

## Segunda Sección

# La luz de la fe en el mundo de la depresión

MASSIMO ALIVERTI

## 1. La historia de la depresión

Al parecer el médico griego Hipócrates, siglos V y IV antes de Cristo, fue un día a la casa del filósofo Demócrito que, según sus amigos, estaba dando señales de desequilibrio mental, y lo encontraron seccionando animales para contemplar sus vísceras. En esta ocasión y como queriendo justificar su comportamiento, el filósofo habría dicho al médico que también él tenía cierto interés en torno a la naturaleza y a las causas de la locura; asimismo, habría añadido que deseando escribir sobre el tema había seccionado esos animales no por desprecio a los dioses, sino para buscar la sede y la naturaleza de la bilis a cuyo exceso se atribuía corrientemente la causa de la locura.

En la época de Hipócrates, la bilis, tanto amarilla como negra, era considerada estrechamente vinculada con las anomalías del comportamiento pudiéndose distinguir, por ejemplo, temperamentos coléricos y temperamentos melancólicos según como prevaleciera uno u otro fluido. Por lo demás, la bilis amarilla y la bilis negra, junto con la sangre y la flema, ya eran consideradas como los humores fundamentales del organismo humano, capaces de asegurar la salud física y psíquica del individuo, mientras se mantuvieran entre sí en perfecto equilibrio y armonía.

En particular, la bilis negra o

atrabilis (en griego: μελαγκολία) se describía como un fluido denso, frío, oscuro e irritante; se creía que su sede estuviese en el bazo y que podía producirse también por evaporación de la parte acuosa de los otros humores. Era considerada similar a la tierra, también ella seca y fría; además, estaba relacionada con el otoño y con la edad pre senil. Cuando la bilis negra hubiese tomado la delantera sobre los demás fluidos, podía salir de su sede natural, inflamarse, corromperse y finalmente oscurecer la mente. La melancolía, producida pues por exceso y alteración de un humor corpóreo, presentaba ante todo síntomas psíquicos como: tristeza, temor, falta de apetito, malestares del sueño, alucinaciones y delirios.

Para Hipócrates, la terapia de la melancolía consistía en reponer el humor en abundancia en equilibrio armonioso con los otros tres; con este objetivo aconsejaba a un régimen higiénico-dietético adecuado no separado, sobre todo en el caso de pacientes que colaboraban poco, con el uso de fármacos (como el eléboro o la mandrágora) que debido a sus propiedades purgativas y eméticas pudiesen eliminar el exceso de atrabilis. Generalmente recogían dichas hierbas los ριζοτομοί con particulares precauciones y rituales, debido a las valencias simbólicas que todos les atribuían.

De todos modos, en la época

post hipocrática, también se emplearon otras sustancias vegetales para curar la melancolía; así por ejemplo Crisipo de Cnido recomendaba la coliflor, Filistión y Plistonico aconsejaban la albahaca, Filagrio prescribía una pócima de jengibre, pimienta, epitema y miel.

Discípulo de Platón (427-347 a.C.) que había considerado algunos tipos de locura como un don de los dioses, Aristóteles (384-322 a.C.) asoció la melancolía a la genialidad, afirmando que un exceso de atrabilis podía ayudar a los artistas, filósofos e incluso a los políticos para que sobresalieran en su campo. Según Aristóteles, siendo el corazón el principal centro vital y sede del *sensorium commune*, enviaba los vapores calientísimos producidos dentro de él hacia el cerebro, que a su vez proveía a enfriarlos y condensarlos; de este modo la actividad del corazón podía ser refrescada y calmada.

En Alejandría, en la época helénica Eróficlo y Erasístrato, expertos de anatomía, dieron mucho valor al cerebro localizando en él las funciones intelectivas. Erasístrato, en particular, se habría ocupado también de la melancolía, diagnosticando con éxito una forma "amorosa" en el príncipe Antioco, enamorado de la segunda mujer de su padre; en este caso, la curación habría sido alcanzar el objeto de amor, como en

efecto aconteció con el consentimiento del padre que fuera aconsejado por el médico.

En Roma, en el primer siglo a.C. Asclepiades de Bitinia, contrario a la doctrina humoral y secuaz de la teoría solidista, prescribía a los melancólicos: varios tipos de baños, dietas, ambientes bien iluminados; aconsejaba también mantener hacia dichos pacientes una actitud tranquilizadora y animadora. Durante ese mismo período, el enciclopedista Aulo Cornelio Celso, describió en su "*De Medicina*" algunos tratamientos que se aplicaban contra la insomnia de los melancólicos: aplicación en la cabeza de un unguento hecho de azafrán y de gladiolo, colocación debajo de las orejas



de frutos de mandrágora, suministro de tisana de amapola o de beleño, aplicación de ventosas escarificantes en la nuca.

Lucio Anneo Séneca, filósofo que vivió entre el primer siglo antes de Cristo y el primero d.C., dio una cuidadosa descripción de la melancolía y a los que sufrían de ella proporcionó sugerencias bajo forma de exhortaciones y consolaciones.

En el primer siglo después de Cristo, Rufo de Efeso se interesó sobre la melancolía describiéndola y subdividiéndola en varios tipos que se caracterizaban por una diferente localización y acción de la atrabilis, y describió también algunas formas delirantes. En lo que se refiere a las terapias, prescribía nor-

mas higiénicas y dietéticas, la sangría, un purgante preparado con cuscuta epitimo y álloe.

Sorano de Efeso, que vivió entre el primer y segundo siglo después de Cristo, también se ocupó de la melancolía que, siguiendo la doctrina solidista, atribuía a un estado de constricción de las fibras que formaban el cuerpo humano. Describió los síntomas principales de la enfermedad: tristeza silenciosa con llanto sin razón, ansiedad, postración, fastidios gástricos, animosidad hacia los parientes. Para curar aconsejaba sobre todo la aplicación de cataplasmas en la región epigástrica o en el dorso a nivel de los omóplatos; no dejaba de lado ni siquiera las prescripciones de tipo psicológico-comportamental, recomendando a los parientes que hicieran asistir al paciente a comedias alegres, a ocuparlo en pasatiempos que mantuvieran despierta su mente, mostrando interés y admiración por lo que se logra hacer.

Areteo de Capadocia, que vivió en el segundo siglo después de Cristo, en varias ocasiones se ocupó de la melancolía y para curarla prescribió fármacos purgantes y colagogos, aconsejando también baños en aguas que entre otras sustancias contenerían: alquitrán, azufre y alumbre. Areteo consideró la posibilidad de que existiese una predisposición constitucional a la melancolía y que el estado melancólico constituyese la extensión patológica de una condición normal psicológica; afirmó también que dicha enfermedad podía curarse completamente o podía volverse a presentar después de varios años.

Claudio Galeno (130-200 d.C.), tenaz defensor de la doctrina humoralista, atribuyó la melancolía a un exceso de bilis negra, identificando tres tipos diferentes. El primero se debía a la localización ante todo encefálica de la atrabilis; el segundo, en cambio, estaba causado por la difusión de dicho humor mediante la sangre a todo el organismo, incluido el encéfalo; finalmente, el tercero estaba provocado por la presencia del mismo humor en la región hipocondríaca con producción de exhalaciones tóxicas capaces de subir hasta el encéfalo e influir en él. Describió la tristeza, la ansiedad y también los pensamientos delirantes de los melancólicos

(un paciente, por ejemplo, imaginaba estar formado por conchas y tenía temor que los pasantes le hicieran añicos; otro temía que Atlante, cansado de sostener el mundo sobre sus espaldas, se lo quitase de encima haciendo perecer a todos). Aconsejaba a los pacientes un régimen higiénico-dietético; por ejemplo, tenían que evitar los alimentos que hacían recordar el color negro y el sabor acre de la atrabilis. Pero prescribía medicamentos como por ejemplo una mezcla de carmel, mandrágora, flores de tilo, opio y ruca.

Los autores que vivieron en la época inmediatamente posterior a la de Galeno (como Oribasio de Pergamo, Alejandro de Tralles o Pablo de Egina) no se alejaron del planteamiento general de tipo hipocrático-galénico en la interpretación y el tratamiento de los trastornos melancólicos.

Los padres de la Iglesia, aun aceptando en línea general el sistema galénico, a menudo expresaron la tendencia de considerar la sintomatología depresiva no como una enfermedad (la melancolía, se explicaba por causas orgánicas que se podían eliminar con un tratamiento médico), sino como un pecado (la apatía, atribuible a tentaciones diabólicas que se podían debelar con las prácticas religiosas. San Casiano, por ejemplo, describió en los monjes una condición que era favorecida por la existencia solitaria y se caracterizaba por tristeza e inquietud que los volvía ociosos e incapaces de absolver sus deberes. En estos casos, el cuidado más adecuado podía ser un acto de penitencia o un castigo para corregir esa condición. De todos modos, para prevenir el pecado de acidia, se aconsejaba combatir el ocio mediante la actividad laboral, sobre todo aquella que requería cierto grado de empeño y fatiga. Por lo demás, el melancólico, que con frecuencia daba la impresión de odiar la misma vida y nutrir desconfianza en la misericordia divina, manifestaba una actitud ciertamente reprochable para todo buen cristiano. El deprimido además, concentrado en sus temores y sus delirios, a veces parecía haber perdido la razón, el don divino que diferenciaba el hombre de las bestias; dicha situación podía interpretarse fácilmente

como un signo de la reprobación divina hacia él, ligada estrictamente a su condición de pecador.

Durante la época de máximo esplendor de dicha civilización (últimos siglos del primer milenio después de Cristo), los médicos árabes también se ocuparon de la depresión y recibieron la influencia de las doctrinas hipocrático-galénicas. Najab ud din Unhammad (que vivió entre el siglo noveno y décimo) describió en particular una forma caracterizada por el comportamiento taciturno y agitado con la insomnia y la antipatía hacia sus semejantes; describió asimismo una segunda forma caracterizada por la tristeza y por la ansiedad; en ambos casos prescribía normas higiénico-dietéticas, baños y a veces sangrías. Avicena (que vivió entre el siglo décimo y once) se opuso a la opinión según la cual la sintomatología depresiva derivaba del influjo de demonios, considerándola una enfermedad curable mediante cuidados médicos (prescribió por ejemplo el hipérico a dichos pacientes). Asimismo, el histórico árabe Usama ibn Munqidh, que vivió en el siglo trece, narró de la disputa entre un médico franco y un médico árabe en torno al caso de una mujer afecta de "consunción"; el primero habría dado una interpretación puramente orgánica recurriendo a prescripciones dietéticas, mientras que el segundo habría dado una interpretación demoníaca recurriendo a las prácticas de exorcismo.

Constantino el Africano, que vivió en el siglo once entre el norte de Africa e Italia, fue autor del tratado "*De melanconia*", uno de los primeros textos médicos totalmente dedicados a la depresión, en el que la tradición greco-romana se fundía con los aportes de los autores árabes. De la enfermedad se describía meticulosamente su sintomatología, sus diferentes formas clínicas y las diferentes causas; se podía pasar luego a ilustrar el tratamiento, prevalecientemente de tipo higiénico-dietético (referente a la situación climático-ambiental, la alimentación, el balance entre retención y expulsión de las materias orgánicas, la actividad física, el ritmo sueño-vigilia, la esfera emotivo-pasional). De todos modos, se consideraban también las terapias farmacológicas, en general por medio de pur-

gantes o diaforéticos, para expulsar rápidamente la mayor cantidad posible la atrabilis responsable del cuadro morboso; entre los remedios vegetales se citan: eléboro, escamonea, casia, coloquintida, rui-barbo, tomillo, azafrán, almendra y pistacho.

Santa Hildegarda, abadesa del monasterio de Bingen en Alemania, que vivió en el siglo doce, consideraba que la melancolía estuviese muy vinculada con el pecado original y que era provocada directamente por el demonio; contra dicha condición aconsejaba remedios, considerados como la expresión de la benevolencia divina, obtenidos de los tres reinos de la naturaleza (por ejemplo un preparado en el que se mezclaban: sangre, malva, aceite de olivo y vinagre).

En la Europa medieval por largo tiempo estuvieron en auge recetas para la curación de las enfermedades psíquicas y orgánicas, que ofrecían prodigiosas virtudes saludables porque derivaban de la rareza o preciosidad de sus ingredientes. A menudo se empleaban remedios o prácticas terapéuticas que obtenían su buena fama porque se remontaban a médicos célebres del pasado o a santos protectores de una enfermedad particular; a veces los medicamentos se prescribían según las creencias mágicas o las supuestas influencias astrológicas.

Durante el Renacimiento, se comenzó a considerar la condición depresiva de modo diferente al Medioevo. En particular el filósofo Marsilio Ficino (1433-1499), como ya lo había afirmado Aristóteles, definió el temperamento melancólico y los accesos de melancolía como una característica del hombre genial, versado en las artes, en las ciencias y en la política. Según Ficino y el círculo neoplatónico vinculado con él, el melancólico estaba asociado desde su nacimiento a Saturno, planeta ambivalente capaz de favorecer tanto la genialidad y la creatividad así como causar la inercia y la idiotez. Ya desde hacía tiempo la astrología iba afirmando de que los varios astros influyen en la vida de los que nacen bajo su signo; de modo que los nacidos bajo Júpiter eran sanguíneos, los nacidos bajo Marte, coléricos; los nacidos bajo Saturno, melancólicos. Sin embargo, hasta el Renacimiento

to los artistas y literatos estaban asociados a Mercurio, planeta de movimiento veloz además que divinidad protectora de los tráficos, de los comercios y de las ciencias; los nacidos bajo su signo eran considerados industriuosos y dedicados al estudio. A partir de esta época, en cambio, el temperamento saturniano comenzó a quitarle terreno al temperamento mercurial como prerrogativa del genio creador e innovador; contemporáneamente, los artistas comenzaron a poner en evidencia o a enfatizar los aspectos melancólicos de su carácter que constituían algo así como una garantía de su genialidad. Ficino, realizó una especie de manual higiénico para los literatos ("*De vita triplici*", 1489) abundó en consejos para su-



preparar los efectos malignos de Saturno: seguir reglas higiénico-dietéticas, cultivar la música, granjearse al planeta Júpiter para añadir "jovialidad" a la melancolía de fondo del artista.

En su clasificación de las enfermedades mentales, el médico francés Jean Fernel (1486-1557) distinguió tres tipos de melancolía: una forma triste, una forma con licanotropía y una forma con excitación (manía); hizo entrar en el ámbito de la melancolía que atribuía a un daño de la sustancia cerebral, incluso a los delirios de persecución, sin fiebre y sin agitación.

Joannes Weyer (1515-1588) nativo de Brabante, consideró la me-

lancolía como la principal enfermedad de la que sufrían las personas acusadas de brujería. Para dicho médico muchas de las experiencias que las llamadas brujas narraban probablemente eran el fruto de su imaginación desequilibrada más que de una efectiva intervención del demonio; por tanto la recomendación era que las visitase primero un médico y luego un sacerdote.

André Du Laurens, que vivió hacia la mitad del siglo XVI hasta el primer decenio del siglo XVII, escribió un *“Discours des maladies mélancoliques”* (1599) y prescribió a los pacientes sobre todo reglas higiénico-dietéticas. Aconsejó en particular la inhalación de varias esencias olorosas y también la visión de colores vivaces; asimismo, recomendó también compañías y ocupaciones agradables; tampoco dejó de lado los fármacos generalmente de origen vegetal.

En 1586, Timothy Bright (1551-1617) publicó *“A Treatise of Melancholie”* en el que afirmaba la separación entre una forma orgánica que se podía atribuir a la atrabilis y una forma psíquica que se podía atribuir a ansias espirituales; para la primera generalmente aconsejaba tratamientos dietéticos y farmacológicos, para la segunda prácticas religiosas y psicológicas.

Robert Burton (1577-1640) publica en 1621 el célebre tratado *“Anatomy of Melancholie”* en el que, teniendo en cuenta la literatura anterior sobre el argumento, describió la sintomatología, la tipología y la terapia. En particular, se subrayaba en el libro el posible comportamiento suicida de parte de los melancólicos e ilustraba numerosas ideas delirantes con fondo depresivo (por ejemplo la convicción de ser frágil como vidrio, pesado como el plomo, ligero como una pluma, inflamable como la paja, etc.). Entre las sustancias de origen vegetal aconsejadas por Burton tenemos: el jaramago, el fresno, el sauce, el tamarisco, la amapola y el hipérico; no faltaron prescripciones de tipo mágico como la de llevar un anillo confeccionado de la pata anterior derecha de un asno.

Para hacer ver el interés de los autores y del público culto de esa época por la amplia variedad de síntomas conexos con la depresión, podemos citar también las obras:

*“Maladie d’amour ou mélancolie erotique”* (1612) del francés Jacques Ferrand, *“Dignotio et cura affectuum melancholicorum”* (1622) del español Alfonso de Santa Cruz y en fin *“Dissertatio medica de nostalgia”* (1688) del suizo Johannes Hofer.

Entre los siglos XVII y XVIII aparecieron algunas interpretaciones de la sintomatología depresiva que se separaban de la atribución tradicional de responsabilidad a la bilis negra. Thomas Willis (1621-1675), bajo la influencia de las teorías astroquímicas, atribuía el origen de la melancolía a un exceso de salinidad en la sangre capaz de alterar la conformación misma del cerebro. Thomas Sydenham (1624-1689) subrayaba en la hipocondría la debilidad de la sangre que debía ser reforzada con fármacos corroborantes, sobre todo a base de hierro. Siguiendo el camino de las teorías iatromecánicas, Hermann Boerhaave (1668-1738) indicaba un aumento de los componentes oleosos de la sangre con una reducción del aporte hemático al cerebro y el empobrecimiento de las secreciones nerviosas. Frederic Hoffmann (1660-1742) atribuía la melancolía a un espasmo de la duramadre con dificultad para la circulación de la sangre en el cerebro. En el libro *“The English Malady”*, George Cheyne (1671-1743) se detenía, en cambio, en las causas ambientales de la hipocondría depresiva (en particular: el clima de las islas británicas, húmedo y pesado, y también el ritmo de vida de sus grandes ciudades).

Sin embargo, hacia el final del siglo XVIII la bilis negra mantenía aún una cierta relevancia en la interpretación de la sintomatología depresiva. Así, por ejemplo, Anne-Charles Lorry (1726-1783) distinguía la “melancolía humoral” (que se caracterizaba por trastornos digestivos, debido al exceso de atrabilis con tónicos antiespásticos) y que se podía tratar mediante evacuantes de la “melancolía nerviosa” (que se caracteriza por fenómenos convulsivos, debido a la tensión de las fibras que constituyen el organismo y tratable con tónicos antiespásticos) y Pierre-Jean-Georges Cabanis (1757-1808) afirmaba la existencia de un “temperamento melancólico centrado en el sistema

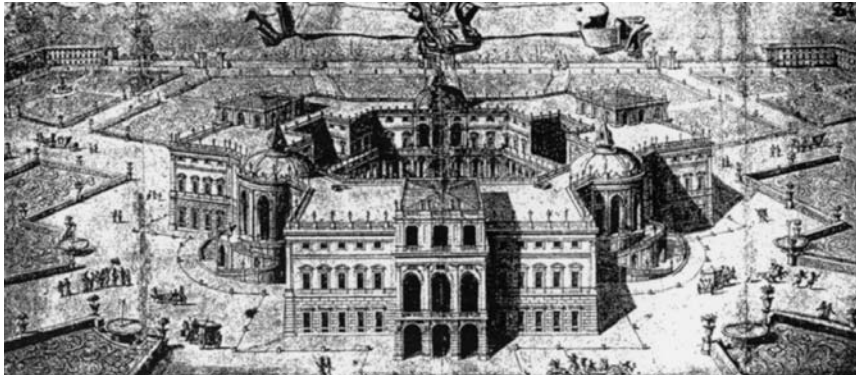
hepático, terreno favorable para la instauración de la enfermedad depresiva. Philippe Pinel (1745-1826) consideró la melancolía como una idea exclusiva (monomanía) que consistía en un falso juicio del enfermo sobre la condición de su cuerpo por lo que equivocadamente creía estar en peligro. Jean-Etienne-Dominique Esquirolle (1772-1840) acuñó para la depresión el término “lipemanía”, definida como una «monomanía caracterizada por un delirio parcial y por una pasión triste y opresiva», alejando así de la enfermedad toda referencia a la bilis negra.

Los alienistas de los primeros decenios del siglo XIX, bajo la influencia de la “psiquiatría romántica” que atribuía a un desequilibrio del alma todas las enfermedades mentales, para curar la depresión recurrieron también al llamado “tratamiento moral”, que consiste en la tentativa de contrarrestar y hacer desaparecer el núcleo delirante identificado en el paciente mediante una actitud pedagógica. Por ejemplo, se recurría al método del “fraude piadoso” (el terapeuta ganaba la confianza del paciente, para lo cual al principio fingía compartir las convicciones para luego corregirlas más tarde); de lo contrario se procuraba a los enfermos sensaciones agradables, a veces alternadas a sensaciones desagradables a fin de que las primeras fuesen exaltadas por las segundas, o se trataba de suscitar en ellos emociones repentinas, aplicando sorpresivamente estímulos sonoros o visuales.

De todos modos, incluso en la primera mitad del siglo XIX, no obstante el cambio en la interpretación patogénica, de la melancolía y de la hipocondría se continuaba a prescribir a los pacientes algunos fármacos considerados eficaces por su larga tradición como purgantes, fluidificantes y digestivos; además, se empleaban con cierta frecuencia las terapias físicas como la inmersión en el agua, la ducha o la silla rotatoria.

Hacia la mitad del siglo XIX, en correspondencia con el progresivo cambio de la psiquiatría del campo de las especulaciones filosóficas al de la investigación científica (sobre todo en ámbito neuroanatómico y neurofisiológico), se comenzó a interpretar la enfermedad depresiva

como trastorno orgánico del cerebro. Así, por ejemplo, Théodore Hermann Meynert (1833-1892) hipotizó en la melancolía un déficit de energía cerebral relacionado en general a la isquemia. Otros autores de la misma época, basándose en informes de autopsias en pacientes enfermos de depresión, han identificado como causas de la función alterada de cerebro: anemia, hipermia o edema.



Jean-Pierre Falret (1794-1870) vio en los pacientes el frecuente pasaje de la depresión a la manía, indicando con el término “locura circular” la enfermedad que se caracterizaba por la sucesión de dos polaridades opuestas del humor; también se interesó sobre el suicidio en lo que se refiere al comportamiento depresivo. Observaciones parecidas sobre la alternancia depresión-manía las realizaron también Jules Baillarger (1809-1890) que describió una “locura de doble forma” y Karl Ludwig Kalbaum (1828-1892) que habla en sus escritos de “Vesania typica circularis”.

En la segunda mitad del Ocho-cientos, no se notan particulares progresos en lo que se refiere al tratamiento de la depresión con respecto a la época inmediatamente anterior. En la terapia, junto con medicamentos ya conocidos (como arsénico, estriquina, estrofantó, etc.), se emplean también nuevos fármacos como los anestésicos o los primeros hipnóticos producidos al final del siglo por la industria farmacéutica. También se emplearon algunas técnicas que habían aparecido en la medicina como: el magnetismo animal, el hipnotismo y la electroterapia. Sin embargo, muchos alienistas mantenían aún en la curación de depresivos e hipocondríacos una actitud de espera, limi-

tándose a menudo a normas de prevención o coadyuvantes y prescribiendo a los pacientes más pudientes viajes de placer o permanencia en las estaciones termales.

En su clasificación de las enfermedades mentales, Emil Kraepelin (1856-1926) asoció manía y depresión en la “psicosis maniaco-depresiva”, subdivisible en tres expresiones sintomatológicas (bipolar, unipolar y mixta); consideró, en cam-

bio, como algo aparte la “melancolía evolutiva”, con pronóstico más desfavorable. Seguidamente, Ernst Kretschmer (1888-1964) definió con el término “personalidad cicloide” los varios temperamentos afectivos que predisponían a la psicosis maniaco-depresiva. El perfil psicológico del llamado “tipus melancholicus” fue descrito algún decenio más tarde por Tellembach.

Sigmund Freud (1856-1939) elaboró una interpretación psicodinámica de la depresión; en “Luto y Melancolía” (1917) subrayó de qué modo esas dos condiciones que estuviesen mancomunadas por la pérdida de un objeto de fuerte resonancia emotiva con introyección de sentimientos negativos no resueltos. Melanie Klein (1882-1960) consideró la experiencia depresiva como una fase fundamental en el desarrollo del niño.

La psicoterapia (del psicoanálisis a la terapia comportamental) se propuso en la primera mitad del siglo XX como tratamiento innovativo en el tratamiento de la depresión considerando también los escasos resultados logrados por la contemporánea psiquiatría biológica.

Alrededor de la mitad del siglo XX comenzaron a emplearse dos tratamientos que se revelaron particularmente eficaces frente a la depresión: la terapia de electrocon-

vulsión y los psicofármacos. La primera fue introducida en la psiquiatría en 1938 por Ugo Cerletti (1877-1963) y se difundió rápidamente en los principales países occidentales. En lo que se refiere a los segundos, hacia fines de los años cincuenta, se introdujo en la terapia los “antidepresivos tricíclicos” y los llamados “anti-MAO” (inhibidores de las amino-oxidasis); siguió el descubrimiento de las “benzodiacepinas”, indicadas para la depresión ansiosa, el empleo del litio en la prevención de la psicosis maniaco-depresiva y, en fin, en años más recientes la aparición de los antidepresivos de segunda generación (“atípicos” y “serotonérgicos”). Junto a las terapias psicofarmacológicas, en los últimos decenios del Novecientos se desarrollaron varias teorías sobre la génesis de la depresión que ponían en evidencia el papel determinante de los neurotransmisores.

La melancolía ha pasado así en el arco de algunos milenios de la influencia de la nefasta bilis negra, a la del siniestro planeta Saturno, y, finalmente, a las hasta ahora en parte oscuras, leyes de la neurociencia.

Prof. MASSIMO ALIVERTI

Neuropsiquiatra,

Profesor de Historia de la Medicina  
en la Universidad de Estudios  
de Milano-Bicocca;

Profesor de Historia de la Psiquiatría  
en la Universidad de Estudios de Milán

## Bibliografía

- ACKERKNECHT E.H., *Kurze Geschichte der Psychiatrie*, Stuttgart, Ferdinand Enke, 1957.
- GALZIGNA M., *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, Venezia, Marsilio, 1992.
- KILBANSKY R.-PANOFSKY E.-SAXL F., *Saturno e la melancolia*, Torino, Einaudi, 1983.
- PÉLICIER Y., *Histoire de la psychiatrie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994.
- ROCCATAGLIATA G., *History of Ancient Psychiatry*, Greenwood, Westport, 1986.
- SCHALLER J.P., *Soccorsi della grazia e soccorsi della medicina*, Roma, Edizioni Paoline, 1956.
- SHORTER E., *A History of Psychiatry. From the era of Asylum to the Age of Prozac*, John Wiley & Sons, 1997.
- SOLOMON A., *Il demone del mezzogiorno*, Milano, Mondadori, 2002.
- STAROBINSKI J., *Histoire du traitement de la mélancolie des origines à 1900*, Basel, J.R. Geigy, 1960.
- WITTKOVER R. AND M., *Born Under Saturn*, London, Weidenfeld and Nicolson, 1963.
- ZILBOORG G.-HENRY G.W., *A History of Medical Psychology*, New York, W.W. Norton & Company, 1941.

JORGE A. MEDINA ESTÉVEZ

## 2. Depresión y esperanza cristiana

Esta exposición ha sido precedida por numerosos trabajos que han ilustrado desde diversos ángulos el fenómeno psicológico de la depresión. Bien consciente de las limitaciones de mis conocimientos acerca de la depresión, quisiera, no obstante, ofrecer algunas aproximaciones al problema, basándome no en conocimientos científicos, sino en experiencias humanas y sacerdotales, ciertamente dolorosas y que han dejado en mi espíritu recuerdos indelebles.

Es difícil intentar la formación de estadísticas acerca de la depresión en tiempos pasados, sea porque no disponemos de datos derivados de una observación cuidadosa, como porque no siempre es fácil identificar determinados estados anímicos de personajes históricos con lo que hoy llamamos depresión.

### 1. La depresión vista por un pastor de almas

Creo que hay consenso en que el fenómeno de la depresión es complejo y que es el resultado de varios elementos causales. Algunos tienen que ver con la estructura profunda de la psicología de la persona. Hay, con cierta frecuencia, factores hereditarios. Determinadas líneas de fuerza del proceso educativo pueden también ejercer una influencia considerable. La historia personal de quienes sufren depresión proporciona, en medida variable, elementos que explican el fenómeno y que, como en el caso de otros factores, pueden proporcionar derroteros para diagnosticar el problema, evaluar su profundidad, y discernir hacia dónde y cómo se deba orientar la terapia.

La depresión es un estado que guarda cierta semejanza con la desesperación, con la pérdida de la

esperanza, con la conciencia de una frustración permanente, con la percepción de la propia existencia como un fracaso, como un "callejón sin salida". Tal vez lo característico de la depresión es que ese estado de desesperanza es visto como una realidad paralizante, en la que el sujeto experimenta la cesación de impotencia para ejercer sus capacidades y, por lo mismo, de la inutilidad de su vida. No es extraño, pues, que los estados depresivos en sus expresiones más profundas, puedan desembocar en un anadamiento psicológico que ve como única salida el fin de la propia existencia, es decir, el suicidio.

Puesto que el ser humano es una realidad psicofísica, conviene tener presente que tanto el diagnóstico como la terapia de la depresión dependen de elementos fisiológicos, psicológicos y espirituales, interdependientes entre sí.

Hay factores que pueden predisponer a la depresión, aunque ello no ocurra siempre necesariamente.

Uno de esos factores es el perfeccionismo, es decir, la ambición desmesurada de obtener resultados perfectos. Aparentemente tal ambición podría interpretarse como responsabilidad, pero en realidad ella denota una falta de realismo, un rehusar admitir las propias limitaciones. Quien se deja llevar por el perfeccionismo a ultranza puede caer en una actitud hipercrítica para consigo mismo y va siendo minado por el sentimiento de frustración que se va enraizando a medida de que la autocrítica se exagera y va destruyendo el sano aprecio que cada cual debe tener acerca de sus posibilidades.

Otro factor importante puede ser la estructura del sujeto con caracteres paranoicos. Es un factor grave y no fácilmente reversible. Quien tiene una tendencia paranoica es, en cierta medida, impermeable a la

experiencia. Si el perfeccionismo exhibe una autocrítica exacerbada, el paranoico tiene sumamente debilitado el sentido del discernimiento de sus propias limitaciones o responsabilidades. Normalmente culpa a los demás de sus fracasos y esa actitud lo conduce a mirar el entorno como un universo de adversarios y enemigos. De ahí al aislamiento no va sino un paso, y ese aislamiento tiene doble dirección: el sujeto se encoge porque no ve a su alrededor sino signos negativos, y, por otra parte, provoca el rechazo de las personas que lo rodean y que no pueden digerir las acusaciones de culpabilidad o las descalificaciones que, injustamente, reciben del sujeto.

Cabe preguntarse si la depresión puede producirse cuando no existen en absoluto elementos o predisposiciones psicológicas internas que lo favorezcan. Por lo menos podría decirse que una personalidad sana, profundamente bien estructurada y equilibrada no es un campo propicio para que germine la depresión, pero quizás puede suceder que circunstancias externas, extremadamente desfavorables, provoquen el desajuste psicológico que desemboca o acompaña la depresión. Entre tales circunstancias se podrían enumerar los grandes fracasos afectivos, los desastres financieros, el advenimiento de una enfermedad incurable y de larga duración, los conflictos entre deberes que aparecen como contrapuestos e inconciliables, la pérdida inevitable de un status, el sentido del honor perdido y que no se es capaz de reparar dentro de los cauces convencionales. Me permito expresar, nada más que como hipótesis, que las circunstancias más adversas y persistentes no llegan a producir una depresión cuando quien las experimenta posee una personalidad bien estructurada,

equilibrada y espiritualmente bien construida. Al menos diría que en tales condiciones la depresión, si se produce, es menos profunda y presenta mayores expectativas de superación.

Lo dicho anteriormente me lleva a pensar que las limitaciones psicológicas de la persona que sufre una depresión deben ser tomadas muy en serio cuando se trata de diagnosticar la dolencia, de discernir sus causas próximas y remotas y de diseñar una terapia.

Detrás de las variadas tipologías de depresión, y digo aquí “variadas” en el sentido del substrato psicológico que le sirve de base y de las circunstancias externas que sirven de detonante o catalizador, hay ciertos elementos que son más o menos comunes.

Uno de ellos es la soledad. La persona deprimida pierde capacidad de comunicarse precisamente porque cree que no va a ser comprendida, o porque exige una comprensión que va más allá de lo que usualmente se da entre seres humanos en las mismas condiciones. Si se cede al sentimiento de soledad, se agudiza el aislamiento y crece la desconfianza en poder encontrar comprensión y ayuda. Así es como la depresión crea condiciones sumamente desfavorables para ser superada.

Otro elemento es una cierta parálisis de la actividad. La persona deprimida experimenta una exacerbación de su sentido de autocritica y tiende a colorar en forma negativa sus posibilidades de actuación. Incluso cuando recibe estímulos positivos que deberían alentarla, tiende a infravalorarlos y a considerarlos como no objetivos o como generosas expresiones de benevolencia. En estado de depresión, quien la sufre percibe tantas dificultades y tantos factores negativos, que no ve por dónde comenzar, o recomenzar. Ese horizonte negativo actúa como un freno insuperable y hunde al paciente en una parálisis de ensimismamiento en que la ruminación del propio estado ocupa un lugar importante e incluso preponderante en las propias cavilaciones.

Desde un punto de vista psicológico, una persona que ha caído en depresión necesita compañía que la ayude a superar su soledad y ais-

lamiento, necesita ejercitar alguna actividad satisfactoria que le resulte exitosa, y necesita descubrir cuáles son las fisuras de su personalidad por dónde se ha filtrado el estado de depresión. Todo ello es más fácil de describir que de realizarlo, precisamente porque quien padece una depresión está en una situación de negatividad o al menos de desconfianza con respecto a su entorno, y tiende a rehuir lo que pudiera exigirle un cambio en su actividad pasiva y derrotista. Quien asume el papel profundamente humano de dar una mano a quien muestra síntomas de depresión, debe armarse de gran constancia para ganar la confianza del paciente y para lograr que se vaya desprendiendo de la muletilla psicológica del “no puedo”, que constituye el caparazón que impide recibir ayuda y comenzar el trabajo de recuperación.

Me he permitido expresar, en lo que queda dicho, una sencilla y por cierto superficial y parcial aproximación a lo que es la depresión, basada en la experiencia cotidiana, humana y sacerdotal. No he hecho especial referencia al drama del suicidio en poder desembocar los casos más graves y si nombro esa realidad trágica, es porque su incidencia parece haber aumentado significativamente en algunos sectores de las sociedades occidentales, y porque su espectro acompaña con frecuencia a quienes padecen depresión. No es, por lo tanto, un riesgo irreal ni mucho menos una hipótesis de baja probabilidad. Quizá pueda decirse que es un riesgo que conviene tener presente desde que se aparece con cierta gravedad el síndrome depresivo.

La depresión es, pues, una realidad que pertenece en forma directa al campo de competencia de la psicología, pero no se puede y no se debe de dejar de tener en cuenta su relación con la fe, con la moral y con la espiritualidad. Por lo mismo, si bien el apoyo de un psiquiatra profesional es importante y con frecuencia necesario, el sacerdote en su calidad de confesor o de consejero espiritual, e incluso un laico competente y experimentado en las vías del espíritu, pueden dar un apoyo relevante y complementario en el proceso de recuperación de la depresión.

## 2. El ángulo espiritual en la recuperación de la depresión

Es claro que si la persona que sufre depresión es creyente, más aún, un católico con claro conocimiento de su fe y de la doctrina sobre Dios todopoderoso, providente y misericordioso, y acerca del hombre en su calidad de criatura que lleva la impronta del pecado pero que ha recibido el don de la gracia que es eficaz hasta para “hacer de las mismas piedras hijos de Abrahám” (Mt 3, 9), hay elementos muy sólidos para superar el mundo de tinieblas, de inseguridad, de frustración y de parálisis psíquica en que está sumido.

Las certezas de la fe son, para



quien sufre depresión, otros tantos puntos de apoyo, sólidos y válidos, en los que puede encontrar seguridad y aliento. Comprender que la depresión no es ajena a los caminos de Dios, que es una prueba purificadora, que no constituye un determinismo insoslayable, y que, en todo caso, la gracia de Dios está siempre presente y operante a fin de que también en este caso concreto se verifique la verdad de la palabra de la Sacra Escritura que asevera que “todo coopera al bien de los que aman a Dios” (Rm 8, 28); comprender todo eso es ya un progreso muy grande en el camino de la superación de la dolencia. En la atención pastoral de quien padece depresión ocupa un lugar de primer plano todo lo que pueda robustecer

la fe del interesado, entendiendo por “fe” las certezas acerca de la bondad y sabiduría de Dios, acerca del destino de felicidad que Dios quiere para todos los hombres, acerca del amor misericordioso con que Dios provee a la salvación de los hombres, hasta darles para ello a su Hijo (cf. *Jn* 3, 16), acerca de la acogida paterna y tierna con que Dios recibe a sus hijos descarriados (cf. *Lc* 15, 11-24), acerca del conocimiento que Dios tiene de nuestras limitaciones y flaquezas (cf. *Sal* 103, 14), y por lo tanto acerca de la bondad misericordiosa de sus juicios con respecto a nuestras falencias y caídas.

Puesto que la persona deprimida experimenta una sensación de soledad y de incompreensión – que bien puede no corresponder a la realidad objetiva, pero que son percibidas subjetivamente así – volver a tener la certeza de fe de que en Dios “vivimos, nos movemos y existimos” (*Hch* 17, 28), constituye la recuperación de una “atmósfera espiritual” propicia para superar la sensación negativa de quien está en peligro de pensar que su existencia ya no tiene sentido. Creer con certeza que Dios está cerca de mí, que incluso “me penetra” y que está con mayor intimidad en mí que yo mismo, es una vivencia clave para volver a mirar la vida con optimismo, sin por ello dejar de percibir con realismo las dificultades y tropiezos.

Saber y creer que Dios conoce mejor que nosotros nuestros defectos y limitaciones y que, por lo mismo, su juicio sobre nuestros actos deficientes es perfectamente lúcido acerca de los factores que atenúan nuestra culpabilidad, es una actitud espiritual que contribuye a liberarse del juicio hipercrítico – frecuentemente simplificado – acerca de nuestras responsabilidades y culpabilidades. Ahora bien, los datos que se acaban de enunciar constituyen las características del Evangelio de Jesús y ellas están expresadas en palabras o frases, aunque también están subyacentes a muchas actitudes que son frecuentemente tan o más expresivas que los enunciados conceptuales.

Si el paciente recupera un sentimiento de confianza en Dios, Padre amoroso, y en sus propias posibilidades, se habrá dado un gran paso en su recuperación.

### 3. El estado de depresión y las virtudes cristianas

Puesto que la “estructura espiritual” del cristiano descansa sobre los hábitos arraigados de bien obrar que llamamos “virtudes”, y dado que las virtudes son conexas entre sí, no está demás recordar que el referido estado requiere especialmente el ejercicio de algunas virtudes, al mismo tiempo que es una ocasión para su crecimiento.

Y ante todo la virtud de la fe en Dios, y en sus atributos. Sólo a la luz de la fe en Dios es posible mirar con serenidad la paradoja entre un Dios bueno, amante del bien de los hombres y todopoderoso, por una parte, y por otra, la existencia del mal, sobre todo moral, pero también físico, sobre todo cuando este último golpea a criaturas inocentes. Sólo en espíritu de fe podemos adherir a la afirmación de San Pablo de que “todo coopera al bien de los que aman a Dios” (*Rm* 8, 28) y a su proyección en la enseñanza de San Agustín de que “Dios no permitirle el mal si no fuera suficientemente poderoso para sacar bienes de los mismo males”. La cumbre de esta paradoja es, sin duda, el drama del Calvario, donde la más feroz de las injusticias, la más abyecta de las cobardías y la más sucia de las conveniencias políticas constituyen el marco externo del acto más positivo y generoso del amor de Dios hacia la humanidad que es, precisamente, la redención y la salvación del género humano a través de un asesinato, que es la forma externa del sacrificio de la reconciliación.

A la virtud de la esperanza dedicaremos algunas consideraciones más adelante, al final de este escrito.

La caridad que nace del amor que Dios nos tiene y que precede cualquier acto de amor de nuestra parte, coloca al hombre en la perspectiva de la benevolencia de Dios, de su iniciativa tanto en el orden de la creación como en el de la salvación, de la gratuidad de su amor que no tiene límites ni se deja vencer por las ingratitudes de que es objeto por parte de los hombres. La contemplación de ese amor incomparable no puede menos que suscitar una respuesta de amor, y sabemos que esa respuesta es ya un don

del amor de Dios, que infunde la caridad en el alma, junto con el don de la justificación y de la gracia. Saberse amado y repasar la larga lista de los dones que hemos recibido de Dios, es, como dice San Ignacio de Loyola, al final de los ‘Ejercicios Espirituales’, un buen camino para “alcanzar amor”. En esta perspectiva la depresión debe ser vista como una forma de participación en la pasión y en la cruz de Cristo y como una realidad dolorosa que nos permite “completar lo que falta a la pasión de Cristo, en favor de su cuerpo que es la Iglesia” (*Col* 1, 24).

También las virtudes “cardinales” o “morales” entran en juego en la situación concreta de la depresión.

El ejercicio de la prudencia apunta principalmente en dos direcciones. La primera, a la decisión de pedir consejo y de acogerlo, en orden a consultar a especialistas y seguir con exactitud las terapias que prescriben, y la segunda, en orden a calibrar la actividad en forma de no exigirse demasiado, por una parte, y de no ceder a la tentación de inactividad, por otra.

La justicia tendrá su expresión en mirar los cuidados médicos como un tributo debido a la propia salud, obligación que deriva del don de la existencia recibida de Dios y que no queda al arbitrio del hombre cuidar o descuidar.

La fortaleza desempeña un papel de suma importancia ya que la persona en depresión experimenta descorazonamiento, pesimismo y sensación de falta de motivación para seguir viviendo y afrontando los desafíos de la vida. Para el paciente la vida se presenta como ardua y con un nivel de dificultad que su propio estado tiende a sobrevalorar. Se requiere gran fortaleza para enfrentar el decaimiento, para ser constante en la terapia y para no dejar de lado los quehaceres cotidianos a pesar del desganado y la sensación de inutilidad.

La templanza o moderación se ejercitará en observar el justo medio en materia de descanso. Una persona en depresión tiende a la inactividad y la inactividad ahonda su estado de insatisfacción y frustración. Pero pudiera suceder que esforzarse en demasía resultará contraproducente. Aquí la templanza

za va de la mano con la prudencia, con la justicia y la fortaleza.

La esperanza merece una consideración especial. El objeto principal de esta virtud teologal es Dios mismo, en cuanto Él constituye la plena y definitiva bienaventuranza de la persona humana. En virtud de la esperanza el hombre mira la bienaventuranza eterna como algo que colma sus aspiraciones y que es posible alcanzar gracias al auxilio de Dios. La esperanza teologal mira, pues, a la finalidad última del hombre, a aquello para lo cual el hombre fue creado y a lo cual deben orientarse todas sus decisiones en forma mediata o inmediata. Generalmente la depresión no cuestiona el destino último de quien la sufre. Más bien quien está en depresión experimenta una desazón radical con respecto a su vida en este mundo y ve la muerte como liberación del pesimismo que lo invade. No es que desespere de su salvación eterna, pero no ve cómo puede integrar su estado de insatisfacción y parálisis psicológica con el deber de seguir viviendo y merecer, así, la bienaventuranza eterna. Quien sufre depresión no llega a comprender cómo el camino hacia la vida eterna pueda tener que atravesar por una prueba que remece hasta sus raíces el sentido de la vida temporal, hasta llegar a ver como un bien el propio aniquilamiento. Paradojalmente quien está en depresión ve la muerte como un bien, incluso a través del suicidio, sin percibir la incongruencia entre su rebelión frente a la existencia y el deseo de poseer a Dios como suprema bienaventuranza. Si la depresión tiene ingredientes que cuestionan la fe y la caridad, los tiene también que entran el ejercicio de la esperanza cristiana, en el sentido de disociar la bienaventuranza final con un camino que aparece como incoherente con el deseo de felicidad que anida en el corazón de todo hombre. Es como si hubiera un quiebre entre la situación existencial que se percibe como un desgarramiento permanente y el ansia de felicidad que corresponde a las promesas de Dios. Por eso es posible pensar que la relación entre la esperanza cristiana y la depresión se sitúa, principalmente, no tanto en relación con Dios como objeto beatificante y finalidad última del hombre, sino

más bien en relación con los auxilios que provienen de Dios y sin los cuales no se puede alcanzar la finalidad última, es decir, en relación con la gracia que hace posible actuar sobrenaturalmente. Lo que percibe quien está en depresión, es una impotencia para superar un estado de disociación interior, de insatisfacción y de parálisis, con un simultáneo debilitamiento de la confianza en que Dios está cerca de él, que lo sostiene y que su gracia es poderosa para hacerle posible superar las tinieblas que oscurecen el horizonte de su existencia hasta el punto de hacerle percibir la vida como algo sin sentido. Si un fenómeno psicológico como es la depresión, tuviera una clave puramente teológica, se lo podría tipificar como una especie de pelagianismo radical, carente de confianza en Dios que salva y que siempre puede y quiere salvar.

Quien vive la dura experiencia de la depresión necesita, desde el punto de vista espiritual, recuperar una profunda confianza en Dios salvador, cuya gracia es poderosa como para superar las más lacerantes pruebas a que está sujeta la compleja realidad de nuestro ser psicósomático. Creer en el poder de la gracia es la condición necesaria para rechazar la tentación de la desesperación, es percibir la cercanía de Dios, aún en medio de la bruma y de la desorientación, es tener la convicción de que nuestros pesares, y especialmente los más profundos, se integran en el misterio de la salvación que se realiza a través del anonadamiento de Cristo (cf. *Flp* 2, 6-9), en el cual cada cristiano, como miembro suyo, ha de participar en forma personal y diversificada. De ahí que la oración silenciosa y confiada, apoyada en la pasión de Jesús y en su gloriosa resurrección, es un camino para ir adquiriendo la paz interior, la confianza en Dios y en sí mismo que son el antídoto para la desesperanza.

La vida cristiana se articula en la celebración de los santos sacramentos. Tres de ellos tienen especial relación con los estados depresivos: la Santísima Eucaristía, la Penitencia y la Unción de los enfermos.

La participación en el Sacrificio eucarístico tiene una especial significación para quien sufre de depre-

sión. En esta participación estarán presentes los momentos de la oración del huerto, cuando la angustia de Jesús se tradujo en copioso sudor de sangre (cf. *Lc* 22, 44), y especialmente, cuando Él en la cruz pronunció el grito desgarrador de "Dios mío, Dios mío, por qué me has abandonado" (*Mt* 27, 46; *Mc* 15, 34). Pero como el misterio pasional queda sellado con la resurrección de Cristo, y el Cristo que se recibe en la Eucaristía es el Resucitado en su estado de gloria, la Sagrada Comunión tiene un fruto de vitalidad y de gozo para todo fiel, pero especialmente para quien sufre y participa existencialmente en el anonadamiento de Jesús.

El sacramento de la Penitencia tiene singular relevancia para quien sufre depresión si en el origen de ésta hay graves y reiterados desórdenes morales. El perdón de los pecados puede tener un influjo muy positivo sobre las perturbaciones que son su consecuencia.

La Unción de los enfermos es un sacramento que puede ser de gran ayuda para quien sufre depresión. No sólo las enfermedades somáticas o la ancianidad piden el auxilio de este sacramento, sino que las perturbaciones psicológicas, que pueden llegar a poner en peligro la vida o amagar gravemente su armonía, pueden recibir el beneficio de este sacramento que ayuda a conllevar la cruz, que sostiene el ánimo de quien sufre la trizadura de su equilibrio interior y que puede, incluso, devolver la salud.

Es del todo natural que el cristiano deprimido vuelva sus ojos a la Santísima Virgen María. Ella tuvo muchos momentos de dolor espiritual: la profecía de la espada de dolor que atravesaría su alma (cf. *Lc* 2, 35); la huida y el exilio en Egipto (cf. *Mt* 2, 13-15); la pérdida del Hijo Dios en el Templo (cf. *Lc* 2, 41-50) y su angustiosa presencia al pie de la Cruz (cf. *Jn* 19, 25-27). No conocemos el estado interior de María en esos momentos de doloroso sufrimiento y nada autoriza a pensar que su espíritu sufriera un estado de depresión psicológica. Por el contrario, podemos suponer que habiendo sido preservada del pecado y de sus consecuencias, su alma se mantuvo siempre en un saludable equilibrio y en una profunda armonía. Pero su experiencia de

dolor le dio una capacidad especial para compadecer a los miembros de su Hijo sumidos en la aflicción y para obtener en su favor consuelo, alegría y fortaleza en medio de la prueba, especialmente en el campo de la depresión.

#### 4. Conclusión

El mundo occidental caracterizado hoy día por la secularización, por la pública renuncia a reconocer sus raíces cristianas como parte esencial de su identidad, por un relativismo moral merced al cual las conductas más aberrantes van adquiriendo carta de ciudadanía y reconocimiento en la legislación civil, y por un nivel de bienestar extendido a amplios sectores; sin perjuicio de la existencia de un número muy considerable de personas que viven en la pobreza, cuando no en la miseria; este mundo es el que

parece más afligido por el flagelo de la depresión. El fenómeno no está circunscrito a determinados estratos sociales, aunque se presenta con mayor frecuencia en personas que sufren permanente tensión a causa de exigencias que no se logran colmar, lo que las sume en la insatisfacción ante un entorno que se rechaza y que no se es capaz de asumir con realismo, fortaleza y confianza en Dios.

Tengo la íntima convicción de que una mirada de fe sobre la propia existencia, ayudada con el recurso a la oración y con el apoyo de personas, desde diversos ángulos, pueden ser un valioso sostén para sortear el aislamiento, el ensimismamiento, la inacción y la baja autoestima; todo ello puede formar una constelación muy positiva en orden a superar un estado psíquico doloroso y extenuante. Pienso que el aspecto sobrenatural de fe y el robustecimiento de la esperanza en

Dios que sostiene, ayuda y salva, son elementos clave para recuperar la visión positiva sobre sí mismo y sobre el mundo, única visión que corresponde al optimismo cristiano que cree firmemente en Dios, Padre misericordioso, en su Hijo Jesucristo, buen Pastor y Salvador de la humanidad caída, y en el Espíritu Santo, que es el autor de la novedad cristiana y del gozo en la obra de Dios, y en nuestra vocación a la perfecta bienaventuranza. La recomendación de San Pablo “gozaos siempre en el Señor, os lo repito, gozaos” (*Flp* 4, 4) es un programa siempre válido y una característica de todo discípulo de Cristo.

S.E. Card. JORGE ARTURO  
MEDINA ESTÉVEZ

*Arzobispo-Obispo emérito de Valparaíso  
Prefecto emérito de la Congregación  
para el Culto Divino y la Disciplina  
de los Sacramentos,  
Santa Sede*



CARLO CASALONE

### 3. Teología moral: Depresión, referencias morales subjetivas y referencias morales objetivas

Melancolía, tristeza, pérdida, culpa, desesperación, contracción del tiempo y del espacio vividos, la muerte, son experiencias propias de lo que denominamos con el nombre de depresión y sobre la cual reflexiona la psiquiatría, la filosofía y la teología. También la teología moral, se interroga a través de sus propios instrumentos en torno a los problemas que dichas experiencias plantean. Desde ya el modo con el que se escucha y se conoce el fenómeno tiene una relevancia ética. Este será el primer punto que afrontará nuestra contribución, para luego pasar a examinar brevemente la articulación entre voluntario e involuntario. La relación entre las dos dimensiones tiene particular importancia en la génesis del sentido de culpa, que es un elemento importante en la psicodinámica de la depresión: por tanto veremos como él se puede diferenciar conceptualmente del sentido del pecado y del perdón. Estas son distinciones preciosas para no alimentar la petrificación de la memoria en el pasado y el cierre al futuro y a la esperanza. Para concluir nuestro recorrido haremos algunas breves indicaciones en torno a la ilegitimidad del suicidio.

#### **Ética y multidisciplinaridad**

El primer punto ya está implícito en el modo de proceder de esta Conferencia y es de tipo metodológico. Contamos ya con una valencia ética en las elecciones cognoscitivas, porque se trata de realizar un arbitraje entre

diversas racionalidades. El fenómeno de la enfermedad, en efecto, es sobredeterminado, en el sentido de que convergen e interactúan en la enfermedad varios factores, estudiados por disciplinas diferenciadas con sus instrumentos operativos y modelos interpretativos: el comportamiento no se puede explicar determinándolo a una sola causa, ya sea orgánica, psíquica o social. Esto hay que tenerlo presente, incluso con el convencimiento de que no es ni posible ni correcto estudiar un fenómeno al mismo tiempo con instrumentos conceptuales de diversas disciplinas: es necesario elegir cómo recortar el núcleo de significados pertinentes a través de las diferentes metodologías. Al respecto, hay que subrayar el papel de las ciencias humanas. Su aporte se refiere a la inducción de preconcepciones antropológicas, incluso antes de la producción de datos aislados o de sistemas teóricos. En efecto, ellas no sólo proporcionan conocimientos específicos, sino también modelan las sensibilidades en virtud de las cuales se percibe y se estudia el hombre.

La psiquiatría se coloca en una posición intermedia entre el modelo médico objetivante y el modelo interpretativo, en el que la subjetividad de la persona que cura participa en la subjetividad de aquel que es curado, movilizándolo su propia intencionalidad en una circularidad hermenéutica. Si se trata, en fondo del componente autoimplicativo: la comprensión comporta siempre una autocomprensión. Reconocer la sobredeterminación de la enfer-

medad es un llamado a la relatividad de la psiquiatría: nos confrontamos con este problema cada vez que se olvide que su paradigma conoscitivo y operativo no es sino uno entre los demás posibles.

Las ciencias sociales se refieren a los valores para dar razón de los comportamientos. Pero el pasaje de valores observados, y en cuanto tales homologables a hechos o estados de cosas de las ciencias naturales, a valores considerados efectivamente válidos (en modo subrepticio e inconsciente) es una forma de falacia naturalística<sup>1</sup>. Por tanto, es necesario que la ética teológica examine los significados proporcionados por las ciencias humanas, comparando el valer con la interpretación cristiana de la vida. Esto pone en juego significados parciales, pero para apreciarlos debidamente se necesita referirlos al fin global del vivir mismo, con el que necesariamente interactúan, armonizando o desarmonizando<sup>2</sup>.

En lo que se refiere a la identificación de la depresión, recurrimos a la psiquiatría, convencidos de que en ella podemos encontrar variadas orientaciones. La psicopatología de orientación fenomenológica dispone los fenómenos depresivos en dos vertientes fundamentales<sup>3</sup>. Por un lado la tristeza reactiva o depresión neurótica, denominada psíquica o motivada; por el otro, la tristeza endoreactiva, que se presenta cuando desaparece el motivo por el que se ha desencadenado la alteración del humor, pero permanece la depresión. En este segundo la-

do encontramos la depresión como enfermedad real y propia o melancolía clínica, que es denominada también psicótica y es descrita como tristeza vital.

El tercer tipo de tristeza lo podemos denominar existencial y no indica una situación propiamente patológica. En la psiquiatría dinámica se distingue entre la depresión simple y la melancolía, que comporta también un trastorno del Yo que pone en riesgo la identidad. Por tanto, se describen tres tipologías: la «posición depresiva» que todos atravesamos; la depresión neurótica, que es una alteración del humor y la melancolía psicótica, que puede provocar trastornos de la personalidad.

Como se ve, estos planteamientos no construyen el «enfermo» como una entidad hipotasiada diferente del «sano», sino que favorecen una idea cualitativa de la enfermedad, como desequilibrio de fuerzas o de instancias que están presentes en todos los seres humanos. Los terapeutas no son una excepción y son considerados más semejantes a sus pacientes que diferentes de ellos. Por consiguiente, desde el punto de vista ético, dicho planteamiento no es insignificante.

### Voluntario e involuntario

La vida moral comporta un ejercicio de la libertad responsable en administrar y dar forma a lo que pertenece al propio mundo interior, hecho de sentimientos y de afectos, de impulsos y de fantasmas. Pero este poder no es absoluto. Es aquí que surge la distinción entre voluntario e involuntario. Lo que se vive en la depresión y los comportamientos que derivan de ella – como por lo demás en cualquier otra enfermedad psíquica – reciben la influencia de determinismos inconscientes. No podemos abstraernos de dichos condicionamientos, pero esto no significa excluir la libre iniciativa del sujeto para darles una orientación o una configuración. Lo voluntario ahonda sus raíces en lo involuntario. Somos controlados por fuerzas del in-

consciente, pero no se trata de un control total. La libertad bajo el movimiento de la gracia modela las reacciones interiores y el psiquismo, incluso si la parte que se atribuye a la libertad es siempre muy difícil y hasta imposible de valorar desde fuera: «Nunca podemos deducir de la presencia de un motivo neurótico la ausencia cierta de un motivo espiritual-ético»<sup>4</sup>. Es decir, la causalidad psíquica puede estar presente, pero no excluye necesariamente cualquier otra motivación. «Nosotros juzgamos la conciencia desde fuera, pero no pretendemos juzgar los secretos ocultos del corazón», decía Agustín cuando se refería al suicidio<sup>5</sup>. En términos más clásicos podríamos hablar de relaciones entre vida psíquica y santidad, a la cual todos estamos llamados, aunque nos encontremos enfermos. De todos modos esto no quita que la falta de libertad sea una herida profunda y debe considerarse como un mal o desorden objetivo.



La problemática la encontramos bien evidente en el mismo título de esta contribución, que indica la necesidad de tener contemporáneamente ligadas referencias morales objetivas y referencias morales subjetivas. Siempre es importante un discernimiento ético entre estas dos dimensiones. Pero lo es sobre todo en el caso de la depresión, una condición que ve el sentido de culpa como centro de la propia psicodinámica. Este sentido de culpa nace de una herida narcis-

ta que conduce a una disminución de autoestima, de cualquier modo se quieran interpretar los elementos de conflicto: instancias de la personalidad (Yo, superyó, yo ideal) o tensión entre ideales y realidad<sup>6</sup>. Nos encontramos, pues, en presencia de una situación en la que puede ser particularmente devastadora la confusión entre desorden y pecado, esto es, cuando el desorden, involuntario, es imaginado como resultado de la voluntad. Y esto puede ocurrir precisamente en la lógica de la enfermedad, como estrategia del deseo de omnipotencia que busca recuperar un poco de la omnipotencia perdida.

### Sentido de culpa

Para la teología moral reviste particular interés la relación que existe entre el sentido de culpa y el sentido del pecado, sobre todo para promover un mejor entendimiento de lo que favorece el ac-

ceso a la experiencia del perdón. En efecto, cuando se habla de pecado, no siempre se tiene claro su distinción con el sentido de culpa. Se trata de una confusión que genera múltiples, sufridos e inútiles equívocos. El sentido de culpa es una sensación que uno no es digno o de dificultad que surge después de un acto o de una actitud percibida como errada<sup>7</sup>. A veces se habla también de remordimiento. Esta palabra pone bien en vista los dos componentes de la experiencia. Por un

lado, el remordimiento indica la agresividad dirigida hacia sí mismo, por la desilusión que ese acto comporta; por el otro, una afectividad herida, que no ama la imagen de sí misma arruinada por la culpa cometida (real o imaginaria que sea).

La característica central del sentido de culpa es que se trata de una experiencia que fundamentalmente se juega entre diversos aspectos de la personalidad que cada uno tiene dentro de sí mismo, es decir entre los elementos ideales y la percepción de la propia situación actual. Cuando se rompen las prohibiciones del superyó, o no estamos a la altura de la imagen ideal de sí mismo a la cual estamos aficionados, surge el sentido de culpa. En sí misma esta experiencia es una campanilla de alarma útil: nos ayuda a tomar en cuenta que hay algo inadecuado en nuestro comportamiento exterior o en nuestras actitudes interiores. Sin embargo, el sentido de culpa puede ser excesivo o indiscriminado, cuando no hay proporción entre el «mal» cometido y el consiguiente sentimiento de dificultad.

Pueden acontecer entonces comportamientos punitivos. El tribunal que encontramos dentro pide expiación y reparación, de modo que nos pongamos en situaciones que no hagan daño a otros o nos impidamos obtener éxitos, condenándonos a la quiebra. O incluso, cuando el sentido de culpa fluctúa sin motivo consciente en nuestra interioridad, cumplimos una acción malvada para tener un asidero al cual referirlo. Cometer un mal para encontrar un motivo plausible de una culpabilidad inexplicable ofrece un poco de alivio, porque proporciona a la situación cierta sensatez y la ilusión de saber, de conocerse y de controlarse. Una variante análoga es la incapacidad de soportar el éxito. Estos son aquellos casos en los que no se logra gozar con sencillez por un don o ser alegres por un reconocimiento en el trabajo. En estos casos, el resultado es que toda nuestra personalidad es puesta en reclusión y paralizada por aquel

famoso tribunal. Es aquí que aflora la culpa neurótica, que desborda hacia la patología y requiere una ayuda técnica para que pueda ser aclarada y administrada.

Para escapar a estos sentimientos desagradables de inadecuación, a veces incluso bien fundados en la realidad, tomamos actitudes defensivas, con la intención de darnos fuerza y de medicar la herida narcicista. Vamos rígidamente en búsqueda de una perfección imposible, mostrando dificultad para aceptar lo real tal como es y para comprometernos transformarlo en lo concreto de las situaciones. De esto resultan actitudes intolerantes de la ambivalencia y de los límites, un cierre defensivo en sí mismos, una huida del presente en búsqueda de realidades perfectas que existen sólo en lo imaginario o de un pasado de añoranzas. Todos los

abriéndose a la futura mejora, o si se fija en la condena y en la desvalorización de sí mismo. Esta segunda hipótesis puede conducir a la tristeza depresiva. Es bastante frecuente en nuestra época, tanto por el exceso de ideales, a menudo falsos pero no por ello menos incisivos, que el mundo de los medios nos propone, como por la crueldad de las instancias del superyó y del yo ideal.

### Sentido del pecado y acceso al perdón

Si el sentido de culpa se juega en varias instancias de la personalidad, el sentido del pecado es en cambio una grandeza relacional. Se mide en el mal hecho al otro, positivamente o por omisión: es el rechazo a promover la vida, la libertad, encerrando a sí mismos y al otro en las propias



signos de una insuficiente aceptación de la verdad de sí mismos y de los demás.

Pero hay un modo positivo de vivir la culpabilidad. En este caso ella es un aliciente para verificar realísticamente actitudes y acciones y para abrirse a una mejora. Se trata de un sentimiento útil, que indica la presencia de un mal. Luego se evalúa si este mal es realmente tal y cuál es su entidad. También hay que considerar si el desarrollo posterior conduce a una reparación-absolución,

expectativas o sirviéndose para sus propios objetivos. Por tanto, el pecado entendido rectamente hace salir de la lógica narcicista de un juego de espejos egocéntrico y autoreferencial: mueve la atención de sí al prójimo. En este sentido, reconocerse pecador comporta la apertura al Otro, que se hace presente en las evidencias interiores del sujeto.

Se entiende así, que en nuestra sociedad narcicista existe una disminución de la práctica de la confesión. O ésta se convierte en

una confesión exhibicionista, que se encuentra precisamente al servicio de una malentendida grandeza (en el mal) del Yo. Una correcta práctica de la reconciliación, que implica la confesión del propio pecado, significa también, desde el punto de vista de la identidad, reconocer la no coincidencia del agente con el mal que es (ha sido) capaz de realizar. Significa des-identificarse del propio pecado: la dignidad de la persona trasciende el mal que ella hace. Entre el sujeto y sus acciones, correctas o malvadas que sean, existe una conexión, pero no una equivalencia.

Reconocerse pecadores significa no pensar en sí mismos, sino reconocer a cual llamada, a cual necesidad del otro hemos respondido mal o hemos omitido responderle. Para esto uno se vuelve consciente del pecado gracias a una revelación, a una palabra que viene del otro. En la Escritura esto ocurre en la escucha de la Palabra de Dios, es decir, en la comunicación interpersonal con el Otro por excelencia. Como vemos, entre sentido de culpa y sentido del pecado hay un progreso hacia la verdad de las cosas y una liberación: se hace posible el perdón.

Pedir perdón es diferente de pedir disculpa. En el primer caso se trata de una acción que se ha tratado de evitar pero que se ha producido. El perdón, en cambio, implica como primera connotación reconocer a sí mismo (cuando se pide) o a los demás (cuando se concede) como responsables de la acción. Este momento de reconocimiento de la responsabilidad es delicado. Equivale a tomar en serio la capacidad del hombre de enajenarse, de rechazar la vida y el amor, de hacer y hacerse daño. El pecado no es condescendencia y falsa indulgencia. Perdonar a otro significa reconocerlo responsable de aquel mal que ha realizado. El perdón incluye, pues, un momento de acusa. Para ser respetuoso, requiere un procedimiento bilateral y consensual. Es decir, no puedo perdonar a quien no se comprende como responsable de su propia acción o a quien no reconoz-

ca aquella acción como no correcta. Una iniciativa de perdón tiene el sentido de una manifestación de disponibilidad a la reconciliación, puede hacer evidente la disposición de ánimo de aquel que la expresa. Pero, si no prevé un momento de escucha y de comunicación con el otro, puede resultar violento, suscitando reincidencia y agresividad.

El perdón no está hecho, pues, de amnesia. El mal hecho deja consecuencias y el perdón a menudo no tiene la capacidad de eliminarlas. El perdón, en cambio, está hecho de una oferta de futuro en la relación, considerada más fuerte de lo que, por su peso, tiende a interrumpirla. El perdón es una oferta de futuro a quien no tiene excusas, no obstante el mal que ha realizado. El perdón, pues, comporta una distinción entre el pecado y el pecador. Juzga el pecado como tal, pero absuelve al pecador.

En síntesis, el perdón es un don gratuito de futuro a quien reconoce – y se asume la responsabilidad – sus propios errores. En el Señor lo encontramos en el estado puro: Dios cree en el hombre, sigue confiando en él, precisamente cuando él ha perdido confianza en sí mismo. Si el perdón es aceptado, destroza la voluntad narcicista de la continua referencia (más o menos decepcionante) al propio yo. Así puede volver a encontrar la fuerza y el gusto de comprometerse en el don de ser librado del temor y del desprecio de sí mismo.

Este discurso es particularmente importante para nuestro argumento, ya que en la depresión encontramos una distorsión del tiempo vivido<sup>8</sup>. Por cierto, es necesario distinguir entre tristeza, que podríamos llamar normal o provocada por el acontecimiento externo de pérdida, y depresión patológica o endógena. En el primer caso la dimensión del pasado tiende a acentuarse y a desbalancear el ordinario fluir del tiempo vivido. Los recuerdos transcurridos surgen con más relevancia y alimentan la nostalgia. Pero no obstante esto el presente permanece abierto sobre el futuro como horizonte de sentido, de

modo que la memoria sigue siendo capaz de generar una actividad creativa, o incluso de dar profundidad a la meditación sobre la existencia y tocar lo infinito, de modo que se habla de tristeza existencial.

En el caso de la tristeza clínica el pasar del tiempo vivido disminuye hasta el punto de cerrar el horizonte del futuro. La memoria se petrifica en el pasado. El enfermo percibe que no está al paso con el fluir del tiempo: se establece una especie de desfase por lo que siente estar perennemente en retraso, como la paciente de la que habla Minkowski, que considera que el horario del propio hospital está en retraso de algunas horas con respecto al de la casa cercana<sup>9</sup>. El futuro es borrado y el pasado se traga al presente «congelando el porvenir y alimentando la culpa, la experiencia de culpa, que inunda disminuyendo el futuro: de la esperanza y del perdón (que no hay sin esperanza)»<sup>10</sup>. El porvenir tiende a configurarse como espera del castigo inminente, como desventura requerida por la necesidad de la expiación. Esta dificultad de inscribirse en el tiempo se manifiesta en el lenguaje: el pasado es el lugar de la nostalgia por lo que se ha perdido o del lamento por lo que no se ha realizado y el futuro es portador de amenazas por la incombente expiación.

En esta situación se hace presente la tentación de procurarse la muerte, tentación mayor de los oscuros momentos de sufrimiento.

### Suicidio y depresión

En la tradición de la teología moral los temas que defienden la ilegitimidad del suicidio, han sido codificados por san Tomás<sup>11</sup>. Fundamentalmente son tres. Ante todo el suicidio entra en contradicción con la inclinación natural a la autoconservación y con el amor hacia sí mismos. El segundo argumento deriva de Aristóteles<sup>12</sup> y considera el suicidio como *iniuria communitati*, es decir, una injusticia cometida contra la sociedad a la que pertenece

el hombre: porque su vida tiene significado y valor para los demás, el suicida no cumple con sus deberes hacia ellos y les hace daño. El último tema, retomando el de Platón en el *Fedón*, afirma que la vida es un don de Dios, que por consiguiente es el propietario: el hombre no puede considerarse dueño ejerciendo un derecho que no le compete. Esto significaría no reconocer la soberanía de Dios. Estos temas son sustancialmente repetidos en el curso de los desarrollos posteriores de la reflexión, y son autorizadamente retomados en la encíclica *Evangelium vitae* (n. 66).

Seguramente, el progreso de los conocimientos psicodinámicos ha puesto en evidencia aspectos motivacionales del comportamiento suicida que no se apreciaban en épocas anteriores. Aunque no resuelve totalmente el componente de misterio presente en el comportamiento suicida, ha sido posible profundizar más los significados que este gesto puede manifestar. Conocemos así que a menudo el suicida no siempre busca la muerte en cuanto tal, sino más bien un camino de solución para problemas existenciales que percibe como urgentes<sup>13</sup>. En los casos de depresión, las motivaciones puede cubrir un espectro muy amplio<sup>14</sup>. Pueden ser determinantes los empujes agresivos: a veces dirigidos contra sí por la severidad de un superyo demasiado exigente, o para sustraerse a un perseguidor interno («verdugo secreto») en el juego de las relaciones referentes al objeto. Pero en otros casos dicha agresividad puede dirigirse hacia lo externo, como castigo hacia personas que, verdaderos blancos del suicidio, vivirán la autoeliminación del sujeto como una derrota. Otras veces, en cambio, la agresividad juega un papel poco importante y prevalece el deseo de reunificación con un objeto de amor perdido, del que el suicida se siente dependiente, y que trata de alcanzar procurándose la muerte.

Quizás por esta mayor sensibilidad hacia las condiciones y los condicionamientos el nuevo Código de Derecho Canónico

(1983), suavizando la severidad del anterior (1917)<sup>15</sup>, ya no enumera los suicidios entre los excluidos de la sepultura eclesial y de la misa de exequias<sup>16</sup>.

Las ciencias humanas, por tanto, iluminan el ámbito de la intención y de la libertad efectiva del agente, dos aspectos que califican el *actus humanus*. Esto es



determinante para la definición misma de suicidio, que tiene en cuenta no sólo la descripción empírica del acto con el que tiene lugar, o se expone a la muerte, sino implica también la actitud interior que en ese acto se manifiesta: disponer de la propia vida como de una posesión individual, actualmente rechazada y despreciada, cerrada a cualquier otra perspectiva de sentido.

Esta precisión permite aclarar que no se pueden definir como suicidio todos los casos en los que la exposición a la muerte, aunque cierta, tiene lugar en nombre de un valor más elevado de la misma vida física. El ejemplo más explícito es el de Padre Kolbe, que indica una disposición de sí mismo de parte del hombre en el ejercicio de una libre responsabilidad hacia el Creador, que es el fundamento (y no el antagonista). No consideramos aquí aquellos gestos que dejan espacio a una mayor incertidumbre interpretativa, a los que la casuística se ha dedicado ampliamente.

Todo esto no quita la ilegitimidad del comportamiento suicida, que algunos teólogos argumentan cuando entran en diálogo con la noción utilitarista de la vida, hoy prevaleciente en nuestra cul-

tura, y mostrando su intrínseca contradictoriedad. El núcleo de dicha argumentación se refiere a la noción misma de la vida. Ella no es una realidad con respecto a la cual el hombre se encontraría en una posición externa y neutral, a partir de la cual elegir si le conviene continuar a vivir, de acuerdo con un cálculo que compara costos y beneficios, para maximizar el bienestar y minimizar los sufrimientos. En efecto, nosotros nos encontramos ya desde un comienzo dentro de la vida, de la que gradualmente surgimos como seres conscientes. El río de la vida en el que el hombre está sumergido está constituido no sólo por su corporeidad, sino también por las mediaciones relacionales y culturales. El hombre se encuentra de inmediato radicado en una vida dotada de sentido que lo precede y que se presenta como un acontecimiento y una promesa, al cual dar el propio consentimiento, en un proceso de apertura a la trascendencia<sup>17</sup>. Esto significa que cada uno de nosotros no es un individuo aislado, que viene antes de su relación con los demás, comprometido a producir de suyo el sentido, mediante el propio actuar y prescindiendo de las relaciones en las que encuentra y actúa con los demás hombres. Por tanto, pensar la relación intersubjetiva como una añadidura siguiente, en la que cada uno decide arbitrariamente si le conviene comprometerse o no, no parece por nada respetuoso de la condición del hombre y del desarrollo efectivo de su parábola existencial.

La elección del suicidio es una declaración de insensatez de la vida, pero a la luz de lo dicho antes, es contradictoria: trata de ir más allá de las contradicciones experimentadas en la vida, pero quisiera obtener este resultado eliminando el presupuesto mismo que permitiría superarlas. En efecto, sólo continuando a vivir sería posible resolver la contradicción, abriéndose a un nuevo porvenir. Además, en el suicidio se afirma una falsa autonomía basada en la ilusión de producir por sí mismo el sentido, con el

propio actuar, mientras él se deja captar sólo en base a la confianza que cada uno pone en las razones de bien que la vida le ofrece. Aquí surge también la íntima relación entre el aspecto ético y el aspecto religioso de cada existencia humana, ya que el actuar es posible sólo teniendo en cuenta la confianza hacia un bien que no puede ser totalmente poseído desde el inicio, ni intelectualmente ni en sus implicaciones operativas.

En la tradición bíblica esta confianza es puesta en la promesa específica ofrecida por Dios. También en las contradictorias situaciones de prueba y de fracaso, el hombre reafirma su fe en esta promesa de salvación, sabiendo que ella no puede ser producida por su propio actuar. Podemos dirigirnos a las figuras de Elías (*I Re*, 19,4) o de Jonás (*Jonás* 4,3.8), o también a la menos inmediata del sabio Qoelet, para encontrar ejemplos en este ámbito. En todos estos casos sobresale la importancia de la oración como diálogo con el Señor de la vida y como lugar de regeneración de las razones de la propia

confianza y esperanza. Aquí el hombre de fe hace experiencia de proximidad, ante todo de Dios, e identifica los caminos para que, a su vez, se vuelva prójimo a nivel tanto interpersonal como estructural.

Una tarea que, no siendo descontada en su éxito – como muestra la conclusión interlocutoria de la narración del reacio Jonás – se presenta en toda su urgencia, según lo que ha sido varias veces remarcado, también en nuestra cultura.

P. CARLO CASALONE S.I.  
Redactor de "Aggiornamenti Sociali"  
Consultor del Pontificio Consejo para  
la Pastoral de la Salud

## Notas

<sup>1</sup> Cfr MOLINARO A., «Scienze umane, filosofia, etica», in GOFFI T – PIANA G. (ed.), *Corso di Morale I. Vita nuova in Cristo. Morale fondamentale e generale*, Queriniana, Brescia 1983, 59.68.

<sup>2</sup> Cfr BASTIANEL S., «Dottrina sociale della chiesa come teologia morale», en BERNAL RESTREPO S. (ed.), *Teologia e dottrina sociale. Il dialogo ecclesiale in un mondo che cambia*, Piemme, Casale Monferrato 1991, 54-55

<sup>3</sup> Cfr BORGNA E., *Noi siamo un colloquio. Gli orizzonti della conoscenza e della cura in psichiatria*, Feltrinelli, Milano 1999, 75-97.

<sup>4</sup> BEIRNAERT L., «La sanctification dépend-elle du psychisme?», in *Expérience chrétienne et psychologie*, Epi, Paris 1964, 133-142, 138.

<sup>5</sup> AGOSTINO, *La Città di Dio*, Libro I, cap. XX-VI.

<sup>6</sup> Cfr GABBARD G.O., *Psichiatria psicodinamica*, Cortina, Milano 2002, 217-218.

<sup>7</sup> Cfr SOVERNIGO G., *Senso di colpa*, Elle Di Ci, Castelnuovo don Bosco (AT) 1980; GOLDBERG J., *La culpabilité. Axiome de la psychanalyse*, PUF, Paris 1985; VIORST J., *Necessary losses*, Ballantine Books, New-York 1986; SPEZIALE-BACCAGLIA R., *Colpa*, Astrolabio, Roma 1997.

<sup>8</sup> Cfr MINKOWSKI E., *Le temps vécu*, PUF, Paris 1995 (ed. or. 1933).

<sup>9</sup> Cfr MINKOWSKI E., *op. cit.*, 294.

<sup>10</sup> BORGNA E., *op. cit.*, 67.

<sup>11</sup> Cfr TOMAS DE AQUINO, *La Suma Teológica*, II-II, q. 64, a. 5.

<sup>12</sup> Cfr ARISTOTELES, *Etica Nicomachea*, v, 15, 1138 a 5-14.

<sup>13</sup> Cfr PELLIZZARO G., «Suicidio», COMPAGNONI F. – PIANA G. – PRIVITERA S. (ed.), *Nuovo Dizionario di Teologia Morale*, Paoline, Cinisello Balsamo (MI) 1990, 1338-1347, qui 1341.

<sup>14</sup> Cfr GABBARD G. O., *op. cit.*, 220-223.

<sup>15</sup> Cfr Can. 1240 § 1.3.

<sup>16</sup> Cfr Can. 1184-1185.

<sup>17</sup> Cfr ANGELINI G., «La questione radicale: quale idea di "vita"?», in AA. VV., *La bioetica. Questione civile e problemi teorici sottesi*, Glossa, Milano 1998, 177-206; REICHLIN M., «Il suicidio e la morale cristiana», en *Rassegna di Teologia* 39 (1998) 863-888; TETTAMANZI D., *Nuova Bioetica Cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (AL), 107-114; CHIODI M., *Tra cielo e terra. Il senso della vita a partire dal dibattito bioetico*

