

Neuropsiquiatría y creatividad: *La noche estrellada* de Van Gogh

Rodolfo Arturo Abundes-Corona y Teresa Corona Vázquez*

Laboratorio Clínico de Enfermedades Neurodegenerativas, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, México, D.F.

Resumen

La vida de Vincent van Gogh (1853-1890) ha sido ampliamente estudiada por humanistas y científicos, y ejemplifica de forma arquetípica la relación entre la enfermedad y sus efectos sobre la creatividad. En 1956, Gastaut propuso el diagnóstico de epilepsia del lóbulo temporal. Al artista lo caracterizaron una personalidad excéntrica y un estado de ánimo inestable, con ataques psicóticos recurrentes durante sus dos últimos años de vida. Varios autores han considerado que Van Gogh padeció, además, trastorno bipolar. Se ha realizado una revisión biográfica y epistolar, como un esfuerzo para entender la complejidad de su enfermedad y los efectos de ésta en una creación artística que lo convirtió en uno de los mayores genios de la pintura.

PALABRAS CLAVE: Arte. Creatividad. Epilepsia. Lóbulo temporal. Neuropsiquiatría. Trastorno bipolar. Vincent van Gogh.

Abstract

The life of Vincent van Gogh (1853-1890) has been studied thoroughly by humanists and scientists alike. His biography is an archetype of the relationship between creativity and disease. In 1956, Henri Gastaut defined his diagnosis as temporal lobe epilepsy. The artist was known for an eccentric personality and unpredictable mood, with recurrent psychotic bouts through the last two years of his life. Several authors have considered the possibility that van Gogh also suffered from bipolar affective disorder. We conducted a biographical and epistolary review with the objective of analyzing the complexity of his disease and the effects it had on his art, which ultimately placed him as one of the greatest geniuses in art. (Gac Med Mex. 2014;150:362-6)

Corresponding autor: Teresa Corona Vázquez, coronav@unam.mx

KEY WORDS: Art. Creativity. Epilepsy. Temporal lobe. Neuropsychiatry. Bipolar affective disorder. Vincent van Gogh.

Desarrollo

Vincent Willem van Gogh (1853-1890) fue un pintor holandés postimpresionista, cuyo trabajo, notable por su belleza natural y sinceridad emocional, tuvo una trascendencia tardía, pero de enormes proporciones, sobre el arte del siglo XX. Tras muchos años de profunda ansiedad y enfermedad física y mental, murió a los 37 años a causa de una herida de bala autoinfligida.

En ese momento, su obra era conocida sólo por unos cuantos artistas.

Como en la película *Los sueños*, del cineasta Akira Kurosawa, considerada su testamento fílmico, al estar frente a sus obras, se percibe la capacidad de adentrarse en ellas. En uno de los sueños un joven oriental admira absorto la pintura *Campos de trigo con cuervos*, en donde las aves negras que vuelan por encima del paisaje son un augurio ominoso, una premonición de la muerte. Entonces al conmovido joven le ocurre un fenómeno maravilloso: se introduce en los campos de la pintura y en la vida de Vincent. Angustiado, corre tras el pintor, con la idea de prevenirlo de su inminente suicidio¹ (Fig. 1).

Correspondencia:

*Teresa Corona Vázquez

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Insurgentes Sur, 3877

Col. La Fama, Del. Tlalpan, C.P. 14269, México, D.F.

E-mail: coronav@unam.mx

Fecha de recepción: 21-01-2014

Fecha de aceptación: 13-02-2014



Figura 1. *Campos de trigo con cuervos* (1890).

Artaud describió en 1941 a Van Gogh como un alienado auténtico, un excéntrico obligado a desaparecer por la sociedad. Este proceso también podría ser la génesis de su genio artístico. Para Artaud, Vincent pertenece a ese linaje de grandes genios marginales como Poe, Baudelaire, Wilde, Kierkegaard y Nietzsche, hombres atrapados por sus fantasmas mentales, tocados en el corazón por la noche y las estrellas, que no regresan, o no regresan bien al mundo de los normales².

La noche del 23 de diciembre de 1888 fue probablemente la fecha en que Van Gogh se desvinculó de la sociedad para no volver más. Esa noche no sólo perdió para siempre el lóbulo de su oreja derecha, sino también su cercanía con Paul Gauguin y, sobre todo, su precaria posición en el tablero del mundo ordinario.

El proceso de externalización de Vincent fue multifactorial y estuvo provocado por las características de su personalidad, pero también por las consecuencias físicas y psíquicas de una serie de enfermedades que afectan a la mente y el cerebro.

Más de 150 médicos han propuesto una enorme variedad de diagnósticos para la enfermedad que aquejaba a Van Gogh. Dentro de las múltiples afecciones consideradas, se encuentran, además de la

epilepsia del lóbulo temporal y el trastorno bipolar, la enfermedad de Ménière, la neurosífilis, la intoxicación crónica por plomo y por digitálicos, la meningoencefalitis tuberculosa, la esquizofrenia y el tumor cerebral. Actualmente el reto diagnóstico sigue siendo fascinante³⁻⁹.

Gastaut, en 1956, identificó la enfermedad de Van Gogh como epilepsia del lóbulo temporal⁹, precipitada por el abuso del consumo de ajenojo, bebida popular entre los artistas parisinos de finales del siglo XIX, en presencia de una lesión límbica preexistente. Es posible que la enfermedad neurológica se relacionara con una personalidad premórbida y un trastorno anímico del espectro bipolar. Van Gogh presentó, de forma previa al inicio de las crisis epilépticas, dos episodios depresivos mayores que fueron seguidos de un ánimo exaltado prolongado y una pasión excesiva, primero por la religión y después por el arte⁴. A la edad de 16 años Vincent vivía cerca de su familia, en La Haya, en donde trabajaba como aprendiz de vendedor de arte; posteriormente fue trasferido a Londres, ciudad en la que sufrió su primer desamor y cayó consecuentemente en una severa depresión. Vincent pasó los siguientes meses retraído de la sociedad, con el ánimo desolado. Durante ese periodo se vio cada vez más interesado e

involucrado con el pensamiento religioso. Conforme aumentaba su pasión por la religión, iba perdiendo interés en bienes como el dinero y en las relaciones sociales. Finalmente perdió su empleo y empezó a trabajar como predicador. Vincent no logró obtener un grado de teología y terminó trabajando como evangelista en Borinage, un precario distrito minero de Bélgica, en donde regaló las pertenencias que le quedaban. Su conducta de extremo altruismo no era percibida como digna de su oficio por parte de sus superiores y, en consecuencia, fue expulsado de la Iglesia. Por segunda vez, Vincent cayó en una profunda depresión, abandonó sus creencias religiosas y empezó a adoptar ideales agnósticos y socialistas. Fue en ese momento cuando decidió dedicarse al arte, desarrollando una pasión de intensidad similar a la mostrada en su primera fase de hiperreligiosidad. Este momento crítico de su vida esté quizás representado por la contradictoria pintura *Naturaleza muerta con Biblia*, obra ataviada de símbolos, en donde, junto a una Biblia abierta, yace una copia de la novela *La Joie de Vivre*, del escritor liberal Émile Zola.

Después de estos dos eventos, la personalidad de Van Gogh se tornó tempestuosa e impredecible, como describía una carta que su hermano Theo envió a su hermana Wilhemina: «Pareciera que fuera en realidad dos personas: una maravillosamente talentosa, tierna y refinada; la otra, egoísta y de corazón despiadado. Se presentan en turnos, como si una escuchara a la otra para después dar una réplica. Es una lástima que Vincent sea su propio enemigo, puesto que hace la vida difícil no sólo a los demás, sino también a él mismo.»²³.

La familia de Vincent van Gogh, siempre inmersa en un ambiente de pobreza y estricta religiosidad, tuvo una fuerte predisposición por sufrir enfermedades mentales y trastornos del estado de ánimo. Vincent tuvo cinco hermanos menores; Theo falleció a menos de seis meses de la muerte de Vincent, y ambos yacen juntos en el panteón de Auvers-Sur-Oise, en Francia. Cornelius, el hermano más chico, se enlistó como voluntario en el ejército de los bóer, en Sudáfrica; allí pudo haberse suicidado. Su hermana Wilhemina, a quien Vincent dirigió varias cartas, a la edad de 35 años fue internada por esquizofrenia en un asilo psiquiátrico, en donde vivió el resto de sus días, hasta su muerte, a los 79 años de edad. Su madre murió a los 87 años, sobreviviendo no sólo a su esposo, sino también a sus tres hijos varones. Estos datos familiares apoyan el hecho de que Vincent tuviera una predisposición intrínseca a las enfermedades mentales.

De todos los diagnósticos probables, el de Gastaut es el que cuenta con mayor evidencia histórica⁹. La neurología moderna ha dedicado múltiples esfuerzos a entender la fisiopatología de la epilepsia y los fenómenos biológicos y neuroquímicos responsables de las alteraciones neuropsiquiátricas que frecuentemente se asocian. En general, se acepta que la epilepsia tiene una incidencia anual de 50/100,000 habitantes y la prevalencia de la epilepsia activa se encuentra en el rango de 5 a 10/100,000 casos; sin embargo, estimar la verdadera epidemiología de este trastorno ha sido metodológicamente desafiante¹¹. La epilepsia de inicio focal representa alrededor del 69% de los casos y de este grupo, la forma más común es la epilepsia mesial del lóbulo temporal¹², enfermedad propuesta como diagnóstico para Van Gogh. Este padecimiento se ha asociado con múltiples alteraciones mentales. Los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal tienen incidencias más altas de depresión, trastorno del espectro bipolar, episodios psicóticos agudos, alteraciones transitorias de la personalidad y alteraciones cognitivas inespecíficas¹³⁻¹⁶. Dentro de los mecanismos fisiopatológicos epileptogénicos que podrían tener un papel en este fenómeno se han descrito, entre otros, circuitos neuronales alterados con formación de conexiones excitatorias aberrantes, estructura anormal de las espinas dendríticas neuronales, alteraciones neuroquímicas como la síntesis disminuida de ácido γ -aminobutírico (GABA), receptores GABA-érgicos mal expresados, exceso de neurotransmisores excitatorios como glicina y alteraciones en los canales de potasio con una subsecuente repolarización anormal¹⁷⁻²². Se piensa que estas alteraciones funcionales, aunadas a las múltiples conexiones del lóbulo temporal con la amígdala, el hipocampo y otras áreas de asociación, son elementos causales compartidos en la disfunción neuropsiquiátrica frecuentemente observada en estos pacientes¹⁷.

Se ha descrito que los epilépticos del lóbulo temporal son esquizoides sin ser esquizofrénicos; no pierden el afecto, característica que corresponde al fenómeno esquizofreniforme. «Transcurso por la vida, y mi estado mental no sólo es, sino ha sido, abstracto, tanto que no creo que lo que han hecho por mí pueda regresar el balance perdido a mi vida. Cuando tengo que seguir reglas, como las de este hospicio, me siento tranquilo; lo mismo me sucede en el servicio. Por supuesto que aquí me arriesgo en demasía, lo que hace que los demás me rechacen, porque me saben enajenado y al menos epiléptico (he escuchado que hay 50,000 epilépticos en Francia, de los cuales han hospitalizado a 4,000, así que no es tan inusual...)»²³.



Figura 2. *La noche estrellada* (1889).

Estos hechos y muchos otros, ahora conocidos en la epileptología moderna, invitan a reflexionar. Si Vincent hubiera vivido en el siglo XXI, en la era del conocimiento sobre la fisiopatología de las crisis convulsivas y los desórdenes neuropsiquiátricos asociados, y la variedad de los métodos diagnósticos para dilucidar la etiología de la epilepsia, probablemente la mayoría de sus síntomas estarían bajo control y con seguridad habría experimentado menos crisis convulsivas y episodios psicóticos, hubiera recibido un soporte psicoterapéutico más adecuado que el que obtuvo en Auvers, donde se encontraba bajo el cuidado del Dr. Gachet: «Fui a ver al Dr. Gachet, quien me dio la impresión de ser un hombre muy excéntrico, pero su experiencia como doctor lo debe mantener en equilibrio, combatiendo el desorden nervioso que lo aqueja casi tan seriamente como a mí; me ha atacado la enfermedad»²³.

Surgen varias preguntas: ¿quién podría garantizar que, tras controlar su enfermedad y su estilo de vida, Vincent van Gogh hubiera producido más de 410 pinturas creadas en su último año de vida? ¿Cómo hubiera sido capaz de pintar de esa manera que mueve los sentidos y los sentimientos, y de esa forma que algunos psicoanalistas llaman prototipo del inconsciente colectivo?

Un artista puede sobrellevar el sufrimiento con sus actos creativos, pero es cierto que también el sufrimiento es capaz de sobrepasar al artista. «Si pudiera trabajar sin esta terrible enfermedad, cuántas cosas podría haber creado»²³, escribió Vincent a Theo, en una de sus últimas cartas. Probablemente Vincent trascendió ese sufrimiento, como refleja uno de sus pensamientos finales, uno que probablemente demuestra la absoluta independencia de su arte: «Puedo decirte, con respecto a mi obra, que siento mi mente absolutamente serena y las pinceladas van y vienen una tras otra, de forma lógica»²³ (Fig. 2).

Bibliografía

1. Kurosawa A (dir.) *Dreams*. Warner Bros., 1990. Filme.
2. Artaud A. *Le suicidé de la société*. París: K Editeur; 1947.
3. Corona T. Art and Medicine. *Arch Inst Nac Neurol Neurocir*. 1994;9:41-3.
4. Blumer D. The illness of Vincent van Gogh. *Am J Psychiatry*. 2002;159(4):519-26.
5. Martin C. Did Van Gogh have Ménière's disease? *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2011;128(4):205-9.
6. Arenberg IK, Countryman LF, Bernstein LH, Shambaugh GE Jr. Van Gogh had Ménière's disease and not epilepsy. *JAMA*. 1990;264(4):491-3.
7. Corona T, Jiménez-Gil FJ, Estañol B. Los girasoles de Van Gogh, enfermedad mental y epilepsia. *Rev Med IMSS*. 1988;26:355.
8. González-Luque FJ, Montejó González L. Vincent Van Gogh and the toxic colors of Saturn. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2004.
9. Gastaut H. [Vincent van Gogh's disease seen in the light of new concepts of psychomotor epilepsy]. *Ann Med Psychol (Paris)*. 1956;114(2):196-238.
10. Sander JW. The epidemiology of epilepsy revisited. *Curr Opin Neurol*. 2003;16(2):165-70.
11. Téllez-Zenteno JF, Hernández-Ronquillo L. A review of the epidemiology of temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Res Treat*. 2012;2012:630853.
12. Mula M. The clinical spectrum of bipolar symptoms in epilepsy: a critical reappraisal. *Postgrad Med*. 2010;122(4):14-23.
13. Jobe PC. Affective disorder and epilepsy comorbidity: implications for development of treatments, preventions and diagnostic approaches. *Clin EEG Neurosci*. 2004; 35(1):53-68.
14. Fiest K, Dykeman J, Patten S, et al. Depression in epilepsy: A systematic review and meta-analysis. *Neurology*. 2013;80:1-10.
15. Doucet GE, Skidmore C, Sharan AD, Sperling MR, Tracy JL. Functional connectivity abnormalities vary by amygdala subdivision and are associated with psychiatric symptoms in unilateral temporal epilepsy. *Brain Cogn*. 2013;83(2):171-82.
16. Pitkänen A, Lukasiuk K. Mechanisms of epileptogenesis and potential treatment targets. *Lancet*. 2011; 10(2):173-86.
17. Pitkänen A, Lukasiuk K. Molecular and cellular basis of epileptogenesis in symptomatic epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2009;14 Suppl 1:16.
18. McCormick DA, Contreras D. On the cellular and network bases of epileptic seizures. *Annu Rev Physiol*. 2001;63:815-46.
19. Chang BS, Lowenstein DH. Epilepsy. *N Engl J Med*. 2003;349(13):1257-66.
20. Rogawski MA. KCNQ2/KCNQ3 K⁺ channels and the molecular pathogenesis of epilepsy: implications for therapy. *Trends Neurosci*. 2000;23(9):393-8.
21. Segall P. The rewards of chronic illness. *West J Med*. 2001;175(5):347-8.
22. Bogousslavsky J, Boller F. *Neurological disorders in famous artists*. Basilea: Karger; 2005.
23. The complete letters of Vincent van Gogh. Minnetonka, MN: Bullfinch Press; 2002.