

RELIGIÓN Y PSIQUIATRÍA. CAMINOS PARA UN ENCUENTRO

[RELIGION AND PSYCHIATRY: ROUTES THAT CONVERGE]

RAMIRO PELLITERO

Resumen: Abundan los motivos históricos y culturales que dificultan la relación entre religión y psiquiatría. A veces se habla de la religión como factor de desestabilización personal y social, pero al mismo tiempo hay abundantes estudios que demuestran la ayuda que la religión supone para la salud mental. Del diálogo entre los dos ámbitos se benefician todos, comenzando por los pacientes. Como indica el subtítulo, el texto explora algunos caminos para el encuentro entre la religión y la psiquiatría, sin ninguna pretensión sistemática. En primer lugar, el punto de vista de un psiquiatra norteamericano no cristiano. A continuación se presenta un debate concreto entre especialistas procedentes de tradiciones intelectuales y religiosas diversas. Finalmente, un psiquiatra y sacerdote católico profundiza en la perspectiva cristiana.

Palabras clave: Religión, Psiquiatría, Salud mental.

Abstract: There are abundant historical and cultural reasons that hinder the relationship between religion and psychiatry. Sometimes religion is talked of as a factor of personal and social destabilization, but at the same time there is abundant research that shows how religion fosters human health. Everyone benefits from the dialogue between the two spheres, beginning with the patients. As the subtitle indicates, this text explores some ways to improve the understanding between religion and psychiatry, even though we do not claim to provide a systematic approach. Firstly, the point of view of a non-Christian North American psychiatrist is presented. Then a particular debate between specialists from diverse religious and intellectual traditions is outlined. Finally, a psychiatrist who is a Catholic priest gives a deeper analysis of the Christian perspective.

Keywords: Religion, Psychology, Mental Health.

La relación entre religión y salud mental viene cargada, en nuestra cultura occidental, de una historia de encuentros y desencuentros durante los últimos siglos. El ambiente y los ecos de la Ilustración —contexto en el que nació la psiquiatría—, los resentimientos que han dejado las guerras alimentadas por motivos más o menos religiosos, la mirada reductiva del positivismo científico, el desconocimiento del ámbito mental y cultural del mundo bíblico, se han citado con el fin de ilustrar los obstáculos para una comunicación entre religión y psiquiatría. En los últimos años habría que añadir otros obstáculos; sobre todo el relativismo y el individualismo dominantes en nuestra cultura occidental.

En este contexto, laicistas ávidos de polémica azuzan los «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-religión¹), 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

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» (J. RATZINGER-BENEDICTO XVI, *Europa: raíces, identidad y misión*, Ciudad Nueva, Madrid 2005, p. 80).

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. Constatan que apoyados en los «maestros de la sospecha» (Marx, Freud y Nietzsche), no faltan profesionales de estas ciencias que se desinteresan de la religión, pudiendo llegar a apartar de ella a sus pacientes. Ciertamente, los libros de psiquiatría no suelen hablar de religión, excepto como temática de los delirios, aunque esté comprobado que en uno de cada ocho pacientes el tema de la religión es importante en relación directa con su enfermedad.

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.

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

3. Seleccionamos, entre la bibliografía especializada, algunos títulos, distinguiendo entre los 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:

a) Relaciones entre Religión y Psiquiatría, en general: J.K. BOENLEIN, «Religion and spirituality in psychiatric care: looking back, looking ahead», en *Transcultural Psychiatry* 43 (2006) 634-651; D. BHUGRA (ed.), *Psychiatry and Religion*, 2002, ya citado; C.G. ELLISON y J.S. LEVIN, «The religion-health connection: evidence, theory, and future directions», en *Health Education & Behavior* 25 (1998/6) 700-720; H.G. KOENIG y D.B. LARSON, «Religion and mental health: evidence for an association», en *International Review of Psychiatry* 13 (2001/2) 67-781; J. KROLL, «Religion and psychiatry», en *Current opinion in Ppsychiatry* 11 (1998/5) 559-562; J. KROLL y P. ERICKSON, «Religion and psychiatry», en *ibid.*, 549-554; K. KUCHAN, «Prayer as therapeutic process toward aliveness within a spiritual direction», en *Journal of Religion & Health* 47 (2008/2) 263-275; D. LUKOFF, «Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems», en *Psychiatric Clinics of North America* 18 (1995) 467-485; J.S. MILLER, *Mystical experiences, neuroscience, and the nature or reality*, Bowling Green State University, Ohio 2007; J.R. PETEET, «Putting suffering into perspective», en *Journal of pshichotherapy practice and research* 10 (2001) 187-191; J. PHILLIPS, «Philosophical and ethical issues in psychotherapy», en *Current opinion in Psychiatry* 16 (2003/6) 685-689; S.G. POST, «DSM-III-R and Religion», en *Social Science & Medicine* 35 (1992/1) 81-

Las páginas que siguen exploran tres caminos o perspectivas, entre muchos posibles, para ese encuentro.

En primer lugar, el punto de vista de un psiquiatra norteamericano no cristiano. A continuación se presenta un debate concreto entre especialistas procedentes de tradiciones intelectuales y religiosas diversas. Finalmente, un psiquiatra y sacerdote catalán afincado en Viena profundiza en la perspectiva cristiana, iluminando algunos aspectos del tema que nos ocupa.

90; M. SUTHERLAND, «Towards dialogue: an exploration of the relations between psychiatry and religion in contemporary mental health», en J. WOODWARD y S. PATTISON, *Blackwell reader in pastoral and practical theology*, Malden (Mass) 2000, 272-282; E.P. TRAGER, «Models of madness: science and soul», en *Journal of Religion & Health* 35 (1996/2) 117-123; R.P. TURNER, D. LUKOFF, R.T. BARNHOUSE y F.G. LU, «Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM IV», en *Journal of Nervous and Mental Disease* 183 (1995) 435-444; I.D. YALOM, *Religion and Psychiatry*, texto de 2002 citado en la nota siguiente.

b) En la interacción médicos-pacientes: H.J. APONTE, «Political bias, moral values, and spirituality in the training of psychotherapists», en *Bulletin of the Menninger Clinic* 60 (1996/4) 488-502; M. BAETZ Y OTROS, «Spirituality and psychiatry in Canada: psychiatric practice compared with patient expectations», en *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie* 49 (2004/4) 265-271; F.A. CURLIN Y OTROS, «The relationship between psychiatry and religion among US physicians», en *Psychiatric Services* 58 (2007/9) 1193-1198; A.M. JOSEPHSON y J.R. PETEET, «Talking with patients about spirituality and worldview: practical interviewing techniques and strategies», en *Psychiatric Clinics of North America* 30 (2007/2) 181-197; R.M. LAWRENCE, «Spirituality in psychiatric education and training», en *Journal of the Royal Society of Medicine* 94 (2001) 303-305; J.K. NEUMANN y F.V. LEPIEN, «Impact of religious values and medical specialty on professional inservice decisions», en *Journal of Psychology and Theology* 25 (1997/4) 437-448; M.E. SEYRINGER Y OTROS, «The "Gretchen question" for psychiatry: the importance of religion and spirituality in psychiatric treatment», en *Neuropsychiatry* 21 (2007/4) 239-247.

c) Papel de los capellanes y asistentes espirituales: G. LEAVEY Y OTROS, «Challenges to sanctuary: the clergy as a resource for mental health care in the community», en *Social Science & Medicine* 65 (2007/3) 548-559; J.A. SIGMUND, «Spirituality and trauma: The role of clergy in the treatment of posttraumatic stress disorder», en *Journal of Religion & Health* (2003/3) 221-229.

d) En relación con niños y adolescentes, y con ancianos: A.M. JOSEPHSON y M.L. DELL, «Religion and spirituality in child and adolescent psychiatry: a new frontier», en *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 13 (2004/1) 1-15; R.M. LAWRENCE Y OTROS, «Clinicians' attitudes to spirituality in old age psychiatry», en *International Psychogeriatrics* (2007/19) 962-973; S.B. SEXSON, «Religious and spiritual assessment of the child and adolescent», en *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 13 (2004/1); T. TIRRITO Y OTROS, «A multidisciplinary practice model for independent practitioners who work with older adults in the community», en *Educational Gerontology* 22 (1996/6) 591-600.

e) En conexión con patologías concretas: D. BATHGATE, «Psychiatry, religion and cognitive science», en *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37 (2003/3) 277-285;

1. UNA «TERAPIA EXISTENCIAL» RESPETUOSA DE LA TRANSCENDENCIA

La *American Psychiatric Association* concedió, en el año 2000, un premio al doctor Irvin D. Yalom por su contribución en el campo de la religión y la psiquiatría. En su discurso de aceptación, pronunciado ese mismo año en New Orleans⁴, este psiquiatra explica su método, que denomina «psicoterapia existencial»⁵, y lo compara con la perspectiva religiosa, aun reconociendo que con frecuencia la psicoterapia y la religión se ven en las antípodas.

Habiendo pasado desde una educación religiosa judía rígidamente interpretada a una visión materialista-científica, sus lecturas de Schopenhauer, Voltaire, Nietzsche y Freud llevaron a Yalom al convencimiento de que la religión y el mundo científico eran incompatibles. Le parecía muy aleccionadora la metáfora de Schopenhauer sobre la religión, que sería como un gusano brillante que sólo se ve en la oscuridad. Schopenhauer predijo que cuando la luz del conocimiento científico disipara la oscuridad de la ignorancia, las religiones se marchitarían. Sin embargo, reconoce el Dr. Yalom que, al menos en los Estados Unidos, esto no ha sucedido todavía, si se tiene en cuenta el renovado interés actual por la religión y que el 80 por ciento de los ciudadanos declaran creer en la vida después de la muerte.

Francis Crick —que recibió el premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1962, junto con James Watson, por el descubrimiento del DNA— escribió que «los hechos extraordinarios requieren evidencias extraordinarias», en defensa de una visión materialista o naturalista del

K. BAUMANN, «Obsessive-compulsive disorders and religion in contemporary perspective», en *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 75 (2007/10) 587-592; D. BERMAN, «Religion and madness», en *Journal of Religion & Health* 45 (2006/3) 359-370; I.S. HALPER Y OTROS, «Depression and the soul», en *Journal of Religion and Health* 35 (1996/4) 311-319; E.L. MOSS y K.S. DOBSON, «Psychology, spirituality, and end-of-life care: an ethical integration?», en *Canadian Psychology-Psychologie Canadienne* 47 (2006/4) 284-299; J.D. SELLMAN Y OTROS, «Future of God in recovery from drug addiction», en *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry* 41 (2007/10) 800-808.

4. Cfr. I.D. YALOM, «Religion and Psychiatry», en *American Journal of Psychotherapy* 56 (2002/3) 301-316. El Dr. Yalom es actualmente profesor emérito de Psiquiatría en la Universidad de Stanford. El premio Oscar Pfister, por la mejor contribución en el campo de la religión y la psiquiatría, fue también concedido años atrás a Viktor Frankl.

5. Cfr. I.D. YALOM, *Existential Psychotherapy*, Basic Books, New York 1980.

hombre. Según Yalom, esa visión es lamentable y humillante aunque obvia, en cuanto que los deseos y anhelos espirituales están fuera de la realidad a la que se puede llegar por pura experiencia; esa experiencia que los psicoterapeutas conocen como «frágil, falible, rápidamente variable y ampliamente influenciable». Yalom se declara, ya desde el principio de su discurso, partidario de una posición científica respetuosa con el sentido del misterio inherente a la vida y el respeto por las creencias de los demás.

Junto a las lecturas referidas más arriba, que le orientaron hacia una visión materialista, el Dr. Yalom leyó en su adolescencia literatos rusos y franceses que exploraban las cuestiones fundamentales de la muerte y el sentido de la vida, la libertad y las relaciones entre las personas. Más adelante, durante la época de su formación psiquiátrica, llegó a la conclusión de que las interpretaciones dogmático-materialistas de algunos de sus profesores no se distinguían mucho de una religión fundamentalista. Poco después entró en contacto con los pensadores existencialistas, que le ayudaron a profundizar en las relaciones entre la religión y la psiquiatría; pero sus mejores maestros fueron los pacientes, especialmente aquellos que se encontraban a diario ante la finitud de la vida, tales como los aquejados de cáncer metastásico.

1.1. *El paciente y el psiquiatra, «compañeros de viaje»*

Yalom sostiene que las fuerzas que generan el pensamiento, la emoción y la conducta no proceden solamente de los conflictos interiores —con frecuencia inconscientes—, sino también de la confrontación con los «datos» (the «givens») de la existencia. Es decir, con las preocupaciones fundamentales, que pueden resumirse en cuatro: la muerte, la soledad, el sentido de la vida y la libertad. El psiquiatra, en su opinión, no debe forzar la discusión teórica con el paciente sobre estos temas, sino actuar sobre la base de su relación, verbal o no, con él. Esa relación entre el paciente y el psiquiatra puede ser considerada, a falta de una denominación mejor, como la de «compañeros de viaje».

En este punto, el doctor Yalom cita a André Malraux, el novelista francés, cuando éste describe a un cura rural que había escuchado confesiones durante décadas, y resumía lo aprendido sobre la naturaleza humana de esta manera: «Ante todo, la gente es mucho más infeliz de lo

que uno piensa... y no hay tal cosa como una persona madura». A lo que comenta Yalom que todos —y esto incluye tanto a los terapeutas como a los pacientes— estamos destinados a experimentar no sólo la «euforia» de la vida, sino también su inevitable «oscuridad»: la desilusión, el envejecimiento y la enfermedad, la soledad, la pérdida, el sinsentido, las opciones dolorosas y la muerte. De manera que, como decía gráficamente Schopenhauer, cuando somos jóvenes nos representamos la vida como una obra de teatro por comenzar, pero es mejor que no sepamos lo que va a suceder en realidad...

1.2. *Las religiones y el sentido de la vida*

No es esa una visión pesimista sino realista de la vida que, según Yalom, explica la ubicua existencia de las religiones, tan ubicua como la ansiedad existencial que intentan calmar. Somos nosotros, en opinión de este psiquiatra, los que inventamos los dioses. Como decía Xenófanes (2500 a.C.), «si un león pudiera pensar, sus dioses tendrían melenas y rugirían»...

Parece que nos empeñamos en buscar un sentido a la vida para soportarla, y nos engañamos luego pensando que ese sentido estaba ahí para que lo descubriéramos. Esta continua búsqueda de sentido —sigue explicando— con frecuencia nos lleva a una crisis. En su opinión, el problema de la vida, y de una gran parte de los enfermos psiquiátricos, es el del sentido.

Es interesante notar que Yalom no habla simplemente como un psicoterapeuta que juzgara «desde fuera» los problemas de sus pacientes, como diciendo: «pobrecillos, buscan una solución que no encontrarán», sino que se involucra personalmente, sabiéndose parte de esa humanidad ansiosa de sentido, y al mismo tiempo debatiéndose contra la otra parte de sí mismo, tallada según la forma de un científico materialista.

Así confiesa públicamente al principio del discurso: «Os puedo decir que deseo tanto retener ese divino chispazo, ansío ser parte de lo sagrado, existir para siempre, reunirme con los que he perdido. Deseo verdaderamente esas cosas, pero sé que esos deseos no alteran o constituyen la realidad»⁶.

6. I.D. YALOM, *Religion and Psychiatry*, cit., 303.

Y más adelante, con referencia a las religiones: «¿Qué tranquilizador sería saber que en algún lugar existe una finalidad de la vida, verdadera, real, ordenada, asignada con antelación, en lugar de la finalidad incorpórea, tenue e inventada que para mí se sigue inevitablemente de la última visión de nuestro sistema solar reducido a ruinas!»⁷.

Por eso no es extraño que Yalom considere la perspectiva religiosa de una revelación divina como «deliciosamente bienvenida» y confortadora. Reconoce el hecho de que, mientras los animales parecen conformarse con su plan existencial —comer, sobrevivir, reproducirse—, el hombre, como representa el pensador de Rodin, sigue preguntándose y tratando de gestionar su existencia como si tuviera una finalidad o misión más alta.

Pone también el ejemplo del perro al que su amo le tira un palo, y entonces el perro entra en una trepidación de misión...⁸ Y, de nuevo, el corazón inquieto del conferenciante se delata: «Quién de nosotros no ha tenido el deseo: ¡Si yo tuviera alguien que me tirara el palo...!»⁹.

La mayoría de los intentos clínicos, observa, se esfuerzan por dotar de «sentidos» vitales a los pacientes, sea por la vía del hedonismo o del altruismo, de la actividad o la creatividad. Y de nuevo su opinión: «Me parece evidente que los proyectos vitales tienen un significado más profundo y poderoso si llevan a trascenderse, es decir, si se dirigen a algo o alguien fuera de uno mismo, el amor por una causa, el proceso creativo, el amor a los demás o a una esencia divina»¹⁰.

Lo contrario sucede con tantos jóvenes que hoy día se proponen ganar dinero, vivir confortablemente, pero al llegar a los treinta se plantean qué hacer en el resto de sus días. Y lo único que se les ocurre es seguir en la espiral irracional del trabajo y del dinero, aunque cada vez están más lejos de sus familias, todo por miedo al aburrimiento. En opinión del conferenciante, para ayudar a que los pacientes encuentren el sentido de la vida, lo mejor no es hacerlo explícitamente sino procurar que se siga como consecuencia de un compromiso o de una activi-

7. *Ibid.*, 309.

8. Tomado de A. WHEELIS, *The Listener*, W.W. Norton, New York 1999.

9. I.D. YALOM, *Religion and psychiatry*, cit., 309.

10. *Ibid.*, 310.

dad que les saque de sí mismos. La tarea del psiquiatra consiste en ayudar a quitar los obstáculos para ese compromiso. Y según Yalom, esa misma tarea de ayuda impide a los psiquiatras experimentados que entren ellos mismos en crisis de sentido.

1.3. *El aislamiento existencial*

Yalom distingue tres tipos de soledad o aislamiento: (1) *aislamiento intra-psíquico*, separación del propio organismo, descrito por Freud como un arrancar inconsciente de algunos sucesos de la memoria (el psicoterapeuta debe ayudar a reintegrar esas partes de sí mismo); (2) *aislamiento interpersonal* respecto a determinados ámbitos sociales o culturales en diversas formas (esquizoide, narcisista, etc.), donde el psicoterapeuta suele ser bastante eficaz con la ayuda de un grupo terapéutico; (3) *el aislamiento existencial*, más profundo que los dos anteriores, se refiere a una insalvable grieta no sólo entre uno mismo y otros, sino entre uno mismo y el mundo, y suele darse en los pacientes con una enfermedad mortal: «Podemos querer que otros estén con nosotros en la muerte, o podemos morir por otro o por una causa, pero ninguno podemos, en el mínimo grado, librarnos de una muerte solitaria. Aunque podemos querer que otros nos acompañen en la muerte, todavía la muerte sigue siendo la más solitaria de las experiencias»¹¹. Todos buscamos un acompañante para el último viaje, pero es inútil; sólo el cristianismo dice que las «buenas obras» acompañarán a cada uno...

Acabar con la «disforia» (malestar o sufrimiento) de las diversas formas de soledad ha sido el intento de la religión y también de la psicoterapia. Ambas tienen en común la conectividad (*connectivity*). Religión viene de *re-ligare*, unir con la familia, los antepasados, etc., término de gran valor en toda discusión sobre religión y psiquiatría. Los psiquiatras buscan conectar lo más profunda y auténticamente con el enfermo, tanto individualmente como en las terapias de grupo. Un paciente de Yalom describía así la conectividad: «Sé que cada uno somos barcos que pasan en la oscuridad y cada uno es un barco solitario, pero aún así es muy confortador ver las luces de los otros barcos cercanos»¹².

11. *Ibid.*, 311.

12. *Ibid.*, 312.

La religión, dice Yalom, proporciona poderosas formas de conectividad. Una persona religiosa tiene el consuelo de ser observada por Dios, que además le promete la reunificación final con sus seres queridos y con la divinidad, con la fuerza de la vida universal. Además está la conectividad que proporciona la religión organizada a través de la comunidad, con los grupos de encuentro para la oración o el estudio de la Biblia etc., razón por la que muchas personas van allí.

1.4. *La muerte y la salvación*

La muerte es la preocupación más obvia, aunque algunos psicoterapeutas aconsejan evitar ese tema. Aprender a vivir es aprender a morir y a la inversa. Por eso la confrontación con la muerte con frecuencia crea una buena oportunidad para el cambio en las actitudes personales. Así sucede con personajes literarios como Scrooge en el *Cuento de Navidad* (Dickens), con Pierre en *Guerra y Paz* (Tolstoi), o con Ivan Ilych en la novela que lleva su nombre (Tolstoi). Según Heidegger, uno puede vivir admirándose de «cómo son» las cosas cotidianas sin más, o puede vivir en un estado de plena conciencia maravillándose de que «las cosas son», admirándose de su misma realidad. Pues bien, dice Yalom, en esta segunda situación, el individuo está preparado para cambiar de vida. Y el cambio de un modo a otro de vida es facilitado sobre todo en la confrontación con la muerte. Es conocido cómo los pacientes oncológicos cambian la jerarquía de sus valores, cayendo en la cuenta de lo que es verdaderamente importante. Así, «aunque la muerte físicamente nos destruye, la idea de la muerte puede salvarnos».

¿Cómo encontrar ocasiones similares para ese cambio? Los psicoterapeutas más sensibles son capaces de descubrir las posibilidades para la mejoría de las actitudes, no sólo en circunstancias dramáticas para los pacientes, sino también durante experiencias más cotidianas como el envejecimiento, los hijos que dejan el hogar, o el simple paso del tiempo.

Por este camino las doctrinas religiosas pueden contribuir a la mejoría de los pacientes. En la mayoría de las veces el creyente encuentra un gran consuelo en sus creencias religiosas. Yalom afirma que él no trata de imponer sus puntos de vista a los pacientes, sino de ayudarles, lo que supone ser lo más empático posible con su sistema de creencias,

«mirar desde la ventana del paciente». Para ello, «es importante que el psicoterapeuta esté bien informado acerca de la perspectiva religiosa del paciente y tal información puede venir de los pacientes mismos o del estudio por parte del psicoterapeuta»¹³. El terapeuta puede ayudar a que el paciente profundice en sus creencias, o cambie razonablemente sus prioridades, para dar más valor a ciertas prácticas religiosas más centrales, como el amor o la caridad, sobre otras.

El ser humano parece necesitar imperiosamente creer en «algo». Pero Yalom piensa que las religiones han llevado con frecuencia los conflictos hasta la destrucción, y también a comportamientos obsesivo-compulsivos, que conllevan la merma de libertad, creatividad y crecimiento. Además, las religiones suelen enseñar que el sufrimiento exige el sacrificio de la vida, lo que para Yalom es demasiado pesimista. Echa de menos un enfoque que valore lo más plenamente posible la vida: «Mi trabajo con personas que se enfrentan con la muerte me ha enseñado que la ansiedad ante la muerte es directamente proporcional a la cantidad de “vida no vivida” —una vida vivida con más plenitud— de cada persona»¹⁴.

2. PSICOPATOLOGÍA Y EXPERIENCIAS RELIGIOSAS:

TEXTOS PARA UN DEBATE

Hace unos años tuvo lugar un debate académico en una prestigiosa revista anglosajona, *Philosophy, Psychiatry & Psychology* (Johns 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 intenta 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 psicó-

13. *Ibid.*, 314.

14. *Ibid.*, 315.

ticos. En 2002, un segundo artículo, esta vez desde la perspectiva cristiana, mientras reconocía los 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, y para los que no están familiarizados con el tema, recordemos que la psicosis, en palabras del *Diccionario de la Real Academia* (DRAE), es básicamente una «enfermedad mental caracterizada por delirios o alucinaciones, como la esquizofrenia o la paranoia».

2.1. *¿Cómo distinguir entre una psicosis y una «experiencia espiritual» de apariencia psicótica?*

Los autores del artículo de 1997¹⁵ 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 acción¹⁶. A esto se le llamará *action-enhancing/action failure criterion*.

15. Cfr. M. JACKSON y K.W.M. FULFORD, «Spiritual experience and psychopathology», en *Philosophy, Psychiatry & Psychology* (= PPP) 4 (1997) 42-65.

16. Cfr. *ibid.*, 57.

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 o psicosis) sería una distinción artificial dependiente de la aceptación sociocultural¹⁷; o que, para distinguir entre experiencias espirituales y síntomas psicóticos, era preferible recurrir a criterios clínicos¹⁸ 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 publicado cinco años después¹⁹. 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» con una experiencia 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 absoluto»²⁰. Proponían profundizar en la noción de experiencia espiritual desde la perspectiva cristiana (ortodoxa, católica y protestante).

17. Cfr. R. LITTLEWOOD, «Commentary on “Spiritual experience and psychopathology”», en *PPP* 4 (1997) 67-73; A. STORR, *ibid.*, 83-85.

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

19. M. MARZANSKI y M. BRATTON, «Psychopathological symptoms and religious experience: a critique of Jackson and Fulford», en *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 y/o por falta de rigor metodológico.

20. *Ibid.*, 360.

2.2. *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 mejora 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 ellas»²¹. 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 sen-

21. *Ibid.*, 365.

tido 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 mental»²². Desde ahí se puede ver cómo el contexto social o eclesial es clave, no 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»²³.

2.3. *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 psicosis²⁴.

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.

22. *Ibid.*, 368. La cursiva es mía.

23. *Ibid.*, 370.

24. Cfr. C. BRETT, «Psychotic and mystical states of being: connections and distinctions», en 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.

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 trascendente²⁵. 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 ecuanimidad²⁶.

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»²⁷.

Como dificultad, se planteaba 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?²⁸.

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.

25. Cfr. M. MARZANSKI y M. BRATTON, «Mystical states or mystical life? Buddhist, christian, and hindu perspectives», en *PPP* 9 (2002) 349-351.

26. Cfr. los textos citados de C. Brett.

27. M. MARZANSKI y M. BRATTON, *Mystical states...*, 350.

28. 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», en *PPP* 9 (2002) 387-394, especialmente 390ss. Reconocen que su criterio de la *action-enhancing* era por sí mismo insuficiente y aceptan la intervención de otros provenientes de las tradiciones religiosas y de las neurociencias.

3. ANGUSTIA Y CULPA

Juan Bautista Torelló, psiquiatra y experimentado director espiritual, profundiza en la perspectiva cristiana a propósito de la relación entre psicología y vida espiritual²⁹. Según este autor, Sartre es coherente cuando afirma que si Dios desaparece del horizonte, «con Él desaparece toda posibilidad de encontrar valores en un firmamento inteligible». Y entonces, «la angustia, el sentimiento de culpa, el sentido de corresponsabilidad universal de índole casi inconsciente, si carecen de elementos racionales, no sólo llenan cada día las clínicas mentales, sino también las páginas de una abundante literatura moderna, desde Kafka en adelante. Se diría que, desterrada de la conciencia la verdadera culpabilidad, una *falsa culpabilidad* la atenaza»³⁰.

Esa falsa culpabilidad se relaciona con una ausencia del sentido del pecado, muy común en el ambiente relativista actual. Cuando se carece de una orientación ético-religiosa, se tiende a una concepción «mágica» del pecado (aunque no se le llame pecado). La culpa proviene de no haber hecho algo que era necesario hacer. Prescindiendo de las intenciones íntimas, el hombre se adjudica culpas, «simplemente porque se siente desgraciado, o fracasado, o porque ha infringido una ley o una técnica cuya observancia consideraba —con o sin razón— necesaria para su bienestar»³¹. Por otra parte, el hombre contemporáneo se siente a veces culpable de pecados que personalmente no ha cometido, de las guerras o los desastres colectivos. He ahí, señala Torelló, algunas de las fuentes, por defecto o por exceso, de tantas angustias actuales, de tantos «sentimientos de culpabilidad» patológicos.

En la perspectiva cristiana, el pecado procede de la ambición egocéntrica de autosuficiencia ante Dios. Ése sigue siendo el único pecado, o —como dice Santo Tomás— «el inicio de todo pecado». No se trata sólo, por tanto, de transgredir exteriormente una decisión legal, sino de negarse al amor. La obediencia moral es para ello mediación necesaria, custodia, banco de pruebas y humilde expresión de la fidelidad al amor a Dios y al prójimo (cfr. Jn 14,21). Garantía, por tanto del «orden del amor» que es fundamento de la vida humana.

29. Cfr. J.B. TORELLÓ, *Psicología y vida espiritual*, Rialp, Madrid 2008.

30. *Ibid.*, 144s.

31. *Ibid.*, 145s.

Por eso, explicando el pensamiento de Max Scheler al respecto, dice Torelló: «Que yo consiga o no imprimir en mi alma el *ordo amoris* objetivo —la jerarquía objetiva de las cosas dignas de ser amadas, cada cual según su propio valor intrínseco—, determina siempre cualquier clase de actitud, falsedad y error en mi vida y en mi obrar»³². En ese sentido, Cristo, al basar la vida entera en el amor, ha superado no sólo la absolutización del placer sino también la idolatría del deber, el fariseísmo. Así el placer puede hacerse un don de amor y el deber un don amoroso. Placer y deber son medios; el único fin es el amor.

3.1. *Insidias en la formación de la conciencia*

Desde esa perspectiva, Torelló señala dos insidias, de signo radicalmente contrario, que han de evitarse en la formación de la conciencia. De un lado el legalismo o la «intachabilidad ritual». De otro, lo que llama «el amor lírico o vaporoso».

En primer lugar está la exagerada o imprudente insistencia en la «transgresión de la ley». Esto supone una identificación entre pecado y error ritual mágico (que origina un sentimiento de culpabilidad por no haber ejecutado exactamente algo) y lleva a una puntillosidad legalista o farisaica. Este reduccionismo tiende a sobrevalorar lo más sensible o emocional (el sensualismo) en detrimento de lo espiritual (el amor, la justicia, los deberes de estado, etc.). Una situación que provoca en algunas personas emotivas el vértigo del pecado y la consiguiente caída.

Para ilustrar este punto recoge Torelló la siguiente anécdota: «Un mendigo pedía limosna y un paseante le entregó dos pequeñas monedas, al tiempo que le confiaba un secreto: si durante cinco minutos frotaba entre sí esas dos monedas, se convertirían en cuatro; eso sí, con tal de no pensar en un elefante mientras lo hiciera. Al mendigo le pareció una condición muy fácil, pues él jamás pensaba en elefantes. Ahora bien, apenas comenzó la operación, se introdujo “subrepticamente” en su imaginación el malhadado animal. Y lo mismo ocurrió cada vez que el pobre hombre repitió la maniobra...»³³. La lección es clara: la carga emo-

32. *Ibid.*, 148.

33. *Ibid.*, 151.

tiva —en este caso, deseo de enriquecerse, temor a fallar— embrolla las cosas y se cae precisamente en lo que se quería evitar. En suma, el legalismo fomenta el temor, sobre todo en ciertos tipos de conciencia y en las víctimas de educaciones rígidas, y, más aún, enmascara el sentido auténtico de la relación filial con Dios.

En segundo lugar, opuesta al legalismo está la manía «moderna» de entender el amor de una manera vaga y sin obras, lo que se acompaña con un cierto desprecio o disgusto ante la ley.

«F. Mauriac, G. Greene, E. Waugh, H. Böll, B. Marshall, D. Fabri han escrito obras maestras literarias en las que perennes buenos ladrones, magdalenas, samaritanas, hijos pródigos, adúlteras y prostitutas son salvados por el amor; y siempre los presentan como personajes atractivos, frente a los antipáticos fariseos y doctores observantes de la ley»³⁴. A este propósito, evoca Torelló que, ciertamente, Jesús perdonó muchos pecados a la Magdalena porque había amado mucho; pero el mismo Jesús advirtió claramente: «Os digo que cualquiera que mire a una mujer deseándola, ya ha pecado en su corazón» (Mt 5,28).

Y es que, como muestra la vida de los santos, la ley moral es premisa, camino y escuela del amor. «Para no quedar atrapado en el fariseísmo, incapaz de traspasar la corteza de la ley, hay que descubrir la libertad no fuera de la ley, sino en el corazón mismo de la ley»³⁵.

3.2. *Culpabilidad y vida psíquica*

Según San Pablo, la enfermedad y la muerte son «salario del pecado» (Rm 6,27). En el plano concreto, dice Torelló, no se puede afirmar que el pecado sea siempre la causa de que un individuo enferme. Jesús mismo lo negó, a propósito de la polémica suscitada en torno al ciego de nacimiento (Jn 9,1ss). Pero sí se puede decir que los pecados personales, y las redes que en torno a ellos se construyen socialmente, son el agente nocivo más patógeno. «En un mundo sin pecado, al sufrimiento físico no le quedaría más que un campo restringidísimo».

34. *Ibid.*, 152.

35. *Ibid.*, 153.

Al autor le interesa sobre todo la relación entre culpabilidad y vida psíquica, tal como se presenta frecuentemente en las neurosis: «La neurosis, con toda su carga egocéntrica, y como expresión de una restricción de la apertura al tú, al mundo y a los valores, por una parte es “tentación”; y por otra, pérdida de libertad y, por tanto, de responsabilidad, aunque el sujeto cometa pecados en sí graves: las blasfemias de un neurótico coaccionado, las mentiras de un histérico, los delitos sexuales de ciertos “perversos”, el desamorado aislamiento de los melancólicos, etc. Estas personas necesitan cuidados médicos, no sólo pastorales»³⁶.

Por otra parte hay en la psicoterapia una tendencia al reduccionismo, tendencia derivada de su origen en el pensamiento científico-naturalista y aumentada por el clima actual nihilista y relativista. Según la teoría que el mismo Freud denominó «dogmática», la vida del alma se mueve sin más en la esfera instintiva, y la religión sería «una neurosis coaccionada universal», que «ahoga la vida y deforma la imagen del mundo real». Dios no sería más que una «sublimación de la imagen paterna». Y la sexualidad, una energía que debe descargarse: la represión o continencia de la misma provocaría tensiones insostenibles, descompensaría el equilibrio del aparato psíquico y, por tanto, causaría la neurosis.

En opinión de Torelló, la repetición monótona de este cliché dice muy poco acerca de su adecuación a la realidad, «al igual que el hombre que observara con unas lentes rojas los objetos de su investigación, los viera por ello todos rojos, y sostuviese como algo demostrado que todas las cosas son de color rojo (!)»³⁷.

Desde el enfoque del psicoanálisis ortodoxo, el sentido de culpabilidad sería como una «avería» del aparato psíquico; de ahí que se considerase siempre patológico y como algo que debía eliminarse mediante la terapia de origen freudiano, que pretendía —como reconocía abiertamente Jung— explícitamente sustituir la praxis de la confesión. De esta manera se pretendía reducir primero la culpa al plano puramente psicológico, y después eliminar la cuestión misma de la culpabilidad, tanto a nivel individual como colectivo.

36. *Ibid.*, 155.

37. *Ibid.*, 156.

Por el contrario, según Torelló, una psicopatología y psicoterapia más avanzada, basada en una antropología realista, se propone justamente el objetivo contrario: no busca eliminar la culpa, sino lograr que la persona reconozca su propia culpa y la asuma plenamente. Hay que distinguir entre *culpa moral* y *culpa existencial*: «esta última se manifiesta en los sentimientos patológicos de culpabilidad, que a menudo no tienen nada que ver con el pecado y consisten en aquella restricción de la apertura del yo al mundo, al prójimo, a los valores objetivos y a Dios que impide el disfrute de los talentos recibidos, el don amoroso de sí y la disposición a servir, única manera de superar el ansia obsesiva de autorrealizarse». Dicho brevemente, ante la angustia y el sentido de culpabilidad, el médico y el psicoterapeuta deben tratar de que la persona asuma su propia responsabilidad y sepa usar correctamente su libertad.

Según Max Scheler, «al ser humano no sólo le pertenece la libertad de hacerse culpable, sino también la responsabilidad de superar la culpa cometida». La posición contraria, determinista, deja desarmado al sujeto, que pierde la motivación para cambiar y se abandona a sí mismo, de un modo que no hace justicia a la dignidad humana, como muestran los estudios y las reflexiones de Viktor Frankl. Este ilustre psiquiatra vienesés conversó un día con los internos de la prisión estadounidense de San Quintín. Josef Fabry recogió las reacciones de aquellos delincuentes:

«Uno comentó: “Los psicólogos siempre nos preguntan por nuestra infancia y cosas malas del pasado. Siempre el pasado. Es como una piedra molar alrededor de nuestro cuello. (...) La mayoría de nosotros ya no escuchaba más a los psicólogos”. Y otro dijo: “Ellos siempre nos tratan como a criminales sin remedio o como psicópatas, aquí en la prisión y fuera; y así nosotros, finalmente, dejamos de esforzarnos. ¿De qué nos serviría? Frankl dijo que la posibilidad de cambiar está dentro de mí. Debe saberlo, pues él también lo ha pasado”»³⁸.

3.3. *Psicoterapia, confesión y dirección espiritual*

Desde la fe en la sacramentalidad de la Iglesia y la confesión de los pecados, el mensaje del Evangelio afirma la necesidad de protección y de

38. J.F. FABRY, *The Pursuit of Meaning: Logotherapy Applied to Life*, Boston 1968, 23s. Citado por V. FRANKL, *La voluntad de sentido*, Herder, Barcelona 1988, 155.

perdón. La confesión auricular, señala Torelló, puede ser malentendida e incluso ser objeto de abusos, «pero constituye en sí misma una de las fuentes más claras de maduración de la conciencia y de encarnación de la espiritualidad»³⁹. La confesión se entiende en referencia y como preparación a la Eucaristía, que viene a ser, en expresión de Tomás de Aquino, «la prolongación en el tiempo de la Encarnación del Hijo de Dios, que es nuestra salvación». Se trata de un sacramento donde actúa Cristo, por medio del sacerdote: además de un tribunal que absuelve o condena —según el arrepentimiento—, esa acción santifica realmente a quien se confiesa, a la vez que significa un reconocimiento de la grandeza y santidad de Dios, de su justicia y misericordia.

La confesión difiere profundamente de la psicoterapia, sobre todo en cuanto que la primera es una acción sacramental, en la que según la fe cristiana interviene Dios, mientras que la segunda es una acción meramente humana. Torelló señala otras diferencias entre ambas acciones⁴⁰:

— En la confesión, el cristiano sólo se acusa de los pecados (culpas conscientes) cometidos después del Bautismo o desde la última confesión. En cambio al analista le interesan también «los actos moralmente buenos, los sentimientos, las reacciones espontáneas —los teólogos las denominan “actos *primo primi*”—, los proyectos, la vida conyugal, las relaciones sociales, la carrera profesional, los sueños, la filosofía de la vida, etc.».

— En la confesión, el sacerdote actúa como juez de la moralidad de los actos del pecador, de los que éste libremente se acusa. En cambio el psicoterapeuta «sólo intenta comprender el “modo de estar-en-el mundo” de su cliente, para captar la esencia y el sentido de su trastorno neurótico».

— En la confesión es esencial «la absolución», que el sacerdote imparte en virtud de la facultad recibida con el sacramento del Orden. La absolución es siempre eficaz —supuestas las buenas disposiciones del penitente—, aunque el sacerdote no sea virtuoso, ni tenga mucha cultura, agudeza psicológica, sólida personalidad, etc. En cambio el efecto de la acción del psicoterapeuta —que no puede ni debe absolver de los pecados— no sólo no siempre se consigue, sino que depende sobre todo de su personalidad.

39. J.B. TORELLÓ, *Psicología y vida espiritual*, texto citado, 160.

40. Cfr. *ibid.*, 162-164.

— El perdón sacramental que aporta la confesión produce un cambio en el penitente, cambio que pertenece al orden de la gracia y, en cuanto tal, no es sensible. («Por eso, tras una buena y eficaz confesión, puede *no sentirse nada*, ningún consuelo, y permanecer psicológicamente como antes»). La psicoterapia, al contrario, busca precisamente un cambio psicológico, una liberación profunda, una nueva y esperanzadora orientación.

— Con todo, normalmente tras la confesión el penitente experimenta un notable alivio y estímulo, positivos y deseables; pero este alivio y estímulo no constituye el objetivo ni la sustancia de la confesión. «En cambio, este alivio, y sobre todo la liberación de la angustia, constituyen exactamente el objetivo —si no último, sí siempre necesario y querido— de toda psicoterapia».

— Uno de los actos fundamentales en la confesión, por parte del penitente, es la satisfacción (o penitencia) que le impone el sacerdote, cosa que jamás ocurre propiamente en la psicoterapia.

De todo ello deduce el autor, en primer lugar, que ni el psicoterapeuta puede sustituir al confesor ni viceversa. «Pues siendo cierto que numerosos neuróticos encuentran en la confesión una gran ayuda —sobre todo si el sacerdote tiene dotes de comprensión, de intuición y acaso hasta formación psicológica— y que una buena confesión fomenta una *metanoia* o conversión que indirectamente ataca el núcleo central de muchas neurosis, hay que decir que normalmente la confesión no aporta a los enfermos la solución que necesitan a la crisis en que se hallan atrapados. Además, si el sacerdote no está al menos iniciado en psicología, puede incluso dañar y recargar en los neuróticos y depresivos su errónea actitud vital».

En segundo lugar, Torelló subraya la importancia de una adecuada formación psicológica en los confesores, que facilite lo que les corresponde, es decir, el *discernimiento de espíritus*: «Saber escuchar con gran atención y paciencia, evitar la rutina, suscitar la maduración de las conciencias, y esquivar con tacto y energía cualquier dependencia demasiado personal». De este modo el sacerdote debe aprender que la confesión puede ayudar psicológicamente, precisamente cuando se ejercita amonestando con prudencia y desde la actitud fundamental de entrega generosa, de esperanza en Dios y de confianza en la acción de la gracia.

En cuanto a las relaciones, más sutiles, entre *psicoterapia* y *dirección espiritual*, señala también la necesidad de una neta distinción, dentro del servicio a la persona que busca ayuda. Esas relaciones pueden comprenderse según estos puntos⁴¹:

— El psicoterapeuta es un médico o un psicólogo especializado, cuyo cometido consiste en ayudar a ordenar las relaciones de la persona consigo mismo, con los demás y con el mundo. En cambio al director espiritual le corresponde ante todo la relación con Dios y con la Iglesia, tanto en sanos como en enfermos.

— El psicoterapeuta se sitúa propiamente en el ámbito de la naturaleza, y desde ahí procura mejorar la salud, la libertad y la paz interior, la unidad personal y su integración en la familia, en el trabajo y la sociedad. El director espiritual atiende sobre todo a lo que la persona puede realizar en el ámbito de la gracia, contando con la salud y, en su caso, la enfermedad; se interesa no en primer lugar por la salud física o psíquica, sino por la santidad, que es la perfección del amor.

— En cuanto a la culpa moral, el psicoterapeuta debe diferenciarla de los sentimientos morbosos de culpabilidad, que hay que eliminar. El director espiritual debe promover el arrepentimiento y la conversión, es decir, la unión con Dios y la docilidad al Espíritu Santo. «No sólo ayudará a la mejora del comportamiento, al cumplimiento de los deberes individuales, sino que facilitará el impulso hacia la plenitud de la vida cristiana sacramental, de oración y de apostolado en el propio ambiente».

— Por último, y como es lógico, al psicoterapeuta acuden creyentes y no creyentes, mientras que el director espiritual tiene que ver sobre todo con creyentes, que buscan el apoyo y la orientación para vivir su fe en la vida diaria.

La dirección espiritual —concluye Torelló— no cabe reducirla al plano psicológico. No obstante, si se estructura de modo dinámico y sin rigideces, merece la calificación de *psicoterapia menor*, pues lleva inevitablemente a la lucha contra el egocentrismo, pues intenta desarrollar la capacidad de amar a Dios, al prójimo y al mundo entero.

41. Cfr. *ibid.*, 165-167.

4. CONSIDERACIONES FINALES

1. Con argumentos de ciencia y experiencia, el primer autor, Irvin D. Yalom, sostiene que la actitud de los psiquiatras ante las creencias religiosas de los pacientes ha de ir en la línea del respeto, del conocimiento y del fortalecimiento de los núcleos que tienen que ver en cada religión con lo que ayuda a vivir a los creyentes, les da un sentido más pleno de su vida y también les ayuda a vivir porque les da un sentido de su muerte, es decir, de aquello que más tiene que ver con la dignidad de las personas y su apertura a la trascendencia. Sin olvidar los riesgos de las religiones, la religión debe ser valorada como factor que puede ayudar al enfermo. En todo caso, el respeto al paciente y, por tanto, a sus creencias, está en el origen de toda práctica de salud mental.

En el conferenciante conviven su enemistad con una educación religiosa rígida y su formación científica más bien materialista, junto con aportaciones de algunas lecturas de fondo antropológico, a veces fuertemente existencialista. Su concepto de experiencia está determinado por la perspectiva de la ciencia experimental, que tiende a reducir el horizonte gnoseológico a lo empírico. Pero se mantiene en él la apertura al misterio de la existencia⁴². En diversos pasajes de su texto aflora una cierta nostalgia de Dios, como si también el doctor Yalom hubiera leído a Agustín de Hipona —«... nuestro corazón está inquieto hasta que descanse en Ti»—.

De la auténtica experiencia religiosa se ha escrito: «No debe ser identificada en ningún caso con irracionalidad, delirio, borrachera o ebriedad religiosas, mero entusiasmo espiritual o sentimentalismo. Tampoco es autosugestión, desequilibrio psíquico, morbosidad, posesión por fuerzas ocultas o inestabilidad mental»⁴³. Es una percepción profunda de la realidad, en parte incomunicable, a la que se han aproximado los buenos literatos y poetas, en su exploración del alma religiosa del hombre⁴⁴.

42. La experiencia de Dios es un *hecho* que puede y debe ser interpretado razonablemente, aunque por su contenido supera la racionalidad humana. El cristianismo sostiene que Dios concede experiencias espirituales a las personas de buena voluntad. Cfr. J. MORALES, *La experiencia de Dios*, Rialp, Madrid 2007, 38.

43. *Ibid.*, 234.

44. Entre los criterios de discernimiento de la autenticidad de una experiencia cristiana destacan: la referencia a Jesús y al Espíritu Santo, la integración-mediación eclesial y la praxis cristiana como servicio fraterno y de justicia. Cfr. *ibid.*, 244s).

Cabe recordar, por lo demás, la diferencia fundamental entre el cristianismo y las religiones no cristianas; hasta el punto que Karl Barth († 1968) —uno de los más prestigiosos teólogos protestantes del siglo XX— sostenía radicalmente que el cristianismo es una fe, pero no una religión.

En una perspectiva más general, sin duda puede decirse que el cristianismo es una religión, muy distinta, sin embargo, de las otras, que representan los anhelos del hombre en busca de lo trascendente. El Evangelio, en cambio, representa la iniciativa de Dios que entra en la historia y participa de ella enviando a su Hijo hecho hombre. La fe cristiana no se basa en una doctrina teórica, sino en hechos históricos, sobre todo en las enseñanzas y la vida de Jesús de Nazaret. Y por cierto, el Cuerpo místico acompaña al cristiano en su muerte, porque un cristiano no vive y tampoco muere nunca solo. Si «sus buenas obras le acompañan» es porque han adquirido un valor eterno en su unión con la vida de Cristo.

Vale la pena asimismo anotar que el cristianismo no es, como algunos dicen, la religión del sufrimiento, sino, en todo caso, la religión del amor y de la vida. No hay en ninguna otra religión, ni en ningún sistema de pensamiento, respuesta definitiva al misterio del dolor y la muerte, que el cristianismo transforma en Vida plena sin quitarle su misterio. San Agustín explicaba que el núcleo del sacrificio (*sacrum-facere* = hacer algo sagrado) del que habla el culto cristiano, no es el dolor sino el amor como participación de la vida divina. El amor es *más fuerte que la muerte*, afirma ya el *Cantar de los cantares*, y no sólo para el más allá. El cristianismo da un sentido al dolor y a la muerte porque, ante todo, da un sentido a la vida⁴⁵.

Con otras palabras, en la perspectiva cristiana no es el sufrimiento el que exige el sacrificio de la vida, sino que la vida puede llegar a sacrificarse gustosamente (aunque eso implique un cierto grado de sufrimiento); pero no por un enfermizo ensalzamiento del dolor, sino por amor, como acto de entrega de sí mismo, como ofrenda a Dios y servicio a los demás.

45. Un profundo análisis fenomenológico del anhelo humano por una vida que se sitúe en la plenitud del ser puede verse en la encíclica de BENEDICTO XVI, *Spe salvi* sobre la esperanza cristiana (30.XI.2007), nn. 11 y 12.

Ese sentido de ofrenda y servicio de la vida se abre en Jesús. La aportación cristiana a una terapia en profundidad del dolor —que afirma al mismo tiempo la conveniencia de evitar o limitar en lo posible ese dolor— podría resumirse así: «Lo que cura al hombre no es esquivar el sufrimiento y huir ante el dolor, sino la capacidad de aceptar la tribulación, madurar en ella y encontrar en ella un sentido mediante la unión con Cristo, que ha sufrido con amor infinito»⁴⁶.

2. Es precisamente Jesús de Nazaret quien 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 acerca de la diferencia entre la psicosis y las experiencias espirituales o religiosas. (Digamos, haciendo un paréntesis, que ese 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 prójimo⁴⁷.

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.

46. Cfr. *ibid.*, n. 37.

47. 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, 27. Vid. también al respecto de la parábola del Buen Samaritano el penetrante comentario de J. RATZINGER-BENEDICTO XVI, *Jesús de Nazaret*, Madrid 2007, 235-243.

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 religión⁴⁸. Y esta perspectiva puede sin duda considerarse como válida para un diálogo con una ética abierta a la transcendencia, donde la verdad y el amor, en su interconexión, son referentes universales⁴⁹.

3. Finalmente, hemos visto cómo el análisis de J.B. Torelló subraya también aspectos concretos de la relación entre la religión y la psicología-psiquiatría. Su reflexión pone de relieve que a las personas no se les ayuda forzándolas a olvidar sus culpas morales⁵⁰, sino ayudándolas a administrar responsablemente su libertad, pues es así como se autorrealiza el ser humano, en lo que Juan Pablo II llamaba «la entrega sincera de sí mismo»⁵¹.

Ramiro PELLITERO
Facultad de Teología
Universidad de Navarra
PAMPLONA

48. Cfr. el debate que sostuvo el entonces Cardenal Joseph Ratzinger con Jürgen Habermas, en Munich, enero de 2004. La intervención de Ratzinger, donde alude a las «patologías de la religión» y a las «patologías de la razón», ha sido ya citada en la nota 1.

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

50. Una buena metáfora del tema es la novela de H. STANGERUP, *El hombre que quería ser culpable*, Barcelona 1991.

51. La expresión se encuentra en *Gaudium et spes*, n. 23 («hominem, ... plene seipsum invenire non posse nisi per sincerum sui ipsius donum»), con referencia a Lc 17,33.