

LOCURA Y CORDURA DESDE LA LOGOTERAPIA

Alejandro ROCAMORA BONILLA

Resumen

El presente artículo, partiendo del concepto de salud y salud mental desde la logoterapia, analiza la noción de neurosis noógena, depresión endógena y esquizofrenia desde la visión de Frankl.

Se concluye afirmando que la logoterapia no investiga el porqué de la enfermedad, sino que más bien se interesa por la actitud que la persona tiene ante la dolencia morbosa. Consecuentemente en el abordaje de los trastornos mentales además de técnicas cognitivas, biológicas y sociales, se precisa de técnicas logoterapéuticas que posibiliten encontrar el sentido en la enfermedad.

Abstract

The present article, starting from the concept of health and mental health from logotherapy, analyzes the notion of noogenic neurosis, endogenous depression, and schizophrenia from the vision of Frankl.

It concludes by affirming that logotherapy does not investigate the why of the disease but rather it is interested in the attitude that the person has before the morbid ailment. Consequently, in the approach to mental disorders, in addition to cognitive, biological, and social techniques, logotherapeutic techniques are needed to make it possible to find meaning in the disease

Palabras claves: Enfermedad mental. Salud mental. Sentido. Psicopatología.

Key words: Mental disorder. Mental health. Meaning. Psychopathology.

¿Qué es la salud mental?

Existen dos definiciones de salud mental que son mis favoritas: una es del Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana del año 1976 y otra de Freud. La primera dice así: La salud mental es “aquella forma de vivir autónoma, solidaria y profundamente alegre” (citado por Duro Martínez, 2014). Es decir, pone el énfasis en el bienestar personal, partiendo del convencimiento de que el ser humano es único e irrepetible y por lo tanto necesita mantener su autonomía, lo que no es óbice para que tenga en cuenta al otro y sea solidario.

Y Freud, ya anciano, pues era el verano de 1939, ante la pregunta de un periodista qué era para él una persona sana, madura e integrada en la sociedad, responde de forma breve e intuitiva: “Amigo mío, cualquier persona capaz de amar y trabajar” (citado por Botbol Acreche, 2021). El periodista, que esperaba un largo discurso, se quedó sorprendido con la brevedad de la respuesta. *Amar*, como necesidad del ser humano de proyectar sobre otros sus propios afectos y también recibir de los demás valoración y aprecio; y *trabajar*, no solo como sinónimo de realizar una tarea remunerada, sino más bien como la posibilidad que toda persona tiene de modificar la realidad y de crear y ofrecer *algo* al otro.

De alguna manera, Frankl completa esta visión al insistir que en la realización de *valores creativos* y *valores vivenciales*, junto con los *valores de actitud*, la persona encuentra el sentido en el sufrimiento, la culpa o la muerte

La salud mental, en definitiva, es el resultado dialéctico entre el sujeto (en su totalidad) y el ambiente. Este proceso dialéctico puede ser progresivo o recesivo; es decir, puede proporcionar un avance o un retroceso en la evolución del individuo. Es más, esta dinámica no es lineal, sino que puede hacer un *curso quebrado*, con paradas, avances y retrocesos, dependiendo de múltiples factores y, sobre todo, de cómo el sujeto va elaborando los diferentes acontecimientos de su vida.

Siguiendo a Tizón (1982) podemos afirmar que no existe un concepto científico para definir la salud mental. Tal término alude, sobre todo, a una noción más o menos cargada de elementos ideológicos y, en todo

caso, la salud mental es una práctica, una pragmática, un modo de vivir y trabajar, un modo de vincularse los seres humanos.

En uno de los documentos de la OMS (2001), con una mirada transcultural, se dice que:

“en las distintas culturas, los estudiosos han definido de formas diversas la salud mental, concepto que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental. Se admite, no obstante, que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales” (p. 5).

En la práctica, desde la perspectiva fenomenológica, la salud mental supone: a) ausencia de alteraciones psicopatológicas, reconocibles como componentes de un cuadro clínico psiquiátrico; b) existencia de una organización madura de la personalidad, y c) adaptación adecuada de la persona a los distintos conflictos y momentos evolutivos de la vida.

Adaptación, entendida según Piaget e Inhelder (1955), es como el equilibrio entre los movimientos de asimilación y acomodación. *Asimilación*, como sinónimo de la capacidad de incorporar elementos y vivencias del medio, del entorno; y *acomodación*, como la posibilidad de modificar la propia estructura del individuo en función de las exigencias de ese mismo medio. Cuando se consigue ese equilibrio, entre esas dos tendencias, se habrá logrado una adaptación sana, creativa, no patológica, ni destructiva.

Como se comprenderá, todo esto no es un estado (algo estático). El sujeto va configurando su personalidad, su modo de estar en el mundo, a lo largo de su propia historia biográfica y en contacto directo consigo mismo y con el entorno. Las vivencias externas e internas (conscientes o inconscientes) son las que van moldeando al individuo y constituyendo lo que Bergeret (1980) llamó *la estructura*.

Freud (1932), en sus *Nuevas Lecciones Introductorias al Psicoanálisis*, dijo que si dejamos caer al suelo un bloque de mineral en forma cristalizada, se rompe, pero no de forma aleatoria; las fracturas seguirán las líneas de clivaje cuyos límites y direcciones, aunque invisibles exteriormente, se encontraban ya determinados de forma original e inmutable. Ocurre lo mismo con la estructura psíquica. El sujeto con estructura neurótica se *romperá* con un cuadro neurótico, y el sujeto con estructura psicótica evolucionará hacia una psicosis. Existe una posición intermedia que dará lugar a las personalidades *bordeline*.

Podemos concluir diciendo que la normalidad se identifica con un *equilibrio inestable* que fluye a lo largo de toda la vida del sujeto y que supone una actitud de atención-defensa ante sí mismo y ante los demás, pero sublimando todas las dificultades, sin huir, atacar o quedarse pasivo ante el conflicto. La salud mental, en definitiva, es el resultado dialéctico entre el sujeto (en su totalidad) y el ambiente. Este proceso dialéctico puede ser progresivo o recesivo; es decir, puede proporcionar un avance o un retroceso en la evolución del individuo. Es más, esta dinámica no es lineal sino que puede hacer un *curso quebrado*, con paradas, avances y retrocesos, dependiendo de múltiples factores y, sobre todo, de cómo el sujeto va elaborando los diferentes acontecimientos de su vida. Por definición, es una posición (algo dinámico), que fluye a lo largo de toda la vida del sujeto. La salud mental no se consigue en un momento de la existencia, sino que es un programa que debe ser actualizado constantemente y que solo concluye con la muerte.

Salud mental y logoterapia

Desde la perspectiva de la logoterapia podríamos definir a la persona como un ser único y uno, en diálogo consigo mismo (ser-siendo) y con el mundo (ser-en-el-mundo), anclado en el futuro, libre, responsable y trascendente. Es desde esta concepción cómo podemos comprender el concepto de salud y enfermedad mental desarrollado por Frankl.

Así, Fabry (2003) se pregunta cuándo podemos decir que una persona está sana y cuándo está enferma mentalmente, y aunque no responde claramente a ese interrogante, si rechaza la adaptación y apunta hacia la

responsabilidad individual. Coloca el acento en la salud y no en la enfermedad mental, en el hombre en su totalidad y no exclusivamente en su psique, en su libertad y no en sus limitaciones, en los valores que ejercen atracción sobre él y no en los instintos que lo impulsan, en las tareas del futuro y no en los traumas del pasado.

Por su parte, Acevedo (1985) afirma que “la salud es el desarrollo del ser en su esencia y sentido. El sentido no es la causa de la salud sino el motivo para tenerla” (p. 47). Más adelante el mismo autor concluye de forma magistral:

“entendemos la salud no como ausencia de enfermedad sino como:

- Sentido de vida, en un plan de vida incluido en un proyecto familiar y social.
- La posibilidad de escribir la propia historia vital en la propia familia, el trabajo y la comunidad.
- La posibilidad de expresar lo «no dicho» en el diálogo y reflexión
- La posibilidad de sentirse querido y de querer, privilegiando el encuentro con el otro.
- La posibilidad de transformar y de transformarse.
- La posibilidad de comprometerse, de participar y de sentirse participando.
- La posibilidad de establecer vínculos afectivos solidarios, de convivir”. (p. 51).

Este es un concepto de salud que apunta a la totalidad del hombre (bio-psico-espiritual), a la promoción de todo el hombre y de todos los hombres. Se trata de salir de uno mismo sin dejar de ser uno mismo.

La logoterapia, pues, no se interesa por encontrar un *por qué* de la dolencia (neurosis, depresión o psicosis), sino que se pregunta qué actitud toma el sujeto ante su enfermedad. Por esto, es imprescindible que en los trastornos mentales se apliquen técnicas cognitivas (psicológicas) y biológicas (farmacología, etc.), pero también técnicas logoterapéuticas (modulación de actitud, diálogo socrático, derreflexión o la intención paradójica). Es decir, a través del análisis existencial se posibilita que se encuentre el sentido de la vivencia morbosa. Frankl respeta y utiliza los tratamientos

biológicos y psicológicos, pero sobre todo defiende un tratamiento más amplio e integrador.

Para Frankl (1992) una cosa está clara:

“la logoterapia no pretende, desde luego sustituir la psicoterapia en el sentido más estricto de la palabra como en la actualidad se la está empleando, sino que quiere complementarla y complementar también su imagen del hombre hacia una imagen del hombre completo y total (en cuya totalidad lo espiritual constituye, como hemos visto, el elemento indispensable)” (p. 203).

Por esto Acevedo y Battafarano (2008) ante el aumento de la incidencia de las personas que padecen depresión, a pesar de las numerosas investigaciones en el campo de la neurociencia y de los nuevos fármacos, se preguntan si no sería preciso otra mirada más amplia y más integradora.

Y por esto afirman que:

“Frankl y su logoterapia poseen el mérito de haber abierto un camino integrador, de diálogo y apertura, a partir de una antropología que incluye y le da un marco coherente a todo el devenir de lo humano. Esta antropología se apoya en una concepción multidimensional de la realidad humana que reconoce la unidad en la multiplicidad” (Acevedo y Battafarano, 2008, p. 83).

Un ejemplo para ilustrar lo dicho es la infección por coronavirus. La persona infectada necesita un tratamiento biológico (médico), pero también psicosocial (abordaje de su ansiedad, aislamiento, etc.) y espiritual (actitud frente a la enfermedad). Y concluyen Acevedo y Battafarano (2008): “el enfermar humano afecta al hombre en su totalidad y por ende las respuestas posibles también deben ser multidimensional e incluso lo son de alguna manera a pesar de que quienes las desarrollan no las explicitan de este modo” (p. 84).

Por esto, podemos afirmar que la dimensión espiritual o noética es el recurso más importante que tiene toda persona para afrontar las consecuencias de los cuadros psicopatológicos. El autodistanciamiento y la

autotrascendencia, junto con la posibilidad de un cambio de actitud, son los pilares para una sana resolución de las consecuencias de un proceso psicopatológico.

De la misma manera que en otras enfermedades (cáncer, apendicitis, neumonía, etc.) requerimos la atención de un profesional de la sanidad (médico), en nuestro caso, cuando aparece una enfermedad mental, habrá que recurrir al psiquiatra o/y psicólogo. En ambos casos, sin olvidar la otra dimensión de la persona: lo espiritual (logoterapeuta). Por esto, es importante no solamente neutralizar el síntoma, somático o psíquico, sino también trabajar la actitud de la persona ante su enfermedad (somática o psíquica).

Esto supone un giro copernicano en la atención al sufriente, ya que no solamente nos preocupamos del síntoma, sino también de las posibilidades que tiene la persona y además el doliente tendrá un rol activo en su curación (Acevedo, 2008). Este es un modelo salutógeno, que está a años luz del modelo patógeno de la sanidad actual, centrado en el modelo reduccionista del enfermar humano.

Como bien dice Frankl (1992) lo que importa no es saber en qué proporción una enfermedad es somatogena o psicogena, sino que es lo primario. En definitiva, los componentes causales son psicógenos y somáticos (también espirituales en las neurosis noógenas): lo somático está condicionado por lo psíquico y viceversa. Es un proceso en espiral causal.

En definitiva, como bien dice Acevedo (2008) “el modo humano de enfermar no puede ponerse solamente en términos de lógica aristotélica, sino también de manera paradójal” (p.88).

Por todo esto, podemos afirmar (Noblejas, 2016) que la visión del enfermar humano en Frankl es un nuevo paradigma, por varias razones: a) la logoterapia aporta una nueva concepción de la antropología y del mundo, y b) defiende a ultranza una oposición frontal al reduccionismo.

Podemos concluir diciendo que la logoterapia no investiga sobre las causas de los trastornos mentales, sino que intenta tratarlos de la mejor manera posible y por lo tanto no *destapa* el origen del conflicto, sino que

descubre las potencialidades ocultas de las personas, que es su dimensión espiritual (Lukas, 2003)

Conceptos generales

Somatogénesis y psicogénesis

Frankl (1992) utiliza dos principios nosológicos de clasificación: la etiología y la sintomatología. Así, las psicosis son enfermedades somatogénas con manifestaciones psíquicas, aunque luego afirma que no se conocen sus causas somáticas (por eso las llama criptosomáticas), lo que no quiere decir que no se puedan utilizar también tratamientos psicoterapéuticos y logoterapéuticos, ya que la persona es una unidad, aunque dimensional. Por otra parte, las psiconeurosis son procesos psicógenos con manifestaciones psíquicas.

Para Frankl lo importante no es en qué proporción participa la somatogénesis o la psicogénesis, sino lo que es originario de la enfermedad mental. En la práctica lo que se produce es un círculo causal: somatogénesis-psicogénesis, volviendo al punto de partida. Eso sí, en un corte longitudinal del proceso es una espiral causal con inicio en una somatogénesis (psicosis) o psicogénesis (neurosis). En definitiva, entre la psicogénesis y la somatogénesis no existe nada más que una diferencia gradual.

También existen enfermedades mentales que no son *causadas* sino *desencadenadas* desde lo anímico como las enfermedades psicósomáticas.

Más adelante puntualiza (Frankl, 1992) algunas cuestiones:

- Una enfermedad somatogéna (por ejemplo, la depresión endógena) puede ser tratada psicoterapéuticamente.
- Lo psíquico y lo somático forman una unidad que no es idéntico a mis-
midad, ni a totalidad. Son dos modos de ser sustancialmente distintos, y
entre los dos existe un abismo insuperable.
- Teóricamente la unidad de la existencia humana se explica por “la con-
sideración dimensional-ontológica del problema psicofísico” (p. 68). No
es una estructura escalonada y estratificada.

- Entre la psicogénesis y la somatogénesis solo existen diferencias graduales. “Solo es posible hablar de un círculo causal en una consideración del corte transversal” (p. 69). En un corte longitudinal existe una espiral causal.

Efecto, causa y desencadenante

La diferencia entre causa y desencadenante (causa secundaria) la manifiesta Frankl con las siguientes palabras:

“Si nos preguntamos en qué consiste en rigor y en última instancia la diferencia entre causa y desencadenamiento nos encontramos con que, en cierto sentido, también el desencadenamiento es una causa, aunque no la principal, sino más bien una causa secundaria, como si dijéramos. Pero el desencadenamiento no es solo una causa secundaria en este sentido, sino lo que comúnmente se llama una condición. Pues condicionar algo no significa de suyo originar algo y causar algo. Existen, como es sabido, las llamadas condiciones necesarias y suficientes, y podemos decir: mientras que la causa principal puede interpretarse como condición suficiente, el condicionamiento- si es que puede comprenderse como condición- es, en cambio, en cuanto causa secundaria, no una condición suficiente, ni una condición necesaria siquiera, sino que tendríamos más bien que acuñar para ella un nuevo término: (simplemente) ¡condición posible!” (Frankl, 1992, p. 81).

Así pues, en el desencadenamiento del síntoma, no hay una relación efecto- causa, sino una *condición posible* (ni necesaria, ni suficiente). Por tanto, las enfermedades psicósomáticas están desencadenadas, no causadas, desde lo psíquico.

Para explicar la diferencia entre *efecto* y *causa* Frankl (1992) propone el ejemplo del arrecife:

“Supongamos el caso de un arrecife cuando va apareciendo durante la bajar. Nadie se atrevería a afirmar, sin embargo, que el arrecife es por eso la causa de la bajar; al contrario: es la bajar la que lo descubre [...] Por lo tanto: así como la bajar no es causada por un arrecife que emerge, así tampoco la psicosis es provocada por un trauma psíquico, por un complejo o por un conflicto” (p. 78).

A partir de este ejemplo, podemos ver en la Figura 1 el paralelismo con el conflicto psíquico y la locura. En el desencadenamiento del síntoma no hay una causa-efecto, sino una *condición posible*; ni necesaria ni suficiente. Las enfermedades psicosomáticas están desencadenadas, no causadas, desde lo psíquico.

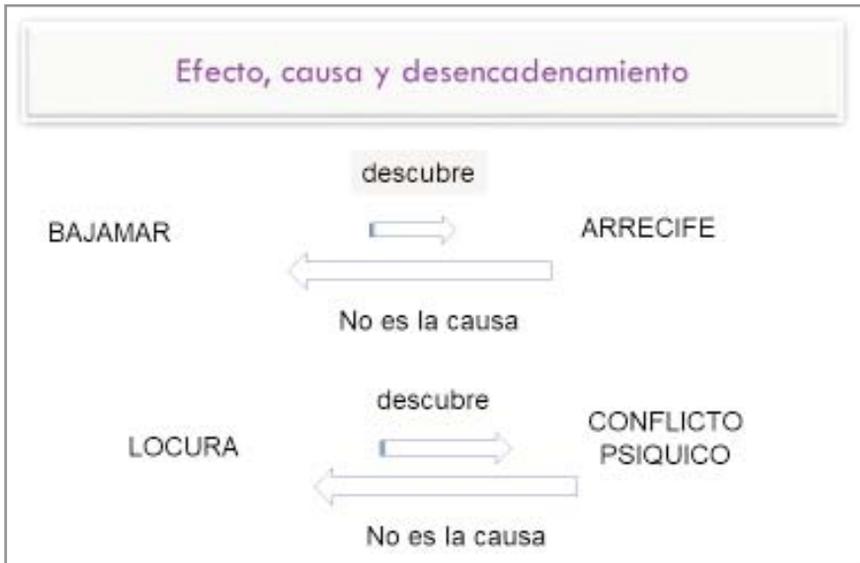


Figura 1. Efecto, causa y desencadenamiento.

Patogénesis y patoplástica psíquica

Patogénesis significa el origen del sufrimiento humano, y la *patoplastia* las forma que adapta la enfermedad en función de cada sujeto: características individuales y constitucionales, su biografía, su personalidad y su contexto, como las más significativas.

Tanto la psicosis como la depresión endógena para Frankl (1992) se van a manifestar dependiendo de la *patoplastia individual y colectiva* y además de una *patoplastia estilista* propia que hace referencia al estilo de

vida de la persona. Por esto, se puede afirmar que “la psicosis es más que una simple especie de enfermedad: es también un modo y una posibilidad del ser-hombre” (Frankl, 1992, p.83). Y respecto a la depresión endógena, además de ser un *bajón vital*, es más bien, “una aportación de la persona, con algo personal, y, por tanto, con algo transmórbido, pues la persona es espiritual y en virtud de esta cualidad se encuentra más allá de lo sano y de lo enfermo” (Frankl, 1992, p.84).

Neurosis, neurosis noógenas y psicosis

Concepto de neurosis

Como bien dice Frankl (1992) el término de *neurosis* fue utilizado por primera vez por Cullen (1710-1790). Este autor consideró que las neurosis (se manifestaban con irritabilidad, nerviosismo, estado de ánimo deprimido, etc.) eran trastornos producidos por la alteración del sistema nervioso (alteración de los fluidos neuronales), pero que no acompañan de fiebre, ni de alteraciones orgánicas localizadas. Es decir, Cullen no da una definición de neurosis, sino que describe lo que no es.

Es a partir de finales del siglo XIX, con S. Freud (1856-1939) cuando comienza a desarrollarse de forma significativa el concepto de neurosis, en relación con el conflicto psíquico inconsciente, y en particular la psicopatología de la ansiedad.

La publicación del DSM-III (1980), además de otras características, introduce por primera vez el grupo de *trastornos de ansiedad* y desaparece la terminología de neurosis, de gran influencia psicoanalítica.

El concepto de neurosis ha sido ampliamente aceptado en el campo de la psicopatología, durante gran parte del siglo pasado. Y ha sido de gran utilidad para distinguirlo de otro gran grupo de enfermedades psíquicas: las psicosis. Los cuadros neuróticos clásicamente se han distinguido de las psicosis (Belloch et al., 1995) porque: a) permanece intacto el contacto con la realidad, b) no existe violación de las normas sociales, c) los síntomas son reconocibles por el paciente como inaceptables, y d) el

principal foco de alteración lo constituyen los síntomas de malestar/sufrimiento emocional (básicamente la ansiedad).

Es un concepto que a veces se utiliza de forma extensa (todas las personas son neuróticas), y otras veces de forma más restringida. Frankl (1992) afirma que se sitúa en el punto medio, y define a este tipo de cuadros clínicos como a toda enfermedad que sea psicógena con síntomas psicógenos.

Desde la logoterapia, pues, podemos decir que las neurosis son enfermedades cuyos síntomas que son psíquicos están *causados* desde lo psíquico; en las psicosis también los síntomas son psíquicos, pero están *causados* desde lo somático.

Origen de las neurosis

Según Frankl (1992) la psicogénesis de las neurosis no se debe a un conflicto psíquico, pues lo importante no es el trauma que se vivió, sino de la forma de afrontarlo el sujeto. Incluso cita una investigación en que el resultado fue que “los neuróticamente no enfermos habían experimentado incluso más traumas psíquicos, etc. que los enfermos, pero habían podido «asimilarlos»” (p. 176).

Según Lukas (2003) los trastornos neuróticos siempre se manifiestan como un círculo vicioso, que parte de un concepto muy negativo de sí mismo, aparece la vivencia traumática y la angustia de expectación a que se repita y surge el síntoma, que tenderá a aparecer siempre que se dé la situación. Ejemplo fobia en el metro. Según esta autora para que aparezca el síntoma se deben dar estas cuatro características: a) predisposición de carácter ansioso, b) labilidad vegetativa, c) suceso traumático, y d) autotranscendencia débilmente desarrollada.

Neurosis noógenas

Según Lukas (2003), las neurosis noógenas se definen como los efectos mórbidos de frustraciones espirituales en lo psíquico, y cuando

provienen de un vacío existencial -de la crisis de sentido de una sociedad entera- son también sociógenas. En las neurosis noógenas no existe inversión, es decir, no se da ningún efecto mórbido de lo psíquico o somático en lo espiritual, porque como ya sabemos, lo espiritual no puede enfermar, aunque sí puede bloquearse por enfermedades y deficiencias de lo psicofísico, como ocurre en el caso de las psicosis.

Frankl (1992) afirma a este respecto dos consideraciones: a) las neurosis noógenas surgen de la dimensión espiritual y pueden producir sintomatología vegetativa y b) la necesidad, pues, de una psicoterapia que surja de la dimensión espiritual, es decir, la logoterapia.

Este tipo de neurosis requieren unas técnicas específicas para un correcto abordaje, como es la logoterapia y el análisis existencial. Es decir, una terapéutica que parta de lo espiritual (logoterapia) y que se oriente a lo espiritual (análisis existencial). Frankl (1992) concretiza diciendo que el análisis existencial es “aquel método de tratamiento psicoterapéutico que sirva para ayudarle a descubrir en su existencia factores de sentido y a vislumbrar posibilidades de valores” (p. 202-203).

Lukas (2003) señala dos tipos de neurosis noógenas: variante neurótica y variante depresiva. En la primera, el hecho de *adolecer de una vida sin sentido* incita a una búsqueda de experiencias placenteras, lo que les produce más frustraciones; en el tipo depresivo no valoran nada de lo que tienen (salud, etc.) y tienen muchas dificultades para establecer relaciones positivas.

Como bien dice Acevedo (2014):

“La neurosis noógena es un eclipse espiritual, la dimensión espiritual está presente, de lo contrario no habría ser humano, pero la oscuridad que surge la produce el organismo psicofísico, este eclipse genera una sensación de vacío, pero lo espiritual está ahí escondido en la oscuridad, esperando que lo despertemos” (p. 12).

Propone el símil de la lámpara rota: la lámpara es lo psicofísico y la corriente es lo espiritual. Cuando la lámpara está rota, la corriente no está enferma. Así pues, las neurosis noógenas no son enfermedades del espíritu, sino enfermedades que se manifiestan por un oscurecimiento del espíritu.

El 20% de las neurosis son noógenas y se precisa tratamiento logoterapéutico.

Cuando el vacío existencial no es del individuo, sino que afecta a toda una sociedad, entonces hablamos de *neurosis sociógenas* o *neurosis colectivas*. Son neurosis en sentido paraclínico, es decir, “son cuasi neurosis, neurosis en sentido figurado” (Frankl, 1992, p. 195).

La psicosis

Las psicosis tienen un origen somático, no solamente en un corte transversal sino longitudinal. Son una criptosomatogénesis. El propósito del análisis existencial de las psicosis es: “Señalar y sacar a relucir lo personal en las psicosis” (Frankl, 1992, p. 84).

Frankl en la etiología de las psicosis diferencia la causa del desencadenamiento. Los traumas psíquicos no son causa de las enfermedades mentales sino el efecto de las mismas. Los factores causales (desconocidos) los sitúa en la dimensión corporal, aunque los desencadenantes también pueden ser psicógenos: un ascenso laboral, casamiento, etc. El desencadenamiento es una *causa secundaria*, es decir es una condición no suficiente, sino posible.

Llama la atención gratamente la reflexión que hace Frankl (1950) en su obra *Psicoanálisis y existencialismo* sobre la esquizofrenia. El autor parte de la observación de que el paciente con esquizofrenia “se vive a sí mismo como si él -el sujeto- se hubiera convertido en un objeto” (p. 298). Es decir, la persona que padece una esquizofrenia “tiene la sensación de ser objeto de las actividades psíquicas del otro” (p. 297-298). De sujeto ha pasado ser objeto, por esto sus delirios o alucinaciones se viven como impuestos (como dice la fenomenología clínica), como no producidos por sí mismo. Ocurre lo contrario en el neurótico compulsivo, es decir, una hiperreflexia:

“El forzado acto reflexivo de la propia observación pierde, así, la conexión vivencial con el acto primario y con el yo activo. De donde se sigue necesariamente la pérdida de la sensación de actividad y del sentimiento de personalidad, es decir, la alteración del

yo en forma de una despersonalización” (Frankl, 1950, p. 329-330).

En el enfermo con esquizofrenia, pues, no se produce un *yo-dividido*, que diría Laing, sino un yo pasivo. Frankl (1950) resume de forma magistral su pensamiento sobre la persona que padece una esquizofrenia: “El ser-yo es, como ser-consciente, hipotónico y es vivido, como ser-responsable, «como si» también estuviera afectado. El esquizofrénico se vive a sí mismo limitado de tal modo en todo su ser-hombre que no acierta a sentirse existente” (p. 300). Por esto a veces se habla de la esquizofrenia como una *muerte anticipada*. Por otra parte, dice V, Frankl, que esta forma de pensar la esquizofrenia es similar a lo que ocurre en el duermevela del proceso fisiológico del dormir (a veces se compara más bien con un *soñar despierto*).

Concluye Frankl (1950):

“el esquizofrénico sigue conservando, a pesar de todas sus limitaciones, aquel resto de libertad frente al destino y frente a la misma enfermedad que es inseparable del hombre en cuanto tal y que sigue acompañándole, aun como enfermo, en todas las situaciones y en todos los momentos de su vida, hasta que exhala el último suspiro” (p. 305).

Como hemos dicho antes para Frankl la psicosis es algo más que una enfermedad y por lo tanto deberíamos poner de manifiesto *lo personal* de esa enfermedad y en cada persona. Frankl (1992) señala algunas consideraciones:

- Se debe mirar más allá de la enfermedad psicótica para “encontrar una humanidad intacta e intocable” (p. 85), para hacerla consciente.
- Las psicosis se conciben como “un trastorno funcional psicofísico puede hacer que la persona espiritual que se halla detrás del organismo psicofísico y, como ya veremos, también por encima de él, en cierto modo no puede manifestarse ni declararse: esto es ni más ni menos, lo que la psicosis significa para la persona” (p.85). Debemos encontrar el sentido que la vivencia delirante tiene para el médico y sobre todo para el paciente.
- El análisis existencial lo que trata es de descubrir lo espiritual en las psicosis, la libertad y la responsabilidad del paciente.

- Tanto en las psicosis como en las depresiones endógenas “es el organismo psicofísico el que únicamente está afectado, pero no la persona espiritual, que en cuanto espiritual no puede ser afectada” (p. 88). Por esto puede ocurrir que una persona afectada de una depresión endógena sucumba y otra no.

Por esto, podemos concluir que:

“el análisis existencial revela una espiritualidad intacta e intocable que queda detrás de la psicosis y apela a una libertad que se encuentra por encima de la psicosis: la libertad de enfrentarse con la psicosis de una manera o de otra: bien sea defendiéndose de ella o bien conciliándose con ella” (Frankl, 1992, p. 87).

Sobre la logoterapia de las psicosis Frankl (1992) señala algunas ideas:

- El objetivo de la logoterapia en las psicosis debe ser doble: enseñar al paciente a objetivar su enfermedad y a distanciarse de ella.

- Si la psicosis es muy intensa, no se puede acercarse a ella terapéuticamente, por lo que se deduce “que solo es aplicable un procedimiento logoterapéutico en casos de psicosis clínicamente leve o medio graves” (p. 86).

- El paciente debe aprender a *reírse de su patología*, aceptando la enfermedad y tiene que *hacer subjetivo el acontecer patológico*, es decir, debe estimular al paciente para que imprima en él la impronta y el sello de su personalidad. Y concluye Frankl: “debemos procurar que se realice el enfrentamiento entre lo humano en el enfermo y lo enfermo en el hombre” (p. 91).

- El autor insiste en el valor y en la dignidad humana de una persona psicótica:

“el rango de valoración del *homo patiens* es superior al del *homo faber*. El hombre paciente está por encima del hombre apto. Y si así no fuera, no valdría la pena ser psiquiatra. Yo quisiera ser médico de almas no para un «mecanismo psíquico» corrompido, ni para un «aparato» psíquico en ruinas, ni para una máquina deshecha, sino solo para lo humano en el enfermo que se halla detrás de todo ello y para lo espiritual del hombre que está por encima de todo ello.” (p.93).

La enfermedad depresiva

Depresión endógena: generalidades

Según Frankl la depresión endógena es:

- Una somatogénesis primaria que “deja todavía bastante margen libre para aquella patoplástica psíquica que circunda a la patogénesis somática, completando así el cuadro clínico de un caso concreto. En este mismo margen que queda libre frente a la somatogénesis es donde ha de insertarse la psicoterapia” (Frankl, 1992, p. 94).
- No es una psicoterapia causal (se desconocen las causas de este tipo de enfermedades y también el efecto del tratamiento).
- Se recomienda una psicoterapia somatopsíquica simultánea (es decir, farmacología y psicoterapia).
- Las indicaciones para la hospitalización pueden ser: a) por el tratamiento a seguir (terapia de choque o hibernación), y b) por la enfermedad misma, por su tendencia a los autorreproches (que ocasiona incapacidad para el trabajo, su incapacidad para el goce y su incapacidad de pasión; la hospitalización aleja al enfermo de su ambiente), o por su tendencia al suicidio.

Psicoterapia de las depresiones endógenas

Frankl (1992) parte de la idea de que la terapéutica en los cuadros depresivos no es causal, sino más bien es una *terapia sustentiva* que está dirigida a la *persona espiritual* del paciente. Es decir, lo que hay que intentar es que el paciente cambie su actitud ante la depresión; de esta forma evitaremos que se produzca una depresión secundaria, consecuente de la *depresión primaria, inicial y originaria*. Esta tristeza secundaria es innecesaria y sobreañadida. Para el autor estas depresiones son psicógenas, secundariamente injertadas en una depresión endógena (somatógena). Por esto, la psicoterapia en las depresiones endógenas no es causal, sino que actúa como profilaxis de las depresiones secundarias (*me he deprimido porque estoy deprimido*).

Frankl (1992) insiste en algunas recomendaciones:

- No intentar que el paciente se domine, sino más bien que acepte la enfermedad y las limitaciones que ésta produce, y en lo posible que “la objective y [...] se distancie de ella lo que sea posible” (p. 102).

- Facilitar para que “el paciente soporte la depresión con calma” (p. 102). De ello derivan dos consecuencias: a) está enfermo, luego está exento de obligaciones (trabajo, tareas domésticas, etc.), y b) no está loco; luego tiene esperanza real de curación (confrontación didáctica o psiquiátrica).
- La persona deprimida, a pesar de su escepticismo, recobrará la salud de todos modos (aunque siempre *encontrará un pelo en la sopa*).
- Evitar que el paciente se juzgue desde su tristeza, pues su carga afectiva negativa deforma la realidad.
- El paciente depresivo tiene dos obligaciones: confianza en el médico y paciencia consigo mismo.

Frankl insiste en que la depresión es pasajera: “le capacitaremos [al paciente] para que deje pasar su depresión endógena como una nube que, si bien puede oscurecer el sol, no por eso ha de olvidar que el Sol continúa existiendo” (Frankl, 1992, p.106).

Conclusiones

La logoterapia no se interesa por encontrar un *porqué* de la dolencia (neurosis, depresión o psicosis), sino que se pregunta qué actitud toma el sujeto ante su enfermedad.

Por esto, es imprescindible que en los trastornos mentales se apliquen técnicas cognitivas (psicológicas) y biológicas (farmacología, etc.), pero también técnicas logoterapéuticas (modulación de actitud, diálogo socrático, derreflexión o intención paradójica).

A través del análisis existencial se posibilita que se encuentre el sentido de la vivencia morbosa.

Frankl respeta y utiliza los tratamientos biológicos y psicológicos, pero sobre todo defiende un tratamiento más amplio e integrador.

Alejandro ROCAMORA BONILLA (La Pueblanueva, Toledo) es psiquiatra, con formación en las orientaciones psicodinámica, humanista y logoterapia. Ex-adjunto de psiquiatría en un Centro de Salud Mental de

la Comunidad de Madrid, ex-profesor colaborador de psicopatología en la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Comillas (Madrid). Estuvo en el inicio del Teléfono de la Esperanza y ha colaborado en esa Institución durante más de cuarenta años. Es profesor del Centro de Humanización de la Salud (CEHS), socio fundador de la Sociedad Española de Suicidología y socio colaborador de AIPIS (Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio).

Referencias

Acevedo, G. (1985). *El modo humano de enfermar. Desde la perspectiva de la Logoterapia de Viktor Frankl*. Buenos Aires: Fundación Argentina de Logoterapia. 4ta Ed.

Acevedo, G. (2014). El espíritu no enferma. *Nous*, 18, 9-17.

Acevedo, G., y Battafarano, M. (2008). *Conciencia y resiliencia*. Buenos Aires: Centro V. Frankl para la difusión de la Logoterapia.

Bergeret, J. (1980). *La personalidad normal y patológica*. Barcelona: Gedisa.

Belloch, A., Sandin, B., y Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología. Volumen 2*. Madrid: McGraw-Hill.

Botbol Acreche, M. (2021). Sueños en tiempos de crisis. *Temas de psicoanálisis*, 22, s/p. Extraído el 20 de diciembre de 2023, de <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2021/07/Miriam-Botbol.-Suenos-en-tiempos-de-crisis.pdf>

Duro Martínez, J.C. (2014). Discursos médicos y políticos sobre la salud comunitaria durante la transición democrática española. *Praxis Sociológica*, 18, 35-79.

Fabry, JB. (2003). *La búsqueda de significado*. México DF: Ediciones LAG.

Frankl, V. (1950). *Psicoanálisis y existencialismo. De la psicoterapia a la logoterapia*. México DF: Fondo de Cultura Económica. 2ª edición en español, 1978.

Frankl, V. (1992). *Teoría y terapia de las neurosis*. Barcelona: Herder.

Freud, S. (1973). Nuevas Lecciones Introductorias al Psicoanálisis, En S. Freud, *Obras Completas, tomo III* (pp. 3101-3206). Madrid: Biblioteca Nueva.

Lukas, E. (2003). *Logoterapia. La búsqueda de sentido*. Barcelona: Paidós.

Noblejas, M.A. (2016). La Logoterapia como planteamiento de un nuevo paradigma. *Nous*, 20, 9-39

OMS (2001). *Informe sobre la salud en el mundo*. Extraído el 20 de diciembre de 2023, de <https://www.fundacion-salto.org/wp-content/uploads/2018/10/INFORME-SOBRE-LA-SALUD-MENTAL-EN-EL-MUNDO.pdf>

Piaget, J., e Inhelder, B. (1955). *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent. Vol. I*. Paris: PUF.

Tizón, J. (1982). *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona: Hora.