

Psicoterapia analítico-existencial de los trastornos depresivos

Existential-Analytical psychotherapy in depressive disorders

Alfried Längle

International Society for Logotherapy and Existential Analysis, Vienna, Austria

From an existential point of view, all forms of depression can generally be understood as a struggle to feel the value of one's life. Accordingly, depression conveys the affective information about a loss of value and meaning in one's life. This emotional state is seen as the result of a tangle of biological, psychical and social causes. The existential impact of depressive moods consists in a weakening of one's relation to life itself. This, in turn, influences one's attitude towards life regarding the question of in how far to endure or to shape it. The suffering involved provokes typical coping reactions and patterns of aggression. Existential analytical psychotherapy of depression therefore takes a closer look at the patient's way of processing emotional information and works on a revision of his or her attitude towards life.

Key words: *Existential Analysis, depression, psychopathology, psychotherapy*

Desde la perspectiva del Análisis Existencial, pueden ser consideradas todas las formas de depresión como una lucha del sujeto por percibir el valor de la propia vida. De acuerdo a esto, la depresión significa una información afectiva de la pérdida de valor y de sentido de la propia vida. Este estado afectivo es el resultado de la concurrencia de causas biológicas, psíquicas y sociales. La significación existencial de los estados depresivos radica en un debilitamiento de la relación del individuo con su propia vida. Esto, a su vez, influye sobre la actitud con respecto a su vida en cuanto a la cuestión de en qué medida es capaz de soportar y de configurar su existencia. Este sufrimiento conlleva reacciones típicas de manejo y de agresión. La psicoterapia analítico-existencial de la depresión apunta al tratamiento de la información emocional trabajando en torno a la actitud de la persona sobre su vida.

Palabras clave: *Análisis Existencial, depresión, psicopatología, psicoterapia*

1. Análisis Existencial

Este artículo trata sobre la concepción y la terapia de los trastornos depresivos desde la perspectiva de una posición psicoterapéutica específica, a saber, la del Análisis Existencial. Para una mejor comprensión de este método psicoterapéutico austriaco quisiera exponer algunas palabras preliminares.

Análisis Existencial (Logoterapia) Un método psicoterapéutico fenomenológico-personal	
Fundador:	Viktor Frankl (1905-1997), psiquiatra y psicólogo de Viena
Efecto central:	Fomento del intercambio dialógico consigo mismo y con el mundo
Puntos de enfoque terapéutico:	Vivencia Decisión (toma de posición) Actuar

Fig 1: Panorama del Análisis Existencial

El Análisis Existencial es un método psicoterapéutico de carácter fenomenológico centrado en torno a la persona y su relación al mundo, o sea, a la otra persona (1-5). Su fundador fue el

psiquiatra y neurólogo vienés Viktor Frankl (1905-1997) (6-8). El *efecto psicoterapéutico* de este método reside en el fomento y estímulo del *diálogo*, tanto del "diálogo externo con el mundo" como del "diálogo interno consigo mismo" (9-11). El trabajo analítico-existencial parte ante todo de la vivencia (y no tanto del recuerdo o del pensamiento), para centrarse luego, después de la actualización emocional, en el proceso decisional (tomas de posición y actitudes) y, en su fase final, pone un énfasis especial en el actuar, como resultado de la decisión (3, 4, 12, 13).

2. Concepción existencial de la depresión

Desde el punto de vista del Análisis Existencial, la depresión es un trastorno al nivel psíquico o biológico (y no primeramente espiritual). Pero ese trastorno resulta precisamente tan agobiante porque afecta la vivencia de los valores. Esto significa que la depresión no es concebida solamente como un trastorno psíquico con una mayor o menor participación somática (primaria o secundaria), sino también como un trastorno que afecta tanto las disposiciones como las actitudes, las decisiones y la vivencia espiritual del mundo y de sí mismo (7, 8, 14-17).

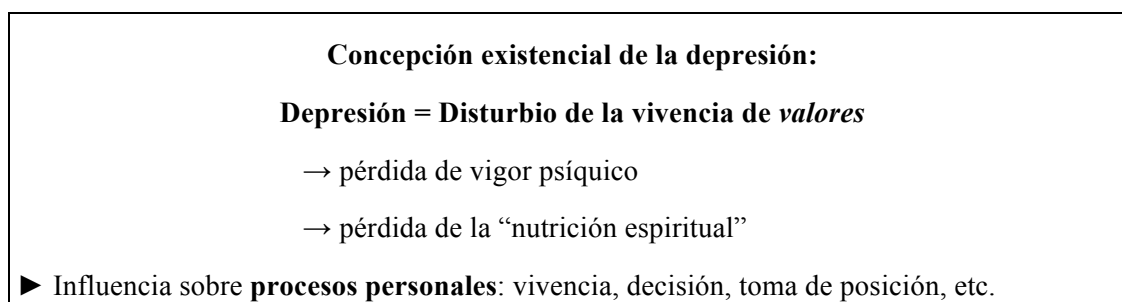


Fig. 2: Desde el punto de vista del Análisis Existencial domina en la depresión la pérdida de la vivencia del valor

Lo específico en el trastorno de carácter depresivo es, pues, que la relación objetal con el mundo y consigo mismo (sobre todo con el cuerpo) prácticamente queda inalterada. Lo que resulta perturbado es la percepción del valor en el complejo relacional (18, 19). Aquellas cosas de las cuales uno se alegra normalmente o que le resultan agradables o interesantes, etc., palidecen y pierden su color, fenómeno que es conocido como "afección negativa". Su importancia existencial radica en la pérdida de la vivencia del valor, lo cual implica una pauperización de la "nutrición espiritual", que representan los valores para la persona, ya que éstos son el contenido que llena nuestra vida y que mantiene y hace atractivas nuestras relaciones. Los valores tienen un efecto vivificador, fortalecedor y nutritivo en la persona y la psique del hombre (20).

3. Causas de los trastornos de carácter depresivo

(de acuerdo al Análisis Existencial)

Como se sabe, las causas de los trastornos de carácter depresivo tienen un origen somático, psíquico y social. Pero aquí nos interesa sobre todo la dimensión existencial y el acceso fenomenológico.

¿Cómo vive y experimenta una persona la depresión? ¿Cuáles son los procesos que hacen de lo vivido y experimentado un trastorno? Como denominador común de los trastornos de carácter depresivo podemos postular la pérdida de valor, lo cual vale para todas las formas principales de este tipo de trastornos, o sea, para:

- la pérdida de vitalidad (depresión endógena,)
- las pérdidas no superadas, duelo o agresión bloqueados (depresión psicógena y reactiva)
- el traumatismo psíquico (depresión psicógena)

Para la génesis de cualquier forma de los trastornos de carácter depresivo resulta determinante la reducción de las cualidades del valor de vida:

- a) por una parte, con respecto al *sentimiento vital* elemental, a la fuerza vital y al sentimiento corporal revitalizante (depresión endógena);
- b) por otra parte, con respecto a la pérdida de *valores fundamentales*, o sea, **existenciales** (por ejemplo, la salud, el cónyuge, trabajo, seguridad, etc.), en las formas reactivas de la depresión; y
- c) finalmente, con respecto a la vulneración de la *integridad psíquica*, de la imagen de sí, del valor de sí mismo, etc., que conlleva una suspensión de valores motivacionales y revivificantes, en el caso de las formas de depresión psicógena (21).

En la dimensión existencial, la percepción de valores tiene lugar a través del *sentimiento*. La pérdida de valor acontece por lo tanto primariamente en los sentimientos, y conduce a la conocida perturbación de la vivencia y de la disposición anímica características de la depresión. La disposición depresiva es un sentimiento sumativo relativo a la cualidad del temple corporal, a la tensión e integridad psíquica, y a la relación externa con el mundo (ser-en-el-mundo). La depresión es un reflejo de la percepción y vivencia actuales de las cualidades de la vida.

El hecho de que la disposición afectiva triste, doliente o agobiante se pueda transformar también en una enfermedad depresiva (22) tiene su razón - de acuerdo a nuestra experiencia - en que, paralelamente a la vivencia, se genera una **actitud** que afecta a la vida en su totalidad, o sea, que la persona depresiva transforma su actitud hacia la vida misma. Mientras que el hombre saludable muestra una actitud positiva hacia la vida (a menudo inconsciente), la persona depresiva genera una actitud de rechazo o, por lo menos, una actitud perturbada y no clara sobre la base de una relación hacia la vida disturbada.

Dicho en términos simples: para la persona depresiva su *vida no es buena*. El depresivo no tiene más ganas de vivir, de soportar por más tiempo esta vida tenaz y pesada, plena de sufrimientos y penurias. La vida ha perdido su valor, ¡no!: *su* vida ha perdido *su* valor, y cuanto más depresiva se siente la persona, tanto menos posibilidades de cambio ve o cree tener aún. La persona depresiva no generaliza su experiencia íntima con la vida. Ella conserva un realismo que le permite ver que lo que ella misma vive no vale necesariamente para los demás. Por el contrario, la comparación con los demás se convierte en motivo adicional de agudización de la depresión: el depresivo considera entonces que él es el fracasado e insuficiente. Como *su* vida ha perdido sentido y no vale para nada, se siente culpable. Desde un punto de vista psicodinámico, el depresivo se encuentra tan debilitado o quebrantado que no siente más ninguna inclinación natural, ni siquiera por la vida. No quiere vivir más. El depresivo lleva consigo, como resultado de sus experiencias, vivencias y reflexiones, un profundo sentimiento que dice: "*En el fondo no es bueno que yo viva*". Incluso el continuar viviendo es considerado por él como una culpa con respecto a los otros seres vivientes y a la vida misma (18, 23).

Esta actitud íntima y profundamente sentida con respecto a la vida es la respuesta a una suma de percepciones o, más exactamente, de sensaciones relativas a la calidad de vida. La vivencia es, ante todo, un sentir. Justamente ésta es el órgano central para la percepción de los valores, ya que la manera como vivimos nuestras experiencias, lo que sentimos en estas vivencias, es lo que nos proporciona la información sobre el valor de la vida. Si se repiten las experiencias que representan a la vida como sin valor, la vida misma es sentida cada vez más como sin valor y de aquí puede resultar una actitud responsiva negativa que, en última instancia, es el resultado de una decisión (inconsciente). Esta decisión no es el simple reflejo automático de experiencias negativas, sino que puede resultar positiva a pesar de un balance afectivo negativo, por ejemplo, a raíz de una fe profunda o de experiencias singulares de valor. Esto explica por qué algunas personas no generan realmente una depresión aun bajo circunstancias completamente adversas.

A esta actitud profundamente enraizada en la vida la denominamos "**valor fundamental**", y consideramos que éste es el fundamento de todo sentimiento de valor. Así pues, las personas depresivas manifiestan un "valor fundamental" negativo (20).

La percepción del valor tiene lugar a través del **sentimiento**.

Depresión = sentimiento resultante de las percepciones de valor en la vida.

La “enfermedad” depresiva surge de una actitud de rechazo ante la vida.

Depresión es finalmente: **un trastorno en la relación con la vida** (valor fundamental negativo)

Fig. 3: En el Análisis Existencial la causa primaria del trastorno depresivo es un trastorno emocional en relación con la vida

4. Efectos de “valor fundamental” negativo a nivel existencial

El efecto inmediato de una actitud negativa hacia la vida es evidente. Ésta conduce:

1. a una reducción de la disposición a *querer* o también *poder soportar* la vida y sus preocupaciones. Falta la fuerza o el sostén interior.
2. a la incapacidad para acoger y aceptar en su valencia el *valor* como tal de experiencias singulares (gozar de algo, placeres particulares). No se siente digno de ese valor, no se lo merece, no se puede alegrar de situaciones buenas con ese mal sentimiento en la barriga.
3. a una falta de motivación para *conformar la vida* de acuerdo al propio cuño, y así orientarla de manera que pueda resultar algo positivo (Æ espiral depresiva o mecanismo de autoperseveración de la depresión). Por ejemplo, uno no se atreve a nada porque se siente fracasado.
4. a la falta de disposición a situarse en un contexto pleno de sentido, a partir del cual sea posible contribuir al despliegue y acontecer de la vida. No se pertenece a la parte positiva de la vida –se conceptualiza a sí mismo como un ser malo, un fracasado, y es demasiado penoso ver el contraste entre la propia vida y la vida de los otros.

Pero, en lugar de esto último, la *psicodinámica* asume el dominio y establece mecanismos de defensa para garantizar una subsistencia inmediata. Las **reacciones de enfrentamiento** (*coping*) típicas de la depresión son las siguientes (24):

1. la reacción básica: el **retraimiento** (con el impulso característico de esconderse en la cama)
2. la reacción paradójica: **activismo**, rendimiento compulsivo (para "liquidar deudas"), desvalorización
3. la agresión bajo la forma de **rabia**, la cual, en el fondo, no busca destruir sino más bien despertar relaciones y mantener valores.
4. el reflejo de "posición de muerto": agotamiento y **resignación**.

5. Terapia

La terapia de la depresión, de acuerdo al Análisis Existencial, deberá abordar los diferentes niveles de causa (7, 25), tal como sucede de hecho hoy en todos los métodos terapéuticos, o sea, el nivel relacional, cognitivo, emocional, somático, biográfico y social. Pero, a nosotros, nos interesa aquí sobre todo el acento analítico-existencial.

- a) El Análisis Existencial le concede una atención muy especial a la **relación terapéutica** en el tratamiento de la depresión. La relación deberá estar caracterizada por una dedicación cálida y comprensiva. La dedicación activa hacia el paciente y su indigencia, la compenetración empática resulta fundamental justamente porque el terapeuta va a ofrecer al paciente una nueva posibilidad de ponerse en contacto con la vida, a partir de la cual el depresivo pueda experimentar una revivificación y un reblandecimiento de sus rígidas estructuras normativas. De esta manera puede tener lugar un "nuevo acceso a la vida" a partir del terapeuta, quien al mismo

tiempo es un representante simbólico de la vida misma, que a través de su dedicación *activa*, se aproxima más al paciente que la vida real en la situación del retraimiento depresivo (26).

b) Orientación hacia el presente y fraccionamiento de las tareas

El paciente depresivo vive más en el pasado de modo que él no tiene una relación actual próxima con la vida sino una relación distante. El depresivo puede observar lo que es la vida en los otros pero no en sí mismo. Esto conlleva un trastorno en la conformación concreta de la vida diaria, por ello resulta importante dedicarle una atención especial a la estructura de la vida diaria, a las pausas, al dormir. Es también importante proporcionar alivios (por ej.: la declaración de estado de enfermedad). Especialmente, se ha de prestar atención esmerada a la dedicación con la que el paciente hace lo que hace (cf. también los efectos comparables en el *burnout*) (27). Asimismo, resulta importante dirigir la atención hacia las capacidades no afectadas por el estado depresivo y hacia las pequeñas tareas claramente delimitadas, lo cual puede posibilitar un restablecimiento de la relación con la vida.

- c) Trabajo en torno a las estructuras cognitivas y a las atribuciones falsas (esta dimensión no es específica del Análisis Existencial): descubrir y hacer conscientes las generalizaciones inadecuadas, el círculo de agotamiento, el círculo de raciocinio. Se trata de generalizaciones del tipo "siempre", "nunca", "todos los hombres", etc.

d) Movilización de recursos personales y ejercicio en las tomas de posición

Aquí se trata de aspectos propios del Análisis Existencial, especialmente de la práctica de una capacidad personal específica, a saber, de la *toma de posición*.

•Autodistanciamiento (6, 7)

Autodistanciamiento frente a:

- sentimientos* (modelo: "mis sentimientos se encuentran ahora congelados, pero no les permito que me dicten lo que tengo que hacer"), y frente a
- expectativas* (en el sentido de que lo que uno hace tiene que ir acompañado por sentimientos positivos, de gozo, etc.).

Una palabra sobre la práctica con el descontento y con los sentimientos negativos: normalmente, el gozo representa un punto de orientación que nos indica la cercanía con respecto a la vida. Por eso, la ausencia de gozo en las actividades es percibida como un malogro que tiene por consecuencia en el depresivo el descontento por su incapacidad de gozo. Terapia: durante este período "blanco y negro" se busca la suspensión de las expectativas, sobre todo de la expectativa de gozo. Se trata más bien de concentrarse en el saber y el presentimiento (motivación existencial fundamental) (28) en torno a lo que puede ser adecuado y/o limita o perjudica, lo cual conduce a un alivio con respecto a la expectativa de emociones positivas (el tener que alegrarse). La interrupción del círculo vicioso "depresión a la depresión" es considerada como un factor efectivo importante en la terapia de la depresión (¡trabajo centrado en las actitudes!).

•Autoaceptación

Asumir lo que se hace o no hacerlo.

Actitud: el actuar conlleva también una valencia que para mí resulta ser más importante de lo que estoy dispuesto a reconocer. Esta valencia se hace perceptible en la desvalorización de todo lo propio a través de la supervalorización de las normas, es decir, de las expectativas normativas absolutas. Este tipo de expectativas conlleva una "megalomanía", que en la terapia se busca limitar, ya que esta "megalomanía" conduce al sentimiento de fracaso y malogro ("no soy la gran artista que debería ser...").

Se trata de realizar la autoaceptación, por ejemplo, cuando un paciente sufre de una continua desvalorización de sí mismo porque no logra ocuparse de tareas importantes como la cultura, sino que siempre pierde su tiempo en tareas sin valor como el mantenimiento de la casa, etc. "Yo soy un caso perdido, incapaz de ocuparse de actividades valiosas, como escuchar música o leer un libro, ya que siempre hago la cocina, lavo ropa, plancho y demás tareas del hogar. Y para mí, la cultura es lo

más importante en la vida". En tal caso, uno se puede preguntar si la vida en una casa ordenada no representa un valor para esa persona –un valor que probablemente es más grande de lo que ella piensa o quiere aceptar. El solo hecho de que no pueda resistir a las demandas del hogar y aplazar la lectura y el escuchar la música, significa un acto de valorización. La definición más basal del valor es: un valor es una cosa que se prefiere a otra cosa. Hasta cierto punto, toma una decisión prefiriendo la casa ordenada como un valor superior al de escuchar música. No se ha dado cuenta hasta qué punto es importante para ella vivir en una casa ordenada. Para ella, de acuerdo a su estética, el gozo de la cultura se pierde cuando ve desorden, mugre, etc. Sabiendo eso, ella se reconcilia con su actitud y consigo misma, y adquiere conciencia de su proceder.

- **Posicionamiento personal**

Práctica metódica de la toma de posición (29).

La meta es la transición de la "emoción elemental" depresiva a una "emoción integrada".

PP1: ¿Es realmente cierto esto? ¿En qué lo puedo reconocer?

PP2: Si esto fuera realmente así, ¿qué podría perder yo? ¿Sería capaz, aunque fuera *sólo esta vez*, de soportar la situación?

PP3: ¿De qué se trata para mí en esta situación? ¿Estoy aquí para demostrarme algo o para hacer algo?

e) Trabajo en torno a los sentimientos de fracaso y al logro de valor

Aquí se trata de un examen de los sentimientos de fracaso y de las percepciones depresivas hasta alcanzar su *núcleo positivo*, a través de lo cual se logra un giro de lo negativo hacia lo positivo: ¿En dónde se encuentra la fuerza de lo que he considerado como pura debilidad? ¿Se trata realmente tan sólo de un fracaso en lo que considero como fracaso, o no será posible descubrir aún una autoaceptación?". Este tipo de exámenes conduce a una comprensión de la intención del comportamiento y a la relación con la propia vida.

Un ejemplo: una paciente depresiva se queja de haber fracasado nuevamente por no haber conseguido cumplir con una invitación para tomar café con algunas amigas. Ella se dirigió a la casa de la amiga que le había hecho la invitación, llegó hasta la puerta, levantó la mano para tocar el timbre pero, antes de presionarlo, dejó caer el brazo y se devolvió a su casa. Allí se recluyó en un ánimo y pensamientos depresivos. Se sentía mal, incapaz, un fracaso completo. Este estado de ánimo fue agravado aún por el hecho de no haber llamado a la amiga para excusarse por su ausencia.

Examinamos el malogro y buscamos el valor oculto de su actuar a partir de una actitud fenomenológica: ¿Qué la indujo a aceptar la invitación y a ir a la casa de la amiga? ¿Por qué, estando allí, no llamó a la puerta? ¿Con seguridad tenía ella una razón para no hacerlo? ¿Qué razón?

Después de un cierto tiempo de examen fue resultando claro por qué ella no se atrevió a tocar el timbre: ciertamente, la paciente consideró que sería una carga insoportable para las amigas presentarseles en ese estado depresivo, y así "aguarles la fiesta". De modo que su razón para no tocar el timbre se manifiesta pues como algo positivo, o sea, la protección de sus amigas con respecto a su estado de ánimo depresivo. Por causa de ellas la paciente depresiva decidió regresar a su casa. Mediante este descubrimiento el sentimiento de malogro se disolvió, para dar cabida a un sentimiento positivo originado por su actuar altruista. La paciente abandonó aliviada y profundamente conmovida la sesión terapéutica. En la maraña de los sentimientos depresivos había logrado encontrarse a sí misma y aceptarse.

f) Trabajo en torno a los sentimientos de culpa y a la concreción de la responsabilidad.

Los sentimientos de culpa de origen depresivo surgen, por una parte, de un sentido difuso de responsabilidad, en el cual se trata de aclarar el contenido real y la responsabilidad auténtica, es decir, de aclarar la culpabilidad real. Por otra parte, provienen estos sentimientos de culpa de ideas extremas de valor, que exigen así mismo una actitud crítica y una revisión.

Además, la persona depresiva tiende a asumir responsabilidades fuera del radio de sus posibilidades, lo que es motivo de frustraciones por sobrecargo. Por ejemplo, ninguna persona puede ser responsable de que los sentimientos de otra persona sean agradables y se sientan felices. El depresivo se encarga del malestar psíquico de otra persona en su proximidad.

g) Relación con el valor y práctica de la actitud hacia los valores.

El lema reza: "concederse a sí mismo diariamente algo bueno". El trabajo psicoterapéutico se centra aquí en torno a los sentimientos y razones que impiden al paciente hacer algo bueno para él mismo. La directiva para la persona depresiva es: "no hay nada bueno que no contenga también algo bueno para mí".

Aquí se trata de un trabajo terapéutico intenso en torno a los bloqueos del valor, la percepción del valor y las traumatizaciones (30). Es necesario un tratamiento especial para la insuficiencia vital en la depresión endógena, para lo cual el Análisis Existencial ofrece recursos especiales (8). Ante todo, resulta importante la sensibilización frente al agotamiento y la práctica de las medidas preventivas correspondientes.

h) La terapia profunda en torno al valor fundamental

Aquí la terapia del Análisis Existencial se mueve al nivel de una dimensión profunda, en la cual se trata de un trabajo conjunto con el paciente, destinado a descubrir y hacer palpables aquellas influencias y factores que han llevado al enfermo a asumir una actitud negativa frente a la vida. El trabajo terapéutico se despliega en general a lo largo de una fase de rabia, de duelo y de movilización de recursos mediante la elaboración en torno a la relación y al valor (20).

Uno se puede imaginar muy bien que el paciente se ve confrontado con las heridas profundas en su vida ante la pregunta de si es bueno que él exista, y por el sentimiento originado por la pregunta de si quiere vivir. Si uno no quiere vivir, se trata casi siempre de experiencias (y en consecuencia de actitudes) de pérdida, de falta de buenas relaciones, de falta de fuerza. Para superarlos es necesario el duelo, a veces también la rabia. En ambos, uno siente surgir en sí mismo la fuerza de la vida: la fuerza consolante de las lágrimas o la fuerza fortificante y protectora de la agresión.

El punto más profundo de la terapia de Análisis Existencial con respecto a la depresión es alcanzado con la fundación de una nueva actitud frente a la vida y con la conciencia de que esta actitud es, en última instancia, una decisión a partir de la profundidad de la vida personal, la cual encuentra sus raíces en lo más basal del presentir y sentir humanos.

6. Terapia de la suicidalidad

La suicidalidad es un fenómeno común en la depresión. Vivir con todo ese peso psíquico de una depresión, con la correspondiente pérdida de fuerza, sufrimiento de carencia, de falta, de culpa, etc., sin perspectiva de esperanza, sin ganas y alegría de vivir, hacen inmediatamente comprensibles las tendencias suicidas. Desde el punto de vista analítico-existencial, vemos el deseo de terminar con la vida como un síntoma correspondiente a la actitud interior frente a la vida. La suicidalidad aparece como consecuencia lógica y como expresión de carácter sincero si se considera que el depresivo valoriza su vida como mala, pura carga para los otros y, entonces, como origen de una culpa insuperable. Esa valorización negativa de la propia vida (la hemos denominado "valor fundamental negativo") conduce no sólo a afectos y sentimientos negativos, sino también a una actitud personal que incluye una decisión contra la vida. Para el depresivo tal decisión de realizar lo que siente y piensa (su estructura psíquica y su convicción) es un acto que le parece moral en su marco de referencia.

Hay solamente dos razones que pueden disuadirlo de su acción autodestructiva:

–una actitud cognitiva positiva frente a la vida, o

–una falta de fuerza para realizar el deseo autodestructivo, como es el caso en la mitad de la fase de la depresión grave (endógena).

En el último caso, la suicidalidad es aguda al inicio y al final de la fase depresiva, cuando el paciente tiene suficiente fuerza para poder realizar su convicción. La suicidalidad al final de la fase

es especialmente peligrosa porque no se la espera más: los sentimientos depresivos han desaparecido más o menos, la actividad y el espíritu emprendedor surgen –pero su actitud frente a la vida acaba de experimentar una nueva confirmación.

La otra medida de protección ante la suicidalidad es una actitud cognitiva positiva frente a la vida. Ésta puede ser una profunda convicción del valor que tiene la vida, junto con el *saber* que se trata de una fase de producción deficiente de neurotransmisores o de un estado psíquico correspondiente a una pérdida de un valor existencial pero no confrontado a nivel personal, etc. Este conocimiento de la propia situación es importante para poder mantener la convicción del valor de la vida. La convicción es una actitud, una decisión general sobre la base del valor que tiene la vida. Una tal convicción se encuentra normalmente acompañada de *recuerdos* (cognitivos) de una vida de valor positivo –lo cual significa que la vida tiene otros aspectos que actualmente no son visibles.

Otra forma de actitud cognitiva positiva es una convicción que radica en la fe –en una comprensión del valor de la vida que no está basada solamente en la experiencia particular sino también en una revelación, en un conocimiento mayor y divino. Pero hay que tener cuidado: una fe que no se basa en propias experiencias y recuerdos relativos al valor positivo de la vida, no puede resistir a la presión del peso depresivo.

Finalmente, hay que considerar también como un aporte cognitivo positivo si una persona no se suicida "por falta de coraje". Dentro del sentimiento de cobardía, como los pacientes lo denominan en la típica manera autodesvalorizante, se halla fenomenológicamente una inseguridad, una duda, una esperanza oculta, un impulso inconfesado de que la vida puede representar finalmente algo bueno o que es de una naturaleza intocable. Detrás de la conmoción de una decisión tan definitiva e irrevocable se encuentra un respeto que sobrepasa el nivel lógico y argumentativo. Para los terapeutas es importante saber esto, y percibir junto con el paciente lo oculto detrás de las palabras sintomáticas.

¿Cómo tratar la suicidalidad? El **tratamiento** consiste en **a)** ofrecer al paciente una comprensión de su situación, **b)** pedirle una promesa de no ejecutar el suicidio, y **c)** en caso contrario, el terapeuta debe asumir una actitud firme para que el paciente se mantenga en relación con otras personas.

a) El terapeuta intenta invitar al paciente a expresar sus tendencias al suicidio, pidiéndole de manera empática: "Veo perfectamente la dificultad de su situación actual. Usted carga ciertamente un peso enorme.... Puedo imaginarme muy bien que, en una situación semejante, perdemos las ganas de vivir..., que la vida aparece sin sentido y sin valor y que, por lo tanto, surge un deseo de ponerle fin. ¿Tiene usted también una experiencia semejante?". El paciente se puede sentir comprendido y, en caso afirmativo, puede reaccionar con alivio. Este ofrecimiento de comprensión fortalece también la relación con el terapeuta.

En caso de que el paciente no sufra de tales impulsos o sentimientos, se deben considerar dos posibilidades: cuando el paciente no presente tendencias suicidas, la pregunta anterior no es dañina. A diferencia de lo que piensan muchos terapeutas, esta pregunta no afecta negativamente al paciente ni le sugiere la posibilidad del suicidio. Cada quien, y sobre todo los depresivos, tiene una noción muy clara sobre la posibilidad del suicidio. Una persona depresiva, pero no en estado suicidal, asumiría aquella pregunta como un estímulo para una estimación positiva de su situación. "¡Mi situación no es tan grave como usted piensa!", podría ser su respuesta.

Otra es la situación si una persona en estado suicidal quiere ocultar sus intenciones por diversas razones, por ejemplo, para evitar una hospitalización, una medicación, o porque no tiene suficiente confianza en el terapeuta, o porque está ya decidida a suicidarse y no quiere ser impedida en su plan. En caso semejante, el paciente podría rechazar indignado la pregunta. ¿Cómo es posible descubrir si existe un peligro oculto o no? Con respecto a esto, Frankl (6) hizo ya una propuesta en los años veinte que hoy es un procedimiento muy común. En aquellos años él fue encargado de un departamento de mujeres suicidas y, antes del alta de las pacientes, él tuvo la responsabilidad de evaluar el riesgo de suicidio. Con pocas frases que se concentran en un posible sentido relativo a la vida del paciente, Frankl pudo esclarecer el peligro de su suicidalidad. La referencia a un sentido se encuentra dirigida por la siguiente observación: si el

paciente ve un sentido, el riesgo de suicidio disminuye, porque él experimenta: si no hay sentido, no hay razón para vivir. Así, el sentido es el primer remedio contra impulsos suicidas.

El método para esclarecer la suicidalidad lo hemos desarrollado de la siguiente manera: la pregunta inicial se concentra en torno a posibles tendencias suicidas. Si el paciente disimula o niega, se puede observar la tendencia a emplear frases dirigidas a tranquilizar al terapeuta o al médico. Por ejemplo: "¡No, no tengo sentimientos o pensamientos de tal carácter! ¡Eso no se me ocurriría nunca! ¡Usted no tiene para qué preocuparse!".

Ahora, el terapeuta o médico aclara una posible simulación mediante una pregunta que podría parecer chocante: "¿Por qué no lo haría? ¿Por qué puede estar tan seguro?". Si el paciente es un simulador, se encontrará por un momento visiblemente sorprendido y tartamudeará característicamente: "¡No, eeh, no lo hago, no se preocupe usted, tenga la seguridad de que no lo hago...!". Ese tipo de respuesta nos muestra a un simulador, ya que el paciente no se refiere a un sentido. El paciente que no disimula su situación expone tranquilamente sus razones, por ejemplo: "Tengo una familia..., tengo tareas..., no quiero hacerlo por mi esposa..., por Dios", etc.

- b) A los pacientes suicidales se les pregunta si pueden prometer no hacerse daño. No es recomendable preguntar de una manera generalizada, del tipo: "¿Me puede prometer no suicidarse?". La mayoría de la gente no podría dar sinceramente una respuesta a una tal pregunta. La pregunta debe ser más concreta y limitada, por ejemplo: "¿Me puede prometer no hacerse daño por un mes o, por los menos, por una semana?". En casos graves la pregunta deberá ser mucho más restrictiva: "¿Me puede prometer que nos veremos mañana de nuevo?".

La única forma de promesa general en casos agudos o subagudos se refiere a la relación del terapeuta con el paciente, y no al acto mismo del suicidio: "¿Me puede prometer que me contactará en caso que no pueda evitar pensar continuamente en el suicidio? ¿Me promete que me va a contactar en caso de que no me pueda garantizar que no se va a hacer daño? ¿Me promete que con seguridad me contactará, independientemente de si es día o noche, antes de cualquier intento suicidal? ¿Me lo puede prometer?". Es necesario confirmar y sellar la promesa con un apretón de manos mirándose claramente a los ojos. Si el paciente evita el apretón de manos o no lo da suficientemente fuerte o intenta esconder la mirada, se le debe exigir que apriete más la mano y que lo mire a uno a los ojos. Si el enfermo procede de esta manera, ello significa casi una garantía de que no se suicidará sin cumplir la promesa. Esta promesa tiene mucho más peso, ya que es muy difícil morir con una promesa quebrantada.

- c) Si el paciente no está dispuesto a una tal promesa, la situación es muy crítica y hay que contar con un intento inminente de suicidio. En este caso, al paciente no se le puede dejar solo. Es recomendable hospitalizarlo. Si esto no es posible, resulta necesario organizar una red social compuesta por personas de confianza que sean capaces de asumir la responsabilidad y asegurar la continua vigilancia. Es un error fatal mandar a un paciente a casa sin haberse asegurado personalmente (no sólo según las palabras del paciente) de una continua asistencia para él.

7. Profilaxis

Para finalizar, contemplemos algunos puntos relativos a la prevención y a la psicohigiene:

- a) **Cuidado de los recursos físicos:** aquí se trata de centrar la atención en sectores de agotamiento y de sensibilizarse en torno a aquellos ámbitos en los que se manifiestan pérdidas de fuerza vital. Este es el caso, por ejemplo, cuando se actúa solamente de acuerdo al sentimiento del deber o se está expuesto a esfuerzos insatisfactorios, como por ejemplo en el sector laboral, al conducir automóvil, al lavar platos. Se trata de hacer conscientes tales factores de estrés porque a través de éstos se pierden muchas fuerzas y con frecuencia conducen a irritación y a tensiones musculares (sobre todo en la región de los hombros y de la espalda).

Mediante el abarcar fases de descanso, atención al dormir, pausas, actividades deportivas, estructuración de actividades diarias y de la semana, es posible prevenir la pérdida de fuerzas. Ritmos y regularidades facilitan la vida y las decisiones. Resulta importante vivir según su propio ritmo. Igualmente importante es delimitar sus competencias. De acuerdo a nuestra experiencia, en toda depresión tiene una participación el agotamiento.

- b) **Medicamentos:** con respecto al cuidado de los recursos físicos –y por lo tanto, con respecto al sector de la condición fundamental de existencia plena ("primera motivación fundamental" (28, 31)– hay que pensar en la implementación de medicamentos (profilaxia relativa a las fases y antidepresivos).
- c) **Actualización (cultura) de valores:** Es importante dedicarle atención a aquellos valores orientados hacia al mantenimiento de la alegría de vivir y de la fuerza vital, aquellos sectores de la propia existencia que a uno mismo le gustan y que lo ponen en contacto con la vida. Para conservar, o incluso incrementar el sentimiento fundamental de vida y de vinculación con el mundo, son relevantes aquellas experiencias que para uno mismo ofrecen un valor especial, como por ejemplo:
- la práctica de experiencias agradables (de acuerdo a la idea de que donde hay alegría hay vida). No es suficiente *saber* que a uno le sentaría bien hacer algo determinado, es necesario además *vivirlo y practicarlo*;
 - el gozo de valores vivenciales, dedicarles tiempo y atención;
 - mantenimiento de relaciones personales;
 - cultura de vida, en el sentido de dedicarle esmerada atención a aquellas cosas que puedan tener un sentido especial para uno;
 - cultura del cuerpo, a través del movimiento y de los deportes. El cuerpo es como la cera para la "llama de vida".
- d) Abrirse frente a los "**obstáculos de la vida**", o sea, no ignorar las dificultades que se le presenten a uno en la existencia. Esto significa:
- preguntarse por las razones y motivos de sentimientos opresores. Hablar sobre éstos con otras personas de confianza.
 - Aceptar y vivir la tristeza.
 - Abrirse ante los desengaños y pérdidas en la propia existencia, y aceptar los sentimientos cuando uno fracasa en alguna empresa o le es negado algo. La falta de apertura ante estos obstáculos de la vida conduce a un aferramiento de la psique en torno a lo que el entendimiento niega, lo cual entonces genera depresión.
- e) Disposición diligente con respecto al tiempo. Ésta da lugar al despliegue del amor por la propia vida, ya que "tiempo" es siempre tiempo de vida. Esto significa concretamente: en la medida de lo posible, hacer solamente aquello que le es realmente importante a uno, o sea, no perder el tiempo en asuntos secundarios, y evitar formas de autorrelegación y autorrenuncia.
- f) Trabajo especial en torno a actitudes. Se trata de inducir un proceso reflexivo en torno a la actitud de la subordinación. Una de las condiciones previas para la depresión es la tendencia hacia la "sobreadaptación", con el fin de asegurarse la buscada y esperada proximidad afectiva de las otras personas; asimismo, la tendencia a someterse prematuramente al destino o a autoridades. De modo que resulta necesario un trabajo especial en torno a la actitud, con el fin de que la persona asuma una posición diferente con respecto a sí misma, en el sentido de que se dé cuenta que es de elemental importancia interceder a favor de sí misma, expresar los propios deseos, necesidades y expectativas. Se trata de transformar el ideal depresivo: no siempre es bueno relegarse modestamente a un segundo plano.

Transformación de las actitudes de *deseo*: los deseos pueden conllevar el peligro latente de una posición pasiva en cuanto uno espera que los otros realicen por uno mismo los propios deseos. La fijación en torno a una actitud de deseo relativa a lo que a uno le falta conduce a una experiencia acentuada de una vida deficiente. Como regla general, se puede decir que los deseos son aceptables siempre y cuando podamos dejarlos de lado.

Trabajo en torno a la actitud de *autoestima*. Esto significa no tolerar la falta de respeto consigo mismo, así como también poner de manifiesto el maltrato proveniente de otros.

8. Referencias

1. Längle A. Was ist Existenzanalyse und Logotherapie? En: Längle A, Hrsg. Entscheidung zum Sein. V. E. Frankls Logotherapie in der Praxis. München: Piper, 1988. p. 9-21
2. Längle A. Anmerkungen zur phänomenologischen Haltung und zum Wirklichkeitsbegriff in der Psychotherapie. En: Längle A, Hrs. Selbstbild und Weltsicht. Phänomenologie und Methode der Sinnwahrnehmung. Wien: GLE-Verlag, 1990. p. 44-46
3. Längle A. La terapia analítico-existencial, ejemplificada a través de una entrevista. Logoteoria, Logoterapia, Logoactitud. Rev Soc Argentin Logoter 1990; 1: 16 – 21
4. Längle A. Existenzanalyse und Logotherapie. En: Stumm G, Wirth B, Hrsg. Psychotherapie - Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis. Wien: Falter-Verlag, 1994. p. 187-192
5. Pieringer W. Zum Methodenstreit in der Psychotherapie. En: Längle A, Hrsg. Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht der GLE. Wien: GLE-Verlag, 1993. p. 119-132
6. Frankl VE. Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke, 1982
7. Frankl VE. Psychotherapie in der Praxis. Wien: Deuticke, 1982
8. Frankl VE. Theorie und Therapie der Neurosen. München: Reinhardt, 1983
9. Längle A. Existenzanalyse der therapeutischen Beziehung und Logotherapie in der Begegnung. En: Längle A, Hrsg. Die therapeutische Beziehung. Tagungsbericht der GLE. Wien: GLE-Verlag, 1986. p. 55-75
10. Lleras F. Existenzphilosophie. En: Stumm G, Pritz A, Hrsg. Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer, 2000
11. Tellenbach H. Phänomenologische Analyse der mitmenschlichen Begegnung im gesunden und im psychotischen Dasein. En: Längle A, Hrsg. Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht der GLE Wien: GLE-Verlag, 1993. p. 88-102
12. Längle A. Existential analytical psychotherapy. Internat Forum Logotherapy (Berkeley) 1990; 13: 137-19
13. Längle A. A case history in existential analytical psychotherapy. Intern Forum Logotherapy (Berkeley). 1990; 13: 101-106
14. Distelkamp Ch. Existenz in der Depression. En: Längle A, Funke G, Hrsg. Mut und Schwermut, Existenzanalyse der Depression. Tagungsbericht der GLE. Wien: GLE-Verlag, 1987. p. 15-19
15. Längle A, Funke G, Hrsg. Mut und Schwermut. Existenzanalyse der Depression. Tagungsbericht der GLE. Wien: GLE-Verlag, 1987
16. Tutsch L. Existenzphilosophie und Depression. En: Längle A, Funke G, Hrsg. Mut und Schwermut, Existenzanalyse der Depression. Tagungsbericht der GLE. Wien: GLE-Verlag, 1987. p. 52-61
17. Winklhofer W. Psychiatrie und Existenzanalyse der Depression: "Vom Katecholaminstoffwechsel zur noetischen Dimension." En: Längle A, Funke G, Hrsg. Mut und Schwermut, Existenzanalyse der Depression. Tagungsbericht der GLE. Wien: GLE-Verlag, 1987. p. 38-51
18. Längle A. Depression oder Selbst-Pression? Existenz-analytische Grundstrukturen und Therapie psychogener und noogener Depressionsformen. En: Längle A, Funke G, Hrsg. Mut und Schwermut, Existenzanalyse der Depression. Tagungsbericht der GLE. Wien: GLE-Verlag, 1987. p. 94-128
19. Längle A. Mut und Schwermut. En: Längle A, Funke G, Hrsg. Mut und Schwermut, Existenzanalyse der Depression. Tagungsbericht der GLE. Wien: GLE-Verlag, 1987. p. 9-14

20. Längle A, Hrsg. Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht der GLE. Wien: GLE-Verlag, 1993
21. Längle A. Depression. En: Stumm G, Pritz A, Hrsg. Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer, 2000
22. Längle A. Der Krankheitsbegriff in Existenzanalyse und Logotherapie. En: Pritz A, Petzold H, Hrsg. Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn: Junfermann-Verlag, 1992. p. 355-370
23. Längle A. Das Seinserlebnis als Schlüssel zur Sinnerfahrung. En: Sinn-voll heilen. Viktor E. Frankls Logotherapie. Seelenheilkunde auf neuen Wegen. Freiburg: Herder, 1984. p. 47-63
24. Längle A. Ursachen und Ausbildungsformen von Aggression im Lichte der Existenzanalyse. Existenzanalyse 1998; 15: 4-12
25. Längle A. Depressive Verstimmung und Persönlichkeit, depressives Verhalten. Eine Fallstudie zur Interaktion von Psychopharmaka und existenzanalytischer Psychotherapie. En: Danzinger R, Hrsg. Psychodynamik der Medikamente. Interaktion von Psychopharmaka mit modernen Therapieformen. Wien/New York: Springer, 1991. p. 47-54
26. Kuhn R. Auch Schwermut ist Noch-Mut. Versuch einer phänomenalen Einübung. En: Längle A, Funke G, Hrsg. Mut und Schwermut, Existenzanalyse der Depression. Tagungsbericht der GLE. Wien: GLE-Verlag, 1987. p. 20-25
27. Längle A. Burnout - Existentielle Bedeutung und Möglichkeiten der Prävention. Existenzanalyse 1997; 14: 11-19
28. Längle A. Existenzanalyse – Die Zustimmung zum Leben finden. Fundamenta Psychiatrica 1999; 12:139-146
29. Längle A. Personale Positionsfindung. Bulletin der GLE 1994; 11:6-21
30. Längle A. Recenti sviluppi dei metodi logoterapeutici. En: Luigi Peresson, ed. Lineamenti per una classificazione delle psicoterapie. Padova: Edizioni CISSPAT, 1987. p. 111-118
31. Längle A. Die existentielle Motivation der Person. Existenzanalyse. 1999; 16: 18-29