

REGINA BÄUMER - MICHAEL PLATTING
(Ed.)

NOCHE OSCURA Y DEPRESIÓN
CRISIS ESPIRITUALES Y PSICOLÓGICAS:
NATURALEZA Y DIFERENCIAS

*Contribuciones de
Kevin Culligan, Daniel Hell, Ralf Stolina y otros*

DESCLÉE DE BROUWER
BILBAO - 2011

ÍNDICE

PRÓLOGO	9
-------------------	---

PRIMERA PARTE

NOCHE OSCURA Y DEPRESIÓN.

ACLARACIÓN INTRODUCTORIA DE CONCEPTOS

I. PSICODINÁMICA DE LA DEPRESIÓN Y CONSIDERACIÓN	15
<i>Daniel Hell</i>	
II. EXPERIENCIAS DE LA NOCHE	31
<i>Ralf Stolina</i>	
III. DEL TRATO CON LA OSCURIDAD EN LA ORIENTACIÓN ESPIRITUAL.	75
<i>Kevin Culligan</i>	

SEGUNDA PARTE

NOCHE OSCURA Y DEPRESIÓN.

DESDE UNA PERSPECTIVA PRÁCTICA

IV. ¿DEPRESIVO O SENSIBLE A LOS PROBLEMAS? INVE- STIGACIONES EN LA VIDA COTIDIANA Y LA TERAPIA. . .	97
<i>Christiane Geiser</i>	

V. DESAFÍOS DE LA ACCIÓN PASTORAL CON PERSONAS DEPRIMIDAS	111
<i>Susanne Hirmer</i>	
VI. ¿REZAR LAMENTÁNDOSE? LA ORACIÓN Y EL LAMENTO	123
<i>Birgit Jeggle-Merz</i>	
VII. LA EXPERIENCIA DE LA CRISIS DE HENRI NOUWEN: ¿DEPRESIÓN Y/O NOCHE OSCURA?	133
<i>Michael Platting</i>	
TERCERA PARTE	
NOCHE OSCURA Y DEPRESIÓN. DOCUMENTACIÓN DEL SIMPOSIO	
VIII. NOCHE OSCURA Y DEPRESIÓN. VISIÓN GENERAL . . .	143
<i>Regina Bäumer/Michael Platting</i>	
IX. RETROSPECTIVAS Y PERSPECTIVAS BREVES COMENTARIOS DE LOS PONENTES.	163
AUTORES Y AUTORAS	177

PRÓLOGO

La caracterización de los estados depresivos que recoge la literatura especializada en psicología y la descripción de lo que se conoce como “noche oscura” en la literatura religiosa documenta la semejanza de ambos fenómenos. Lo mismo cabe afirmar basándose en la experiencia recabada por terapeutas y agentes pastorales en el ejercicio de su profesión: la noche de la psique y la noche de la fe son experiencias parecidas. Pese a ello, se trata de crisis distintas y diferenciables. ¿Qué diferencias y similitudes existen entre el fenómeno de la crisis espiritual conocido como “noche oscura” y el proceso psicológico de la depresión? ¿Se trata del mismo fenómeno visto desde ángulos distintos? ¿O nos enfrentamos, por el contrario, con dos tipos de crisis claramente diferenciables? ¿Qué conclusiones cabe extraer de esta reflexión para la práctica de terapeutas y agentes pastorales?

Las ponencias reunidas en este volumen recogen un amplio espectro de cuestiones. Con ello pretendemos presentar los aspectos psicológicos y teológico-espirituales del tema y promover un diálogo fecundo entre las distintas aproximaciones al mismo.

El libro se divide en tres partes: los ensayos introductorios, de mayor extensión, definen el marco en el que se responderá a la pregunta sobre la naturaleza y relaciones de las crisis religiosas y psicológicas. Esta visión de con-

junto se propone reunir las propuestas y planteamientos de los autores y las discusiones, y asegurar con ello que los resultados alcanzados constituirán un punto de partida para ulteriores trabajos e investigaciones.

Las contribuciones más breves de la segunda parte del libro abren una nueva perspectiva sobre el tema, esta vez inspirada en la práctica asistencial, terapéutica o pastoral, de sus autores y autoras. Se trata de contribuciones ordenadas a estimular la discusión, ponencias que invitan a un vivo intercambio de ideas y persiguen, sobre todo, el objetivo de la interdisciplinariedad.

La tercera parte se ordena a presentar las conclusiones. Para ello los autores de la primera sección vuelven a tomar la palabra.

El Instituto de Espiritualidad de la Universidad de Filosofía y Teología de Münster se ocupa desde hace años del problema de la relación entre el fenómeno de la crisis psicológica y el de la crisis religiosa. Los ensayos que presentamos aquí corresponden al texto revisado de las conferencias impartidas y discutidas en el simposio internacional, interdisciplinar y ecuménico celebrado en Münster en febrero de 2008. Los asistentes al congreso procedían de distintas profesiones y confesiones de la psicología/terapia y de la teología/pastoral.

La presente publicación documenta las principales ponencias, la visión de conjunto, informes de los *workshops* y la intervención final de los ponentes.

Los editores desean expresar su agradecimiento a los ponentes y asistentes al simposio por el apasionante y fecundo intercambio de ideas que hizo posible este volumen.¹

1. Las tesis del profesor Hegerl se hallan recogidas en sus numerosas publicaciones sobre el tema de la depresión, razón por la que no las damos de nuevo a la imprenta en este libro.

También deseamos dar las gracias a Eva Mundanjohl por su asesoramiento profesional en la celebración del simposio, y a Anke Wöhrle por la lectura del texto.

Münster, mayo de 2008

Regina Bäumer

Padre Michael Plattig O. Carm

PRIMERA PARTE

NOCHE OSCURA Y DEPRESIÓN
ACLARACIÓN INTRODUCTORIA
DE CONCEPTOS

I

PSICODINÁMICA DE LA DEPRESIÓN Y CONSIDERACIÓN¹

Daniel Hell

CONCEPCIONES DE LA DEPRESIÓN A LO LARGO DEL TIEMPO

El concepto de depresión es moderno, fue acuñado en los siglos XIX y XX. Pese a ello, hallamos referencias a lo que hoy en día llamamos depresión desde que existen testimonios escritos. Ya en el siglo VIII a. de C., Homero relata cómo Belerofonte vaga solo y sin rumbo sumido en la pena y la desesperación. Igualmente expresiva es la descripción que nos ofrece el Primer Libro de Samuel, uno de los más antiguos de la Biblia, de la melancolía de Saúl, rey de los judíos: Saúl, hombre propenso a la ira y a los celos, se debate contra su destino y finalmente se arroja sobre su propia espada. También en los Salmos hallamos una impresionante descripción de los estados depresivos, por ejemplo, en el Salmo 116: “Me envolvían los lazos de la muerte, estaba preso en las redes fatales, me ahogaban la angustia y el pesar”. También en la primera colección griega de tratados médicos encontramos referencias al estado depresivo severo. En los textos hipocráticos recibe el nombre de “melancolía”, porque se lo asociaba a un exceso o enfriamiento de la bilis negra. Con el correr del tiempo, se han añadido a este otros con-

1. Para consultar una extensa bibliografía y ampliar referencias, véase D. Hell, *Depression. Was stimmt? Die wichtigsten Antworten*, Friburgo de Bresgovia, segunda edición, 2008.

ceptos, el de “acedia”, por ejemplo, en la Edad Media, el de “Schwermut”, a comienzos de la Edad Moderna, en los países alemanes, o, recientemente, el de “trastorno afectivo unipolar y bipolar”. Pero también la noche oscura de la mística y las crisis espirituales entrañan estados depresivos.

Ofrecemos a continuación un esquema simplificado en el que se asigna a conceptos de distintas épocas el sentido en el que fueron usados:

Melancolía	Desequilibrio de los fluidos corporales
Acedia	Confundir el deseo con la realidad, “tentación demoníaca”
Noche oscura	Crisis del sentido y del espíritu, estado transitorio en el camino de la fe
Depresión	Trastorno cerebral funcional
Crisis espiritual	Complicación en el seno de una búsqueda espiritual

El concepto que los médicos griegos tenían de la melancolía era esencialmente biológico. Frente a este, la acedia de la temprana Edad Media, que se remonta a los Padres del Desierto y especialmente al padre Evagrio Pónico, es un concepto psicodinámico empleado en un contexto religioso. Los Padres y Madres del Desierto, que no desconocían el sentimiento de aversión por uno mismo, asociaban este fenómeno a deseos insatisfechos, más exactamente, a la frustración generada por fracasos y decepciones, una frustración que desencadena ira. El padre Evagrio acuñó la imagen de un animal de carga del que tiran por la parte delantera sus deseos y anhelos, y espoleado por la parte trasera por la ira que provoca la insatisfacción de esos deseos: una excelente imagen de lo que 1.500 años después Sigmund Freud llamaría autoagre-

sión: “la sombra del objeto perdido que recae sobre el yo”. Los eremitas de los primeros siglos del cristianismo no tenían, naturalmente, una imagen secularizada del mundo como la de Freud, sino que hablaban de demonios que acosan a los hombres. Pero al menos Evagrio también interpretaba la presencia de esos demonios en clave simbólica, como una imagen de pensamientos reprobables (los así llamados *logismoi*). Los Padres y Madres del Desierto, gracias a su profunda experiencia existencial, captaron el conflicto entre deseo y realidad que coadyuva en la aparición de “desajustes depresivos”.

El concepto de noche oscura de la mística, por el contrario, no parte del modelo del conflicto, esto es, de oposiciones irreconciliables, sino de la idea de una crisis en la que, sin embargo, también debe apreciarse una oportunidad. La noche oscura puede ser necesaria para dejar que la luz (Dios) penetre en el hombre cuyo ego flaquea y se pierde en la oscuridad. San Juan de la Cruz concebía la noche oscura como una purificación que podía conducir a la iluminación. Con todo, y a juzgar por su aspecto, la noche oscura satisface en la mayoría de casos los criterios que según la OMS ha de satisfacer un episodio depresivo. Desde un punto de vista sintomatológico, también resulta difícil distinguirla netamente de la acedia, que es una forma de “desidiosa inquietud”.

Lo mismo cabe decir de las crisis espirituales. Suelen concebirse, por un lado, como un paso, un túnel en el camino de la fe; por otro, como una complicación en la búsqueda espiritual (de resultados de una meditación que sigue caminos errados, por ejemplo, o de la ofuscadora adhesión a un líder espiritual inapropiado). Una mirada retrospectiva hacia los distintos esfuerzos por entender y explicar los “estados depresivos” revela que los periodos

de acentuación de su lado negativo –en la Baja Edad Media, por ejemplo, se contaba entre los pecados mortales (demonización)– son siempre seguidos por movimientos pendulares que subrayan su lado positivo –como ocurre en el Renacimiento con la noche oscura (desdemonización). En nuestros días, también cabe ver en el concepto de “burn-out” y, más excepcionalmente, de “crisis espiritual”, una “des-patologización” de la depresión, esto es, una reacción (inicialmente protagonizada por subculturas y finalmente presente en el conjunto de la sociedad) a la “patologización” de la depresión que entraña el concepto de trastorno funcional del cerebro.

LA DEPRESIÓN HOY: UN EPISODIO MULTIDIMENSIONAL

A mi modo de ver, el mejor modo de hacer justicia a los episodios depresivos es poner el fenómeno bajo una perspectiva multidimensional. De entrada, los estados depresivos tienen una dimensión psicológica. Tienen su origen en una vivencia muy dolorosa, y se caracterizan por el abatimiento (“depresión” procede del término latino *deprimere* = apretar, oprimir) y por la inhibición de los impulsos y de la acción. Se constatan, a la par, cambios corporales, especialmente en el cerebro, como, por ejemplo, un aumento del cortisol, la hormona del estrés, una disminución de los neurotransmisores, cambios en la actividad cerebral y una inhibición psicomotora que afecta a la postura, la gesticulación, la expresión del rostro y la voz. Junto a estos cambios de naturaleza psicológica y biológica, los episodios depresivos también afectan a la interacción y comunicación interpersonal, lo cual es especialmente importante para la psicoterapia y la orientación espiritual (más adelante volveremos sobre

esto). El sufrimiento genuinamente depresivo modifica profunda e integralmente a la persona que lo padece, afecta a sus sentimientos, pensamientos y conducta, también a las funciones corporales, incluido el metabolismo. De ahí que oponer el punto de vista psicológico al punto de vista biológico o este último al psicosocial solo pueda inducir a la confusión.

Es indudable que una persona con depresión severa, alguien que padezca, digamos, delirio de pobreza o culpa, necesita una terapia que actúe a nivel biológico y que en la mayoría de los casos empleará medicamentos. Aun así, una psicoterapia bien planteada es beneficiosa incluso en el caso de los enfermos graves. La comprensión empática del enfermo es especialmente importante en el caso de la depresión aguda. Y aunque en depresiones leves y moderadas a menudo se prescinda de tratamiento farmacológico, en un tratamiento exclusivamente psicoterapéutico nunca se debe olvidar que la persona deprimida padece una inhibición de la acción de base biológica que dificulta temporalmente tanto sus movimientos como su pensamiento, sentimiento y acciones. De ahí que la ayuda psicoterapéutica, así como la asistencia espiritual, deba organizarse siempre contando con los procesos somáticos que acompañan a la depresión.

BREVE SINOPSIS DE LOS PRINCIPALES MÉTODOS PSICOTERAPÉUTICOS

El psicoanálisis sigue siendo la forma de psicoterapia más conocida. Con todo, la estrategia clásica del psicoanálisis, en la que la persona analizada yace en un sofá sin sostener contacto visual con el analítico, ha dejado de estar en vigor. Hoy en día se suele recurrir a terapias bre-

ves de orientación psicoanalítica. En ellas el paciente y el terapeuta se sientan cara a cara y trabajan durante semanas o meses sobre el trasfondo psicodinámico de su cuadro depresivo en sesiones –la mayoría de los casos– de una hora de duración. El foco de este tratamiento puede ser, por ejemplo, un super-yo excesivamente severo que inhibe la capacidad de afirmación de una persona, o problemas de acercamiento/distancia interpersonales originados por una experiencia previa de pérdida. El análisis psicoterapéutico del devenir biográfico se ordena, fundamentalmente, a hacer que afloren sentimientos reprimidos. Los sentimientos revitalizan a la persona, porque son parte de su energía vital (ver tabla en la página siguiente).

La terapia cognitivo-conductual gana cada vez más terreno, también en Europa. El objetivo de la terapia cognitivo-conductual consiste en romper la espiral de pensamientos negativos, pérdida de motivación y abatimiento. El principal instrumento de esta forma de terapia especialmente concebida para personas depresivas es una suerte de conducción socrática del diálogo. Aborda los pensamientos negativos, pero no los cuestiona directamente, sino que induce a la persona deprimida a que examine por sí misma el contenido de realidad de dichos pensamientos. Es muy común que en la mente de las personas depresivas irruman automáticamente, de un segundo a otro, juicios negativos (“no valgo nada”, “los demás me desprecian”, “nunca cambiará nada”) que sostienen el estado de ánimo depresivo. El tratamiento detenido de algún problema permite al terapeuta hacer ver a la persona deprimida que sus opiniones, esto es, los pensamientos depresivos que aparecen automáticamente, no se ajustan –o se ajustan solo parcialmente– a la verdad en

ese caso concreto. También puede animarle a probar con otras ideas (señalemos solo entre paréntesis que no se trata de un método tan nuevo como se piensa. Ya los Padres y Madres del Desierto conocían la relación entre pensamientos negativos y estados de ánimo depresivos. Evagrio Póntico desarrolló el llamado método antirrético, consistente en oponer a pensamientos opresivos, “pecaminosos”, pasajes de la Biblia positivos o neutrales.)

El tercer método psicoterapéutico de eficacia comprobada es la llamada terapia interpersonal, la cual parte de la idea de que el estrés que generan las relaciones humanas puede provocar o mantener un trastorno depresivo. Centra por ello su atención en los problemas interpersonales, y trabaja sobre experiencias de pérdida, conflictos, cambios drásticos en las condiciones de vida y, en general, deficiencias comunicativas.

El cuadro sinóptico de los tres métodos psicoterapéuticos para el tratamiento de la depresión sería:

	Terapia interpersonal	Terapia cognitiva	Terapia psicodinámica (psicoanálisis, principalmente)
Causa de la enfermedad	Relaciones interpersonales opresivas	Pensamiento negativo que distorsiona la realidad	Sentimientos defensivos (regresión del yo)
Estrategia terapéutica	Solución de los problemas interpersonales	Cambios en los patrones de pensamiento	Trabajo sobre conflictos internos de origen biográfico

Las formas de psicoterapia breve que hemos resumido aquí duran por término medio de entre 10 y 40 sesio-

nes, distribuidas en varias semanas o meses. Aunque difieren en sus fundamentos teóricos, en la práctica prevalecen sus puntos en común. Cientos de estudios demuestran que en todos los métodos la eficacia depende del modo en que se configura la relación entre el terapeuta y el paciente:

- Una relación cálida, de aprecio y confianza (Orlinsky y otros, 1994)
- Expectativas positivas por parte del terapeuta (Beutler y otros, 1994)
- El terapeuta como modelo (en lo que respecta, por ejemplo, a la autoaceptación, tolerancia a la frustración, etc.) (Baumann y Perrez, 1998)

Empatía, autenticidad y calidez fomentan la eficacia del tratamiento, al igual que una actitud terapéutica que infunde esperanza y un trato empático con las frustraciones. Los éxitos alcanzados por los tratamientos correspondientes al enfoque psicoterapéutico son innegables, y es probable que, a largo plazo, resulten más beneficiosos que las terapias farmacológicas. Con todo, no hay razón para un entusiasmo desmedido sobre su eficacia. Las depresiones representan un desafío para la paciencia. No es infrecuente que deban aplicarse diversos remedios psicoterapéuticos, o combinarlos con un tratamiento médico. Por lo demás, si las psicoterapias obtienen buenos resultados en, digamos, dos de cada tres casos de depresiones leves o moderadas, se debe a que no solo repercuten en la psique. También se normalizan las funciones corporales alteradas, como los niveles de cortisol, los neurotransmisores o la actividad cerebral, sin recurrir a medios biológicos.