

Página cultural

Personajes célebres y enfermedad: Van Gogh y sus trastornos mentales (II)

Miguel Lugones Botell¹

La sintomatología de la enfermedad de *Van Gogh* se ha dicho que era multiforme y cambiante.¹ En el primer plano de las fases agudas había estados de excitación afectiva que aparecían y desaparecían rápidamente en instantes, a los que se unían pensamientos delirantes religiosos y filosóficos, alucinaciones acústicas bajo la forma de voces, alucinaciones ópticas y probablemente también temores a haberse envenenado. Sufría de perturbaciones del sueño, y el síntoma conductor que aparecía continuamente era la angustia, que también en los estados de agotamientos postremisión se manifestaba como temor a una recaída. También hay indicios inequívocos que hablan a favor del polo contrario, la felicidad, o sea el entusiasmo durante las fases agudas. El mismo *Van Gogh* se describió repetidas veces durante los estados de excitación como desorientado; el vago recuerdo de las psicosis agudas indica ligeras perturbaciones de la conciencia. En cambio, la tristeza y la falta de voluntad se presentaban solo fuera de las fases de excitación psicótica.¹⁻³

El primer diagnóstico y probablemente el más importante es el de una epilepsia, propuesto por el director de la clínica en Saint Remy, el doctor *Peyron*, al recibir al artista. Otros autores apoyaron más tarde ese diagnóstico. Así, por ejemplo, *Evenson* observó que una manía con alucinaciones terroríficas coincidía plenamente con la definición de epilepsia como enfermedad fundamental de aquella época. A decir verdad, *Evenson* no ofreció ningún argumento en favor de ese diagnóstico, pero lo mantuvo, porque una parálisis progresiva o una *dementia praecox* le pareció improbable. Señaló, sin embargo, que durante toda la internación en Saint Remy no se observó ningún ataque convulsivo epiléptico.¹

*Gastaut*² sostuvo que la enfermedad era una epilepsia psicomotora; *Morrant*³ afirmó que se trataba de una epilepsia temporal lobular, pero se apoyó en la afirmación, que no aclaró en ningún lado, de que los episodios en Saint Remy, al contrario de la primera manifestación en Arles, eran ataques. Sin embargo, el curso de los episodios permite suponer que la denominación de “ataque” fue utilizada por *Van Gogh* y el doctor *Peyron* en razón del comienzo abrupto. Como argumento principal a favor de una epilepsia, *Morrant* ofreció una pérdida de la conciencia;³ sin embargo, ese síntoma no se encuentra en las cartas de *Van Gogh* ni en las notas del doctor *Peyron*; de la misma manera, la amnesia a que se refiere se presentó durante los episodios como recuerdo vago y confusión, pero no como pérdida completa de la conciencia.¹

A *Morrant* le resultó difícil unificar la sintomatología bajo un único diagnóstico, y en sus conclusiones debió presentar nada menos que 5 diagnósticos para explicar la enfermedad psíquica del pintor (epilepsia compleja-parcial, insolación e intoxicación, perturbación de la personalidad, depresión y enfermedad maníaco-depresiva).³ Este autor solo pudo ofrecer como evidencia de la enfermedad epiléptica el carácter de “ataque”, la sintomatología “poco clara” y la perturbación de la conciencia. Es imposible relacionar este modelo con una epilepsia ni con

perturbaciones postictales de la conciencia. A la misma conclusión llegaron Lemke y Lemke, que analizaron el intercambio epistolar del artista con su hermano y la obra artística. Pudieron demostrar que después de la irrupción de la enfermedad su capacidad creadora siguió desarrollándose no solo cualitativamente, sino también cuantitativamente, lo que sería difícil de relacionar con una causa psicoorgánica. Sin embargo, estos autores no propusieron un diagnóstico final.⁴

Arnold explicó el abuso del ajeno o un craving por el pineno, el alcanfor u otra sustancia como una posible causa de su enfermedad.⁵ Como apoyo de su tesis alegó que *Van Gogh* había ingerido colores y había sufrido excitaciones, así como ataques epilépticos. Contra esta tesis habla el hecho de que los doctores *Peyron* y *Rey* nunca mencionaron el abuso del ajeno como diagnóstico, a pesar de que en esa época ocurría en Arles 5 veces más que en el resto de Francia.³ Muchos otros argumentos hablan en contra de la génesis tóxica: para suponer un craving y una enfermedad abrupta y psicoorgánica debería probarse un abuso consistente y continuo del ajeno. Incluso la única explicación posible de un ocultamiento de la adicción con una deshabitación exitosa en Saint Remy, que ni siquiera los defensores de esta tesis consideraron, se debilita por las fases de la enfermedad que aparecieron poco tiempo antes de ser dado de alta.¹

Arenberg y otros interpretaron la automutilación de *Van Gogh* como indicio de que había sufrido de tinnitus y probablemente de un *morbus meniere*.⁵ Los autores llegaron incluso a considerar como indicio de un nystagmus las alucinaciones ópticas sobre las que informó *Van Gogh*. Esa versión fue criticada porque descuidaba importantes aspectos de la enfermedad, y se basaba en una valoración tendenciosa de síntomas aislados.⁶ Sobre todo habla en contra de un *morbus meniere* el hecho de que *Van Gogh* nunca mencionó en sus cartas ruidos auditivos que indicaran un tinnitus. Más bien informó sobre voces y visiones, es decir, sobre alucinaciones complejas y estructuradas que no se pueden armonizar con un *morbus maniere*. Por último, quedan sin explicar por este diagnóstico las ideas delirantes, el afecto cambiante, los giros religiosos “absurdos”, las fases de felicidad y de entusiasmo.⁵

El diagnóstico de una porfiria intermitente fue más bien una curiosidad.⁷ También esta interpretación, que presupone ataques de dolor de estómago, náuseas, anorexia, angustia y alucinaciones, carece de base en los documentos sobre la enfermedad de *Van Gogh*. Los accesos de entusiasmo, los delirios, las alucinaciones y la perturbación del sueño con angustia, así como el rápido cambio de la sintomatología en el término de instantes, no se pueden explicar por con una porfiria.

A decir verdad, se explicó muchas veces una intoxicación con digitalis,⁸ pero el estímulo para esa interpretación surgió más bien a causa de las interesantes analogías entre los síntomas de una intoxicación con digitalis y aspectos parciales de la obra del artista.⁸ A pesar de que el digitalis era utilizado ocasionalmente en aquella época para el tratamiento de las epilepsias, *Van Gogh* mencionó un tratamiento con bromo y alcanfor, no con digitalis.

La hipótesis de una esquizofrenia fue favorecida sobre todo en la década de 1920, pero más tarde se dejó de sostenerla seriamente. Propuesta por *Jaspers* en 1924, se basaba en informaciones incompletas sobre la vida del artista; otros sostenedores de esa teoría fueron *Schilder*, *Westermann-Holstijn* y *Riese*.⁹

Jaspers supuso una esquizofrenia en base a un número, como él mismo se lamentó, limitado de documentos biográficos y de historia del arte que lo motivaron a ver en los cuadros de los últimos meses un engrosamiento de las líneas. De todas maneras, el mismo *Jaspers* escribió respecto a ese análisis personal de la obra: “Creo que mis observaciones son muy pobres porque me falta una formación artística, artesanal y científica; y me resulta doloroso no poder realizar por falta de material suficiente una investigación que me parece esencial”. En su consideración final reconoció que “el hecho de haber mantenido totalmente la capacidad crítica y la disciplina, a pesar de unos ataques psicóticos tan violentos, durante dos años, no era usual en la esquizofrenia, pero era posible”. Por “escrupulosidad psiquiátrica” señaló “el mínimo de inseguridad que había en el diagnóstico de *Van Gogh*, al contrario de *Hölderlin* y *Strindberg*”.

En algunos posicionamientos se diagnosticó, desde el punto de vista psiquiátrico, más bien una enfermedad afectiva fásica. Así, *Hemphill* llegó a la conclusión de que *Van Gogh* sufría de una enfermedad maníaco-depresiva. Sin embargo, este autor reconoció que las perturbaciones de la conciencia y las crisis súbitas no eran típicas, y postuló, por lo tanto adicionalmente, un abuso del ajenjo.¹⁰ Otros sostenedores de la hipótesis de una enfermedad maníaco-depresiva fueron *Perry* y *Jamison*.^{11,12} Así, *Jamison* señaló que la anamnesis familiar había sido positiva (la hermana *Wilhelmina* pasó años en una clínica psiquiátrica y el hermano menor, *Cor*, se suicidó). A decir verdad, el autor discutió la duración breve no típica de las fases de la enfermedad, pero las relacionó con el diagnóstico de una enfermedad afectiva. Sin embargo, ese breve análisis no parece suficientemente detallado respecto del corte transversal y el curso de la enfermedad, como para asegurar el diagnóstico. En especial, quedan sin considerar el comienzo abrupto, el carácter polimórfico y fluctuante con rápidos cambios del estado anímico, los síntomas psicóticos y las perturbaciones de la conciencia. Además no quedan claros cuáles fases deben considerarse como depresiones y cuáles como manías. Tampoco es posible probar la acumulación de las fases según las estaciones del año propuesta por este autor (diciembre 1888, febrero 1889, agosto 1889, diciembre 1889, marzo/abril 1890, julio 1890). La anamnesis familiar es positiva solo para las enfermedades nerviosas, pero no es inequívoca para las enfermedades maníaco-depresivas, y por lo tanto, no puede ser considerada como orientadora para la enfermedad de *Van Gogh*, ya que también son posibles las acumulaciones familiares en las psicosis cicloides.¹⁰

Para el diagnóstico de una enfermedad maníaco-depresiva vale lo mismo que para una esquizofrenia: si se utiliza una definición amplia, en el DSM-IV sería una grave perturbación bipolar de tipo I con episodios mixtos, rasgos psicóticos del estado de ánimo incongruentes y cambio rápido de las fases (cuatro o más fases por año). De todos modos también aquí se trataría de una casuística inusual en muchos aspectos, con ideas delirantes incongruentes con el estado de ánimo, alucinaciones, angustia, comienzo abrupto y cambio rápido en el término de instantes, así como de un autoperjuicio extravagante no suicidal.

*Monroe*¹³ propuso el diagnóstico de una reacción psicótica episódica en base a la sintomatología y al curso. Sin embargo, en los documentos supérstites la suposición implícita de una perturbación reactiva no encuentra ningún apoyo. Además, este autor defendió la hipótesis (incompatible con nuestra comprensión actual de la relación entre psicosis y epilepsias) de que para la psicosis podrían ser responsables descargas epilépticas en el sistema límbico.¹³

ALGUNOS ASPECTOS SOBRE SU OBRA Y LA ENFERMEDAD.¹⁴

En “Autorretrato,” del año 1889, se ha dicho que este cuadro pintado por *Van Gogh* mientras estaba internado en el manicomio de Saint-Rémy, describe el estado emocional por el que atravesaba el artista. La locura parece estar resaltada en la mirada de sus ojos, la palidez de su rostro, así como los colores apagados de su vestimenta. Se enmarcan en un fondo oscuro, resaltando aún más lo desviado de su expresión. Solo la paleta y algunos de sus pinceles que acompañan el retrato, parecerían conectar al artista con alguna posible vivencia.¹⁴ La luminosidad de su rostro contrasta con la oscuridad de su ropa oficiando de fondo, y señala una de las características principales del movimiento impresionista.

“Los comedores de patatas”, refleja su obsesión para la época, que era la de pintar campesinos. En este cuadro se pueden apreciar los claroscuros que se observan en muchas pinturas de *Van Gogh*: el detalle de la luz tenue que alumbra la mesa y los rostros, y la oscuridad del fondo que tampoco llega a ser absoluta, son signos de la pintura impresionista.¹⁴

“Habitación de Vincent en Arles”: Este cuadro inundado de colores, donde llamativamente el color blanco no aparece y el negro solo se encuentra en el marco de la ventana, parece romper con el estilo impresionista clásico que se demarca en sus demás pinturas. Describe su habitación, y ese mundo de encierro, encierro de colores al que su mente lo llevaba, trasmite una asfixia sin salida.¹⁴

CONCLUSIONES

Se ha señalado que de todas las informaciones que hay sobre el artista, solo una psicosis puede explicar los síntomas de la enfermedad *Van Gogh*.⁵ Para suponer una enfermedad orgánica, con la inclusión de una epilepsia psicomotora, se deberían dejar de lado o valorar en forma parcializada numerosos aspectos de la patografía del artista. La explicación de la psicosis como esquizofrenia, sobre todo en la década de 1920, como enfermedad maniáco-depresiva en los trabajos más recientes, responde a las corrientes de las convenciones de clasificación actuales. A pesar de eso, su psicosis no es típica para una esquizofrenia ni para una enfermedad afectiva, como lo reconocen además los sostenedores de esos diagnósticos.⁵ La ventaja de la propuesta de *Karl Leonhard* consiste, en cambio, en el hecho de que la enfermedad de *Van Gogh* representa una casuística típica para una psicosis cicloide de angustia-felicidad, y que este diagnóstico se puede relacionar con todas las informaciones psicopatológicas que se encuentran en los documentos históricos. Además de los pasajes textuales citados por otros autores y por el mismo *Leonhard*, se pudieron encontrar nuevos indicios en las cartas y en las obras de *Van Gogh* que apoyan la interpretación de *Leonhard*. También es igualmente importante el hecho de que no se hayan encontrado en las fuentes indicios que contradijeran esa interpretación. En primer plano se encontró particularmente tristeza y melancolía en los estadios prodrómicos y en los síndromes de agotamiento postremisivos, pero no durante los episodios psicóticos agudos.⁵ Los criterios de una esquizofrenia no se cumplen en ningún episodio como se ha señalado.^{5,6,13}

El artista, que no vendió en vida ni un cuadro y que dijo en una oportunidad con atinada certeza: “*Yo no tengo la culpa de que mis cuadros no se vendan. Pero llegará el día en que la gente se dará cuenta de que tienen más valor de lo que cuestan las pinturas*” sufrió en vida del olvido, el rechazo de la sociedad y la valoración injusta que en ocasiones tienen personajes de gran celebridad como ocurrió con él, pero demostró una vez más ante el mundo, la importancia del trabajo constante, y con su obra se levantó para siempre para estar entre los grandes

creadores del arte. Sirva este trabajo de modesto homenaje y reconocimiento a una figura tan relevante del arte que fue desconocido y rechazado en vida por la sociedad de su tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Evensen H, Von der Geisteskrankheit. Vincent van Gogh. Z Psychiatr Psych Ger Med. 84:133-53.
2. Gastaut H. La maladie de Vincent van Gogh envisagée à la lumière des conceptions nouvelles sur l'épilepsie psychomotrice. Ann Med Psychol. 114:196-238.
3. Marrant JCA. The wing of madness: the illness of Vincent van Gogh. Can J Psychiatry. 1993;38:480-4.
4. Lemke S, Lemke C. Über die psychische Krankheit Vincent van Goghs. Nervenarzt. 1993;64:594-8.
5. Arnold WN. Vincent van Gogh and the thujone connection. JAMA. 260:3042-5.
6. Feldmann H. Van Gogh: meniere's disease, epilepsy, psychosis? (letter). JAMA. 1991;265:722-3.
7. Kunin RA. Van Gogh: Meniere's disease, epilepsy, psychosis? (letter). JAMA. 1991;265:723.
8. Lee TC. Van Gogh's vision; digitalis intoxication? JAMA. 1981;245:727-9.
9. Riese W. Über den Stilwandel Vincent van Goghs. Ges Neurol Psychiatr. 1925;98:1-16.
10. Hemphill RE. The illness of Vincent van Gogh. Proc R Soc Med. 1961;54:1083-8.
11. Jamison KR. Vincent van Gogh's illness. BMJ. 1992;304:577.
12. Perry JH. Vincent van Gogh's illness - a case report. Hist Med. 1947;21:146-74.
13. Monroe RR. The episodic psychoses of Vincent van Gogh. J. Nerv Ment Dis. 1978;166:480-8.
14. Barriles F. Vincent, un ensayo sobre Van Gogh. Disponible en: <http://www.sexovida.com/arte/vangogh.htm>

Recibido: 3 de noviembre de 2005. Aprobado: 10 de abril de 2006.

Dr. *Miguel Lugones Botell*. Policlínico Docente "26 de Julio". Calle 72 # 1313, municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba.

¹Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar del Policlínico Universitario "26 de Julio", Playa.