

A N Á L I S I S E X I S T E N C I A L P E R S O N A L

Alfried Längle, Viena

(Conferencia dictada en el IV Encuentro Latinoamericano y V Congreso Argentino de Logoterapia, 19.10.90, Buenos Aires, Argentina.

Publicado en alemán en: Längle A. (Ed.) Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht der GLE 1+2, 7, 1993. Viena: GLE, 133-160.

Traducción de David Alejandro Velasco R., revisada y ampliada con otra versión del A. por N.A. Espinosa)

Resumen:

Al crear el "Análisis Existencial General", como concepto del hombre, estableció Viktor Frankl los fundamentos de la Logoterapia y del consejo centrado en el sentido. En su "Análisis Existencial Especial" vierte una nueva luz sobre el ser humano que padece psíquicamente. El intento de ajustar los procesos psicoterapéuticos a estos principios llevó al desarrollo del "Análisis Existencial Personal". Este método consiste en una secuencia de varios pasos y comienza con el esclarecimiento de la situación de vida y existencia del paciente, escondida detrás de los problemas. Después de esta parte fenomenológica, el método apunta a provocar los recursos personales del paciente. Para los trastornos de personalidad y la neurosis clásica el método crea los supuestos para llevar una vida plena de sentido. Este trabajo es sólo una breve introducción al método con ilustraciones prácticas.

1. Introducción

Es mi intención presentar un nuevo método, cuyo contenido es conocido a través del "Análisis Existencial General" de Frankl (1989a, 39). Este método es pues nada más que una forma especial de aplicación del Análisis Existencial General, cuya pretensión es hacer la sistemática de la psicoterapia utilizable y enseñable. Este método no sustituirá el arte del psicoterapeuta - repetidamente reclamado por Frankl - ya que aquél debe además improvisar y dejarse guiar por su intuición.

¿Cómo se desarrolló el AEP? A decir verdad, tuve durante largo tiempo resultados mediocres con pacientes difíciles, que no evolucionaban satisfactoriamente. Yo era un terapeuta que, gracias a mis conocimientos analítico-existenciales, sabía cómo la vida debía ser. No era pues especialmente difícil para mí ver cuáles errores existenciales cometían los pacientes. Pero no sabía cómo los podría guiar para que

salieran de sus errores y no necesitaran cometerlos más. Como ocurre en las buenas asesorías, tenía yo - demasiado rápido - propuestas a la mano, pero poco útiles para consolidar cambios en casos difíciles. Incluso, tuve con frecuencia la impresión de que el inicio del propio desarrollo (de los pacientes) sería limitado. La independencia madura de la persona quedó a merced de mi ignorancia de un acompañamiento terapéutico adecuado y de mi bien intencionada impaciencia por resolver los casos. He aprendido mucho de los pacientes que me han mostrado mis deficiencias. Aprovecho aquí la oportunidad para agradecerles por su constancia.

También fue importante la revisión del concepto de **persona**. Los conceptos centrales del AEP son **persona** y **existencia**. Como "Análisis Existencial", en el sentido frankliano, se busca descubrir lo noético-existencial en el análisis de las circunstancias vitales de la persona concreta. Por esta razón, el método ha sido denominado: "Análisis Existencial Personal".

2. Bosquejo de la teoría de la persona

El AEP se basa en la comprensión de **persona** y **existencia** del Análisis Existencial General de V. Frankl (1982, 1984). La persona pues puede ser definida como aquella fuerza espiritual que tanto abre al hombre al mundo como, a la vez, lo delimita e individualiza. Esta fuerza espiritual crea esa singularidad e integridad irrepetible del **yo** y, respectivamente, del **tú**. De esta manera: delimitada para ser-ella-misma y abierta para ser-más-allá-de-sí misma, la p. tiene una capacidad fundamental que la distingue - la capacidad del **diálogo**. Esta facultad dialógica es un carácter esencial de la p. Ella representa el punto de partida para reflexiones posteriores. Sin embargo, no debe mal interpretarse el diálogo como si se redujese al lenguaje hablado. También son importantes la mirada, el tono de la voz, la mímica, los gestos y, en general, la conducta del individuo, sin lo cual el diálogo no podría ocurrir.

La p. se puede también definir como **lo que en mí habla**. Cuando hablo conmigo mismo, me auto-distancio y así descubro en mí el **mundo interior**; cuando hablo con otro, me auto-trasciendo, me abro al **mundo exterior**.

Gracias a su naturaleza dialogal la p. se encuentra continuamente en intercambio con el mundo y en interacción consigo misma. El hombre realiza su ser-persona al **relacionarse** consigo mismo y con el mundo, que es lo **otro**, que complementa al hombre y se integra con él. Ser persona es entonces relacionarse, estar referido a, en el sentido especial del **encuentro**.

De acuerdo a esto, en el AEP se busca, como fin primario, establecer relaciones profundas a través del encuentro con las cosas, con los semejantes. El AEP es

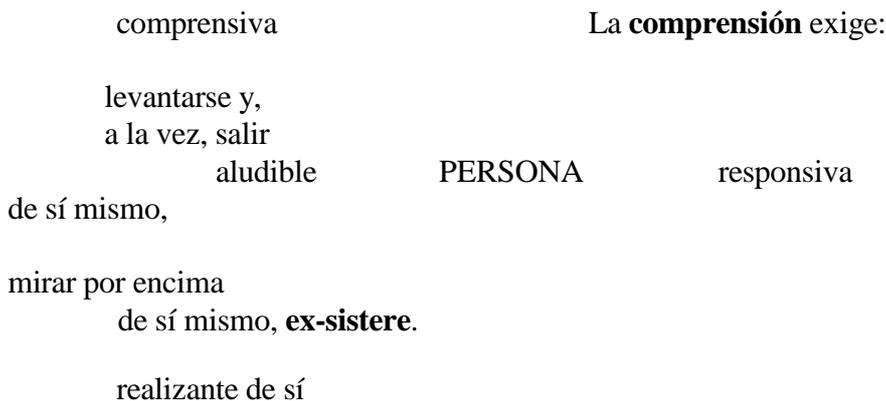
simplemente una guía que ayuda al paciente para que sea capaz de un encuentro con lo que a él le concierne, y eso es él mismo y lo demás, los demás. Dialogando consigo y con el mundo, debe el ser humano caminar el camino de la vida (Längle, 1988, 10).

2.1. La asequibilidad de la persona mediante el diálogo

El diálogo, en el sentido más amplio, es indispensable para la actualización de la persona. Ahora bien; cada diálogo presupone 3 actividades constitutivas, sin las cuales no puede llevarse a cabo. Se muestran como fundamentales para dirigir metódicamente las entrevistas dentro del AEP. Estos actos forman su marco estructural:

- 1 El diálogo tiene un destinatario - éste es "a quien se habla".
- 2 El aludido debe poder comprender **sobre qué** es el discurso.
- 3 Finalmente, un d. exige una **respuesta** del aludido.

En la práctica hay pues tres capacidades básicas de la p.: la de ser **aludible**, la de poder **comprender** y la de poder **responder**.



Esquema 1. Cómo la persona se muestra en el encuentro.

Ensayemos unir lo dicho con nuestra **experiencia**:

1 ¿Qué experiencio cuando soy aludido? Que ya no puedo "escaparme" del mundo "como si nadie hubiese notado mi presencia". "Yo" - intransferiblemente - soy "el aludido". Siento que nadie me puede quitar este yo y su acción, nadie me puede reemplazar. Yo soy convocado a la insoslayabilidad de la existencia. ¡Se trata de mí! De pronto yo devengo actual como persona, acontezco como p. Por ej. ahora si yo me dirijo a Uds. directamente en la conferencia, Uds. tienen una vivencia muy particular, quizás se sonrojan, aun cuando lo que les pregunto es algo inocente. Pues

de lo que se trata es ahora "de Uds.", de su toma de posición y, como se dice, "nadie quiere perder la cara, pasar vergüenza". La "cara" es la superficie, la cara externa de la p. De esto pueden depender muchas cosas, por ej. la posición y el prestigio en el grupo. Sin estar expuesto a un peligro físico, el sólo hecho de que me siento aludido genera miedo, en el caso miedo por el ridículo. Pero en el ser aludido experimento también la otra parte de mi ser-persona: la liberación de la apertura, del ser-tocado (por otro), del ser viviente, siento el sostén y el valor de la relación con otro. O sea, el ser-aludible me abre un mundo - mi mundo.

2 ¿Qué tiene que ver el **comprender** con mi persona? El ser comprendido por otro hombre es una de las experiencias humanas más saludables, que hacen mayor bien. Uno siente que es aceptado como persona. El otro ve lo que me mueve. Sólo la comprensión posibilita el real encuentro con otra persona. Cuando puedo comprender a otro hombre, me siento cercano a él, lo que separa se esfuma y el intercambio se hace fluído. A menudo un hombre no se comprende a sí mismo del todo, como ocurre con los pacientes. En tales casos la comprensión - de parte del terapeuta - es especialmente importante. De la mano de la comprensión del terapeuta se moviliza entonces la auto-comprensión.

3 "Yo me siento aludido", "Yo me siento comprendido y, lo tercero, que podría ser formulado así: "Yo me siento correspondido". No me he tropezado con el "muro del silencio", sino he recibido una **respuesta**.

Cuan abandonado me siento cuando, a mi susurro, voz, llamado, grito, silencio, nadie responde. Cuan solo permanezco yo, cuando el otro me entiende, pero rehúsa responderme, como es el caso frecuente en las relaciones de parejas que se están separando. La respuesta no tiene que ser una conversación; un gesto puede decir más que muchas palabras. Y también con frecuencia, es esa desnuda resistencia frente al ser humano - el "elocuente silencio" - más importante que lo que se pueda decir con palabras.

Pensemos en este punto - el dar respuesta - en lo que sucede con los niños, a quienes a menudo no respondemos cuando nos preguntan algo. ¿Puede el niño percibirse como persona, desenvolverse como persona, elevarse al espacio personal si no obtiene respuesta de los mayores? El niño se experimenta como persona al encontrar a otra persona. ¿En cuánto soy yo mismo persona cuando me abstengo de responder?

2.2 El trato de la persona consigo misma

La persona es aludible, comprensiva y dispuesta a responder. Como tal, la observamos desde el exterior. A estos tres puntos angulares externos de la persona,

corresponden los modos de experiencias subjetivas del ser-persona. La aludibilidad es percibida subjetivamente como **impresionabilidad**. En la **impre-sión**, siempre percibida intuitivamente, acoge la p. el "Lógos" del mundo (orden, regularidad y sentido). Sin embargo, la simple impresión no revela la relación entre las sensaciones de la realidad externa y la actitud interior.

La impresionabilidad - el ser aludido - podría designarse (análogamente a los procesos primarios freudianos) como **fenómeno primario personal**. Se trata de las sensaciones inmediatas y espontáneas que, como materia prima de la transfor-mación personal-espiritual, están a la disposición de la p., y que pueden ocasionar relevantes resonancias en el ámbito afectivo. Estas sensaciones inmediatas fueron llamadas por mí **emocionalidad primaria u original**.

(comprensiva)

JUICIO

AD

AT

Persona

(aludible) IMPRESIÓN EXPRESIÓN (responsiva)

AA

Esquema 2. Los aspectos vivenciales-subjetivos de los sucesos personales:

AD= auto-distanciamiento

AT= auto-trascendencia

AA= auto-aceptación

Antes de que la persona sea capaz de responder, requiere de lo más íntimo y personal: la **toma de postura**. En ella confluyen el inconciente noético y la conciencia (juicio, *Bewusstsein*), o sea, la estructura integral de cuerpo, alma, espíritu. A través de la toma de posición la p. se consume a sí misma desde su **centro** - la conciencia moral (*Gewissen*). Al mismo tiempo, crea la p. su mundo, en cuyo medio ella se encuentra. Cuando la p. toma posición penetra en el es-pacio que antes la impresión le había abierto. En la toma de postura realiza la persona su esencia, a saber: ser-libre - desde una, para sí misma, nunca alcan-zable, última profundidad e inconciencia. Tomando posición, avanza el h. por sobre sí mismo, se adelanta a sí mismo. Sin embargo, sigue siendo por toda la vida un enigma para sí mismo, últimamente inconciente. La inconciencia no impide, sin embargo, tomar posición, por ej. espontáneamente, emocional o somáticamente. Al contrario: sin ese tomar posición no se podría defender la persona frente a ciertos de sus componentes

concientes (reglas, normas, cos-tumbres, etc.). Sin tomas de p. el hombre se perdería a sí mismo.

¿Qué sucede en la toma de postura? La sensación primaria será reunida con todo aquello valioso para la persona, con lo que se siente vinculada, ya que esto es lo que distingue su vida. Por tal motivo, se puede designar este paso también como **emocionalidad integrada o secundaria**. Sobre la sensación primaria, que es siempre parcial, se establece algo de distancia. Gracias a esta distancia, y viendo enderredor su circunstancia vital, la p. pondrá en relación la sensación primaria con el conjunto de valores de referencia, por lo que la s. empieza a perder su presunta "gravedad", se relativa. Una vez que la emocionalidad original queda integrada, se convierte la fuerza del impulso en fuerza de **voluntad**, una voluntad, por cierto, anclada en la afectividad, no simplemente "derivada" de la razón (aun cuando por la razón clarificada y asegurada).

En el acontecimiento dialógico es la toma de posición algo esencial. Al contrario de lo que ocurre en el "pseudodiálogo" de la "ecolalia" o en los "floreos" de los vendedores, vive el auténtico diálogo de los interlocutores, cada uno de los cuales ha tomado posición propia, esto es, yo respondo así o así "porque" el otro ha asumido una determinada posición. Mi respuesta es la "contra-parte" de lo que el otro ha dicho. Con la respectiva toma de posición se va tejiendo una malla de relaciones entre unos y otros. Por eso, como se ve en el esquema 2, la toma de posición está puesta en el mismo lugar que la "comprensión": ésta, sin una toma interna de postura, no es posible.

Una vez que la persona ha encontrado su posición, es natural que no permanezca encerrada en sí misma. A ella le urge **expresarse, responder, obrar, salir al mundo**. Aquí vemos como un movimiento circular que se ha producido, desde que la p. fue aludida por los hechos de la realidad: la p. ha vinculado esa impresión con lo suyo propio y esto la ha abierto al propio entendimiento. La p. quiere expresar lo dicho en su interior y así vuelve al mundo pero mediante su **obrar**. El **obrar** es la **realización de lo posible**. Realizando lo posible, la persona se realiza a sí misma. Ella misma era una posibilidad a realizar. Con su realización la persona deviene **personalidad**.

3. El campo de indicaciones del AEP

El AEP es un procedimiento terapéutico de profundidad dirigido a movilizar la persona desde su centro, esto es, su emocionalidad, su sentir. En primer lugar, está indicado para trastornos del desarrollo de la personalidad, en especial ahí donde prevalece un deficit interno o externo de expresión (falta de **lenguaje**), así como también en los casos de deficiente **contacto con los valores**, por causa de un rechazo de las impresiones (del mundo exterior) o de impresiones a medio te-nidas.

A esto pertenece todo el cuadro de neurosis noógenas y el vacío existencial.

En segundo lugar, es aplicable cuando no se haya tomado una postura o cuando ésta no se haya realizado suficientemente. En estos casos los pacientes no se sienten interiormente libres o se quejan de inseguridades, miedo, incapacidad para decidir, deficiente capacidad para imponerse, inseguridad personal y autoextrañamiento (no pueden hacer lo que quieren y no entienden lo que hacen).

El tercer campo de indicación son los trastornos de la capacidad de respuesta del individuo en su relación con los demás. Los pacientes se sienten incomprendidos, tienen relaciones conflictivas, siempre a punto de desmoronarse. Les es difícil contraer los compromisos exigidos por la situación, esquivan las ofertas y señales de su pareja, equivocan la respuesta a una pregunta formulada.

El AEP está contraindicado en la depresión severa, ya que, en este caso, falta la energía vital para tomar una posición. Además, las percepciones se encuentran distorsionadas, debido al estado emocional cargado negativamente. Relativamente contraindicado es en los casos de ansiedad o angustia masiva. Aquí se debe inicialmente procurar un reforzamiento de la personalidad, para no provocar resistencias innecesarias.

No hay hasta ahora experiencias con psicosis, esquizofrenia, paranoia y síndrome psico-orgánico.

4. El AEP como método

Del modelo dialogal de la persona se desprende la **secuencia metodológica** del AEP. Se distinguen 4 pasos:

- 1 La descripción realista de los hechos (toma de contacto).
- 2 La localización de las impresiones originales en el campo de los hechos (auto-aceptación).
- 3 Su elaboración tendiente a su comprensión (paciente ayudado por el terapeuta) y consecuente toma de posición del paciente (auto-distanciamiento).
- 4 Conseguir respuestas adecuadas (auto-trascendencia).

Entrare contacto	AA	AD	AT
Descripción Ejecución	Análisis Fenomeno-	Juicio Toma de p.	Toma de p.

lógico interior
exterior (obrar)

Esquema 3. Los pasos del AEP y sus implicaciones antropológicas.

AD= auto-distanciamiento

AT= auto-trascendencia

AA= auto-aceptación

Un procedimiento semejante no es más que una guía para llevar al paciente a descubrir el **sentido existencial**, que consiste en **hacer de las circunstancias dadas lo mejor y responder a lo dado, realizándolo**. Los cuatro pasos del AEP corresponden a los 4 niveles de la **búsqueda de sentido existencial**, ya descrito por nosotros (Länge, 1988, 42 ss). El sentido existencial será hallado: 1 por la percepción (de lo dado en el mundo exterior); 2 por la captación de valores contenidos en lo dado; 3 por elecciones y decisiones y 4 por ejecución de acciones en procura de lo así percibido, valorado y elegido.

4.1 La descripción

<i>Meta:</i>	Objetividad. El suelo sobre el que tiene lugar la entrevista analítico-existencial es siempre la realidad (verdad).
<i>Implicación antropológica:</i>	Entrar en contacto mediante un hablar sobre los hechos .
<i>Pasos técnicos:</i>	Informes, descripciones, relatos, comprobaciones. Presencialización de las situaciones concretas (escenarios).
<i>Advertencias metodológicas:</i>	empatía (con el paciente) cuando se hacen las interrogaciones. Esclarecimiento de contradicciones.
<i>Nivel de motivación:</i>	apetencia de espacio vital (voluntad de ser).
<i>Preguntas típicas:</i>	¿Qué pasó? ¿Qué pasa? ¿Quién? ¿Qué? ¿Dónde? ¿Por qué? ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Cuánto tiempo? ¿Cuántas veces? ¿De qué se trata? (tema) ¿Qué quiere decir?
<i>Métodos adjuntos:</i>	Diario personal, hipnoterapia, etc.

En la fase descriptiva se trata de adquirir información. Es necesario un informe de la ~~situación; la demarcación del problema; la descripción de circunstancias y la~~ anamnesis. Hay que procurar que las impresiones, opiniones, deseos y aclaraciones no dominen. Importante es que el paciente haga pie en "lo que es, como es" y no en "lo que a él le gustaría que fuese". Las necesarias "precisiones" exigen encauzar la entrevista con mucha cautela e intuición; el paciente tiende naturalmente, por causa de su sufrimiento, a distorsionar las percepciones, omitir hechos importantes y auto-justificarse. Los ejemplos prácticos que relatamos seguidamente muestran que

esta fase puede ser muy sutil. El terapeuta debería ser conciente de que sólo la **descripción de un hecho** (no la reflexión sobre lo que ocurre) significa siempre una aceptación de lo acontecido, que es puesto delante de sí mismo. Además, el relato otorga **cercanía** a lo dicho, de modo que hay que esperar, como algo natural, que el paciente, al relatar, se emocione. Esto es esencial para los pasos posteriores.

Pienso en un joven cuyas intenciones auto-destructivas (suicidio) no eran total-mente ajenas a la educación tan estricta de parte de su padre, el que a su vez había sido educado con igual severidad. El paciente ama, respeta y teme a su padre. Transcurrió bastante tiempo hasta que pudo hablar de las circunstancias de su educación. Relato concreto fue, por ej., que teniendo 18 años fue lanzado a la calle, debiendo procurarse por un tiempo un refugio. Pero con igual dureza ya lo había tratado el padre antes. Este hecho lo ocultó detrás de expresiones "impersonales", como: "yo tuve una educación muy estricta, mi padre fue un hombre muy duro, no se puede hablar con él..." ¡Cuánto valor y confianza son necesarios para poder hablar de sucesos muy arraigados y terribles! Sobre vivencias y situaciones que son una amenaza para la vida se llega a hablar sólo cuando hay suficiente confianza y sostén.

Otro ejemplo es el de una mujer muy dulce y gentil, que se apartaba de la gente. A pesar de muchas relaciones positivas era una persona solitaria e infeliz. No siempre fue así. Sucedió poco después de cumplir 14 años. Cuando empezó a hablar de su sacerdote, interrumpió súbitamente la conversación. El cura la sedujo y repitió el hecho en años subsiguientes, siempre con un pretexto religioso. Hasta que, con 18 años, no le creyó más. La mujer pudo hablar sorprendentemente rápido de esto cuando se dio cuenta de que mi atención no disminuía. Casi no sintió emoción al contarlo. Logró describir lo sucedido, pero el peso emocional y el valor de lo ocurrido para su vida no habían surgido aún.

No se piense que la descripción, después de una hora, está terminada. Durante toda la terapia tendrá su lugar e importancia.

4.2 El análisis fenomenológico

Meta: captación de lo esencial contenido en la impresión.

Implicaciones antropológicas: auto-aceptación a través de aceptar sensaciones espontáneas y no deseadas.

Pasos técnicos: visión fenomenológica. Dejar aparecer el objeto de la visión. Acoger la emocionalidad originaria (sensaciones espontáneas), descubrimiento del valor ("querer gustar"). Renunciar a interpretaciones, ya que son información "externa".
Nivel de motivación: apetecer el valor de la vida: valor básico.

Preguntas típicas:

Pregunta básica: ¿"Cómo" es esto para Ud.?

¿Qué siente Ud.? (dirección de la atención al afecto espontáneo) ¿Cómo se encuentra? ¿Le gusta? ¿Se siente molesto? ¿Qué efecto le produce? (dirección de la atención al objeto intencional) ¿Cómo vivencia esto? ¿Qué le dice esto? ¿Qué le da a entender?

Métodos adjuntos: terapia ocupacional (pintura, música), elementos de la terapia gestáltica, elementos del psicoanálisis, vivencia catatímica de figuras, etc.

Los hechos representan el cuadro de condiciones en el cual se desenvuelve la vida. Los hechos no son lo esencial ni tampoco lo decisivo en la vida, sino sólo supuestos, condiciones para la propia vida. Lo esencial de los hechos para el h. es el "efecto" que producen sobre la persona. De otro modo: lo esencial es el "contenido", "lo que" los hechos "le dicen". Para poder avanzar hacia la esencia hay que dejarlos un tanto de lado y "verlos" con una mirada profunda. El análisis fenomenológico en la terapia lleva a ésta a la profundidad. Sin dejarse aludir por lo vivido, sin dejar espacio a lo sentido (quizás inconcientemente), pudiéndolo soportar (en el afecto) en sí - "poder dejar ser" - y así tomar conciencia de lo que lo afecta, el h. no podría vivir "apoderándose" de su vida. Él sería como un extraño en su propia casa, movido desde afuera y confundido por sus sentimientos encontrados. De alguna manera precisa el individuo poner entre paréntesis estos sentimientos para poder en absoluto funcionar en la sociedad, para poder sobre-vivir. Personas pobres emocionalmente - "atrincheradas" - parecen rígidas, ten-sas. Están expuestas a la angustia por sus propios vacíos internos (angustia vital).

Pero la vivencia y aceptación de sensaciones inmediatas puede ser causa de considerables tensiones. Por ej. puede hacerse evidente la discrepancia entre realidad y deseo. Esto puede movilizar tanto la dinámica motivacional, como generar angustia y rechazo. Si predomina el rechazo, esto es un signo de que faltan las sensaciones en el momento de observar la situación objetiva o también que no se revivencian sensaciones tenidas anteriormente. Si predomina la angustia, se recomienda un proceder lento por el que el paciente pueda abrir su mirada con cuidado (a veces puede ser indicada una terapia específica de la angustia). En ambos casos, se recomienda un acompañamiento y apoyo cuidadosos de parte del terapeuta. De provecho es también un método de cambio de fase, en el que se pasa pendularmente del nivel de la impresión al de la toma de posición (paso siguiente del AEP).

La persecución de un efecto (de un acontecimiento sobre la persona) desemboca, en muchos casos, en la biografía, en la que la persona ha crecido y que forma su personalidad (Frankl, 1984, 204). Sobre este trasfondo biográfico se hace a menudo comprensible, por qué una situación pudo tener al comienzo un efecto que no se entendía.

4.3 Toma interior de postura (Juicio)

El sentir directamente algo crea una gran cercanía con lo percibido, de forma que lo sentido ejerce un poderoso influjo sobre la persona. Se trata, entonces, de que la persona "se libere" otra vez de lo que la conmueve, para que sea "dueña" de sí misma. La p. logra su soberanía precisamente "tomando posición". Aquí son importantes los "juicios" o propias "opiniones" del paciente. Los juicios son siempre "delimitaciones", "discriminaciones". Dan a la persona independencia, la ponen "por encima" de eso que juzga. El juicio posibilita que la p. "vuelva sobre sí", la libera del poder de la impresión. Lo meramente allí dado pasa "a las manos", se hace "tratable". La toma de posición es una delimitación del objeto y, a su vez, su "asunción". La sensación (el mero aspecto de la emocionalidad del ser-afectado) es "elaborada", o sea, integrada en la totalidad de los nexos valorativos propios de esa persona, de modo que la emoción deja de ser "la única que habla". La creación de estos nexos objetivos y personales lleva a una "comprensión" de lo vivenciado. Integrar la emoción significa ponerla en relación con la capacidad de estimación total de la persona (la conciencia moral). Tomas de posición del terapeuta (también quizás "interpretaciones") pueden ayudar al paciente a tomar posición.

<i>Meta:</i>	Poner lo nuevo en relación con lo que ya se tiene.
<i>Implicaciones antropológicas:</i>	Auto-distanciamiento (Frankl). Personalización.
<i>Pasos técnicos:</i>	Comprender y tomar postura (juzgar), integrar la emocionalidad en la totalidad de los nexos valorativos (conciencia moral), "querer poder" (poder, en el sentido de "ser lícito" hacer).
<i>Advertencias metódicas:</i>	método dialógico, doble toma de posición: del paciente con respecto al contenido y del terapeuta con respecto a la conducta del paciente). Método de habla directa, interpretación, confrontación.
<i>Nivel de motivación:</i>	luchar por el derecho a vivir, a ser uno mismo (existencia justificada), voluntad de justicia.
<i>Preguntas típicas:</i>	
<i>Pregunta básica:</i>	¿Cómo considera Ud. esto?
	¿Comprende Ud. esto? ¿Qué quiso él (por ej., la pareja)? ¿Para qué debía ser bueno esto? ¿Qué dice Ud. a esto? ¿Cree Ud. que él/ella ha obrado justamente? ¿Personalmente, en su interior, cómo ve Ud. esto? ¿Encuentra que ha estado bien? ¿Qué significa esto para Ud.? ¿Qué perdió? ¿Qué lugar tiene/tuvo esto en su vida, hoy, entonces?
<i>Método adjunto:</i>	otras formas de terapia conversacional.

Quisiera presentarles algunos momentos de una terapia con un hombre de 30 años, que pertenecen a la fase del AEP de una primera toma de postura. Psico-patológicamente se trata de una personalidad inhibida socialmente que mantiene una relación simbiótica con su mujer. Esta sufre de una neurosis histérica severa. Una peligrosa constelación, bastante frecuente. Cuan destructivas pueden ser estas relaciones se ve en el siguiente episodio: por causa de un intento de suicidio (casi 50 tabletas para dormir) estuvo el paciente algunos días en terapia intensiva y, seguidamente, 4 semanas en terapia psiquiátrica. Dos días después de su alta y siguiendo estrictamente las recomendaciones de su clínico, hizo un pequeño paseo. Quería mantener la distancia que había ganado durante su permanencia en la clínica. Pero la esposa quería también ir con el más chico de los hijos, de apenas medio año de vida.

Partieron hacia el Semmering, un lugar a 80 Km. de Viena. Durante el paseo la mujer se irritó porque se había figurado la tarde de otra manera. Lo empezó a insultar a su esposo: que no era hombre, que carecía de idea de sí mismo; él debía preguntarle a su terapeuta, cuánto tiempo precisaba todavía para que lograra al fin ser independiente - sin ella -, para que pudiese divorciarse. El mutismo del marido la irritó aun más y lo increpó: que estaba mal de la cabeza, igual que su amigo X (de él); ella es la única normal. Los improperios culminaron con el reproche de que, cuando la próxima vez quiera suicidarse, que lo haga al menos como se debe.

Hasta aquí la increíble escena. Es difícil de captar que una mujer, con tres chicos pequeños, pueda recibir a su esposo inmediatamente después del alta del sanatorio psiquiátrico con semejantes palabras. Pero, ¿qué hizo él? Se quedó callado, hasta el final. No tenía el coraje de abrir siquiera la boca, sino aceptó lo que la mujer le decía; le empezó a creer. Lo dicho lo había tocado. Cuando la mujer al fin lo dejó solo en el paseo, desapareciendo en un café, notó de pronto cómo los abismos del Semmering lo atraían como un imán. Un irresistible impulso de tirarse lo dominó; podría así dar un corte definitivo a su miseria. Todavía para escapar de la muerte, desesperado, le llamó a su madre en Viena desde una cabina telefónica. Le contó que se encontraba de paseo en el Semmering y que también estaba su mujer con el hijo pequeño. Él le preguntó qué hacía en ese momento y cómo le iba. ¡No dijo palabra del altercado ni de sus tendencias suicidas - "para no intranquilizarla"!

Al día siguiente vino, la primera vez después del alta del hospital, a la sesión de terapia (antes de la hospitalización ya había estado dos veces conmigo). Después de su relato le pregunté por su toma de posición: "¿Qué opina Ud. del comportamiento de su mujer?" - "Ella siempre es así". - "También tiene bastante con los chicos". - "Antes de partir para el Semmering se había imaginado otra cosa".

Así eran sus respuestas. ¿Mostraban esas respuestas que él había tomado realmente posición? Es cierto, son opiniones, juicios, pero no "referidos a la situación concreta

y no sobre la base de la impresión". Por eso son insuficientes desde el punto de vista existencial. Esas tomas de postura son "juicios generales". De lo que se trata es de que el paciente se plante frente al efecto concreto que el proceder, las palabras de su mujer, tienen "ahora" en él. **El miedo de perder a su mujer** (de lo que ella sabía hacía tiempo) lo cierra ante su toma de postura, una actitud, por cierto, para él en extremo conflictiva. Detrás de este cierre se parapeta el paciente solo, sin "relación" con su mujer. Si nos fijamos bien, el paciente ha tomado posición no frente a su mujer, sino **frente a su angustia**. Así puede, en el corto plazo, poner en jaque a la angustia, pero no a su mujer. Frente a ella sigue sin protección alguna.

El siguiente trozo de la conversación pone expresamente ante los ojos del paciente, cuánto le falta de vivir desde su centro personal, de ser independiente en relación con su mujer. Por eso no le era posible abrirse a la situación **tal como se fenomeniza para él**. Se hace evidente su desvalimiento, su estar-expuesto. Sin toma de postura hay sólo **dependencia**.

Después de que el paciente algunos minutos hubo hablado de sus ideas suicidas, volvió a ocuparse de su mujer. Su comportamiento no lo deja tranquilo. Sin embargo, no había muestras de sorpresa, rabia, fastidio o crítica. Para llevarlo a tomar posición, le pregunté de nuevo:

T. "¿Qué dice Ud. a esto? ¿Qué dice Ud. de lo que su mujer dijo e hizo?"

P. "No entiendo. ¡Ni siquiera entiendo su pregunta!"

T. "¿Según su parecer, está bien o está mal, es justo o injusto? ¿Me gusta lo que dice y hace?"

P. "Para esto debería tenerse una posición! Esto depende de la posición de cada cual. Pero yo no puedo tener una postura puramente subjetiva".

T. "Precisamente esto es lo que debería intentar: su punto de vista totalmente subjetivo".

P. "Sí, entonces...entonces yo debería ir hasta el final, debo decidirme si yo al fin me divorcio de ella...(El paciente se muestra intranquilo, angustiado)...esto nunca lo había pensado, ni una vez siquiera (...). Si yo fuese separado de mis hijos, pensaría en suicidarme...Sólo estoy ante la alternativa (sic!) de liquidarme o de liquidarla a ella. Lo cual no sería una solución, sin ella no podría vivir. El pensamiento (de matarla) es irreal, porque, porque..."

T. "Le creo...Pensar esto no significa que Ud. tenga que separarse...Simplemente puede comprobar para sí mismo qué es lo que pasa. De ninguna manera significa que Ud. ya tenga que hacer algo..."

Tras 9 meses de trabajo en las fases de la comprensión y toma de posición, logró tal independencia que, en una discusión, se animó por primera vez a decir a su mujer: "Si esto sigue de esta manera, pronto me divorciaré!" Lentamente se fue haciéndose capaz de una conducta personal, responsable. Veamos el último paso del método.

4.4 La ejecución como respuesta (obrar)

La preparación para la acción pertenece esencialmente a la terapia. Si se los deja solos a los pacientes en el momento en que resta nada más que la acción, esto lo pueden vivir como una exigencia demasiado gravosa. Saber lo que habría que hacer, no significa ver claramente ya en qué consiste esa acción. O sea, con qué medios se comienza, en qué tiempo, de qué forma. De qué es capaz el paciente, qué se permite hacer, qué cambios en su circunstancia vital es capaz de hacer. Cómo hay que enfrentar el día, cómo hay que estructurarlo. Qué puede ser una ayuda. Para tales reflexiones prácticas, conductuales o sistémico-estratégicas sigue siendo importante - a menudo, durante tiempo prolongado - el acompañamiento del terapeuta. Algunos pacientes se orientan rápida y seguramente, o sea, se dan cuenta de lo que deberían hacer, pero son débiles, inhábiles, torpes y falsos de fantasía para llevar a la práctica lo que proyectan hacer. En última instancia, el terapeuta no debe dejar solos a los pacientes, sino ser solidario con ellos en caso de un fracaso o recaída en viejas formas de proceder.

<i>Meta:</i>	actualización de sí y realización de la existencia.
<i>Implicaciones antropológicas:</i>	auto-trascendencia (Frankl). Expresión, como total involucrarse de la persona. Existencia integrada. Futuridad, Sentido.
<i>Pasos técnicos:</i>	Plan de acción.
<i>Indicaciones metódicas:</i>	teatralización de escenarios.
<i>Nivel de motivación:</i>	Sentido de la vida. "Voluntad de obrar", "Voluntad de sentido" (Frankl).
<i>Preguntas típicas:</i>	
<i>Pregunta básica:</i>	¿Qué quiere hacer Ud.?
	¿Qué le gustaría más emprender ahora? ¿Qué puede Ud. decir/hacerle? ¿Para quién hace Ud. esto? ¿Cómo quiere comenzar? ¿Qué medios a disposición tiene? ¿Encuentra los adecuados? ¿Se hace responsable de lo que se propone? ¿Qué ocurrirá (si hace esto)? ¿Qué dirá él/ella? ¿Qué le dirá Ud.? ¿Me lo puede decir en habla directa? (o sea, no "yo le diría que...", sino: "no me gusta esto o lo otro") ¿Qué ocurrirá (si Ud. expresa su gusto, parecer, etc.)?
<i>Técnicas adjuntas:</i>	terapia de comportamiento, psicodrama, métodos sistémicos, estratégicos, terapia de movimiento concentrativa, etc.

- El tiempo que se deja entre las sesiones de terapia es de gran valor para ampliar la autonomía del paciente, autonomía que debe ser vivenciada por él. Yo acostumbro

a concluir una sesión, de modo que al paciente le quede por hacer una tarea concreta, inmediata, con el fin de abrirlo al sentido de su comportamiento futuro. La terapia analítico-existencial no se agota en la comprensión, en la emoción, en el conocimiento y toma de posición, sino es preparación para el ejercicio de los actos, ensayo, obrar efectivo. Al comienzo de una terapia se presentan a menudo tareas que ocupan al paciente consigo mismo: recuerdos, sentimientos, tomas de postura, una nueva división del día, disposición del tiempo libre, deportes. Más adelante se trata del mundo exterior: encuentros con determinadas personas, conversación con los padres, hermanos, amigos, con la pareja. O, ingeniárselas para tratar de otro modo al hijo, intentar una charla con el jefe, etc. En otros casos, sólo un cambio de estilo del trabajo o del trato consigo mismo, "estar solo", por ej.

5. Conclusión

El AEP es un intento de trazar, con fines terapéuticos, el marco dentro del cual sea posible para un hombre la realización de sí mismo, la realización **personal**. Si el método pone en luz fácticamente los modos de acceso y de trato de la persona - de acceso a sí misma y trato de sí misma, y de acceso a los demás y trato de los demás - entonces el AEP representa, naturalmente, el marco para la terapia en general, independientemente de los enfoques específicos de las distintas escuelas. Como es evidente, toda psicoterapia persigue movilizar el núcleo esencial del hombre, para que ese núcleo se "fenomenice". En esta tarea coinciden todas las escuelas, no importa los métodos y procedimientos que empleen. (De modo similar fueron adoptados por muchas formas de terapia las variables básicas de la conducción del diálogo psicoterapéutico de Roger)

Esta posible fuerza que exhibe el AEP - ser un marco metódico muy amplio de la psicoterapia personal, podría, al mismo tiempo, - y por causa, precisamente, de su "in-especificidad escolar" - computarse como su "debilidad". ¿O es el análisis existencial tan básico en su concepción, que hace pie en ese terreno donde las diferentes psicoterapias fraternizan, antes de que se separen, poniendo el acento en este o en este otro aspecto del hombre? Todavía quedan abiertas muchas preguntas referidas a la aplicación y a la indicación del método. Por ej. todavía no nos es bien claro si el método es aplicable de la misma manera en los diferentes diagnósticos o, por el contrario, precisa de especificaciones según los casos. De acuerdo a las experiencias tenidas hasta ahora, pacientes angustiados requieren más tiempo de permanencia en la fase 1 (descripción), dado que el miedo les hace "desatender" eso que quieren evitar. Pero el trabajo lento con los hechos irremediables de la vida les acerca otra vez el sostén que les falta. Pacientes depresivos, al contrario, tienen una impresión de su realidad negativa-mente distorsionada y precisan del trabajo correctivo de la fase 2, del dejarse "tocar" por las cosas, personas y acontecimientos. Pacientes histéricos, a su vez, asumen poca posición y precisan de la resistencia del

terapeuta para que "cho-quen" con su propio y auténtico centro personal. El terapeuta se demorará aquí en la fase 3, para que estos pacientes tomen posición y dejen de acudir a los conocidos y vacíos pre-juicios. Con pacientes con trastornos de personalidad el punto central está posiblemente en el plano de la expresión integral y de su modo de obrar existencial trastornado. Pero todo esto requiere ser verificado.

En todo caso, la tarea del AEP reside en el "campo básico" de la existencia personal, en la puesta en movimiento de una auténtica existencialidad. Pues una psicoterapia analítico-existencial quiere llevar al hombre al medio de su mundo, para que actúe allí personalmente. La fuerza personal discurre en un campo de tensión existencial, este campo no es otro que el mundo, en el cual el h. existe. Cada mundo en el que el h. está espera al h., lo precisa. Cuando este intercambio yo-mundo se logra, experiencia el paciente lo **saludable**, pues en el actuar con plenitud de sentido en el mundo radica su realización como hombre.

Literatura

Se indican a continuación los libros a los que se refiere el A. en el texto, con las páginas correspondientes, pero todos en la edición alemana:

- Buber, M. (1973): "El principio dialógico", Heidelberg, Lambert Schneidert.
- Frankl, V.E. (1959): "Compendio de Análisis Existencial y Logoterapia", en V. Gebattel, Schultz J.H., edit. "Manual de teoría de la neurosis y psicoterapia", Munich, Urban & Schwarzenberg.
- ibid., (1982a): "Cura médica de almas" o "Psicoanálisis y existenc." Viena, Deuticke.
- ibid., (1983): "Teoría y Terapia de las neurosis", Munich, Reinhardt.
- ibid., (1982b): "La voluntad de sentido", Berna, Huber.
- ibid., (1984): "El hombre doliente", Berna, Huber.
- Längle, A. (1986): "Análisis Existencial de la relación terapéutica y Logot. en el encuentro", en Informe de la Reunión de la GLE 2,1, 55-75, Viena.
- ibid., (1987): "Vivir con plenitud de sentido. Análisis Exist. Aplicado", St.Pölten, N.Ö Pressehaus.
- ibid., (1988): "Decidirse a ser. Logoterapia en la praxis", Munich, Piper.
- ibid., (1989): "Contacto con el valor. Significación y efecto del sentir en la terapia analít.-exist.". Conf. en la Reunión de otoño de la GLE, Innsbruck, 29.9.89 (hay versión esp. de N.A.E.).
- Ibid., junto con Orgler Ch., (1989): "Escala existencial", Edit. GLE.
- Plessner H. (1950): "Risa y llanto. Un estudio de los límites del comportamiento humano, Berna, 2 (hay trad. esp.).
- Scheler, M. (1980): "El formalismo en la ética y la ética material de los valores", Berna, Franke, 6.
- ibid., (1991): "El puesto del hombre en el cosmos", Bonn, Bouvier, 10.

Strasser, S. (1954): "El ánimo", Friburgo/Br., Herder.

Wicki B. (1991): "El AE de V.Frankl como ejemplo de una pedagogía fundada antropológicamente", Berna, Haupt.

.OOOO.