Fabry, *The Pursuit of Meaning,* Beacon Press, Boston 1968, p. 40.
84. Ibid., p. 44.
85. Frankl, *Will to Meaning,* p. 21.
86. S. Bloch y cols., *Outcome in Psychotherapy Evaluated by Independent Judges,* «British Journal of Psychiatry» 131 (1977) 410-14; y G. Bond y otros, *The Evaluation of the Target Problem' Approach to Outcome Measures,* «Psychotherapy: Theory, Research and Practice» (1979) 16(1): 48-54.
87. J. Gardner, Disertación de tesis doctoral, University of Chicago, 1977.
88. S. Freud, citado en Edwards, *Meaning and Value,* p. 477.
89. Frankl, *Will to Meaning,* p. 84.
90. J. Crumbaugh, *Frankl's Logotherapy: A New Orientation in Counseling,* «Journal of Religion and Health» 10 (1971) 373-86.
91. Ing. Alois Habinger, citado en V. Frankl, *The Feeling of Meaninglessness: A Challenge to Psychotherapy,* «American Journal of Psychoanalysis» 32 (1972) 85-89.
92. Maddi, *Search for Meaning;* Maddi, *Existential Neurosis;* y S. Kobasa y S. Maddi, *Existential Personality Theory,* en *Current Personality Theory,* ed. R. Corsini, Peacock Books, Itasca, III. 1979.
93. S. Maddi, comunicaciones orales 1979.
94. S. Maddi, S. Kobasa y M. Hoover, *The Alienation Test,* «Journal of Humanistic Psychology» 19 (1979) 4, p. 73-76.
95. Maddi, *Search for Meaning.*
96. J. Pike, *Beyond Anxiety,* Charles Scribner, Nueva York 1953.
97. J. Crumbaugh y L. Maholick, *An Experimental Study in Existentialism: The Approach to Frankl's Concept of Noogenic Neurosis,* «Journal of Clinical Psychology» 20 (1964) 200-207.
98. J. Braun y G. Dolmino, *The Purpose in Life Test,* y *The Seventh Mental Measurements Yearbook,* ed. O. K. Buros, Gryphon Press, Highland Park, N. J. 1978, p. 656.
99. Ibid.
100. Ibid.
101. J. Battista y R. Almond, *The Development of Meaning in Life,* «Psychiatry» 36 (1973) 409-27.
102. C. Garfield, *A Psychometric and Clinical Investigation of Frankl's Concept of Existential Vacuum and of Anomie,* «Psychiatry» 36 (1973) 396-408.

103. Braun y Domino, *Purpose in Life Test.*
104. Ibid.
105. J. Crumbaugh, *Cross-Validation of Purpose in Life Test,* «Journal of Individual Psychology» 24 (1968) 74-81.
106. M. Familetti, *A Comparison of the Meaning and Purpose in Life of Delinquent and Non-delinquent High School Boys,* United States International University, *Dissertation Abstracts International,* septiembre 1975, vol. 36 (3-A), 1825.
107. B. Padelford, *Relationship between Drug Involvement and Purpose in Life,* San Diego State University, «Journal of Clinical Psychology» 30 (1974) 3, p. 303-5.
108. Crumbaugh, *Cross-Validation.*
109. Ibid.
110. Crumbaugh, *Frankl's Logotherapy.*
111. R. Jacobson, D. Ritter y L. Mueller, *Purpose in Life and Personal Values among Adult Alcoholics,* «Journal of Clinical Psychology» 33 (1977) 1, p. 314-16.
112. B. Sheffield y P. Pearson, *Purpose in Life in a Sample of British Psychiatric Outpatients,* «Journal of Clinical Psychology» 30 (1974) 4, p. 459.
113. D. Sallee y J. Casciani, *Relationship between Sex Drive and Sexual Frustration and Purpose in Life,* «Journal of Clinical Psychology» 32 (1967) 2, p. 273-75.
114. J. Thomas y E. Weiner, *Psychological Differences among Groups of Critically III Hospitalized Patients, Noncritically III Hospitalized Patients and Well Controls* «Journal of Consulting and Clinical Psychology» 42 (1974) 2, p. 274-79.
115. J. Crandall y R. Rasmussen, *Purpose in Life as Related to Specific Values,* «Journal of Clinical Psychology» 31 (1975) 3, p. 483-85.
116. Ibid.; y D. Soderstrom y E. Wright, *Religious Orientation and Meaning in Life,* «Journal of Clinical Psychology» 33 (1977) 1, p. 65-68.
117. J. McCarthy, *Death Anxiety, Intrinsicness of Religion and Purpose in Life among Nuns and Roman Catholic Female Undergraduates, Dissertation Abstracts International* (1975) vol. 35(11-B) 5646.
118. P. Pearson y B. Sheffield, *Purpose in Life and Social Attitudes in Psychiatric Patients,* «Journal of Clinical Psychology» 31 (1975) 2, p. 330-32.
119. J. Crumbaugh, Sister Mary Raphael y R. Shrader, *Frankl's Will to Meaning in a Religious Order,* «Journal of Clinical Psychology» 21 (1970) 2, p. 206-7.
120. McCarthy, op. cit.; y J. Blazer, *The Relationship between Meaning in Life and Fear of Death,* «Psychology» 10 (1973) 2, p. 33-34.
121. L. Doerries, *Purpose in Life and Social participation,* «Journal of Individual Psychology» 26 (1970) 1, p. 50-53; y R. Matteson, *Purpose in Life as Related to Involvement in Organized Groups and Certain Sociocultural - Variables, Dissertation Abstracts International* (1975) vol. 35(8-BO) 4147-48.
122. Matteson, *Purpose in Life.*
123. A. Butler y L. Carr, *Purpose in Life through Social Action,* «Journal of Social Psychology» 74 (1968) 2, p. 243-50.
124. D. Sharpe y L. Viney, *Weltanschauung and the Purpose in Life Test,* «Journal of Clinical Psychology» 29 (1973) 4, p. 489-91.
125. Matteson, *Purpose in Life.*
126. G. Sargent, *Motivation and Meaning: Frankl's Logotherapy in the Work Situation, Dissertation Abstracts International* (1973) vol. 34(4-B), 1785.
127. Garfield, *Psychometric and Clinical Investigation.*
128. Padelford, *Drug Involvement and Purpose in Life.*
129. Crumbaugh, *Cross-Validation.*
130. Sheffield y Pearson, *Purpose in Life and Social Attitudes.*
131. Battista y Almond, *Development of Meaning.*
132. M. Carney y B. Sheffield, *The Effects of Pulse ECT in Neurotic and Endogenous Depression,* «British Journal of Psychiatry» 125 (1974) 91-94.

CAPÍTULO XI (pág. 551-576)

1. V. Frankl, *What Is Meant by Meaning,* «Journal of Existentialism» 7 (1966) 21-28.
2. Ibid.
3. C. Cluckholm, *Values and Value-Orientation in the Theory of Action,* en *Toward A General Theory of Action,* ed. T. Parsons y E. Shils, Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1951, p. 396.
4. Ibid., p. 388-434.
5. L. Tolstoy, *My Confession, My Religion, The Gospel in Brief,* Charles Scribner, Nueva York 1929, p. 20; cf. *Obras completas,* 2 vols. Aguilar, Madrid ⁴1975.
6. Ibid., p. 185.
7. B. Russell, *A Free Man's Worship,* T. B. Mosher, Portland, Me. 1927; cf. *Obras completas,* 2 vols. Aguilar, Madrid 1973-1974.
8. E. Becker, *Escape from Evil,* Free Press, Nueva York 1975, p. 3.
9. V. Frankl, *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy,* Pocket Books, Nueva York 1963, p. 192; versión castellana: *El hombre en busca de sentido,* Herder, Barcelona ²1980.
10. D. Hume, citado en A. Flew, *Tolstoi and the Meaning of Life,* «Ethics» 73 (1963) 110-18.

11. B. Wolman, *Principles of Interactional Psychotherapy,* «Psychotherapy: Theory, Research and Practice» 12 (1975) 149-59.
12. Frankl, *Man's Search,* p. 176.
13. E. Fromm, *Escape From Freedom,* Holt, Rinehart & Winston, Nueva York 1941, p. 13; versión castellana: *El miedo a la libertad,* Paidos Ibérica, Barcelona 1980.
14. D. Suzuki, *East and West,* en E. Fromm, D. Suzuki y R. DeMartino, *Zen Buddhism and Psychoanalysis,* Harper & Row, Nueva York 1960, p. 1-10.
15. Mateo 6, 26.
16. Lucas 12, 27.
17. J. Brennecke y R. Amick, *The Struggle for Significance,* Glencoe Press, Beverly Hills, Calif. 1975, p. 143.
18. W. B. Yeats, citado en R. Hepburn, *Questions about the Meaning of Life,* «Religious Studies» 1 (1965) 125-40.
19. Hepburn, *Questions.*
20. B. Rajneesh, citado en B. Gunther, *Dying for Enlightenment,* Harper & Row, Nueva York 1979.
21. V. Frankl, *Fragments from the Logotherapeutic Treatment of Four Cases,* en *Modern Psychotherapeutic Practice,* ed. A. Burton, Science and Behavior Books, Palo Alto, Calif. 1965, p. 365-67.
22. Comunicación personal, 1970.
23. Frankl, *Man's Search,* p. 143-44.
24. Ibid., p. 368-70.
25. T. Zuehlke y J. Watkins, *The Use of Logotherapy with Dying Patients: An Exploratory Study,* «Journal of Clinical Psychology» 31 (1975) 729-32.
26. C. Jung, *Memories, Dreams, Reflections,* Pantheon Books, Nueva York 1961, p. 139-40; versión castellana: *Recuerdos, sueños, pensamientos,* Seix Barral, Barcelona 1966.
27. P. Koestenbaum, *Is There an Answer to Death,* Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J. 1976, p. 81.
28. A. Ungersma, *The Search for Meaning,* Westminister Press, Filadelfia 1961, p. 27s.; J. Fabry, *The Pursuit of Meaning,* Beacon Press, Boston 1969; y J. Crumbaugh, *Everything to Gain,* Nelson Hall, Chicago 1973.
29. V. Frankl, *The Doctor and the Soul,* Alfred A. Knopf, Nueva York 1965, p. 221-53.
30. M. Erickson, *The Use of Symptoms as an Integral Part of Hypnotherapy,* «American Journal of Clinical Hypnosis» 8 (1965) 57-65; J. Haley, *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton Erickson,* W. W. Norton, Nueva York 1973; y P. Watzlawick, J. Beavin y D. Jackson, *Pragmatics of Human Communication,* W. Norton, Nueva

York 1967; versión castellana: *Teoría de la comunicación humana,* Herder, Barcelona ^{2}1981.
31. J. Crumbaugh, *Frankl's Logotherapy: A New Orientation in Counseling,* «Journal of Religion and Health» 10 (1970) 373-86.
32. D. Follesdal, comunicación oral, 1979.
33. T. Nagel, *Mortal Questions,* Cambridge University Press, Londres 1979, p. 21.
34. K. Bach, *Exit-Existentialism: A Philosophy of Self-Awareness,* Wadsworth, Belmont, Calif. 1973, p. 6.
35. A. Schopenhauer, citado en *The Encyclopedia of Philosophy,* vol. IV, ed. P. Edwards, y cols., Macmillan, Nueva York 1967, p. 468.
36. Nagel, *Mortal Questions,* p. 22.
37. Bach, *Exit-Existentialism,* p. 7.
38. Hume, citado en Nagel, *Mortal Questions,* p. 20.
39. Tolstoi, *My Confession,* p. 16.
40. L. Wittgenstein, *Tractatus Logico-Philosophicus,* trads. D. Pears y B. McGuinness, Routledge & Kegan Paul, Londres y Henley 1961, p. 73; versión cast.: Alianza Editorial, Madrid ^{5}1981.

ÍNDICE ALFABÉTICO

Abandono 85 88
Abramson, Lynn 320n
Académica, comunidad 35-42
Accidentes 332
Acción
  decisión en la 379
  deseo y elección de la 366
  responsabilidad, voluntad y 347-355
  valores como proyectos para la 554
Actitud 447 453
Adaptación neurótica 181s
Adler, Alfred 90 100 381
  Frankl sobre 530
  Rank sobre 358s 361
Adlerstein, Arthur 118
Adolescencia 118s
Adversidad 330 334
Afecto 370-376
Aflicción 205
Agresión como forma de especialidad 159
Agustín, san 48 340 366
Aisenberg, Ruth 61 110s
Aislamiento
  confrontación con el 471 477-481
  existencial 20 425-470
    decisiones que exponen a la persona al 385
    Kaiser sobre el 305
    psicoterapia y 471-498
  interpersonal 425ss 435s
  intrapersonal 426
  véase también Angustia
Albee, Edward 539
Alcoholismo
  aislamiento y 473
  angustia ante la muerte en el 58 240 258s
  logoterapia en el 569n
  prueba PIL en el 547s
Alexander, Franz 372
Alexander, Irving 118
Alexitimia 368s
Alice (caso clínico) 388s
Alivio de la emoción reprimida 83
Almond, Richard 549
Alternativas
  en las decisiones 383s
  renuncia de las 388ss
Altruismo 515-519
  ciclo de la vida y 527
  creatividad y 521
Allen, Woody 95
Allport, Gordon 31 338n 515 530
Ambición 558
Ambiente 326-331
Ambivalencia 377s
  consecutiva 377s
  simultánea 377s
Amor
  como actitud 447 453

en la relación paciente-terapeuta 488ss 497
libre de necesidad 438-449 465 488s
Anastasia (caso clínico) 567
Angle, Carol 118
Angustia 21
aislamiento y 471 479
aislamiento como fuente de 430-445
Becker sobre la 141
culpa y 340
de castración
ante la muerte y 114
Freud acerca de la 85 88-92
travestismo y 178 456
de la falta de fundamento 270
de médicos residentes 209s
desidentificación y 200
en el modelo psicoterapéutico existencial 577
forma secundaria de la 142
Freud sobre la 63
Heidegger sobre la 433n
inconsciente ante la muerte 74ss
muerte y 47-100
muerte como fuente primaria de 228-247
por la decisión 380
primigenia 270
psicopatología como método para resolver la 140
reacciones ante la 60
separación 128-132
Tillich sobre la 337
vital 160 175 179
véase también Alcoholismo; Muerte
Animales domésticos 234
Aniversario 135s
Anna (caso clínico; Yalom) 475s
Anna O. (caso clínico; Freud y Breuer) 82 86ss
Anthony, Sylvia 101-104 107-110 137
sobre la investigación de la angustia ante la muerte 131
Antonioni, Michelangelo 433 539
Aprendizaje
en la conducta depresiva 318s
en los grupos de encuentro 413
Arendt, Hannah 351 353 366
Argumento de la vida 381
Arieti, Silvano 166 351 455
Aristóteles 400
sobre el (la)
significado cósmico 506
causalidad teleológica 522
decisión 384
entelequia 338
voluntad 351s
Aronson, Elliot 214
Arte 519s 561
Arthur, historia del caso de un alcohólico 58
Asociación Estadounidense de Psicología Humanística 31s
Assagioli, Roberto 201
Auden, W.H. 361
Auténtico, ser 204
Autoexpresión 525
Autónoma, conducta 280
Autoritarismo
en el *est* 314-317
su correlación negativa con la angustia ante la muerte 72
Autorrealización 338ss 479 522-526
de la profecía 286
Aventurismo (espíritu de cruzada) 537s 540 548
Kierkegaard sobre el 163s

Bach, Kent 457 573
Bally, G. 30
Bandura, Albert 328s
Barry (caso clínico) 463ss
Basho 558s
Batista, John 549
Beatrice (caso clínico) 397ss 402
Beck, Aaron 320n
Becker, Ernest
Rank y 356
sobre el (la)
significado de la vida 556
angustia ante la muerte 141
neurosis de éxito 160n
Beckett, Samuel 379
Beethoven, Ludwig van 520
Beneficios en las decisiones 406s
Bernard (caso clínico) 274s
Berne, Eric 381
Beth (caso clínico) 68s 81
Bill (caso clínico) 402s
Binswanger, Ludwig 30 328 426 527
Block, Jack 526
Bloqueo
de la angustia ante la muerte 247
del afecto 370-376
Bollendorf, Robert 478
Bonnie (caso clínico) 171s 386s
Boss, Melard 30
Bowlby, John 128ss
Brant, Michael 111
Brant, Szandor 111
Bray, D. 133
Brennan, Charles (caso clínico) 184
Breuer, José 83s 86s 483
Bromberg, Walter 78
Brontë, Anne 519
Brontë, Charlotte 519
Brontë, Emily Jane 519
Brown, Norman O. 62 94 186
Bruce (caso clínico) 232-236 341s 462s 479 542s
Brücke, Ernst 92s 97
Bruner, Jerome 138
Bruno, Giordano 560
Bry, Thea 142
Buber, Martin 29 335 338n 483
sobre
Kafka 344
sexualidad compulsiva 461
trascendencia de uno mismo 524
relaciones 436-443 444-448 465s 487-491 497
Buda 576
Buerger 386s
Bugental, James 32ss 200n 213ss
sobre el (la)
aislamiento 436
ambivalencia 377s
crisis existencial 250
toma de decisiones de acuerdo con las normas 305
Bühler, Charlotte 32 34 338n 530
Buytendijk, F.T. 30

California 272s
Calvino, Juan 560
Cambio(s)
conocimiento interno y 407ss
confrontación con la muerte y 195-202
de carrera 210
decisión de 415
el terapeuta y el 353s
en suicidas supervivientes 52s
evitación de 391
Farber sobre los 361
fuerza multiplicadora del conocimiento profundo y 410ss
libertad para el 265
por la angustia ante la muerte 53-60
procesos de terapia de grupo 292s
relación paciente-psicoterapeuta y 409s 486
responsabilidad, acción y 347ss
responsabilidad de los pacientes y 281-285
voluntad de 365
Campo
dependencia del 188-192
independencia del 188-192
Campos de concentración 505 529 531ss
Camus, Albert 29 35 371 466s 568
sobre el (la)
aislamiento 431 478
carencia de sentido vital 502 510ss 515
compulsividad 379
Cáncer véase Pacientes con cáncer
Carácter 382
Carencia
de fundamento 270s
decisión como elemento generador de 385
de sentido vital 20 501-550

en pacientes sexualmente compulsivos 236
psicoterapia y 551-576
Carrera 210
Carroll, Lewis 450s
Caruso, Igor 30
Castración véase Angustia de castración
Catarsis como liberación de afectos 368s
Causa
consagración a una 518s
en el espíritu de cruzada 537s
Causalidad 264s
el pasado en la 417s
en Freud 419
teleológica 522
Cellini, Benvenuto 560
Cervantes Saavedra, Miguel de 26
Cicerón, Marco Tulio 48
Ciencia 520
Clarissa (caso clínico) 277s
Clínicas 294
Cocaína 97s
Coeficiente de adversidad 330-334
Cognoscitiva, disonancia 390
Cognoscitivos, estilos 188-192
articulado 189s
global 190s
Complejo
de Edipo (Rank) 358
de Jonás 160
Compromiso 571-576
Compulsividad 274 378s
y falta de sentido vital 539ss
Comunicación entre paciente y psicoterapeuta 486
Conducta
acción para cambiar la 348ss
destinada a satisfacer los deseos 317
en el proceso de la terapia de grupo 291s
evitación de la autonomía de la 280
hedonista 521
impulsividad en la 376ss
influida por el futuro 417s
neurótica 181s
Nietzsche sobre los determinantes de la 94
reacciones a la carencia de sentido en la 537s
relación entre el ambiente y la 326-331
sumisa 537
Conductismo 31
Conflicto
en la psicodinámica existencial 19
en la psicodinámica freudiana y neofreudiana 18
universal 435 454 486
Conformidad 537
Confrontación
con el aislamiento 471 477-481
con la angustia ante la muerte 195-202-250s
con la muerte, en Tolstoi 51 196
Conocimiento y cambio 407-412
Conrad, Joseph 476
Constancia 368
Contrato
decisión y 380-383
enfoque del 296
Control
como forma de especialidad 159
localización del 192ss 318-321 324s
pérdida de 279
Conversión 83 524
Cónyuges (esposos)
de pacientes con cáncer 205ss
muerte de los 206ss
Cósmico, significado 506-511
Creativa, ansiedad 203
Creatividad 519ss
Frankl sobre la 531s
Crecimiento personal
aislamiento y 479s
existencial y 435s
comportamiento rígido como impedimento para el 146
en masoquistas 170
en pacientes cancerosos 54s
Maslow sobre el 443s
Cristo 522 559

Crumbaugh, James 543 570s
Cuidado de uno mismo (Heidegger) 49
Culpa
decisión y 386ss
determinismo del pasado y 419s
en los neuróticos 181s 335s
en los padres a la muerte de sus hijos 208s
existencial 420s
como bloqueo para la decisión 386s
responsabilidad y 335-346
Rank sobre el desarrollo de la 358
Cynthia (caso clínico) 290

Chamanes 249
Charles (caso clínico) 217-228 240s 245 250 453s
Choque existencial 213
Choron, Jacques 63

Dante 238
Dasein 37 432s
Dave (caso clínico) 221 454
David (caso clínico) 111
Decisión
delegación de la 389-396 399
–elección 366 379-418
existencial de los cancerosos 196ss
inconsciente y 400s
sobre el tratamiento de los cancerosos 401
terapia de 406
toma de 305
Defensa
aislamiento como 426
como debilitamiento de las decisiones 386
compulsividad como 378s
contra el (la)
aislamiento 436s
conocimiento de la muerte 123-137
angustia ante la muerte 64-71 238
carencia de fundamentos 270s
muerte 143
responsabilidad 274-281
de la especialidad 148-162 187s
combinada con la defensa del salvador 174ss
como debilitamiento de las decisiones en la 385
estilo cognoscitivo independiente del campo y la 190s
de la pérdida de control 279
de la víctima inocente 277ss
del salvador en última instancia 161-174 187
aceptación de la responsabilidad como renuncia a la 280
combinada con la defensa de la especialidad 174ss
como factor que debilita las decisiones 385
el psicoterapeuta como objeto de la 242 245ss
en el caso de Karen 216
en la psicoterapia 226s
en la relación paciente-psicoterapeuta 488
estilo cognoscitivo dependiente del campo y 190s
fusión en la 456s
localización externa del control y 193s
mecanismo de 21s 142s
primaria 124
psicopatología como 141
síntoma universal 305
Depresión
derrumbamiento de la defensa de un salvador en última instancia y 165ss
después de confrontar la ansiedad de la muerte 250s
investigación empírica 319s
localización externa del control y 193 318s
Depresivo, síndrome 73
Derreflexión 564-566 570n
Desamparo
en la depresión 319ss
en pacientes cancerosos 332-335
Descuido de uno mismo (Heidegger) 48s

Desencubrimiento 425
Desensibilización ante la muerte 255-259
Deseo 367-379
como inicio de la acción 366
May acerca del 362ss
Desesperación 449 457
Desidentificación 200ss
Despersonalización 70s
Desplazamiento
de la angustia ante la muerte 64-71
de la responsabilidad 274-277
Destacarse y fundirse 176ss
Destructividad de los niños 118
Determinismo
ambiental 326ss
en la filosofía de Helmholtz 93
freudiano 349ss
orientación hacia el pasado en el 419s
recíproco 328s 420
Diagnóstico 492
de vegetatividad 539s
Dialéctica 146ss
en el miedo a la vida y a la muerte 174ss
en los estilos cognoscitivos 190s
Dickens, Charles 196
Diggory, James 62
Dinámico, modelo 16 18 21ss 25 577
Dios
alivio del aislamiento 478
en la teología calvinista 560
Frankl sobre el significado adquirido a través de 553 568
libre albedrío y 352
Sartre sobre 514s
significado cósmico y 506ss
Disforia
compulsividad sexual y 274s
después de confrontar la angustia ante la muerte 250s
explicación de la 413
Disociación 426
Disonancia 390
Dolores (caso clínico) 171s
Don (caso clínico) 176ss 222s
Donne, John 205 212
Doris (caso clínico) 285ss
Dostoievski, Fedor 35 51n 519
Dreyer, J. 323
Dreyfus, Ann 214
Dua, P.S. 321
Dualidad
en la teoría freudiana 93s
véase también Dialéctica
Duelo
de los padres por los hijos 208s
investigación clínica sobre el 79s
Durant, Will 518s

Edad madura y crisis de la muerte 211 238s
Eisman, C. 323
Eissler, Kurt 114s
Elección (decisión) 366 379-418
Eliot, T.S. 539
Elisabeth von R. (caso clínico) 14 86ss 211
Ellis, Albert 309 324
Emerson, Ralph Waldo 223
Emma (caso clínico) 404ss
Emmy von N. (caso clínico) 86ss
Emoción
alexitimia y 368
bloqueo de los afectos y 371-376
falta en el síndrome del ingeniero 463ss
Rank sobre los impulsos en la 357s
reprimida 83
Enfermedad
angustia ante la muerte y 211s
de Buerger 386s
física 331-335
prueba del propósito de la vida (PIL) para pacientes con 547s
mortal
desensibilización a la muerte en los pacientes con 256s
en los niños 208s
en pacientes que creen en un salvador 165

negación de la 149-152 166
psicoterapia con pacientes que padecen de 214-228 248
psicofisiológica y desplazamiento de la responsabilidad 277
teoría de la 25
teoría oriental de la responsabilidad en la 312
véase también Pacientes con cáncer
Entelequia 338
Envejecimiento 210s
angustia ante la muerte y temores en el 242 244
Epicteto 330
Epicúreos 66
Erhard, Werner 310 315ss
Erikson, Erik 382 525s 549
sobre las experiencias de los niños con la muerte 103
Erikson, Milton 301 570n
Eros psicoterapéutico 489 496
Escala Interna-Externa (I.E.) 192s
Especialidad 148-162 187s
Espíritu de cruzada véase Aventurismo
Esquistosomiasis 412
Esquizofrenia
angustia ante la muerte y 182-187
causas bioquímicas de la 182
experiencias con la muerte durante la infancia y 134
incapacidad para manejar el ambiente de pacientes con 328
incapacidad para sentir satisfacción en pacientes con 194 319
localización externa del control en pacientes con 194 318
satisfacción vital en la 251ss
vegetatividad en la 539s
Est 310-317
Estilo(s)
activo de terapia 295s 324s de Perls 299-304
cognoscitivo véase Cognoscitivo, estilo
de psicoterapeutas 295-307
investigación empírica sobre los 324s
pasivo en psicoterapia 295s
Kaiser sobre el 306s
Estoicos 48 200 352
Eva (caso clínico) 197 215s 516ss
Eve (caso clínico) 472s
Evitación
de la conducta autónoma 280
de la libertad 317 391
de la responsabilidad y su relación con la salud mental 271-280 317-321
de las decisiones 388-396
Evolución 509
Exhibicionismo 353
Existencial
aislamiento véase Aislamiento existencial
análisis 29s 527
crisis 250ss
culpa véase Culpa existencial
choque 213
decisión 198
filosofía véase Existencialismo
modelo psicodinámico 22s 25 577
orientación 23-27
psicodinámica 17s
psicoterapia véase Psicoterapia existencial
responsabilidad véase Existencialismo
soledad 270 280
vacío 536s
Existencialismo
definición de 27
filosofía del 27ss
May sobre el 37
responsabilidad en el 266-271
Extrañeza 65 430-434

Fantasías 376s
véase también Sueños
Farber, Leslie 351-362 365 382 400 403
Feifel, Herman 74 159
Fenichel, Otto 90
Ferenczi, Sandor 137 372 494

Fetichismo 461
Filosofía existencial 27ss
Fisher, Kenneth 488
Fliess, Wilhem 98
Fobia a la escuela 178n
Fowles, John 218
Fran (caso clínico) 198
Frank, Jerome 412
Frankl, Viktor 30 36 124n 334 404 449 543 562
  sobre
    Adler 90 100 381
    carencia de sentido vital y psiconeurosis 503s 536s
    creatividad 531s
    derreflexión 564s
    encuentros 441
    intención paradójica 301
    logoterapia 569s
    realidad del pasado 556
    significado 527-533 553 558 566-569 575
    significado cósmico 507
    supervivientes de campos de concentración 505
    trascendencia del yo 524s
Freud, Anna 21n 130
  sobre la conciencia de los niños ante la muerte 115
  sobre la transferencia 493ss
Freud, Sigmund 519
  Binswanger sobre 328
  contexto social de 272
  determinismo de 349s
  disputa entre Rank y 355-361
  enfoque orientado hacia el pasado de 418-422
  estructura del carácter y 382
  Frankl sobre 529s
  May sobre 349s
  modelo dinámico usado por 16s 18 21s
  oposición del análisis existencial a 29s
  psicoanálisis humanístico y su oposición a 34
  sobre el (la)
  abandono 85 88
    abismo entre el niño y el adulto 102
  aislamiento 426
  angustia 63
  bloqueo 247
  caso de Elisabeth von R. 14 211
  carencia de sentido vital 536
  concepción de la muerte en los niños 105s
  culpa 335
  deseo 363
  enfermedad y *stress* 332
  falta de evidencia émpirica para su paradigma 188
  fantasías y deseos 377
  fuerzas infantiles 235
  histeria 83s 368
  insight 407
  instinto 17s 94
  literatura 35
  muerte 50 61 82-100
  neurosis de éxito 160
  objetividad de los psicoterapeutas 493
  omisión de la angustia ante la muerte de los informes de casos 77
  primeros traumas de la vida 132
  pulsiones inconscientes de muerte 114
  silencio sobre encuentros entre pacientes y terapeutas 483s
  símbolos 489
  sueños 301
  transferencia 494
Friedman, D.B. 70
Fromm, Erich 18 34 100 147 338n
  sobre el (la)
    aislamiento 426 430 435
    ambición 558
    amor libre de necesidad 444-448 465 488s
    defensa del salvador en última instancia 161s
    escape de la libertad 317 391
    falta de pruebas empíricas para su paradigma 188

    personalidad narcisista 156s
    sadismo y masoquismo 458s
    soledad 478
    tiranos 270
Frost, Robert 151 432
Fuerza de voluntad 354 364ss
Fumar 387
Furman, Emma 108 115
Fusión 454-459
  -aislamiento 435
  en el caso de Sam 144-147
  en la relación paciente-psicoterapeuta 486
  oscilación entre destacarse y fundirse 176ss
Futuro y voluntad 417-422

Galáctica, perspectiva 571-576
Galileo 519
Gardner, Jill 536
Gardner, John 383s
Gardner, Richard 208
Garfield, Charles 546
Gatch, M. 420
Gatch, Vera 282
Gebsattel, V.E. 30
Genet, Jean 539
George, paciente que evitaba la responsabilidad 296-300 392s
Gestalt, terapia 292s 300 371 426s 480
  en el bloqueo afectivo 372
Gide, André 371
Gilgamesh (personaje épico babilónico) 80
Gillis, John 321
Giraudoux, Jean 50
Goffman, Erving 421
Goldstein, Kurt 32
Grass, Günter 163
Gratificación secundaria 407
Greenson, Ralph 90 494s
Greenwald, H. 401 406
Greenberger, Ellen 180
Greenspan, Ellen 459s
Grupo
  de análisis transaccional 293
  de encuentro 213 413
    estudios empíricos sobre el 325
    Frankl sobre el 441
  terapia de
    angustia ante la muerte y 240ss 244-247
    investigación empírica sobre responsabilidad en la 321s 325
    negación de la responsabilidad en la 277s
    numeroso 294
    para pacientes moribundos 215-228
    personalidades narcisistas en la 156ss
    resúmenes de la 416s 454
    revelación en la 473
    socialización entre los miembros de la 468ss
    toma de responsabilidad en la 288-294

Haan, Norma 526
Habinger, Alois 537
Hábitos higiénicos 117s
Hal (caso clínico) 157s
Haley, Jay 301 570n
Hans 88n
Hardy, Thomas 26
Harvey (caso clínico) 540ss
Hawthorne, efectos 321
Hedonismo 521s 524
Hegel, G.W.F. 61 352 508
  sobre la historia 352
Heidegger, Martin 28s 165 209 378
  descuido de uno mismo y cuidado de uno mismo 48s
  sobre el (la)
    aislamiento 436
    amor 490
    apariencias de la realidad 271
    culpa 335s 340
    Dasein 37 433s
    decisión 385
    descubrimiento 425
    extrañeza del mundo 65
    muerte 199 384 429
    responsabilidad individual 268
    ser auténtico 204

soledad y el desamparo 430
Helmholtz, Hermann von 92s 99 349
Helweg, G.C. 324
Hemingway, Ernest 153
Heroísmo 152s
compulsivo 152ss
Heuscher, Julius 344s
Hilgard, Josephine 135
Hillel 442
Hinton, John 251s
Hiperventilación 70
Hipocondría 70
Histeria
de conversión 83
eliminación de las emociones en las 368
Freud y Breuer sobre la 83s
Historia 352
Historias de casos clínicos véase Alice; Anastasia; Anna (Yalom); Anna O. (S. Freud y Breuer); Arthur; Barry; Beatrice; Bernard; Beth; Bill; Bonnie; Brennani; Bruce; Clarissa; Cynthia; Charles; Dave; David; Dolores; Don; Doris; Elisabeth von R.; Emma; Emmy von N.; Eva; Eve; Fran; George; Hal; Hans; Harvey; Irene; Jan; Jane; Joyce; Karen; Karl; Katarina; Kathy; Ken; Mabel; Martha; Mike; Pam; Paul; Philip; Rob; Ron; Ruth; Sal; Sam; Stoddert, Margaret; Susan; Sylvia; T.; Ted; Tim; Tom; West, Ellen
Hobbes, Thomas 350 352
Hobbs, Nicholas 503 535
Hobson, Robert 478
Hombres y angustia ante la muerte 72
Homeostasia 529s
Horney, Karen 18 34 339 381
sobre el (la)
aislamiento 426
destructividad de los niños 118
falta de evidencia empírica para su paradigma 188
potencial del individuo 338 339
voluntad 400
Horowitz, Leonard 323
Hume, David 557 574
Hussain, Abdul 53
Husserl, Edmund 267
Huxley, Aldous 32
Hypnos (deidad) 122

Ibsen, Henrik 159
Identidad y estilo cognoscitivo 190
Imagen corporal y estilo cognoscitivo 189s
Impulsividad 376ss
Impulso controlado por la voluntad 357s
Inconsciente
concepto freudiano del 99
decisiones e 400s
Indecisión 388 391 401s
Individuación
angustia de la 179s
el heroísmo como 152s
en pacientes cancerosos 143s
véase también Defensa de la especialidad; Separación
Informes de casos clínicos con omisión de angustia ante la muerte 77ss
Ingenuidad disciplinada 40
Inmortalidad simbólica 61s
Insight
decisión e 407ss
fuerza multiplicadora del 410-416
Insomnio 403
y angustia ante la muerte 122 241
Instinto
en la psicodinámica freudiana y neofreudiana 17s
en la teoría freudiana 94
Instituto Psicoanalítico de Viena 356
Intelectuales, actividades 189s
Intención paradójica 301 570n
Intimidad 476
Investigación
desatención a la muerte en la 79s
empírica 37s
falta de especialistas 313s
sobre el (la)
angustia ante la muerte 71-76 187-194
angustia de separación 130
carencia de sentido vital 543-550
concepto de la muerte en los niños 106-110 118s
determinismo recíproco 328s
evitación de la responsabilidad 271-281
psicopatología y la angustia ante la muerte 187-194
responsabilidad y la psicoterapia 317-325
Irene (caso clínico) 173s 226 470

Jackson, Don 301 570n
Jacobsen, R.A. 324
James William 354 380s
Jan (caso clínico) 151
Jane (caso clínico) 58ss
Jaques, Elliot 123n 210
sobre la crisis de la mitad de la vida 239
Jaspers, Karl 28 49 62 518
Jersild, A. 129
Jessor, Richard 321
Jones, Ernest 95ss
Jones, Maxwell 294
Jonestown 458
Journal of Humanistic Psychology 31 38
Joyce (caso clínico) 67s 82
Joyce, James 341s
Judaísmo
concepto de conversión en el 524
leyes religiosas en el 394
Jung, Carl G. 100 188 210 338n
sobre
carencia de significados 502s 534
religión 508
significados 516 570s
sueños 568s
Kafka, Franz 35 234 341 519
sobre la culpa existencial 343-346
Kaiser, Helmuth 34 100 401
sobre el (la)
comunicación entre paciente y psicoterapeuta 486
conflicto universal 435
fusión 455-458
toma de responsabilidad 304-307
Kant, Immanuel 268 351 366
Karen (caso clínico) 167ss 176 215s
Karl (caso clínico) 469
Kastenbaum, Robert 63 71
sobre el concepto de la muerte en los niños 110s
Katarina (caso clínico) 86
Kathy (caso clínico) 57
Kazantzakis, Nikos 152 198
Keats, John 519
Kelly, George 31
Ken (caso clínico) 467s
Kennedy, John F. 107
Keynes, John Maynard 155
Kierkegaard, Sören 28 62s 141 199 336 346
sobre el (la)
ansiedad creativa 203
aventurismo 163s
culpa 181 336
descripción de la sexualidad compulsiva 461
desesperación 449 457
miedo y temor 63
nada 433
Klein, David 320
Klein, Melanie 99 130
sobre el concepto de la muerte en los niños 114
Kluckholm, Clyde 554
Kluckholm, Florence 154
Koestenbaum, Peter 569
Koffka, Kurt 552
Kohler, Wolfgang 552
Koller, Karl 97
Koocher, G. 127n
Kostan, John 70
Kral, V. 70

Kübler-Ross, Elisabeth 57n 137 166 214
Kuhn, Roland 30

La Rochefoucauld, François de 132
Laboratorios de destino 213
Landsburg, Paul 205
Laplace, Pierre 352
Lapouse, Rema 106
Lashley, Karl 41
Lazarus, Arnold 309
Lazarus, Herbert 70
Lena 163s 176 221ss 226 454
Lenguaje (vocabulario)
de la filosofía existencial 29
de la psicoterapia 16
la muerte y el desarrollo infantil del 108ss 117
Leonardo da Vinci 560
Libertad 19s 263ss
aislamiento existencial y 430-435
delegación de la 394
evitación de la 317 391
negación de la 557
responsabilidad y 266-346
Sartre sobre la 511
voluntad y 347-422
Libido 99
Licurgo 212
Líderes carismáticos 391
Lieberman, Morton 323
Lifton, Robert Jay 61s 88n
sobre la angustia ante la muerte 141
Lincoln, Abraham 330
Literatura 35
Loesser, Lewis 142
Logoterapia 527 531 569n
LSD 212
Lucrecio 66

Llamada en voz alta 213

Mabel (caso clínico) 377s
Maddi, Salvatore 503 535 537ss 548
Madre(s)
como mecanismo de defensa 142s
como salvadora en última instancia 173s
de los esquizofrénicos 186s
muerte de la 242-246
véase también Padre(s)
Magia 236 246 415
Magni, Klass 75
Mahler, Margaret 181
Maholick, Leonard 543
Maimónides, Moisés 507
Malraux, André 25
Manilio 48
Mann, Thomas 508 515
Martha (caso clínico) 171ss
Maslow, Abraham 31 34 160
sobre el (la)
aislamiento 426
amor libre de necesidad 443ss 448 488s
autorrealización 339s 523 525
Masoquismo
como amor simbiótico y pasivo 445
culpa, decisión y 386
en el colapso de la defensa del salvador en última instancia 167-171
la fusión en el 459
Masserman, Jules 124 161
Maurer, Adah 116s 128 134
May, Rollo 30s 34 100 309 367
sobre el (la)
aislamiento 426
conducta destinada a satisfacer los deseos 377
culpa existencial 337-340
definición del existencialismo 37
existencialismo 37
Freud 349s
ingenuidad disciplinada 40
insight 408
relaciones entre pacientes y psicoterapeutas 497
temores 63s
temores de los niños 129
voluntad 355 362ss
Mazer, Milton 295

McElveen-Hoenn, Patricia 180
McIntire, Matilda 118
Médicos
angustia de los residentes 209s
en su papel de salvadores en última instancia 165s
miedo a la muerte de los 159
relación entre los pacientes cancerosos y los 334s
Meditación 452 480ss
Meissner, W.W. 74
Memoria 353
Menaker, Ester 386
Metadecisiones 402
Metas en la terapia transaccional 296
Metodología
en la investigación sobre responsabilidad y en psicoterapia 320s
prueba del propósito de la vida (PIL) 543-550
prejuicios de los adultos en la 106 122
Meyer, Adolph 47
Miedo (temor) 63 65s
a la muerte 60-82 229s
a la vida 174ss
en niños 106 112ss 129-132
nocturno 117
en pacientes cancerosos 56
véase también Angustia ante la muerte
Mike (caso clínico) 143-148 153
Mill, John Stuart 340
Miller, William 320
Minkowsky, Eugene 30
Misticismo 458
Modo(s)
de ser (en Heidegger) 48s
ontológico 49
Monk, Mary 106
Montaigne, Michel Eyquem de 48 50 212
sobre la desensibilización ante la muerte 255
Moreno, Julius 372
Motivación 352s
Moustakas, Clark 478
Muerte 19 45s
aislamiento existencial y 429
concepto de los niños sobre la 101-139
conciencia de la 202-228
en la adolescencia 118s
en la preadolescencia (latencia) 118
decisiones y confrontaciones con la 404
educación sobre la 136-139
miedo a la, angustia ante la 60-82 100 153 159 187-194 209 228-247
actividad sexual y 180s 207 459s
angustia de separación en los niños y 128ss
como problema psicoterapéutico 247-251
decisiones y 385
desensibilización ante la 255-259
Freud sobre la 50 61 82-100
enfermedades graves y 211s
esquizofrenia y 182-188
Heidegger sobre la 199 384 429
insomnio y 122 241
localización externa del control y 194
psicopatología y 132-136 140-147
Rank sobre la 175s
satisfacción vital y 251-255
sentido vital en la 557
negación de la 81s
psicopatología y 140-194
psicoterapia y 195-259
sentido vital y 555s
vida y 47-100
Mujeres
angustia ante la muerte en las 72
ciclo de la vida en las 527
Mumford, Lewis 32
Murphy, Gardner 31 338n
Murray, Henry 31

Nada
el miedo de Hemingway a la 153

Kierkegaard sobre la 433
Nagel, Thomas 572
Nagy, Maria 107 120-123 127n
Narcisismo 156-159
Negación
de la libertad 557
de la muerte 81s
de la responsabilidad 277ss
de la voluntad 281
en las enfermedades mortales 149-152 166
en los niños 119-132
estilo cognoscitivo y 190s
por los pacientes y psicoterapeutas 247ss
Neuberger, Richard 54
Neurosis
de éxito 160s
del domingo 536
existencial 503s 536s
noogénica 537
obsesiva 67ss
véase también Psiconeurosis
Newman, Martha 135
Newton, Isaac 352
Nietzsche, Friedrich 99 199 434 519 533
sobre
el suicidio 401
la muerte 252
la voluntad 351
los determinantes de la conducta 94s
Nihilismo
en las obras de Camus 510s
Maddi sobre el 537ss
Niños
concepto de la muerte en los 101-139
defensas contra el conocimiento de la muerte en los 123-132
fuerzas de los 235
muerte de los 208s 257
necesidad de amor de los 446
obstáculos para la voluntad en los 401
oscilación entre destacarse y fundirse en los 176ss
pequeños
conciencia de la muerte en los 116ss
separación-individuación en los 181
psicodinámica freudiana y neofreudiana de los 17s
Rank sobre la culpa de los 386
Rank sobre la voluntad de los 355ss
Nisbett, Richard 415
Normas y delegación de la toma de decisiones 394s
Noyes, Russel 53 211

Obesidad 244
Obituarios 212ss 521
Ojo de la nebulosa 571-576

Pacientes con cáncer 53-57 59s 143s
actividad sexual de los 180s 459s
cónyuges de los 205ss
curación de la psiconeurosis de los 196ss
decisiones existenciales de 198
decisiones sobre el tratamiento de los 401
desensibilización ante la muerte en los 257
desidentificación de los 200s
negación y aceptación en los 149-152
psicoterapia de los 215-228 240s 245s 248
responsabilidad personal de los 332-335
satisfacción vital de los 251s
significado en los 515ss
significado vital de los 566s
Padre(s)
desarrollo de los sentimientos de culpa hacia los 286
efectos de la muerte de los hijos en los 208s
memorias reconstruidas de los 421
muerte del 133-136 205 242-246
oscilación entre destacarse y fundirse y los 176ss

y neurosis de éxito 160s
véase también Madre(s)
Pam (caso clínico) 149s
Paradoja 260
hedonística 530 575
Paranoia
como desplazamiento de la responsabilidad 277
como evasión de la muerte 185s
explicación de la 352
Pasado
en psicoterapia 417-422
Frankl sobre la realidad del 556
Pascal, Blaise 507
Paul (caso clínico) 280
Pensamiento no como acción en sí misma 348
Perfeccionamiento propio 522s
Perls, Fritz 299-304 307
sobre la
conciencia de los efectos 372ss
Gestalt 427
Permanencia en los niños pequeños 117
Personificación de la muerte en los niños 126-129
Pesadillas
aislamiento existencial y 428
sobre la muerte 76
Phares, E. Jerry 192
Philip (caso clínico) 253ss
Piaget, Jean 105 107 109s
Pike, James 540
Placer 529s
Platón 521
Poder 159
Pohlster, Erwing 375
Pohlster, Miriam 375
Pope, Alexander 509n
Positivismo 31 36 352
Potencial del individuo 338n 339
Práctica clínica véase Psicoterapia
Preadolescencia (latencia) 118
Prejuicios
en los estudios sobre el conocimiento que tienen de la muerte los niños 106 122
véase también Metodología
Preocupaciones esenciales 21s
significado de la vida en las 555ss
Principio
de causalidad 419
de constancia 368
de homeostasia 529s
de placer 529s
de realidad 529
Profesiones relacionadas con la muerte 159
Propósito 505s
Proust, Marcel 67
Prueba del propósito de la vida (PIL) 543-549
Puritana, tradición 560
Psicoanálisis 31
determinismo en 350s
humanístico 34s
orígenes del 418 422
prolongada dependencia de los pacientes durante el 295
Rank y el 356 y 359s
Psicodinámica 16
existencial 19-23
freudiana y neofreudiana 17s
interpersonal o neofreudiana 18
neofreudiana 18
Psicología
de la personalidad 31
humanística 31-34 443
social 31
Psiconeurosis
angustia ante la muerte y 75s 238s
carencia de sentido vital y (Frankl) 536s (Jung) 503
cura de pacientes cancerosos con 196ss
deseos y 363s
Rank sobre la 359
rareza de los casos clásicos de 273
Psicopatología
aislamiento y 426s 449-470
angustia ante la muerte y 73-76 131-136
deseos en 363
experiencias universales en 24s
falta de sentido vital y 549s
Horney sobre 338n 339

interpersonal 438
aislamiento existencial y 449-470
en las relaciones con psicoterapeutas 474
modelo psicodinámico existencial de la 22s 25 577
muerte y 140-194
muerte y angustia ante la 60s
Psicosíntesis 201
Psicosomática, medicina 332
alexitimia y 368
Psicoterapeutas
aislamiento y encuentro entre pacientes y 481-498
altruismo en los 518
carencia de sentido vital de los 551s
como objetos de defensas basadas en la creencia de un salvador 242 245s
decisiones delegadas a los 392ss 399
estrategias que emplean para tratar la carencia de sentido vital 561-576
explicaciones de los véase Psicoterapéutica, teoría
facilitación de sus relaciones con los pacientes 409
relaciones entre pacientes y 409s 474 481-498
responsabilidad que les desplazan los pacientes 275 287ss
sistemas de creencias de los 231s
su creencia en la libertad y el determinismo 350-353
su creencia en la responsabilidad en los pacientes 281-284
su negación de la ansiedad de la muerte 247ss
su papel en los procesos de grupo 291-294
sus creencias incongruentes sobre la responsabilidad 326ss
toma de responsabilidad y estilos de los 295-307 324s
voluntad y 353ss
Psicoterapéutica, teoría
desatención a la muerte en la 77-82
explicaciones en la 413ss
el pasado en las 417
Psicoterapia
acción y 347-350
aislamiento existencial y 425 471-498
bloqueo de los afectos y 371-376
carencia de sentido vital y 543-550 551-576
cuestión del significado en 503s 551-561
de larga duración 236-239
decisión en 396-407
decisión y contratos en 380-383
defensa del salvador en 226s
desatención a la muerte en 77-82
enfoque dialéctico en 147
enfoques de la voluntad de la 355-364
estilo cognoscitivo y 191
evitación de la responsabilidad en 271-280
existencial 26-35
como paradigma 578
como dinámica 19
comunidad académica y 35-42
de choque 213
definición de 15 577
determinismo y responsabilidad en la 419s
incomodidad del paciente en la 250s
orientación hacia el futuro de la 420s
represión de la angustia y 229s
véase también Aislamiento existencial; Enfermedad mortal; Pacientes con cáncer
Frankl sobre el significado en 527-533
investigaciones sobre la responsabilidad en 317-325
muerte y 47 195-257
pasado y futuro en 417-422
pérdida del significado y 533-543

personalidades narcisistas en 156ss
responsabilidad en 269
toma de responsabilidad en 281-308
transaccional 296
vocabulario de la 16
voluntad y 364s
véase también *Gestalt*
Psiquiatras y su angustia ante la muerte 72
Pulsión de muerte 114

Rajneesh, Bhaqway Shree 561
Rank, Otto 21 34 90 147 372
sobre
Adler 358s 361
el crecimiento 435s
el miedo a la muerte 100 159
el miedo a la vida y a la muerte 175
el principio de causalidad 419
el psicoanálisis 355 359s
el trauma del nacimiento 435
el yo 357s
la angustia vital 160 175 179
la culpa 336 358
la ideología de Freud 421
la neurosis 141 181
la voluntad 355-360 364 386
Realidad
apariencias de 271
principio de 529
Reduccionismo 530
Reich, Wilhelm 372
Reinhardt, Kurt 432
Relación(es)
entre ambiente y conducta 326-331
entre paciente y psicoterapeuta 409s 474 481-498
interpersonales
aislamiento y 436-449
aislamiento existencial y 471-476
creencia en un salvador en las 170-174
múltiples 466-470
sentimiento y 369
trascendencia del yo en las 525
Religión
altruismo en 518s
angustia ante la muerte y 244
defensas contra el conocimiento de la muerte en la 123s 137s
delegación de la toma de decisiones a la 394s
explicación en la 415
perfeccionamiento propio en la 522s
significado cósmico 506ss
significado que suministra la 534
soledad y 478
Religiosa, ley 394
Renuncia 388-396
Represión
de la angustia ante la muerte 229-232
de la emoción 83
en la teoría freudiana 94s
May sobre la 337s
producida por la culpa 181
Sartre sobre el concepto freudiano de la 363
Resistencia
a la psicoterapia 365
en el psicoanálisis freudiano 359
Responsabilidad 296-300 335ss 392s
aceptación de las decisiones en la 401
conciencia de la 306-317
compulsividad como defensa contra la 378s
culpa existencial y 335-346
delegación de la 392ss
en la implementación de las decisiones 392s
en la prueba del propósito de la vida (PIL) 546
enfoque psicoterapéutico existencial a la 420s
evitación de la 271-280
existencial 266-271
insights que producen efecto multiplicador sobre la 410

investigación sobre psicoterapia y 317-325
libertad y 268-346
límites de la 326-335
por los síntomas 570n
psicoterapia y toma de 281-307
voluntad, acción y 347-355
Retiro 210
Revelación
por los pacientes 220 473
por los psicoterapeutas 492-498
de sí mismo
por los pacientes 220 473
por los psicoterapeutas 492-498
Reymond, Emil du-Bois 92
Rhinehart, Luke 394
Rilke, Rainer M. 508
Rob (caso clínico) 178s 456
Robbe-Grillet, Alain 538
Rochlin, Gregory 112 138
Rogers, Carl 31 34 324 338n 489
sobre
el aislamiento 426
la investigación empírica 38
las características de los psicoterapeutas 491
Ron (caso clínico) 226 469 s
Rosenberg, Hattie 244 s
Rosenzweig, S. 133s
Roth, Martin 70
Rothman, Doreen 62
Rotter, Joseph 192
Russell, Bertrand 476 555
Ruth (caso clínico) 288ss
Rycroft, Charles 422

Sackeim, Harold 320n
Sadismo 445 458s
Sal (caso clínico) 516
Salmon, Madeline 517
Salud mental
culpa existencial necesaria para la 338
evitación de la responsabilidad y 318-321
Salvador en última instancia 161-174 187 242 245s
Sam (caso clínico) 143-148 280
Santayana, George 200
Sartre, Jean-Paul 29 35 312s
Frankl sobre 553
sobre el (la)
autorrealización 523
carencia de afectos 370
carencia de sentido vital 510-515
coeficiente de adversidad 330
represión freudiana 363
responsabilidad 266-271 281 334
Satisfacción 194 319
vital 251-255
Schilder, Paul 78 108
Scheler, Max 112
Schmitt, Abraham 52 57
Schopenhauer, Arthur 99 350 556
Searles, Harold 134 182-187 252
Seligman, Martin 320
Séneca, Marco Anneo 48
Sentimientos
bloqueo afectivo y 371-376
deseos y 369-371
véase también Emoción
Separación
individuación 181
transformación de la muerte en 128ss
-unión 435
Sequin, Carlos 489
Sexualidad
aislamiento y 459-463
angustia ante la muerte y 180s 207 459s
compulsividad en la 233-236 274 460-463
conciencia de la muerte en los niños y 114s
culpa y 341s
desplazamiento de la responsabilidad en la 276s
entre psicoterapeutas y pacientes 497
trascendencia de uno mismo y 525
Sharp, Allen 67n
Sherby, Linda 479

Sifenos, Peter 368
Significación 505s
Significado
compromiso con el 571-576
cósmico 506-511
cuestionamiento psicoterapéutico del 503s 551-561
de la vida 505-532 554 561
Frankl sobre el 527-533 553 558 566-569 575
percepción del 566-570
problema del 505
programación del 569ss
psicoterapia y pérdida del 533-543
terrenal 506 509n
y religión 534
Símbolos 489
Simonton, O. Carl 332ss
Síndrome
de despersonalización y angustia ante la muerte 70s
de hiperventilación 70
del ingeniero 463ss
del temor a la muerte 209
depresivo 70s
del nido vacío 203s
Síntoma(s)
angustia ante la muerte como 239-247
prescripción de 301 570n
universal 305 486
Situación límite
la muerte como 195-228
la decisión como 385
Skinner, B.F. 327
Skoog, R. 70
Socialización 468ss
Sociedad
como obstrucción para la autorrealización 523
valores requeridos por la 554s
Soledad 430 452 478
aislamiento y 478s
aislamiento existencial y 429s
aislamiento interpersonal y 426
al enfrentarse con la muerte 59
en el caso de Sam 145s
existencial 270 280
evitación de la 452s
religión y 478
Spinoza, Baruch 19 161 350 352
Stern, Max 117
Stern, May 238 250
Stoddert, Margaret (caso clínico) 395s
Stoppard, Tom 497
Strauss, Erwin 70
Stress
depresión y 319
enfermedad física y 331ss
Struempler, Lorraine 118
Sueño
asociación de la muerte en los niños con el 120-123
véase también Sueños
Sueños
angustia ante la muerte en los 75s 81
aislamiento existencial y 428
de pacientes sexualmente compulsivos 463s
Freud sobre los 301
Jung sobre los 568s
Perls sobre los 302
sobre numerosos individuos 467s
Suerte 394
Suicidio
acuerdos prohibiendo el 304
aislamiento existencial y 451s
angustia ante la muerte y 153 240
Beethoven acerca del 520
en Jonestown 458
entrevistas con supervivientes de 52s
falta de sentido vital y 501
Nietzsche acerca del 401
Sullivan, Harry Stack 18 21n
falta de prueba empírica para el paradigma de 188
sobre el aislamiento 426
Sully, J. 109
Susan (caso clínico) 217
Susya 337
Suzuki, D.T. 558s
SYATD (programa de estructura-

ción de la actitudes hacia la muerte) 258
Sylvia (caso clínico) 222 226 240-247 250

T. (caso clínico) 345s
Tánatos (instinto de muerte) 90
Tartamudeo 300s
Taylor, Irving 519
Ted (caso clínico) 393s
Teilhard de Chardin, Pierre 508s
Temerlin, Maurice 282 420
Terapia de choque existencial 213
Tennyson, Alfred 558
Teología
  buenas obras en 430
  calvinista 560
  controversia sobre el libre albedrío 352
  cristiana 352 430 522 560
  perfeccionamiento propio en la 522
  reglas en 394
  véase también Religión
Terapeutas véase Psicoterapeutas
Terapia véase Psicoterapia
Thanatos (deidad) 122
Tietz, W. 178n
Tillich, Paul 62 100 181 340 343
  sobre la angustia 337
Tim (caso clínico) 180 206ss
Tiranos 270
Tolstoi, León 35
  confrontación con la muerte en sus obras 51 196
  creencia en un salvador en última instancia en sus obras 160ss
  crisis existencial en sus obras 252
  sistema de creencias en una espiral ascendente en sus obras 156
  sobre el (la)
    carencia de sentido vital 501s 534
    necesidad de valores 554
  sentido de especificidad en sus obras 148
  significado de la vida 545 575
Tom (caso clínico) 482
Tomás de Aquino, santo 354
Tomás de Kempis 522
Tomkins, Sylvan 359
Totalitarismo 537
Tozman, Seymour 53
Trabajo
  opinión de los primeros cristianos sobre el 559
  su incapacidad para proporcionar significado 534
Trabajomaníacos 154s
  su falta de satisfacción en la vida 253ss
Transferencia 483 485 493ss
  como defensa contra la angustia ante la muerte 238
  estilo cognoscitivo y 191
Transaccional, análisis 296
  decisión en el 381s
  grupo de 293
Transcendencia de uno mismo 519 524-527
Trauma(s)
  del nacimiento 175 435
  en los pacientes de Freud 84ss
  por la muerte en los niños 132ss
Travestismo 178ss 456
Tuberculosis 193
Tungus (tribu siberiana) 249
Twain, Mark 421

Unamuno, Miguel de 29
Ungersma, Aaron 531
Unión-separación 435
Universal, conflicto 435 454 486
  experiencia en psicopatología 24s
  síntoma 305 486

Vacío existencial 536s
Valores y significado de la vida 554s
Vaillant, George 526
Van Gogh, Vincent 519
Vegetatividad 537ss
Verificación de procesos 293
Víctima inocente 277ss
Vida
  argumento de la 381

  ciclo de la 525ss
  compromiso con la 571-576
  gobierno de la propia 294
  índice de aprecio por la 549
  miedo a la 174ss
  muerte y 47-100
  significado de la 505-533 554-561
Viejos
  angustia ante la muerte en los 73ss
  concepto de los niños sobre la muerte de los 125s
Vital
  sentido 502 510ss 515 575
  satisfacción 251-255
Viudas 79
Voluntad
  creativa 358 360
  del paciente en la terapia 360
  mecanismo para contrarrestarla 358ss 385s
  negativa 357s
  positiva 358
Voluntariedad 347-422
  evitación de la 280

Waelder, Robert 90
Wahl, Charles 131 154
Walter, el amigo de Kaiser 304ss
Watkins, John 567
Watts, Alan 530
Watzlawick, Paul 301 570n
Wechsler, David 108
Wertheimer, Max 552
West, Ellen (caso clínico) 426
Wexler, Milton 494s
Wheelis, Allen 348ss 351
  sobre el psicoanálisis 359
  sobre las decisiones 384
Whelan, W.M. 214
White, Robert 117 400
Wilder, Thornton 35
Wilson, K.G. 324
Wilson, Tim 415
Will, Otto 264 283 479
Winnicott, D.W. 130
Witkin, Herman 188s
Wittgenstein, Ludwig 575
Wolfe, Thomas 428
Wolman, Benjamin 503 535
Woolf, Virgina 519

Yeats, William Butler 560
Yo
  Frankl sobre la trascendencia del 524s
  Freud sobre la libertad del 349s 356
  Heidegger sobre el 268
  pérdida del 458
  Rank sobre el 357s
York, D. 323

Zilboorg, Gregory 230
Zuehlke, Terry 567

Leonardo Ancona y otros autores
ENCICLOPEDIA TEMÁTICA DE PSICOLOGÍA
Tomo I: Premisas, procesos psíquicos de base, procesos psíquicos interaccionales.
ISBN 84-254-1119-X. 16 × 24 cm. 956 págs.

Tomo II: Procesos de grupo, la psicología en acción, modelos e instrumentos de investigación.
ISBN 84-254-1120-3. 16 × 24 cm. 936 págs.

Los esfuerzos de los colaboradores se han armonizado en el común empeño de elaborar un *corpus* de conocimientos destinados no tanto a satisfacer necesidades de preparación académica y superación de exámenes como a constituir y ordenar un pensamiento unitario en el área de la psicología científica. Con esta orientación y programa se da respuesta a una amplia gama de intereses y se dan a conocer múltiples facetas de la psicología moderna.

Carlos Ballús
PSICOBIOLOGÍA
ISBN 84-254-1340-0. 15 × 24 cm. 832 págs.

La presente obra, estructurada y escrita pensando principalmente en el psiquiatra, el psicólogo clínico, el médico o el estudioso con una inquietud antropológica, aporta material para conducir al lector hacia una aproximación a la forma de interpretar los actos del comportamiento humano en función del *hombre como totalidad* y aprehender y estudiar sus mecanismos de conducta como integración de elementos y determinantes *biológicos, psíquicos* y *sociales.* No se trata, por tanto, de una sucesión de elementos aislados, sino *interrelacionados* por medio de complejas interacciones, cuya resultante es el acto de comportamiento como *totalidad organizada.*

Viktor E. Frankl
ANTE EL VACÍO EXISTENCIAL
ISBN 84-254-1090-8. 2.ª edic. 14 × 22 cm. 152 págs.

El sufrimiento de la vida sin sentido. Freud, Adler y Jung. La logoterapia. La intención paradójica. La derreflexión. La voluntad de sentido. La frustración existencial. El sentido del sufrimiento. Pastoral médica. Logoterapia y religión. Crítica del psicologismo dinámico. ¿Qué opina el psiquiatra de la literatura moderna? Notas. Selección bibliográfica. Índice de autores citados. Índice de conceptos.

Viktor E. Frankl
EL HOMBRE EN BUSCA DE SENTIDO
ISBN 84-254-1101-7. 4.ª edic. 14 × 22 cm. 132 págs.

El autor, prisionero en los campos de concentración de la Alemania de Hitler, sintió en su propio ser lo que significa una existencia desnuda y presenta, a través de su relato, la propia filosofía de la logoterapia.

M. Richelle, R. Droz y otros autores
MANUAL DE PSICOLOGÍA
ISBN 84-254-1236-6. 20 × 25 cm. 552 págs.

El presente *Manual de Psicología* que se ofrece como «introducción a la psicología científica» trata de abarcar todos los datos y los problemas fundamentales cuyo estudio es indispensable para la formación inicial de todo psicólogo y para la información de todo aquel que se sienta interesado por una ciencia que ha llegado a ser omnipresente. Es obra de un equipo de jóvenes especialistas franceses, suizos y belgas.

Walter J. Schraml y otros autores
PSICOLOGÍA CLÍNICA
ISBN 84-254-1013-4. 16 × 25 cm. 676 págs.

El libro se dirige a los psicólogos clínicos, dedicados a una actividad práctica, y a todos los grupos profesionales, médicos, psicoterapeutas, sociólogos, sociopedagogos y educadores que en su trabajo tropiezan con los problemas de tipo psicológico. Aspira, además, a facilitar una información bien diferenciada a los estudiosos interesados en el campo de la psicología clínica. Son 25 los autores que imprimen un sello individual, que en unos casos supone una orientación más práctica y en otros una línea más bien científica, bajo la dirección del prestigioso doctor W. J. Schraml.

Paul Watzlawick
EL LENGUAJE DEL CAMBIO
ISBN 84-254-1122-X. 2.ª edic. 14 × 22 cm. 172 págs.

Las características esenciales del lenguaje de la comunicación psicoterapéutica fueron ya fundamentalmente conocidas por los antiguos maestros de retórica y son modernamente objeto de penetrantes investigaciones en los más diversos ámbitos de la vida. La presente obra conjuga en cierto modo lo antiguo con lo moderno, al apoyar la técnica de la comunicación terapéutica en los resultados más recientes de la investigación de los procesos cerebrales y en el genial dominio del lenguaje que debemos al hipnoterapeuta norteamericano Milton H. Erickson.

P. Watzlawick, J.H. Beavin, y D.D. Jackson
TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA
ISBN 84-254-1205-6. 3.ª edic. 14 × 22 cm. 264 págs.

Después de definir ciertos conceptos generales, los autores presentan las características básicas de la comunicación humana e ilustran sus manifestaciones y sus posibles perturbaciones. Los distintos aspectos de la teoría son ejemplificados mediante un análisis de la pieza *¿Quién teme a Wirginia Woolf?*, de Edward Albee.

Editorial Herder, S.A., Provenza 388, BARCELONA-25