

Medicina y Religiones

Presentación de un debate interdisciplinar sobre la diferencia entre enfermedad mental y fenómenos espirituales o místicos

R. Pellitero

Profesor de Teología Pastoral y capellán de la Clínica Universidad de Navarra

Correspondencia:

Ramiro Pellitero

Facultad de Teología

Universidad de Navarra

31008 Pamplona

(rpellitero@unav.es)

En el marco general de la relación entre la medicina y la religión o las religiones en nuestra cultura occidental, hay un área donde, en los últimos siglos, se han dado quizá más desencuentros que encuentros: la relación entre religión y salud mental.

Además de las dificultades surgidas entre los últimos siglos, actualmente laicistas ávidos de polémica azuzan esos “desencuentros” entre religión y psiquiatría. ¿No es la religión –se preguntan retóricamente– algo en el fondo inhumano, propio del hombre antiguo y medieval, que ha llevado a tantos desequilibrios mentales, con consecuencias desastrosas –hasta la guerra– en las personas, familias y sociedades? ¿No será –por tanto– la religión, sobre todo si se vive “radicalmente”, un factor de desestabilización personal y social, algo que de por sí es ya enfermizo, y de hecho lleva a la neurosis y el fanatismo, la violencia, el terrorismo, etc.? ¿No es hoy ya sólo la religión “el opio del pueblo” –como decían los marxistas de hace unas décadas–, que hace a muchos conformistas cuando tendrían que luchar contra las injusticias–, sino también la “cocaína”, para otros muchos que se sienten “mesías”, poseedores de una verdad salvadora hasta el punto de morir por ella?

Con estas exageraciones, sin distinguir entre religión y “patologías” de la religión (que las tiene, aunque no tan amenazadoras como la no-religión)¹, se fuerza el lenguaje, hasta llegar, en el extremo, a etiquetar de fundamentalista a todo el que practica la religión o defiende la verdad. Así no es extraño que ciertos profesionales de la salud mental puedan ver en los creyentes, si no fanáticos, quizá portadores de una mirada “mágica” sobre la enfermedad mental.

Por otro lado están los que sospechan de la psicología y psiquiatría, aduciendo que en no pocos planteamientos sus cultivadores han hecho gala de ateísmo. No faltan, ciertamente, profesionales de estas ciencias que se desinteresan por la religión, pudiendo llegar a apartar de ella a sus pacientes.

El lógico egocentrismo, que puede afectar a todo profesional, y las patentes dificultades del trabajo interdisciplinar sumarían entre los factores que explican el escaso diálogo y relación enriquecedora entre la religión y la psiquiatría².

Con todo, en los últimos años se encuentran estudios más serenos que aspiran a fomentar un diálogo fructuoso, un encuentro entre estos dos ámbitos³.

Las páginas que siguen presentan un debate interdisciplinar concreto, entre especialistas procedentes de tradiciones intelectuales y religiosas diversas, referente al discernimiento entre enfermedades mentales y fenómenos espirituales o “místicos”.

I. Psicopatología y experiencias religiosas: ¿cómo distinguir una psicosis y una “experiencia espiritual” de apariencia psicótica?

Hace unos años tuvo lugar un debate académico en una prestigiosa revista anglosajona, “Philosophy, Psychiatry & Psychology” (John Hopkins University Press), acerca de la diferencia entre la enfermedad mental y los fenómenos espirituales o místicos. Se trata de una revista que desde 1993 trata de hacer accesible el material clínico a los filósofos y promover el avance filosófico en el campo de la psicología-psiquiatría. Los editores son K.W.M Fulford, profesor de las Universidades de Oxford y Warwick, y John Z. Sadler, de la Universidad de Texas Southwestern (Medical Center at Dallas).

El debate que nos interesa tiene como base un artículo de 1997 que, en una perspectiva analítica, intentaba formular algunos principios para distinguir entre las “experiencias espirituales” y los síntomas psicóticos. En 2002, un segundo artículo, esta vez desde la perspectiva cristiana, mientras reconocía los

¹ En diálogo con J. Habermas ha dicho J. Ratzinger: “En la religión hay patologías altamente peligrosas que hacen necesario considerar la luz divina de la razón como una especie de órgano de control por el que la religión debe dejarse purificar y regular una y otra vez, como ya pensaban los Padres de la Iglesia. (...) también hay patologías de la razón, una arrogancia de la razón que no es menos peligrosa; más aún, considerando su efecto potencial, es todavía más amenazadora: la bomba atómica, el ser humano entendido como producto. Por eso también a la razón se le debe exigir a su vez que reconozca sus límites y que aprenda a escuchar a las grandes tradiciones religiosas de la humanidad” (JOSEPH RATZINGER-BENEDICTO XVI, Europa: raíces, identidad y misión, Ciudad Nueva, Madrid 2005, p. 80).

² Cfr. J. FOSKETT, Christianity and psychiatry, en D. BHUGRA (ed), Psychiatry and Religion: Context, consensus and controversies, ed. Taylor & Francis, New York 2002, pp. 54 ss.

³ En nuestro trabajo “Religión y psiquiatría. Caminos para un encuentro”, en Scripta Theologica, XLI (2009/2), en prensa, se encuadra este mismo estudio en un marco más amplio. Ahí puede encontrarse una selección bibliográfica, distinguiendo entre los textos que abordan la conexión entre Religión y Psiquiatría, los que enfocan más bien los sujetos que en esa relación intervienen –médicos, pacientes (niños, adolescentes, ancianos...), asistentes espirituales– y los que se ocupan del tema en relación con patologías concretas.

méritos del anterior, criticaba algunos aspectos de su planteamiento. Entre otras perspectivas que acabaron entrando en el debate, estaba la mística de las religiones orientales, como el budismo y el hinduismo.

Ante todo recordemos que la psicosis, en las lacónicas palabras del Diccionario de la Real Academia, es básicamente una “enfermedad mental caracterizada por delirios o alucinaciones, como la esquizofrenia o la paranoia”.

Los autores del artículo de 1997⁴ trataban de distinguir entre la enfermedad psicótica y lo que llamaban una “experiencia espiritual benigna” (*benign spiritual experience*); es decir, aquellas experiencias espirituales no patológicas que pueden manifestarse con fenomenología psicótica (delirios, alucinaciones, etc.).

Su conclusión era que los métodos diagnósticos tradicionales, que se fijan en el contenido de las creencias y experiencias, “no son capaces de distinguir entre las formas patológicas y no patológicas de tales experiencias psicóticas”.

Los autores distinguen entre los “síntomas psicóticos” (obviamente patológicos) y los “fenómenos psicóticos” (es decir, fenómenos de apariencia psicótica, pero que no son patológicos, sino que corresponden a experiencias espirituales). Según ellos, tal distinción necesariamente debe tener en cuenta el modo en que esos fenómenos se insertan en los valores y creencias que determinan las acciones de las personas. En el caso de los “fenómenos [falsamente] psicóticos”, que corresponden a experiencias espirituales, la acción mejora radicalmente; en el caso de los síntomas propiamente psicóticos, se deriva una insuficiencia radical de la acción⁵. A esto se le llamará *action-enhancing/action failure* criterion.

Así pues, según Jackson y Fulford los fenómenos (aparentemente) psicóticos pero de base “espiritual”, corresponderían a una respuesta psicológica normal y adaptativa ante crisis existenciales como la pérdida del sentido o del propósito de la vida, crisis que suelen desembocar en la muerte o en un gran dolor. Con otras palabras, los “fenómenos psicóticos” no patológicos o “espirituales” serían aquellos cuyos elementos promueven un cambio en el individuo, de modo que resuelve su problema y es capaz de seguir adelante. En caso contrario estaríamos ante una psicosis (propia o psicosis) patológica.

Este artículo suscitó opiniones diversas, en cuanto que esa distinción entre fenómenos (psicóticos) no patológicos y síntomas (propia) psicóticos sería una distinción artificial dependiente de la aceptación sociocultural⁶; o que, para distinguir entre experiencias espirituales y síntomas psicóticos, era preferible recurrir a criterios clínicos⁷ que, sin embargo, no acababan de estar claros.

La crítica más de fondo, a nuestro juicio, situada en la segunda parte del debate, fue un artículo de Marek Marzanski y Marc Bratton cinco años después⁸. Reconocían el mérito de Jackson y Fulford al haber planteado la influencia de los valores y el contexto de la acción personal; pero criticaban tres puntos: la identificación de la “experiencia espiritual” como una expe-

riencia psicótica, aunque no patológica; la identificación de la experiencia espiritual como “fenómenos benignos que mejoran la acción” (*benign, action-enhancing phenomena*); el reduccionismo de sentido de la experiencia espiritual. Con otras palabras, decían, “entendemos que la auténtica experiencia espiritual ni es psicótica, ni necesariamente mejora la acción, ni es, en el sentido de Jackson y Fulford, una experiencia en absoluto⁹”. Proponían profundizar en la noción de experiencia espiritual desde la perspectiva cristiana (ortodoxa, católica y protestante)

II. La auténtica espiritualidad como “experiencia”: perspectiva cristiana

Marzanski y Bratton presentaban varios casos en los que trastornos psicóticos de contenidos religiosos llevaron no precisamente a fomentar una mejor acción vital (*action-enhancing*) en el sentido antropológico-sociológico, sino al contrario, resultaron ser destructivos (*action destructive*) desde el punto de vista personal, laboral y social: la enfermedad continuó, con su cortejo de dependencias y dificultades. Y, sin embargo, esas personas encontraron un sentido más profundo para su vida, en relación con la oración, con los frutos del Espíritu Santo (cfr. Ga 5, 22s) y con la entrega a los demás. Sus síntomas psicóticos lo eran realmente, pues correspondían a una psicosis; pero supieron santificar su enfermedad, hacer de ella un camino hacia Dios. Aunque las consecuencias de su enfermedad podrían calificarse, humana y socialmente, como “destructivas”, esas personas sin embargo crecieron espiritualmente.

En consecuencia, según Marzanski y Bratton, no se debe definir una “experiencia espiritual” simplemente por los resultados en la mejoría de la acción externa. Tampoco se puede definir una experiencia espiritual con categorías psicopatológicas, bien diferentes de las categorías propiamente espirituales, como la fe y la esperanza, el sacrificio, la obediencia, la paciencia, etc.

A juicio de estos autores, “aunque la experiencia espiritual tiene una dimensión psicológica, y puede tener una dimensión psicopatológica, no debería ser reducida a ninguna de ellas¹⁰”. Por tanto la espiritualidad no puede identificarse con los síntomas psicóticos (que corresponden a una enfermedad), pues son dos cosas diversas, aunque el tema de los delirios tenga su origen en creencias religiosas. Jackson y Fulford se interesaban legítimamente por los resultados positivos de la enfermedad, pero descuidaban –en opinión de estos segundos autores– la dimensión propiamente religiosa de la vida, pasando por alto las acciones que pueden favorecer o no el egoísmo del sujeto.

En realidad –aducen Marzanski y Bratton– la religión no puede reducirse a “valores”, sobre todo si este término se interpreta en un sentido externo e individualista. Si fuera así, la tradición apofática del cristianismo (es decir, la paradoja de encontrar la presencia de Dios en una percepción de su ausencia) y las “noches oscuras del espíritu” podrían interpretarse (falsamente) como manifestaciones de psicosis. “El punto central consiste en que necesitamos un criterio teológico para distinguir la experiencia espiritual respecto al trastorno mental¹¹”. Desde ahí se puede ver cómo el contexto social o eclesial es clave, no

⁴ Cfr. M. JACKSON-K.W.M. FULFORD, *Spiritual experience and psychopathology*, “Philosophy, Psychiatry & Psychology” (=PPP) 4 (1997) 42-65.

⁵ Cfr. *Ibid.*, p. 57.

⁶ Cfr. R. LITTLEWOOD, *Commentary on ‘Spiritual experience and psychopathology’*, PPP 4 (1997) 67-73; A. STORR, *ibid.*, 83-85.

⁷ Cfr. A. SIMS, *ibid.*, 79-81; F.G. LU-D. LUKOFF-E.T. TURNER, *ibid.*, 74-77.

⁸ M. MARZANSKI-M. BRATTON, *Psychopathological symptoms and religious experience: a critique of Jackson and Fulford*, PPP 9 (2002) 359-371. Entendían que las explicaciones que se habían dado en 1997 no eran válidas, por excluir a Dios como agente causal de la experiencia espiritual o por falta de rigor metodológico.

⁹ *Ibid.*, p. 360.

¹⁰ *Ibid.*, 365.

¹¹ *Ibid.*, 368. El subrayado es mío.

sólo para evaluar la mejoría del sujeto, sino como criterio de discernimiento entre las psicosis y las experiencias espirituales. Es lo que enseña la noción de experiencia espiritual ordinaria (*ordinary spiritual experience*) en el sentido cristiano. A fin de cuentas la vida cristiana –que es mística sin necesitar experiencias extraordinarias– consiste en amar a Dios y al prójimo.

Por tanto, “las experiencias espirituales necesitan ser entendidas en el contexto de una tradición religiosa personal y espiritual, (contexto) que los psiquiatras pueden no estar cualificados para evaluar, sobre la única base de su pericia profesional”¹².

3. En diálogo con las místicas orientales

Otros autores, procedentes de diversas tradiciones culturales y religiosas, intervinieron también en el debate. Algunos estuvieron de acuerdo en que debe fomentarse el diálogo entre la teología y la psiquiatría, en que no basta una evaluación (clínicamente) positiva de una psicosis para considerarla como un fenómeno espiritual, y en que deben tenerse en cuenta las tradiciones religiosas para el diagnóstico clínico de una psicosis¹³.

En lo que estaban de acuerdo casi todos los autores es que las diferencias entre fenómenos místicos o espirituales y enfermedades psicóticas no se pueden establecer al margen de las tradiciones culturales y religiosas de los sujetos protagonistas de dichas experiencias.

Desde el punto de vista de las místicas orientales (budismo e hinduismo) –que fomentan el abandono del yo, la disolución de los límites entre el sujeto y el objeto, y la unión con el cosmos– el “estado psicótico” podría entenderse como una posición existencial que por alguna razón se ha retirado del movimiento hacia un conocimiento trascendente¹⁴. De hecho la psicosis se interpreta como un mantenimiento de la estructura del *ego*, aunque de manera distorsionada o fragmentada, y con menos capacidad de autoanálisis y ecuanimidad¹⁵.

Desde la tradición cristiana occidental y oriental, tanto las “noches oscuras del alma” como las depresiones y los trastornos mentales pueden ser “medio” para acercarse a Dios y a los demás, camino de santidad. En esta perspectiva, es fundamental la convicción teológica de que “sólo el amor puede superar la radical divisoria epistemológica y ontológica entre Dios y la humanidad”¹⁶.

Como dificultad, se levantaba la cuestión de que diferentes perspectivas religiosas pueden dar lugar a diferentes diagnósticos. ¿Qué sucedió en la tragedia del 11 de septiembre de 2001? ¿Es el concepto de mártir unívoco en el cristianismo y en el islam? ¿Cómo enfocaría un cristiano el caso de un terrorista suicida que pertenece a otra religión? La diversidad de perspectivas religiosas complica el caso concreto: de un lado, está la perspectiva religiosa del sujeto, de otro la de su contexto social y también la (posiblemente diversa) perspectiva del médico. ¿Cómo emplear aquí un criterio teológico? ¿No hay peligro de que una perspectiva

teológica acabe resultando igual o más reduccionista que una perspectiva filosófica o clínica?¹⁷.

Ya se ve que en un debate interdisciplinar de este tipo, donde intervienen la filosofía, la psiquiatría y las ciencias de la religión, no puede darse casi nada por supuesto.

4. Reflexiones conclusivas

Un debate entre medicina y religiones, y más concretamente entre psiquiatría y religiones, no puede no tener como trasfondo el amor, no sólo como “tema” sino como marco humano fundamental, en el que de algún modo todos pueden estar de acuerdo desde el principio. De lo que se trata es precisamente del cómo ese trasfondo afecta al debate en cuestión.

Jesús de Nazaret ha llevado a su plenitud la auténtica perspectiva bíblica del amor universal, rompiendo radicalmente la dinámica del individualismo de todos los tiempos, al señalar el amor al prójimo como horizonte del verdadero amor, en la línea de lo que sugieren M. Marzanski y M. Bratton en el debate que hemos presentado. Este debate puede considerarse como un caso concreto de la relación entre razón/ciencia y fe, filosofía-teología o también, si se quiere, cerebro-mente. Por parte de la teología, involucra diversas disciplinas, desde la Teología fundamental y la Teología de las religiones, pasando por la Eclesiología, hasta las más prácticas como la Teología espiritual y la Teología pastoral.

Volviendo al amor como horizonte del cristianismo, ha sido quizá Romano Guardini uno de los que más convincentemente ha mostrado la novedad y radicalidad cristiana del amor al prójimo¹⁸.

Para continuar con las cuestiones planteadas por el referido debate, cabría señalar dos puntos. En primer lugar, es cierto que una perspectiva teológica puede resultar reductiva, precisamente por no ser suficientemente teológica (lo que implica su capacidad de diálogo con la filosofía y con las ciencias). Así como una perspectiva científica resultaría deductiva si sus presupuestos, o sus métodos, estuvieran cerrados a una visión global del hombre, y por tanto de la ciencia.

En segundo lugar, en perspectiva cristiana, el testimonio ética y religiosamente válido no es simplemente el sufrimiento o la muerte por alguna causa subjetivamente considerada (en ese caso, efectivamente, un terrorista suicida quedaría justificado), sino el testimonio del amor a Dios y a los demás, demostrado con hechos. La religión no debe confundirse con las “patologías de la religión”¹⁹. Y esta perspectiva puede sin duda considerarse como válida para un diálogo con una ética abierta a la trascendencia, donde la verdad y el amor, en su interconexión, son referentes universales²⁰.

¹⁷ Son preguntas que se hacen, en 2002, M.C. JACKSON Y K.W.M. FULFORD, *Psychosis good and bad: values-based practice and the distinction between pathological and nonpathological forms of psychotic experience*, PPP 9 (2002) 387-394, especialmente 390 ss. Reconocen que su criterio de la acción-enhancing era por sí mismo insuficiente y aceptan la intervención de otros provenientes de las tradiciones religiosas y de las neurociencias.

¹⁸ Cfr. R. GUARDINI, *Sobre el apuro del prójimo en peligro* (conferencia pronunciada en Munich, en 1956), Guadarrama, Madrid 1960 y Lumen, Argentina 1989. Hemos realizado un breve análisis de ese texto bajo el título *Prójimo y próximo: recordando a Guardini*, en “Alfa y Omega-ABC”, 4-X-2007, p. 27. Vid. también al respecto de la parábola del Buen Samaritano el penetrante comentario de Joseph RATZINGER-BENEDICTO XVI, *Jesús de Nazaret*, Madrid 2007, pp. 235-243.

¹⁹ Vid. supra, nota 1.

²⁰ Vid. también la encíclica *Deus caritas est* (25.XII.2005), n. 31.

¹² *Ibid.*, 370.

¹³ Cfr. C. BRETT, *Psychotic and mystical states of being: connections and distinctions*, PPP 9 (2002) 321-341; IDEM, *Spiritual experience and psychopathology: dichotomy or interaction?*, *ibid.*, 373-780 (esta autora se sitúa en la perspectiva de las tradiciones orientales); S. SYKES, *The borderlands of psychiatry and theology*, *ibid.*, 381-382.

¹⁴ Cfr. M. MARZANSKI-M.BRATTON, *Mystical states or mystical life? Buddhist, christian, and hindu perspectives*, *ibid.*, 349-351.

¹⁵ Cfr. los textos citados de C. Brett.

¹⁶ M. MARZANSKI-M.BRATTON, *Mystical states...* 350.