

una polarización de otra, lo que antes jamás pudo hacerse. El trabajo en el laboratorio no cesa.

Yo personalmente tengo los siguientes planes para un próximo futuro: ahora trabajo en dos esferas: estudio los procesos que se operan en los núcleos de las galaxias, los estallidos y expulsiones de substancias; el otro campo, del que no me ocupaba ya 20 años, es la llamada "teoría de la transferencia radial". Aquí buscamos los métodos matemáticos de solucionar el problema de expansión de los fotones en un medio difuso.

Hace 24 años sugerí el principio de la invariación, que sirvió de base no sólo para solventar los problemas de la difusión de la luz, sino también otros muchos de la física matemática. Hace poco, con un grupo de jóvenes científico de Ereván, logramos dar con las vías para seguir ensanchando el círculo de tareas de la física matemática a que puede aplicarse este principio. Ahora ya este método se emplea con éxito en la solución de algunos menesteres prácticos. Obsérvese que la difusión repetida de la luz —tarea puramente física— surgió de una esfera aparentemente lejana como la astrofísica. Así, pues, me propongo seguir intensificando con mis colaboradores el trabajo en la esfera de estos métodos matemáticos, para extenderlos a otros aspectos de la astrofísica teórica. Y entonces esta ciencia podrá ser sin salvedad alguna "bautizada" con el nombre romántico de "matemática estelar".

## CONTRADICCIONES EN LA INVESTIGACION Y PRACTICA ACTUALES DE LA PSICOTERAPEUTICA

por el prof. VIKTOR E. FRANKL

De la Universidad de Viena, Director de la Clínica Neurológica y  
Presidente de la Academia de Ciencias de Armenia\*.

En América del Norte, donde la psicología profunda ha adquirido una popularización de desmesuradas proporciones, empiezan a hacerse sentir las consecuencias de sus aspectos dudosos. Conozco el caso de una paciente, por completo normal psíquicamente, que se había dejado someter a sesiones de

N. de la R.\* En el nivel de Freud y Adler, el prof. Frankl es considerado hoy como el principal representante de la Escuela de Viena

psicoanálisis durante años por una psiquiatra (no titulada) sin más motivo que haberla ésta amenazado con que, si no lo hacía, el "ello", el subconsciente, se vengaría irrumpiendo en su vida consciente en destructiva y arrolladora forma. ¿Qué primer impulso la llevó a someterse al análisis? Sencillamente el hecho de que una amiga, "muy rica", le dijo una vez que se hacía analizar, que le procuraba mucho bien y que ella misma debería someterse al análisis.

En el título de uno de sus libros llama Echelsky "La generación escéptica" a la juventud de hoy: algo parecido podría atribuirse a los psicoterapeutas de nuestros días.

Se ha difundido el criterio de que en la esfera de la psicoterapia los métodos y técnicas aplicados son los menos eficaces y que lo que realmente decide es el contacto humano entre médico y enfermo. Aquí representa también su papel el factor del simple diálogo, pues no sólo el mal compartido, sino el mal comunicado es medio mal. Una vez, en los Estados Unidos, una estudiante acudió a mí para contarme sus penas, pero hablaba en un slang tan endiablado que no entendí, a pesar de mis esfuerzos, ni una sola palabra de lo que me dijo. Se sacudió lo que le agobiaba, sin embargo, y para que no notase la embarazosa situación en que me había puesto decidí mandársela a un colega compatriota suyo. Ni fue donde el colega, ni volvió donde mí. Algún tiempo después nos encontramos en la calle y de lo que me dijo saqué en consecuencia que el "diálogo" conmigo había bastado para resolver su conflicto. . . sin que hasta hoy tenga yo la menor idea de qué se trataba.

En la práctica médica la psicoterapia debe tener como punto de partida la suprema ley de no causar daño. Demasiado bien saben los mejores expertos en psicoterapia cuántas de las neurosis que les toca tratar traen su origen de la ignorancia y el error dentro de lo que exige la especialidad. Hay neurosis cuya verdadera causa debe ser abonada en la cuenta de irreflexivas manifestaciones del médico.

En virtud de una poco hábil iniciación del paciente en la verdad diagnóstica puede provocarse una angustiada excitación. ¿Debe realmente iniciársele, debe decirsele la verdad? Quisiera, a mi vez, responder con una pregunta nada nueva, la vieja pregunta de Pilatos: ¿qué es verdad?

Tan perjudicial como el demasiado hablar puede ser, en determinados casos, el demasiado callar, como cuando el médico, con mucho misterio y la mejor intención, pasa por alto un hallazgo negativo y lo calla totalmente. Conozco el caso de una paciente que afirmaba estar enfermísima por pa-

decer de un Corpulmo: es lo que había leído en un certificado, pero sin fijarse en la observación "o.B." (sin importancia) . . .

En los casos de neurosis obsesivas preguntamos al paciente si no tiene la costumbre de comprobar una y otra vez que la llave del gas y la puerta de entrada estén cerradas herméticamente y tan pronto como el sorprendido paciente responde que sí, le damos esta explicación: cualquiera puede acabar en enfermo mental, con la excepción de un único grupo de personas inmunes a la perturbación de la mente; justamente aquellas que evidencian un carácter neurótico obsesivo, con inclinación, por lo tanto, a diversos temores de esta naturaleza, incluso en forma patológica, y lo que acaba de confesarme —repetición y control obsesivo, llamamos a esto— son temores fijos típicos. Debo, pues, despojarle de su ilusión: es imposible que acabe usted en enfermo mental. . . ¡precisamente usted y aunque se lo haya metido en la cabeza! Hablándoles así al paciente diríase que oye uno el golpe de las piedras que le caen del corazón. . .

Diremos algo sobre el peligro de suicidio y el enjuiciamiento de su grado, ya que de ello depende la indicación de reclusión del paciente. Hemos propuesto para este caso un procedimiento bien simple. Preguntamos por lo pronto al enfermo en cuestión si abriga designios suicidas. En cualquier caso, tanto si dice la verdad como si disimula su propósito, responderá que no a esta primera pregunta. Al punto le hacemos una segunda pregunta que casi parece brutal: le decimos que por qué no quiere quitarse la vida. Se verá entonces que aquel que realmente no abriga designios suicidas alega una retahíla de argumentos, todos contra la presunción de que pueda querer quitarse la vida: consideraciones de familia, creencia en la curación, motivos religiosos, etc., mientras que el que sólo disimuló sus verdaderos propósitos se delatará ante esta segunda pregunta diciendo que no está en condiciones de alegar motivos, que (supuestamente) en adelante se abstendrá de un intento de suicidio. . . ?

Vivimos en una época en la que empieza a bosquejarse algo que yo llamaría el retorno de la psicoterapia al seno de la medicina y en esta fase de la evolución médico-histórica sería excesivo que encontráramos demasiado buena la combinación de métodos somáticos y psíquicos. Menos que nunca podremos permitirnos esto en los casos de los por mí designados como pseudoneurosis somatógenas.

No es raro que los pacientes hayan pasado por una serie de previos tratamientos. Para mencionar un caso concreto recordaré el de la joven paciente que guardaba cama en un sanatorio y para cuyo examen fui requerido en consulta por la doctora que la trataba. La había tratado antes, durante, cin-

co años, sin el más mínimo efecto terapéutico, una psiquiatra no titulada, que la había sometido a reiterados e interminables análisis. Perdió al fin la paciencia y propuso a la psiquiatra suspender el tratamiento, a lo que ésta se opuso alegando que el tratamiento no había empezado aún por haber tropezado en todo momento con la resistencia de la paciente. . . Receté inyecciones y supe más tarde por la colega que la trataba que la enferma había recuperado su capacidad de trabajo, había continuado sus estudios universitarios y había terminado su disertación. Se trataba sencillamente de un defecto funcional de la corteza de las glándulas suprarrenales bajo el cuadro clínico de un síndrome de despersonalización.

Si a los defectos funcionales de la corteza suprarrenal es concomitante el síndrome psicoadinámico, al exceso funcional de la tiroides, como he podido demostrar igualmente, es concomitante una agorafobia. Mencionaré el caso de una paciente que había padecido durante 5 años de una agorafobia gravísima. Durante medio año la trató una psiquiatra no titulada. Acabó dejando de acudir a ella en vista del nulo éxito terapéutico. Por el contrario, se habían agudizado sus depresiones. Bastaron unas cuantas inyecciones para librarla de su angustia. En realidad no se trataba de una neurosis psicógena, sino de una pseudoneurosis. En el caso se daba indiscutiblemente un conflicto conyugal también, mas no de carácter patógeno, por lo que no podía ser psicógena la enfermedad de nuestra paciente. Si cada conflicto conyugal por el hecho de serlo y en sí fuera ya patógeno, acaso fueran neuróticos el 90 por ciento de los casados.

Supongamos que un paciente tiene accesos de palpitaciones cardíacas: basta con que se le repitan un par de veces para que sienta miedo ante el próximo ataque. Ahora bien, este miedo es causa suficiente para, a su vez, provocar por sí mismo palpitaciones. Con otras palabras: un síntoma general la fobia correspondiente, la fobia agudiza el síntoma y a su vez el síntoma reiterado hace que el paciente se aferre a su fobia.

Una vez consumado el patinazo dentro de este círculo diabólico de la angustia expectante conviene maniobrar simultáneamente con la palanca en el polo somático y en el polo psíquico del circular acaecer. En cuanto a esto último es indicado en casos de angustia expectante combinar la medicación de tranquilizantes con la intención paradójica introducida por mí. En ésta se le indica al paciente desear y hacer precisamente lo que le atemoriza, aunque claro que sólo por instantes. "Hoy salgo para que me dé el ataque", debe decirse, por ejemplo, el paciente que sufre de agorafobia. Por este procedimiento se consigue, al fin, quitarle al miedo el viento de las velas. Ilustraremos el problema con un caso concreto.

Tras haber expuesto el método en mis lecciones clínicas, recibí una carta de una de mis oyentes, estudiante de medicina, en la que me informaba del siguiente hecho: había padecido una angustia de temblor que le empezaba en el instante mismo en que el profesor de anatomía entraba en la sala de disección. Después de haber oído en mi clase la referencia a casos de tremorfobia, intentó aplicarse a sí misma la terapéutica. Se propuso, pues, cada vez que llegaba el profesor y al observar las disecciones, decirse: "Bueno, ahora voy a temblar un poquito. . . verá qué bien puedo hacerlo". Con esto pronto cedieron miedo y temblor, según me comunicó ella misma.

Que todos estos resultados terapéuticos de la intención paradójica sean de naturaleza sugestiva debo negarlo rotundamente. Se repiten los casos en que los pacientes oponen a esta terapéutica una clara actitud escéptica y tan pronto como mis colaboradores les indican que deben practicarla fuera de la clínica, abandonan ésta irritados y atemorizados. Si pierden luego el miedo, se producen los efectos terapéuticos a pesar de su angustia expectante y frente a ella.

Por los recursos de este sistema de tratamiento mis colaboradores han conseguido mejorar en breve plazo, incluso, a viejos pacientes con neurosis obsesivas inveteradas, dejándolos nuevamente aptos para el trabajo. D. Müller-Hegemann, Director de la Clínica Neurológica-Psiquiátrica de la Universidad de Leipzig, considera la intención paradójica como un método y una técnica, orientados neurofisiológicamente, de gran mérito, según lo han demostrado los favorables resultados observados por él en los últimos años. ("Methodologic Approaches in Psychotherapy", 1963).

No menos digna de consideración es la comunicación personal del profesor Heinrich Kranz, Director de la Clínica Neurológica de la Universidad de Maguncia. Dice así: "Hace años, cuando aún ejercía en Francfort, mucho antes de tener la más remota idea de usted y su intención paradójica, llegó a mi consulta un alumno de gimnasio (debía estar en el tercer año), que tartamudeaba maravillosamente, lo que no tiene nada de particular. Pero lo bonito de la historia es que el chiquillo me contó que una única vez le había sido imposible tartamudear, ni con el mejor deseo. Su clase preparaba, para una de esas fiestas con asistencia de los padres, una piecicita teatral en la que salía un tartamudo. Naturalmente, se le designó para representar el papel . . . pero fracasó. En varios ensayos dijo su papel con la fluidez más pasmosa. ¡Hubo que darle a otro el papelito! . . . Simpático ¿no le parece? Les he repetido la anécdota a mis discípulos durante el curso".

Quien se siente bajo el agobio de la angustia expectante de una noche insomne, se comprende que quiera dormir: pero justamente este querer no le

leja tranquilo y le impide dormir, pues nada es tanto premisa del dormir como el relajamiento. Pero éste no se produce. Se trata aquí también, por lo tanto, en la psicoterapia de las perturbaciones del insomnio, de romper el círculo vicioso de la angustia expectante. Y esto podrá lograrse de la manera mejor y más simple por recurso a una intención paradójica de la específica angustia expectante. Para ello sólo es necesario que el enfermo se proponga, en vez de dormir, hacer un ejercicio de relajamiento, por ejemplo. Debemos infundirle confianza en el propio organismo hasta convencerle de que el sueño que el organismo requiere necesariamente, necesariamente se lo procura.

Algo por completo análogo a lo que ocurre con el sueño ocurre con el coito, con la sexualidad, donde un exceso en el propósito hace sentir su efecto perturbador.

Acuden hoy al psiquiatra pacientes que dudan, incluso desesperan, del sentido de la vida. En estos casos suelo referirme a una frustración existencial (1). En sí no se trata de algo patológico. Si en especial puede hablarse aquí sencillamente de neurosis nos encontramos ante un nuevo tipo, al que he llamado neurosis noógena (2). Demasiado fácil sería que el esquema profesional nos indujera a analizar o tranquilizar la tan humana preocupación del sentido de la existencia. En ambos casos practicaríamos una pseudoterapéutica que sólo logrará velar la etiología... exactamente como la morfina en un caso de apendicitis. En estos casos, que proceden de lo espiritual, la terapéutica adecuada deberá traer su origen del espíritu. Y —por mucha técnica y mucha ciencia que atesore la psicoterapéutica— se basará de algún modo y en última instancia, menos en técnica que en arte. Claro que, también de algún modo, se las puede uno arreglar sin todo esto, pues también ha de tenerse en cuenta que, como ha dicho Paul Dubois, del veterinario sólo en una cosa nos diferenciamos: en la diversidad de los clientes.

1 V. E. Frankl, *Das Menschenbild der Seelenheilkunde (Kritik des dynamischen Psychologismus)*, Hippokrates-Verlag, Stuttgart 1959.

2 V. E. Frankl, *Theorie und Therapie der Neurosen (Einführung in Logotherapie und Existenzanalyse)*, Urban u. Schwarzenberg, Wien 1956